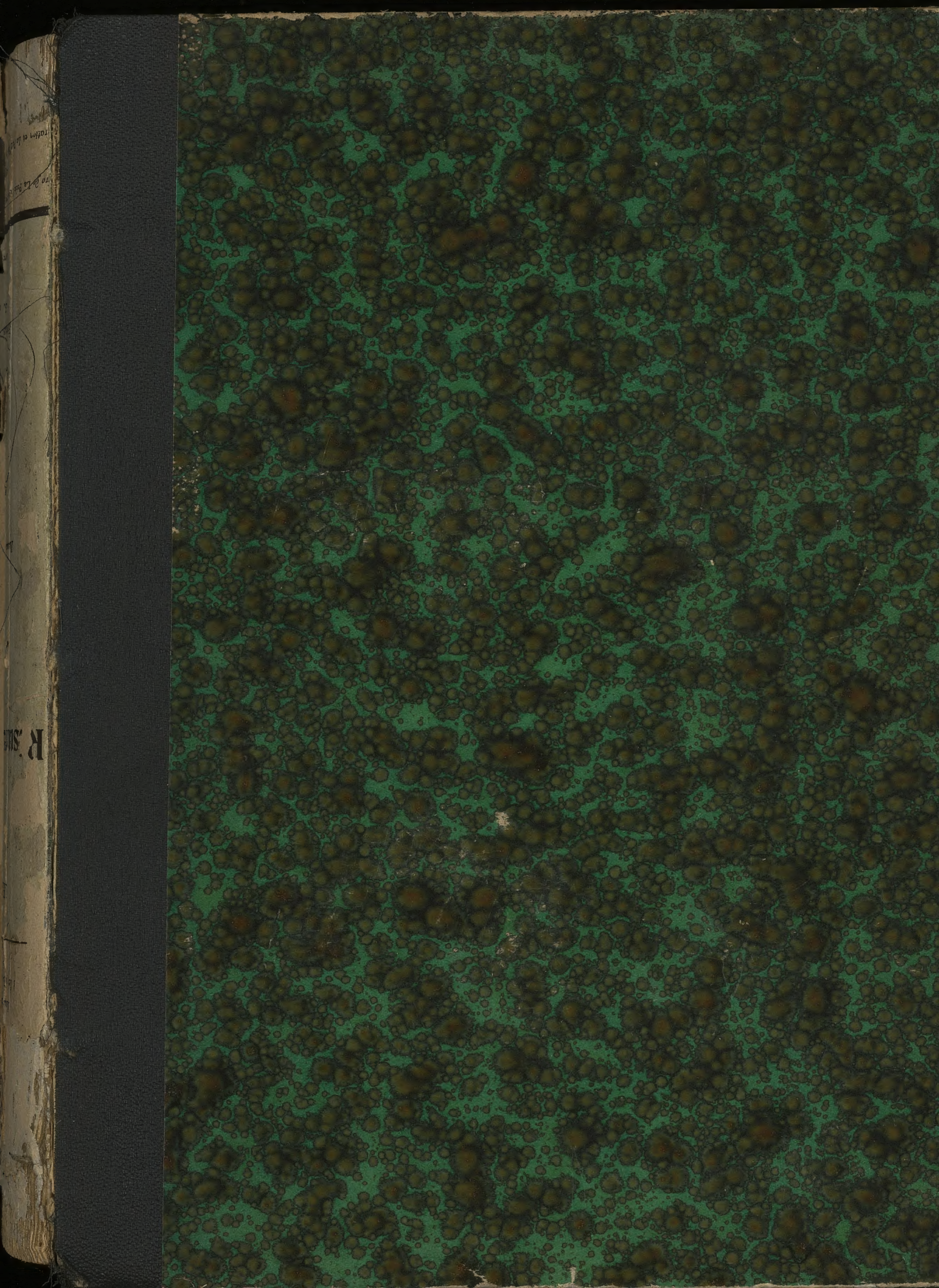
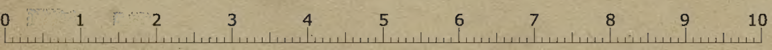



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'EDITION

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-QUATORZIÈME ANNÉE

1921

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6[e])

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1921

N° 1. — SAMEDI 1er JANVIER 1921. 94e ANNÉE. SAMEDI 1er JANVIER 1921. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Dans la liste des candidats admissibles au concours de l'internat ajouter le nom de M. Girot avec la note 26.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Duthoit, Gernez, Razemon, Ingelrans, Islecque, Morel, Roussel et Briquet.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Béghin, Lefèvre (Gaston), de Groote, Illairet, Laurette, Cambier, Tricart, Tramblin, Lekieffre, Leugraud, Danhiez, Mazingue, Christelle, Roussel, Planque, Fournet, Verhaeghe, Mlle Flouquet, MM. Lamoot, Fichelle, Mme Ricquier, MM. Pauwells, Masson, Riche, Nuyts, Carré et Lepoutre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rouen. — M. J. Lecaplain, professeur-suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie.

GROUPE MÉDICAL PARLEMENTAIRE. — Dans la dernière réunion du groupe médical parlementaire réuni au Sénat, sous la présidence du Dr Chauveau, le Dr Gay, sénateur, a dit l'émotion causée dans tout le corps médical par le récent arrêté du préfet de la Seine : exigeant pour les malades, les vieillards et les enfants, qui ont besoin de lait, la production d'un certificat délivré obligatoirement par un médecin de l'Assistance publique. Notre confrère a déclaré que c'est plus qu'une suspicion, mais une véritable injure faite à tout le corps médical. Après une discussion à laquelle prirent part plusieurs confrères, notamment MM. Pinard, Gay, Chauveau, etc., il est décidé :

1° D'approuver la restriction de vente du lait dans les cafés, maisons de thé, restaurants, hôtels, etc.

2° De demander à M. le préfet de la Seine de se contenter pour les enfants et les vieillards de la production d'un bulletin de naissance; les enfants jusqu'à 5 ans accomplis et les vieillards à partir de 65 ans, par exemple, devant obtenir du lait par priorité.

3° Pour les malades, de n'exiger que le certificat du médecin traitant habituel ; sauf à sévir, s'il y avait abus réel et flagrant constaté.

Le Dr Lafontaine, secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux, a exposé au groupe, l'état actuel des tractations en cours avec le ministre des Pensions pour réaliser entre l'administration et le corps médical un accord au sujet du tarif à adopter pour les soins à donner aux mutilés, etc.

Le Dr Lafontaine a donné lecture d'une longue lettre, adressée par l'Union des syndicats au ministre, lettre résumant les pourparlers qui ont eu lieu depuis le vote de la loi.

De cette lettre, il résulte que la bonne volonté du corps médical d'arriver à une entente ne saurait être mise en doute. Le Corps médical continue d'ailleurs à faire crédit à l'Etat et à soigner les mutilés et réformés, bien qu'il ne soit *pas encore payé de ces soins.*

Après une discussion, à laquelle prennent part plusieurs membres du Groupe, il est décidé de laisser continuer les pourparlers en cours entre le ministre et les syndicats médicaux. L'Union des syndicats tiendra le Groupe au courant de ces négociations, afin qu'il puisse intervenir, s'il y a lieu.

Le Groupe a entendu ensuite M. le Dr Pierra, secrétaire de l'Association de la Presse médicale française, qui a donné lecture d'un vœu du professeur Ausset (de Lille), voté par l'Association, vœu demandant que l'impôt sur le chiffre d'affaires pour les journaux médicaux soit sinon supprimé, au moins fixé non d'après le chiffre des abonnements et de la vente au numéro, mais seulement d'après le chiffre de la publicité. M. Pierra a fait, à ce sujet, un exposé remarquable de la situation difficile de la presse médicale française, au moment même où sa mission de propagande de la science française à l'étranger devient si importante.

BLESSURES DE GUERRE — M. Antier, député, a demandé à M. le ministre de la Guerre si un militaire atteint d'engelures, dans les tranchées ou au front, a droit à l'insigne des blessés, étant donné que les engelures sont considérées comme des blessures de guerre. (*Question du 19 novembre 1920.*)

2e *réponse.* — La gelure n'étant pas considérée comme « blessure de guerre », doit, pour donner droit au port de l'insigne spécial, entraîner la retraite, la mise hors cadre, la réforme ou le passage dans le service auxiliaire.

MUTILÉS ET RÉFORMÉS DE LA GUERRE. — Le Dr Georges Fassina (124, boulevard Richard-Lenoir, Paris) fait appel à tous ses confrères mutilés et réformés de la guerre, pour former un groupement d'entr'aide, de protection et de dévouement. Aucune organisation de ce genre n'existe actuellement.

Lui envoyer adhésion morale, renseignements, desiderata.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — COURS D'ANATOMIE SPÉCIALE. — Sous la direction de M. le prof. Pierre Sebileau, M. Truffert, interne du service, fera un cours d'anatomie chirurgicale de l'appareil oto-rhino-laryngologique en dix leçons. Le cours commencera le mercredi 5 janvier à 16 heures à Lariboisière et continuera les vendredis et lundis suivants.

Objet du cours : « Œsophage et trachée cervicaux. Larynx et pharynx. »

Ce cours sera public et gratuit.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

REFERENDUM SUR L'ADMISSION DES MALADES PAYANTS DANS LES HOPITAUX

A sa session du 26 janvier prochain, le Conseil supérieur de l'Assistance publique va discuter les modifications à apporter au règlement modèle des hôpitaux de France. Il s'occupera également de l'admission des malades payants et de la rémunération des médecins.

Aussi, pour que nous puissions étayer nos observations sur des documents, demandons-nous à nos confrères de bien vouloir nous répondre dans le plus bref délai et de nous adresser le règlement de leur hôpital.

Dr PAUL BOUDIN,
186, rue de Vaugirard, Paris, XVe.

QUESTIONNAIRE. — Comment sont nommés les médecins et chirurgiens des hôpitaux de votre ville? — Au concours scientifique devant un jury médical? — Au concours sur titres? devant un jury médical, ou non médical? — Sans concours? à l'ancienneté? à la faveur? — Par roulement entre tous les médecins de la ville? — Le service médical de l'hôpital est-il confié aux médecins de la ville, qui l'organisent à leur guise?

Pour combien de temps reste-t-on en fonctions?

Existe-t-il plusieurs services? médecine? chirurgie? spécialités? accouchements? contagieux?

Existe-t-il, à l'hôpital, des salles, chambres, ou pavillons exclusivement payants?

Les malades payants sont-ils reçus en salle commune, avec les gratuits?

Existe-t-il des maisons de santé, ou cliniques privées dans votre localité?

Existe-il des maisons de santé à bon marché, pour personnes modestes, organisées par l'hôpital? la municipalité? l'initiative privée?

Les malades gratuits (assistance médicale gratuite), ont-ils à pâtir de l'admission à l'hôpital des malades payants? — Manque de place? surpeuplement des salles? — Soins et attentions du personnel subalterne donnés de préférence aux payants? les pourboires? — Inégalité de régime alimentaire, dans la même salle, entre payants et gratuits? — Les payants ne profitent-ils pas d'un tour de faveur, pour les opérations, au détriment des gratuits?

Les blessés du travail sont-ils nombreux à l'hôpital? — Par qui y sont-ils envoyés? — Y entrent-ils de leur plein gré?

L'admission des malades payants constitue-t-elle une ressource appréciable pour le budget de l'hôpital?

Serait-il possible d'affecter une ou plusieurs salles, chambres, ou pavillons de l'hôpital, pour l'admission exclusive des payants?

Est-il possible de faire construire ces salles?

Le prix de journée des payants est-il différent de celui établi pour l'assistance médicale gratuite?

Ce prix est-il suffisant pour rembourser l'hôpital de tous ses frais, y compris les dépenses d'entretien et d'amortissement?

Quel est le prix pour les blessés du travail?

Les médecins et chirurgiens de l'établissement sont-ils autorisés, par le règlement, à toucher des honoraires de la part des malades payants? — Directement? — Ou par l'intermédiaire de l'administration?

Des conflits ont-ils éclaté à ce sujet? — Entre qui? — Pourquoi?

Les malades payants peuvent-ils se faire soigner, opérer par le médecin de leur choix? ou ne peuvent-ils prendre que le médecin de l'hôpital?

Les blessés du travail hospitalisés ont-ils le libre choix de médecin?

Quels sont les appointements annuels des médecins? En échange de quel travail?

Quel est le recrutement du personnel infirmier soignant? L'instruction professionnelle est-elle suffisante?

Les médecins de l'hôpital sont-ils consultés par la commission administrative?

La commission administrative de l'hôpital s'est-elle conformée à la circulaire du ministre de l'Hygiène, du 20 avril 1920, exprimant le désir de voir un médecin parmi les membres de la commission administrative.

Quelles sont vos revendications? Comment comprenez-vous le fonctionnement du service médical de votre hôpital : 1° Pour le choix des titulaires et des suppléants, ou pour le roulement? — 2° Pour les soins aux indigents? — 3° Pour les soins aux payants? — 4° Pour l'établissement d'une maison de santé hospitalière à bon marché, pour les personnes de condition modeste? — 5° Pour les consultations gratuites à l'hôpital? — 6° Pour l'organisation à l'hôpital, d'un laboratoire, servant de base à un dispensaire de diagnostic d'hygiène sociale?

MÉDECINS EXPERTS

M. Joseph Loubet, sénateur, demande à M. le ministre de la Justice si on ne peut pas donner au décret du 12 avril 1906, exigeant que les docteurs en médecine français aient au moins, en général, cinq ans d'exercice de profession médicale pour pouvoir assurer les fonctions de médecins experts près les tribunaux, cette interprétation, que l'exercice de la profession médicale a été dans certains cas, légalement possible avant l'obtention du doctorat. (*Question du 7 décembre 1920.*)

Réponse. — Aux termes de l'article 1er de la loi du 30 novembre 1892, nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine. D'autre part, le décret du 10 avril 1906 en exigeant des docteurs en médecine un minimum de cinq ans d'exercice de la profession médicale ou des diplômes spéciaux a entendu que le titre d'expert devant les tribunaux ne fût conféré qu'à des médecins présentant de sérieuses garanties de capacité. Il ne paraît pas possible, dans ces conditions, à la fois pour des raisons de texte et pour des motifs d'opportunité, de donner au décret du 10 avril 1906 l'interprétation proposée.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 4 janvier. — Jury : MM. Chauffard, président; Achard, Letulle et Laignel-Lavastine. — M. GERBER (Marc). Contribution à l'étude des hématuries au cours de l'appendicite. — M. LESOUEF (René). De l'application du traitement antisyphilitique dans les cas douteux. — M. JOLY (François). Contribution à l'étude du soufre urinaire.

Jeudi 6 janvier. — Jury : MM. Lejars, président; Bezançon, Nobécourt et Philibert. — M. GODART (Maurice). Etude sur les pancréatites hémorragiques. — M. JUBERT (Charles). Le faux-croup au cours de la scarlatine. — Mme HOVELACQUE. L'hyperthermie prémenstruelle.

REVUE GÉNÉRALE

ENGORGEMENT LYMPHATIQUE

ET TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Par L. ALQUIER.

Dans un travail paru l'an dernier ici même (1), j'exposais ma conception de l'engorgement lymphatique, qui peut se résumer ainsi : le système lymphatique, véritable système de drainage de nos tissus, est sujet à l'engorgement, dans toutes ses parties : ganglions, vaisseaux, tissu connectif (cellulite sous-cutanée, viscérale ou musculaire), séreuses et synoviales.

Cet engorgement peut résulter du surmenage musculaire ou d'infections diverses, mais il apparaît surtout fréquent, tenace et gênant chez ceux dont l'équilibre nutritif est troublé par ce que nous continuons d'appeler, faute de mieux, l'arthritisme. Nous voudrions aujourd'hui : esquisser l'étude des relations de l'engorgement lymphatique avec les troubles de la nutrition générale, montrer quelle part prend l'engorgement dans la genèse des symptômes qui accompagnent d'ordinaire les troubles de la nutrition générale et enfin dégager de cette étude quelques indications thérapeutiques.

I. Relations entre l'engorgement lymphatique et les troubles de la nutrition générale. — Tout d'abord, le simple surmenage musculaire, peut déterminer l'engorgement lymphatique. Voici ce que nous apprend, à ce sujet, la physiologie moderne (2). Un muscle, travaillant exagérément, produit plus de déchets qu'à l'ordinaire. « Ceux-ci sont éliminés d'abord dans le milieu intérieur de l'organe, c'est-à-dire dans la lymphe intercellulaire. Mais, le passage des déchets de la lymphe dans le sang des capillaires ne se fait qu'avec une vitesse déterminée, qui dépend, en partie, des lois de l'osmose. Si, par suite, au cours de l'unité de temps, tous les déchets de la lymphe ne peuvent être rejetés dans le sang, ils s'accumulent dans la lymphe, et déterminent la fatigue de l'organe qu'elle baigne, une fatigue locale. Suivant l'intensité du travail et la force de l'excitant mis en jeu, elle entraîne, d'ailleurs, divers troubles : douleur, courbature, destruction partielle, irradiations de voisinage, etc. » Nous avons dit que l'engorgement lymphatique musculaire par surmenage, détermine la cellulite intermusculaire, prédominante aux extrémités du corps charnu. Mais, la physiologie nous apprend encore que l'accumulation de déchets réduit la vitalité et trouble la nutrition des tissus intéressés. Et l'observation nous montre les muscles atteints d'engorgement lymphatique, devenir plus fatigables et s'émacier. L'engorgement lymphatique peut donc produire des troubles sérieux de la nutrition générale, qui durent autant que lui-même.

D'autre part, les constatations les plus récentes de l'anatomie pathologique nous montrent, dans les infections et intoxications aiguës, les leucocytes s'amonceler en quantités énormes au niveau des émonctoires de l'organisme, le rein, en particulier.

(1) Alquier. L'Engorgement lymphatique, sa place en pathologie, *Gaz. des hôpit.*, 1919, nos 56 et 58, p. 877 et 909.

(2) V. Ioteyko. *La Fatigue*, 1 vol. de la collect. de G. Le Bon, 1920-V, le résumé qu'en donne M. Laumonier, in *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 82, p. 983.

Une expérience de M. Feuillié (1) est à retenir : Prenons, dit-il, un chien de 15 kg., injectons-lui, sous la peau du ventre, tous les jours, 15 cmc. de liqueur de Van Swieten, les deux premiers jours, se développera localement, un œdème gros comme les deux poings, les jours suivants, il n'y aura plus qu'une induration sans œdème et l'examen histologique montre une grande quantité de leucocytes, très altérés dans l'œdème, beaucoup moins dans les nodosités. Cette réaction leucocytaire, en présence d'une substance irritante, nous permet de comprendre ces plaques, indurations, nodosités, survenant à la suite d'injections sous-cutanées aseptiques. Ce processus pourrait exister dans certaines intoxications, suivies d'engorgement lymphatique, mais, gardons-nous de considérer comme démontré ce qui est encore à l'étude.

Tout récemment, MM. Widal, Abrami et Jancovesco (2) ont montré, par des recherches expérimentales, que, pendant les premières heures qui suivent l'absorption d'un repas azoté, des substances protéiques, incomplètement désintégrées, pénètrent de l'intestin dans la veine porte.

L'injection de 40 cmc. de sang portal ou la dérivation de ce sang dans la veine cave inférieure, déterminent une crise hémoclasique typique. Cette crise est empêchée, normalement, par le pouvoir protéopexique du foie. Lorsque le foie est altéré, il devient incapable de s'opposer au passage, dans la circulation générale, des protéides insuffisamment désintégrées, et ce passage se traduit immédiatement par une crise hémoclasique. La recherche de cette crise après un repas d'épreuve azoté, constitue, disent les auteurs, un procédé d'exploration très simple, et, en même temps, très rigoureux, de l'insuffisance hépatique.

Mais, à nous, ces recherches paraissent comporter, en outre, un double intérêt, en posant les deux questions suivantes, auxquelles nous souhaiterions une réponse : 1° La crise hémoclasique a-t-elle, sur le système lymphatique, une action susceptible d'en déterminer l'engorgement; et 2° quelle est l'importance de l'intoxication d'origine digestive, que permet l'insuffisance protéopexique du foie, dans la genèse des troubles de la nutrition générale que nous allons maintenant envisager?

Tous ceux qui se sont occupés de la cellulite chronique des arthritiques sont unanimes à lui assigner une origine toxique, elle serait due à l'accumulation de déchets. J'ai moi-même, souligné un fait qui montre bien la toxicité de l'engorgement lymphatique : par un traitement excessif, mobilisant à la fois une quantité d'engorgements supérieure à la capacité d'élimination de l'organisme, on détermine une intoxication, avec fatigue, céphalée, prurit, et même une réaction fébrile, si l'engorgement est d'origine infectieuse.

Mais, quels troubles de la nutrition générale sont spécialement en relation de cause à effet, avec l'engorgement lymphatique? Cette question se pose à propos de tous les symptômes attribués à l'arthritisme, on sait combien vagues et imprécises sont, d'ordinaire, les solutions proposées!

Mes observations peuvent se résumer ainsi :

1° *Engorgement lymphatique et insuffisance rénale.* — Plusieurs des signes classiques du petit

(1) Feuillié. Leucocytose et métastases, *Th. de Paris*, 1909.

(2) Widal, Abrami et Jancovesco. *Acad. des sciences*, 12 et 19 juillet 1920.

mal de Bright sont, nous le verrons plus loin, causés par l'engorgement lymphatique. L'engorgement est-il donc étroitement lié à l'insuffisance rénale? Je ne le crois pas, car, un ou plusieurs des signes en question se retrouvent fréquemment, isolés ou réunis, chez des sujets ne présentant aucune autre manifestation clinique de l'insuffisance rénale..., l'analyse des urines étant complètement négative. Enfin, j'ai suivi, pendant des années, bien des cas de ce genre, me méfiant sans cesse de l'insuffisance rénale, et la recherchant, sans pouvoir la déceler.

Chez les sujets atteints simultanément d'insuffisance rénale et d'engorgement lymphatique, j'ai recherché quelle influence chacun de ces deux états peut exercer sur l'autre.

L'amélioration de l'engorgement débarrasse ces malades de troubles gênants, et agit favorablement sur l'état général; elle peut même, dans certaines conditions, augmenter passagèrement la diurèse. Mais l'insuffisance rénale n'est pas sensiblement modifiée, elle continue à évoluer comme par le passé.

D'autre part, les variations de l'élimination rénale ne semblent guère agir sur l'engorgement. Celui-ci me semble dû surtout à l'intoxication hépato-digestive; chez les Brightiques comme chez les autres malades, au contraire, les variations de la rétention chlorurée ou azotée, par exemple, ne paraissent guère influencer l'engorgement.

2° *Engorgement lymphatique et intoxication hépato-digestive.* — Parmi les porteurs d'engorgements, les uns accusent divers troubles digestifs, les autres affirment avoir des digestions parfaites et n'être pas constipés. Mais, chez ces derniers, l'examen montre d'ordinaire des fermentations gastro-intestinales, avec digestions lentes, évacuations intestinales insuffisantes, par regorgement, enfin, les petits signes de l'insuffisance hépatique : subictère bucco-conjonctival, prurit, insuffisance ou excès de pigmentation des fèces; enfin, les signes urologiques de l'insuffisance hépatique et de l'intoxication digestive. Souvent les malades accusent des troubles survenant par crises : accès de fatigue, surtout pendant la digestion de l'après-midi; la nuit, surtout dans sa deuxième moitié, crises d'insomnie avec malaise général, véritable inquiétude de tout le corps, suivant leur expression habituelle; accès de céphalée, de prurit, crises de congestion céphalique, laryngée, hépatique, rénale, etc. Enfin, de ces troubles, il faut, croyons-nous, rapprocher ces œdèmes localisés à la face, aux membres, etc., apparaissant brusquement, et ne durant, le plus souvent, que quelques heures. La cause de tous ces troubles est encore discutable : choc peptonique, toxique ou réflexe? Les recherches de MM. Widal, Abrami et Jancovesco nous apporteront-elles, à ce sujet, des éclaircissements si désirables? Dans leur communication du 26 juillet, à l'Académie des sciences, ces auteurs donnent leur épreuve de l'hémoclasie digestive après repas azoté, comme un moyen sûr de dépister les altérations du fonctionnement hépatique; puisse ce nouveau moyen d'investigation nous permettre de préciser ce qui revient au foie dans les troubles que nous venons d'énumérer! D'autre part, l'importance du bon fonctionnement de l'intestin chez les arthritiques est bien connue des thérapeutes : M. Lesage le rappelait, tout récemment, en ces termes (1) : « Au fond, pour l'arthritique, l'idéal est de ne jamais avoir de selles normales, et de présenter des selles non formées, à peine diarrhéiques, qui lui éviteront, le plus souvent, l'apparition de manifestations arthritiques. »

Pour ma part, j'ai à présenter deux remarques :

Non seulement les troubles hépato-digestifs se retrouvent chez le plus grand nombre des porteurs d'engorgements lymphatiques, mais, d'ordinaire, chaque recrudescence de ces troubles est suivie d'une poussée d'engorgements, se traduisant par des douleurs, crampes, fourmillements, etc. Au contraire, dès que l'état hépato-digestif s'améliore, les troubles dus à l'engorgement s'atténuent. Si bien que, le plus souvent, la filiation apparaît nette entre les premiers et les seconds.

Ma deuxième remarque n'est qu'un corollaire de la première : l'application à l'engorgement lymphatique, de traitements physiothérapiques doit être, avant tout, subordonnée à l'existence de l'intoxication hépato-digestive, et à son degré; en ajoutant à cette intoxication celle que détermine la mise en circulation des toxines de l'engorgement, on fatigue sûrement le patient, sans grand résultat, puisque l'engorgement se reproduira aisément, tant que l'intoxication hépato-digestive ne diminuera pas. Au contraire, dès qu'on aura amélioré cette dernière, la physiothérapie retrouvera son efficacité et sera bien supportée.

II. Part de l'engorgement lymphatique dans la genèse des symptômes accompagnant les troubles de la nutrition générale. — Dans mon travail de l'an dernier, on trouvera décrits les divers troubles que peut engendrer l'engorgement lymphatique : algies, troubles musculaires, œdèmes, ainsi que les syndromes auxquels peuvent donner lieu les principales localisations de l'engorgement : cervicales, thoraciques, abdominales (notamment la pseudo-appendicite). Nous voudrions seulement indiquer, aujourd'hui, quelle part revient à l'engorgement lymphatique dans la genèse des troubles qui accompagnent d'ordinaire les perturbations de la nutrition générale.

Rappelons, tout d'abord, que l'engorgement est en droit de revendiquer toute une série de troubles de pathogénie jusqu'ici obscure : raideurs musculaires des enfants en bas âge, indépendantes de toute altération du système nerveux; elles déterminent des impotences fonctionnelles tenaces souvent rapportées à tort à des lésions ostéo-articulaires. Nous retrouvons l'engorgement comme cause des enraidissements avec atrophie de certains groupes musculaires, qui, chez l'adolescent, détruisent l'équilibre statique, et peuvent suffire à déterminer des scolioses. Celles-ci disparaissent lorsque le traitement de l'engorgement a permis aux muscles de retrouver leur fonctionnement normal. L'engorgement est encore à la base du rhumatisme musculaire, des algies par cellulite, enfin, de certains empâtements non inflammatoires ou post-inflammatoires des séreuses.

Nous avons dit plus haut, que bien des symptômes précurseurs du mal de Bright s'expliquent par l'engorgement lymphatique. Il nous semble intéressant de les étudier plus en détail.

D'abord les fourmillements des extrémités. L'engorgement est plus facile à étudier au membre supérieur, à cause du moindre volume des masses musculaires. Il faut surtout le chercher à la face palmaire de l'avant-bras. Les muscles, mis en posi-

(1) Lesage. La débilité arthritique chez l'enfant, *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 79, p. 1253.

tion de relâchement, sont, au palper, enraidis, surtout vers leurs insertions épicondyliennes et épitrochléennes; ces dernières sont, en général, plus prises, ce qui explique la prédominance des fourmillements dans les derniers doigts. Les nodosités de cellulite qui, ici, représentent surtout l'engorgement, sont à chercher au niveau de ces insertions, mais plutôt sous la face profonde des muscles, qu'il faut assouplir par le massage, pour arriver à la cellulite, et celle-ci n'est pas toujours facile à apprécier par un observateur non entraîné à sa recherche. Fréquemment aussi, on trouve des nodosités sous-cutanées, et entre les deux masses musculaires, aux environs du nerf médian. Au membre inférieur, l'engorgement est à chercher surtout au creux poplité.

Aux fourmillements, s'associent souvent deux phénomènes dus également à l'engorgement : les crampes sur lesquelles nous n'insisterons pas, et le refroidissement des extrémités. Dans d'autres cas, l'un et l'autre sont attribuables à des troubles de la circulation sanguine (phlébites, syndrome de Raynaud, troubles vaso-moteurs, etc.) mais alors, le diagnostic est rendu facile par la constatation d'acrocyanose, de sueurs, de succulence, etc., qui manquent lorsque l'engorgement est seul en jeu. Dans ce dernier cas, le traitement de l'engorgement fait disparaître les trois symptômes, qui ne se reproduisent qu'avec lui.

La céphalée par engorgement des lymphatiques cervicaux, peut présenter diverses irradiations : bitemporales, occipitales, en casque, etc. Ce n'est pas la migraine, il n'y a pas de troubles visuels, pas de vomissements. Elle se distingue de la céphalée par hypertension intracranienne; de la céphalée congestive; de celle des infections, des intoxications accidentelles, digestives, ou par air confiné. Ce qui la caractérise, c'est que les malades indiquent d'ordinaire l'endolorissement du cou, en des points localisés le long des chaînes ganglionnaires pré et rétro-scaléniques, ou, aux insertions occipitales des muscles de la nuque, les mouvements du cou ne deviennent douloureux que si l'engorgement des muscles atteint un degré suffisant; la douleur est alors réveillée par le palper, et les mouvements qui tiraillent les muscles pris; la chaleur et certaines positions favorables l'atténuent, le froid, souvent les digestions, et, en général, toutes les causes de congestion locale l'exaspèrent. Cette douleur peut d'ailleurs revêtir le caractère intermittent, par crises, à plusieurs jours d'intervalle. Ici encore, le traitement de l'engorgement fait disparaître tous les troubles, qui ne reparaissent qu'avec lui.

Les œdèmes dus à l'engorgement, sont des œdèmes de stase lymphatique. On est en droit de se demander comment ils sont possibles alors que les leucocytes s'embarrassent si peu des barrières anatomiques, et que les mailles du tissu cellulaire prêtent si bien à la diffusion? Cependant, nous savons tous que, chez certains sujets, les injections sous-cutanées diffusent particulièrement mal, laissant aisément après elles, empâtements et indurations, comme dans l'expérience de M. Feuillié, avec le sublimé. La non-diffusion d'un œdème, en dehors de toute stase sanguine, semble donc dépendre du terrain, et de la nature (toxicité, action irritante sur les tissus, appel leucocytaire) du liquide de l'œdème.

M. Walther a, d'ailleurs, donné de l'œdème par stase lymphatique, une véritable preuve expérimentale (1) en traitant l'éléphantiasis du membre inférieur par le drainage lymphatique à tube perdu (application d'un tube en caoutchouc de la face interne de la cuisse à la paroi abdominale, tube passé à l'aide d'un long trocart de Chassaignac dans la couche profonde du fascia superficialis, et dont les deux extrémités sont introduites sous l'aponévrose, par une boutonnière dont une lèvre maintient en place le tube fixé par un nœud de crin de Florence). Cette méthode a guéri huit malades en un an, dans trois cas où le tube dut être enlevé pour fistulisation tardive, l'œdème reparut, pour céder à nouveau, lorsque le tube fut remis en place. L'auteur conclut que l'arrêt de la circulation lymphatique s'était fait aux ganglions inguinaux, et qu'on peut la rétablir par un drainage à tube perdu, franchissant la zone d'arrêt.

L'œdème de la face interne du genou, remontant plus ou moins le long de la face interne de la cuisse, reconnaît la même pathogénie, l'engorgement siège au-dessus, sa disparition en amène la résolution, et celle-ci dure tant que l'engorgement ne se reproduira pas. Bien entendu, il ne s'agit là que de l'œdème permanent, ou peu variable, non des crises d'œdème toxique, signalées plus haut.

Rappelons enfin, l'influence que peut avoir l'engorgement sur le fonctionnement des principaux viscères au thorax (V. *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 58) : il fixe le thorax en expiration, d'où gêne cardio-pulmonaire, importante surtout lorsque poumons et cœur présentent déjà quelque trouble dans leur fonctionnement. Le traitement de l'engorgement procure alors, aux malades, un soulagement qui permet souvent à la nutrition générale, de retrouver l'équilibre perdu. De même, l'irritation du plexus solaire par engorgement périaortique provoque des troubles dyspeptiques, qui ne cèdent qu'au traitement de l'engorgement.

Ainsi donc, chez l'arthritique de tout âge, nous retrouvons l'engorgement comme cause de nombreux troubles dont la pathogénie demeurait encore bien obscure. Aucun de ces troubles ne comporte une gravité spéciale, mais beaucoup sont des plus pénibles; leur disparition procure aux malades un soulagement considérable.

III. Indications thérapeutiques. — De cette étude se dégagent, croyons-nous, de précieuses indications thérapeutiques. Depuis plusieurs années, elles servent de guide à ma pratique, et leur utilité m'apparaît de plus en plus, à mesure que les observations se multiplient.

Voici, schématisée, ma conception :

Tout sujet soumis à une intoxication de quelque durée, est, surtout s'il est arthritique, voué à l'engorgement lymphatique. Mais, celui-ci ne révèlera sa présence par des douleurs que dans les cas aigus.

D'ordinaire, l'engorgement se développe lentement, insidieusement. Il n'est guère d'arthritique chez qui on ne puisse en déceler au moins quelques localisations, souvent même, l'ensemble de la musculature présente l'aspect atrophique, avec faisceaux indurés, inscrits, qui est la caractéristique de l'engorgement, et celui-ci ne se traduit que par une fatigabilité plus grande à l'effort prolongé, sans diminution de la force musculaire. Gêne et douleurs n'apparaissent qu'aux points localement irrités par

(1) Walther. *Acad. de méd.*, 11 nov. 1919.

la fatigue ou les efforts musculaires, le froid, etc., ou bien succèdent à une poussée d'intoxication, en particulier, hépatodigestive.

L'absence ou la disparition des troubles subjectifs ne doit donc pas faire croire à la guérison de l'engorgement qui est, au contraire, remarquablement tenace et finit souvent par devenir permanent. Par exemple, lorsqu'il succède à une infection pleuro-pulmonaire, la gêne cardio-respiratoire qu'il détermine, en fixant tout ou partie du thorax en expiration, persiste des années, et ne cède qu'aux traitements agissant sur l'engorgement. D'autres fois, celui-ci est, non seulement permanent, mais progressif; par exemple, dans la périarthrite scapulo-humérale du rhumatisme chronique, avec induration des muscles scapulaires, où la marche progressive de l'impotence fonctionnelle et des douleurs marque suffisamment l'aggravation graduelle de cette affection si rebelle.

Il faut donc savoir dépister l'engorgement lymphatique. Dans les cas aigus, quelques minutes de massage font disparaître complètement et définitivement des douleurs que calment mal tous les stupéfiants, même à doses répétées; dans les cas chroniques, on peut, en le traitant, faire disparaître bien des troubles qui, certes, ne menacent pas directement l'existence, mais, bien souvent, la rendent insupportable.

Comment doit être compris le traitement de l'engorgement? Nous supposons celui-ci formé par l'accumulation de leucocytes chargés de déchets toxiques, qu'on obtienne la destruction ou la migration de ces leucocytes, les poisons qui n'auront pu être détruits par eux, se retrouveront en circulation, et devront être éliminés. En fait, bien des traitements actifs de l'engorgement, déterminent une réaction toxique, comme nous l'avons indiqué plus haut. Il faut donc, en pareil cas, doser le traitement suivant la capacité éliminatrice du sujet. Nous avons également indiqué l'importance de l'intoxication hépato-digestive, comme facteur d'engorgement : répétons-le, en ce cas, la physiothérapie doit, pour cette raison, être momentanément écartée, et faire place aux médications antitoxiques, et aux cholagogues, ou encore à toutes celles qui agissent sur la nutrition générale, autant que sur l'engorgement lui-même : médications antiarthritiques, opothérapie, cures hydrominérales, héliothérapie, photothérapie générale, hydrothérapie, gymnastique respiratoire, exercices physiques, etc.

Quant à l'engorgement lui-même, nous pouvons, ou bien le dissocier et provoquer sa migration, ou déterminer des réactions humorales, susceptibles de le modifier. Cette dernière méthode thérapeutique serait bien supérieure à toutes les autres, si nous savions en user, témoin le fait suivant : Examinant un homme porteur de nombreux engorgements lymphatiques, je fus étonné de trouver l'épaule gauche et la partie voisine du dos, complètement indemnes. Le malade m'expliqua ce fait, par deux injections de vaccin antityphoïdique, faites sous l'omoplate gauche, deux ans auparavant ; depuis ce temps, disait-il, l'épaule gauche, auparavant, la plus endolorie et fatigable, ne le gênait plus du tout, alors que, dans les autres parties du corps, l'engorgement augmentait. Sur l'état général, la vaccination antityphoïdique n'avait eu d'autre action qu'une fatigue passagère.

En attendant mieux, la thérapeutique locale de l'engorgement consiste en sa dissociation et sa migration, obtenues par le massage, manuel ou vibratoire, aidé de la congestion locale (chaleur ou chaleur-lumière). L'adjonction d'applications locales de la d'arsonvalisation, dont l'action me paraît complexe, augmente, de beaucoup, le rendement. Mais, ici, la notion d'engorgement nous apporte une directive précise, là où l'empirisme régnait en maître. Le traitement doit, avant tout, rétablir la circulation lymphatique, et désencombrer, tout d'abord, ganglions et gros vaisseaux, s'attaquer aux parties les plus voisines du cœur, avant d'entreprendre celles qui en sont plus éloignées. Cette règle me paraît immuable, je n'ai jamais pu m'en écarter sans inconvénient.

Remarquons, en terminant, que nos idées sur l'engorgement lymphatique s'accordent parfaitement avec les notions acquises jusqu'ici ; les remèdes préconisés contre le rhumatisme musculaire, ont surtout une triple action : congestionnante, antitoxique, éliminatrice; la notion de l'engorgement vient expliquer ces données et en régler l'application.

UN CAS DE COEXISTENCE D'UN CANCER GASTRIQUE AVEC UNE HERNIE ÉPIGASTRIQUE DOULOUREUSE (1)

Par le Dr Léon RABINOVICI (de Bucarest),
De la Faculté de médecine de Paris,
Ancien externe médaillé des hôpitaux de Paris,
Médecin de la Polyclinique « Regina Elisabeta » à Bucarest.

Beaucoup d'auteurs ont constaté la coexistence d'une hernie épigastrique avec une dyspepsie douloureuse, qu'ils attribuaient à cette hernie.

D'autres comme Soper, Mezger, Kirmisson, Bérard, Colombet, Alessandrini, Bérard et Cotte, Leriche, Ertaud ont rapporté des cas de hernie épigastrique coexistant avec un ulcère ou un cancer de l'estomac.

Notre regretté maître Albert Mathieu, dans une communication, en 1913, rapporte 4 ou 5 cas de hernie épigastrique coexistant avec un ulcère bien caractérisé par la douleur, l'existence de l'hypersécrétion gastrique, les hémorragies. Il propose de faire toujours, en présence d'une hernie épigastrique douloureuse, une laparotomie exploratrice, en même temps que la cure radicale de la hernie.

Alessandrini soutient qu'en présence d'une hernie épigastrique douloureuse, il faut toujours penser à un ulcus ou à un cancer gastrique, si le début de la douleur est en relation avec l'ingestion des aliments.

Les cas d'association de hernie épigastrique avec le cancer gastrique sont moins fréquents que ceux avec l'ulcère.

Ertaud, dans sa thèse, cite la statistique de Hornborg qui, sur 22 opérés, a vu 7 malades mourir de cancer de l'estomac.

En 1915 encore, la Société de chirurgie de Paris, engageait une discussion à propos de cette coexistence de la hernie épigastrique avec un cancer gastrique. Nous avons cru intéressant de rapporter l'observation d'un malade qui présentait la coexistence d'un néoplasme gastrique avec une hernie

(1) Travail envoyé en 1916, non publié à cause de la guerre, et revu par l'auteur.

épigastrique et d'ajouter, par conséquent, encore un cas au nombre assez restreint d'observations de cette coexistence connues jusqu'à présent.

*
* *

L'observation que je rapporte a trait à un malade qui s'est présenté, pour la première fois, à notre consultation du dispensaire polyclinique « Regina-Elisabeta », le 1er octobre 1912. Il accuse des vomissements très abondants et des douleurs à la région épigastrique.

Le malade ne présente rien d'intéressant comme antécédents personnels. Il raconte que, depuis quelques mois, il avait ressenti des douleurs à la région épigastrique et dans le dos, de l'anorexie, des vomissements, de la constipation, amaigrissement et céphalée. Etant allé voir un médecin, celui-ci l'avait dirigé sur un hôpital avec le diagnostic : hernie de la ligne blanche, placée à égale distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, visible au moment de la toux et sensible à la pression. A l'hôpital, on lui fait la cure radicale de la hernie épigastrique et effectivement nous constatons que le malade est porteur d'une cicatrice d'opération subie sur la ligne médiane, à l'épigastre, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde.

Après l'opération, le malade a ressenti un mieux relatif pendant 2 mois, mais depuis quelques jours, il a des douleurs encore plus fortes à la région épigastrique et dans le dos, douleurs continuelles, « terribles » d'après l'expression du malade, ces douleurs le réveillent souvent la nuit. Il a eu deux ou trois fois des hématémèses noires, marc de café. De plus, il a de temps en temps des grands vomissements abondants. Dans ces vomissements, il lui arrive de retrouver des aliments ingérés la veille ou l'avant-veille. Il a de l'anorexie et de la constipation.

A l'examen physique, on localise la douleur à 2 cm. à droite de l'ombilic, au niveau du pylore. L'estomac est excessivement dilaté; sa grande courbure descend à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les mouvements péristaltiques sont exagérés, on trouve un clapotage gastrique assez marqué. On ne sent pas de tumeur à la palpation. Pas de ganglions sus-claviculaires de Troisier. Le malade trouve qu'il a beaucoup maigri. Nous prescrivons le traitement par le bismuth à haute dose et régime lacté. Le 15 octobre nous voyons le malade pour la seconde fois; il est à jeun. Nous constatons un clapotage très prononcé, tous les autres signes persistent.

Nous pensons à une sténose pylorique par tumeur maligne et nous conseillons au malade d'aller se faire opérer. A ce moment l'analyse du suc gastrique donne : acidité totale, $A = 2,48$; chlor. total, $T = 3,79$; acide chlorhydrique libre, $H = 0,29$; acide chlorhydrique combiné organique, $C = 1,90$; la chlorhydrie, $H + C = 2,19$; le chlore fixe, $F = 1,60$; le coefficient $\frac{A - H}{C} = 2 = 1,1$; coefficient $\frac{T}{F} = 2,3$; peptones, sang, albumine et glucose présentes.

Le malade est opéré le 9 mai 1913 et l'on trouve un néoplasme du pylore. Depuis, le malade est revenu à notre consultation, nous l'avons revu de temps en temps (mais depuis notre retour de la guerre, nous ne l'avons plus revu), il avait encore quelques douleurs légères, il a vomi 2 fois depuis l'opération, il a engraissé, il allait régulièrement à la selle. Il se plaignait de ne pouvoir dormir restant couché sur le côté droit ou sur le dos. Nous lui donnions de temps en temps de la belladone sous la forme des pilules de Trousseau, pour calmer ses douleurs. Notre diagnostic a donc été confirmé à l'opération et il est probable que la hernie épigastrique que le malade devait posséder depuis longtemps, sans s'en apercevoir, est devenue douloureuse par réflexe, au moment de l'apparition de son néoplasme gastrique.

BIBLIOGRAPHIE. — P. ALESSANDRINI L'ernia epigastrica dolorosa fuale. Sintoma di ulcera gastrica, *Il Policlinico*, Sez. Prat. 1913, 31.

BÉRARD et COLOMBET. Relations entre les hernies épigastriques et les lésions possibles des organes sous-jacents, *Lyon méd.*, CXVI, 698.

BÉRARD et COTTE. Sur la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques, *Lyon méd.*, CXXI, n° 37, 14 sept., p. 427.

BLANC. Hernie épigastrique de l'estomac, *Loire méd.*, XXVII, 512.

DELBET (Pierre). Hernie épigastrique, *Journ. des Prat.*, XXVII, n° 34, 23 août, p. 535.

ERTAUD E. Contribution à l'étude de la hernie épigastrique. Sa coexistence possible avec l'ulcère et le cancer de l'estomac, *Th. de Paris*, 1912-1913, n° 79.

KIRMISSON, E. J. POISSON. Note sur la coexistence de la hernie épigastrique avec l'ulcère et le cancer de l'estomac, *Bull. Acad. de Méd. de Paris*, 3e série, LXIX, 31.

LERICHE. *Lyon méd.*, CXVI, p. 700-706. — Hernie épigastrique ancienne avec troubles digestifs. Ulcère de l'estomac. Pylorectomie. Guérison datant de 2 ans, *Lyon méd.*, CXXI, nos 29, 20, VII, p. 111.

MATHIEU (Albert). A propos de la valeur séméiologique de la hernie épigastrique douloureuse. Communication à la Soc. méd. du IXe arrondissement, in *Quinzaine thérapeutique*, 25 mars 1913.

MEZGER. Hernia epigastrica kompliziert mit ulcus ventriculi, *Med. corresp.-Bl. des Wurtemberg Ærzte*, Landesver 343.

H. W. SOPER A case of concomitant epigastric hernia and gastric ulcer, *New-York med. Journ.*, 6 aug. 1910.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

SYMPTOMES ET TRAITEMENT DU DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

La possibilité du décollement prématuré du placenta normalement inséré ne peut plus être mise en doute depuis le jour où Winter, le premier, démontra sur un utérus congelé la réalité de cette complication.

La moindre réflexion vous permet de supposer la gravité d'un pareil accident; *décollement du placenta*, cela signifie hémorragie vous le savez, donc danger grave pour la mère et pour l'enfant; décollement du placenta *normalement inséré*, cela constitue une cause de gravité, plus grande par exemple que dans les cas de placenta prævia puisque la source de l'hémorragie vous sera plus difficilement accessible; enfin, décollement *prématuré* de ce placenta normalement inséré, cela aggrave encore le danger, puisque cela suppose que le décollement se fait à une période peu avancée du travail, souvent même en pleine grossesse, alors qu'aucune modification physiologique du col ne facilite l'accès jusqu'à la source de l'hémorragie.

La gravité est pourtant bien loin d'être la même dans tous les cas; elle est essentiellement subordonnée à la plus ou moins grande facilité d'évacuation de l'utérus, condition essentielle du traitement définitif de l'hémorragie. Pratiquement vous pourrez rencontrer les deux types cliniques suivants.

1. Des cas où la réaction clinique est nulle ou insignifiante

et où le diagnostic ne peut être affirmé qu'après la délivrance, au cours de l'examen du placenta qui présente alors sur sa face utérine une cupule, empreinte en creux de l'hématome rétro-placentaire.

D'autres fois le décollement prématuré du placenta normalement inséré se traduit seulement par une hémorragie externe au début du travail, puis celui-ci progressant régulièrement et rapidement aucun autre incident maternel ne vient troubler la marche de l'accouchement; mais, du côté fœtal, il n'est pas rare d'observer la mort réelle ou seulement apparente suivant l'importance du décollement placentaire et la rapidité de l'expulsion.

Ces cas à réaction maternelle peu marquée vous les observerez surtout lorsque l'accident ne survient qu'au *cours même du travail* et ils ont le plus souvent une cause traumatique réalisée par exemple par une brièveté relative ou réelle du cordon.

2. Dans d'autres cas le syndrome clinique est tout différent et doit s'imposer d'emblée à votre attention par la gravité progressivement croissante des troubles maternels. Entre cette affection redoutable pour la mère et l'enfant, et les cas bénins signalés précédemment, il n'y a guère de commun que le caractère anatomique de la lésion : l'étiologie et la symptomatologie sont tout à fait différentes.

Cet accident survient presque toujours au *cours même de la grossesse* avant tout début de travail et il se voit surtout chez les *multipares albuminuriques*.

Il est tout à fait exceptionnel de voir, comme dans les cas de Ribemont, de Pinard et Varnier, le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenir en coup de foudre, chez une femme gravide, présentant toutes les apparences de la santé, et la tuer brutalement en quelques minutes.

Le plus habituellement la malade a présenté antérieurement des manifestations plus ou moins nettes de l'état d'intoxication gravidique connu sous le nom d'éclampsisme (Bar); céphalées, troubles de la vue, hypertension, et les symptômes, quoique immédiatement alarmants pour un observateur averti, n'en n'ont pas moins une marche progressive qu'il vous faut connaître.

a. L'accident débute toujours par des *douleurs* qui sont souvent prises par les malades et leur entourage, souvent même par le médecin ou la sage-femme, pour les douleurs de début du travail. Ces douleurs ne tardent pourtant pas à prendre des caractères qui ne doivent pas vous échapper; elles sont continues, *non rythmées*; or, vous savez que les douleurs de l'accouchement normal ont comme caractère essentiel d'être séparées les unes des autres par des intervalles réguliers pendant lesquels la *douleur* peut persister, mais la *contraction* utérine doit cesser complètement. Toute contraction permanente indique une anomalie ou un accident dans la marche du travail; parmi les principales causes de la contracture utérine n'oubliez pas le décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Le siège des douleurs, leur irradiation du côté des reins et du bas-ventre, leur intensité progressivement croissante sont des signes qu'il faut connaître mais qui sont beaucoup moins caractéristiques.

b. En même temps que les douleurs on observe généralement un *écoulement sanguin vaginal* d'importance variable; c'est un symptôme qu'il nous faut signaler, mais nous dirions volontiers à regret, car le plus souvent, au lieu d'éclairer le diagnostic, il ne fait que le fausser en faisant tout naturellement penser à un décollement de placenta prævia. Retenez donc qu'hémorragie vaginale ne signifie pas toujours et fatalement insertion basse du placenta; elle se voit aussi dans les cas où le placenta qui se décolle est normalement inséré.

c. Les *troubles de l'état général* ne tardent pas à accompagner les douleurs et l'écoulement sanguin; ce sont ces troubles que vous devez surtout bien connaître car si les uns, pâleur de la face, sueurs froides, rapidité du pouls doivent vous faire poser immédiatement le diagnostic d'hémorragie interne grave; d'autres plus immédiats, plus apparents et souvent plus impressionnants ne peuvent que contribuer à égarer votre diagnostic. N'oubliez pas que dans le décollement prématuré du placenta normalement inséré les signes d'hémorragie sont habituellement beaucoup plus tardifs que dans les hémorragies externes, et vous auriez grand tort de compter trop sur eux car ce n'est souvent qu'à la période terminale que le pouls devient rapide et faible, que les lèvres se décolorent, que les bourdonnements d'oreilles, la soif d'air viennent vous avertir de l'imminence d'un dénouement fatal.

Beaucoup plus précoces sont les *troubles nerveux* qui accompagnent l'accident que nous étudions; ces troubles, consistant dans une agitation inquiète de la malade, accompagnée de céphalées, de vertiges, de troubles oculaires, parfois d'une certaine incohérence dans les idées et les paroles font volontiers penser à la crise d'éclampsie surtout si, comme cela est la règle, en analysant les urines, on y trouve un flot d'albumine.

d. Connaissez donc bien la valeur diagnostique de ces troubles nerveux et dans tous les cas douteux tenez compte des *signes locaux* caractéristiques que va vous fournir l'examen de l'utérus. Celui-ci, dans les cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré, présente trois particularités qui ne doivent pas échapper à votre attention : 1. il a un volume exagéré, une hauteur plus grande que ne le comporte l'âge de la grossesse; 2. ce volume augmente assez rapidement, ce qui est facile à constater par des mensurations successives, d'heure en heure par exemple.

3. Enfin, et c'est là le symptôme capital qui, sans retard, vous permettra toujours de faire le diagnostic, il présente une dureté extrême, permanente, ligneuse tout à fait caractéristique; cette dureté est généralisée à tout l'organe, elle se perçoit aussi bien au niveau du corps par le palper abdominal qu'au niveau du segment; celui-ci, au toucher vaginal, paraît s'enfoncer comme une sébille de bois dans l'excavation suivant la pittoresque comparaison de Pinard.

Ajoutez, si vous le voulez, à ces symptômes capitaux, d'autres symptômes accessoires, tels que l'impossibilité de percevoir les bruits du cœur fœtal (le fœtus étant généralement mort) et de sentir aucune partie fœtale, la tension de la poche des eaux, etc., cela n'est pas indispensable pour établir le diagnostic. Celui-ci doit être porté sans hésitation toutes les fois que vous observerez des douleurs utérines continues s'accompagnant de troubles nerveux inquiétants et surtout de cet « utérus de bois » si caractéristique, qu'il y ait ou non des signes d'hémorragie interne ou externe.

TRAITEMENT. — 1. *Cas simples.* — Ce sont tous ceux où l'évacuation de l'utérus n'offre pas de difficulté, par exemple ceux où le décollement se faisant au cours du *travail* celui-ci n'est pas ou à peine prolongé et où le syndrome clinique réduit au minimum se traduit souvent simplement par la mort du fœtus ou ne se diagnostique que par l'examen rétrospectif du placenta.

De ces cas on peut rapprocher ceux qui surviennent encore au cours du travail ou au début de celui-ci, où le col reste souple, *facilement dilatable*, mais où le syndrome clinique plus inquiétant que dans les cas précédents exige une terminaison rapide de l'accouchement. Dans ces cas le choix de l'intervention est assez simple; le col étant facilement dilatable, vous compléterez son ouverture par des manœuvres manuelles préférables au ballon qui augmenterait la tétanisation utérine et à dilatation suffisante vous ferez un forceps si l'enfant est encore vivant, une basiotripsie si l'enfant est mort. Puis une délivrance artificielle immédiate si le placenta n'est pas déjà entièrement décollé vous permettra de tarir rapidement la source de l'hémorragie et de consacrer ensuite vos soins au traitement de l'anémie de la malade ou de ses troubles d'intoxication.

2. *Cas compliqués.* — Ici, vous le savez, le syndrome clinique est tout différent, le pronostic autrement sérieux et la conduite à tenir infiniment plus discutable.

Avertissez d'abord l'entourage de la malade qui souvent ne s'en doute nullement, de la gravité de la situation et de la difficulté du traitement. C'est une bonne précaution à prendre surtout si vous êtes livré à vos propres ressources loin de tout secours chirurgical.

Que faire ensuite? Peut-on tout d'abord si l'on traite les accidents dès le début les enrayer en quelque sorte par une intervention simple, telle que la large rupture des membranes, comme dans les cas de placenta prævia? Cette thérapeutique est très discutée. Elle a été préconisée par Schrœder et Barnes qui lui reconnaissent l'avantage de favoriser la marche du travail, la distension rendant le muscle utérin incapable de se contracter. Elle est combattue par Spigelberg

et Winter qui font remarquer que la surdistension est au contraire le meilleur moyen d'hémostase. Nous ajouterions volontiers que cette rupture est une arme à double tranchant; elle peut, en effet, lorsque le *travail est déjà commencé*, accélérer la marche de celui-ci et avoir par conséquent l'influence la plus heureuse; mais si cette éventualité ne se produit pas et surtout si aucun signe d'accouchement n'apparaît après la rupture, on a certainement mis la malade dans des conditions moins favorables pour subir l'intervention sanglante qui sera peut-être nécessaire.

En effet, que les membranes aient été rompues ou non, si l'état général a tendance à s'aggraver, si l'ascension et la contracture de l'utérus indiquent que l'hémorragie persiste, il n'y a pas une minute à perdre, il faut de toute nécessité, et simultanément en quelque sorte : 1. combattre l'anémie hémorragique; 2. arrêter cette hémorragie.

1. Pour combattre l'anémie vous proportionnerez bien entendu vos moyens au degré de gravité de cette anémie; parfois l'état de la malade vous permettra de renvoyer cette partie du traitement après l'intervention, tandis que dans d'autres cas votre premier soin devra être de remonter l'état général d'une façon suffisante pour permettre la réalisation de l'intervention obstétricale ou chirurgicale. Dans ces cas vous éviterez soigneusement de trop remuer la malade dans la crainte d'une syncope qui peut être mortelle, vous la laisserez étendue la tête basse, en lui faisant des piqûres d'huile camphrée ou d'éther, et si cela est nécessaire des injections de sérum artificiel glucosé (le sérum artificiel ordinaire est à éviter à cause de l'albuminurie habituelle dans ces cas). A éviter aussi comme anesthésique le chloroforme à cause de l'altération possible du foie. Dans les cas graves vous pratiquerez la transfusion sanguine facilement réalisable par la méthode du sang citraté de Jeanbrau.

2. Traiter l'anémie est donc souvent une nécessité immédiate, mais n'oubliez pas que vous n'aurez rien fait tant que l'hémorragie ne sera pas tarie; or, pour arriver à ce résultat il n'y a qu'un moyen : vider l'utérus le plus rapidement possible à la fois du fœtus et du placenta décollé. Comment?

a. Toutes les fois que cela sera possible, l'évacuation se fera par la voie obstétricale, après dilatation du col par manœuvres digitales, jusqu'à ouverture suffisante pour pratiquer la basiotripsie (l'enfant étant habituellement mort).

Le point difficile est de déterminer à l avance si la dilatation pourra être assez rapide et surtout assez marquée pour que l'évacuation utérine par les voies naturelles soit réalisée avant une aggravation extrême de l'état maternel, et pour qu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion utérine forcément hémorragique et presque fatalement mortelle.

Or, ce sont là deux conditions assez rarement réalisées; le col est contracturé comme le reste de l'utérus; il se dilate très difficilement, très lentement, très incomplètement et par contre se déchire très facilement; que de fois n'obtient-on qu'après de longs efforts une dilatation qui semble permettre une basiotripsie mais qui, en réalité, est encore insuffisante et provoque trop souvent une déchirure qui achève la malade.

b. Aussi, à l'heure actuelle, en présence de ces cas bien caractérisés, où le temps presse, où la contracture rend l'extraction obstétricale du fœtus bien aléatoire et bien dangereuse, tend-on à substituer à celle-ci l'extraction chirurgicale. Celle-ci comporte deux méthodes : la voie abdominale et la voie vaginale. La voie abdominale a pour elle sa facilité et sa rapidité d'exécution, mais surtout la faculté qu'elle donne de se rendre compte de visu de l'état de vitalité du muscle utérin, vitalité souvent fort compromise par des suffusions sanguines généralisées constituant la lésion anatomique si bien décrite par Couvelaire sous le nom d'apoplexie utéro-placentaire; elle permet surtout de choisir l'intervention la mieux appropriée aux accidents qu'il s'agit de combattre; césarienne classique simple s'il n'y a pas d'infection et si l'état du muscle utérin ne donne aucune inquiétude; hystérectomie en bloc sans ouverture préalable ou plus simplement opération de Porro, lorsque, l'œuf étant ouvert depuis longtemps, l'enfant mort, l'infection est à craindre; hystérectomie après césarienne, lorsque la vitalité du muscle utérin est problématique ou lorsque, après l'évacuation utérine et le décollement du placenta, l'hémorragie persiste.

La voie vaginale, permettant de réaliser la césarienne vaginale, a surtout pour avantage de réduire au minimum le shock, les dangers d'infection péritonéale et surtout la perte de sang opératoire; c'est en cela, à notre avis, que réside la supériorité de cette intervention lorsqu'on intervient chez une femme déjà profondément anémiée qui ne supporterait vraisemblablement pas l'hémorragie importante qui accompagne toujours la césarienne ordinaire.

Quelle que soit la méthode par laquelle vous aurez réalisé l'évacuation de l'utérus et l'arrêt définitif de l'hémorragie, il vous restera ensuite à remonter la malade par les moyens habituels et à la désintoxiquer, le décollement prématuré du placenta normalement inséré n'étant le plus souvent comme nous l'avons dit qu'un des accidents les plus graves qui accompagnent l'état décrit sous le nom d'éclampsisme (Bar).

Pour résumer l'ensemble de cette étude, retenez surtout que les malades présentant le syndrome grave que nous venons de décrire sont à la fois des *intoxiquées* et des *anémiées graves par hémorragie interne*. De la première notion découle au point de vue symptomatique l'importance des troubles nerveux que vous saurez rapporter à leur véritable cause; au point de vue thérapeutique : *a*. la possibilité d'un traitement prophylactique chez les albuminuriques : régime, purgations, saignée; *b*. les dangers du chloroforme comme anesthésique et du sérum artificiel chloruré; *c*. enfin, la nécessité d'un traitement postopératoire antiéclamptique. De la deuxième notion découle : *a*. l'utilité de remonter la malade et de faire le traitement de l'anémie déjà réalisée; *b*. mais surtout la nécessité de tarir la source de l'hémorragie le plus rapidement possible en évacuant l'utérus par la méthode obstétricale ou chirurgicale la mieux appropriée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1920)

Le mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann. — M. W. KOPACZEWSKI.

Sur le choc provoqué par l'introduction de substances insolubles dans la circulation. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIER.

Dosage des produits de dégradation des matières protéiques dans le sérum sanguin. — MM. A. BACH et B. SBARSKY.

Sur l'assainissement de l'air souillé par certains gaz toxiques. — MM. DESGREZ, GUILLEMARD et SAVÈS. Les recherches des auteurs sur la neutralisation des gaz de combat les ont conduits à des résultats qui intéressent l'hygiène industrielle. Si une fuite se produit dans un atelier, il faut assainir sans délai l'atmosphère avec des pulvérisations très fines.

Les auteurs indiquent différentes formules convenant à des cas particuliers. Ils recommandent notamment pour la chloropicrine la formule suivante : foie de soufre sodique, 240 g.; lessive des savonniers, 140 cmc.; eau suffisante pour 1 litre. Etendre de 10 litres d'eau au moment de l'emploi. Cette solution permet également la neutralisation du chlore, de l'oxychlorure de carbone, des chloroformiates de méthyle chloré et surchloré, de l'acrolénie, de la bromacétone, du chlorure de cyanogène, enfin des iodure, bromure et chlorure de benzyle.

On voit combien son action est étendue.

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1920)

Mécanisme de l'action de la morphine sur la coagulabilité du sang. — M. DOYON.

La méthode de la radiopiqûre microscopique; moyen d'analyse en cytologie expérimentale. — M. SERGE TCHAHOTINE.

Sur la nature du bactériophage de d'Hérelle. — M. SALIMBÉNI. Les recherches de M. Salimbéni lui ont montré qu'il ne s'agit nullement d'un microbe invisible et encore moins de

l'action d'un ferment non figuré, il s'agit tout simplement d'un microorganisme qui présente suivant les conditions dans lesquelles il se développe un pléomorphisme considérable.

Culture des spirochètes buccaux favorisée par quelques bactéries. — M. P. Séguin.

(SÉANCE ANNUELLE DU 20 DÉCEMBRE 1920)

Après le discours d'usage du président, qui rappelle la mémoire des membres de la Compagnie disparus dans le courant de l'année : MM. Adolphe Carnot, Félix Guyon, Armand Gautier et Yves Delage, et parmi les membres correspondants : MM. Auguste Rigi (de Bologne), Pierre Morat (de Lyon) et Sir Norman Lockyer (de Sidmouth); le Secrétaire perpétuel donne lecture du palmarès que nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1920)

M. Delorme, au début de la séance, proteste énergiquement contre ce fait, qu'à l'occasion des fêtes du centenaire de l'Académie, les pouvoirs publics n'aient pas cru devoir accorder à plusieurs des membres de cette Académie, des récompenses qui eussent été bien légitimes.

Cette protestation est accueillie par des applaudissements.

Election. — L'Académie procède au renouvellement de son bureau. M. Richelot, vice-président, passant président, M. Bourquelot est élu vice-président à l'unanimité, moins une voix.

M. Achard est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire annuel.

M. Hanriot est maintenu par acclamation dans ses fonctions de trésorier.

M. Camus est élu directeur du service de la vaccine.

Les glycéroloses. — M. Doumer adresse une note sur un mode de préparation des glycéroloses organiques totaux et leur conservation.

Pathogénie de la migraine. — MM. Rémond (de Metz) et Rougaud.

Traitement des cancers du col utérin. — M. J.-L. Faure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1920)

Encéphalite épidémique familiale. Transmission probable du virus par une personne atteinte depuis près de trois ans. — M. Lemierre rapporte l'observation d'un homme chez lequel a débuté il y a une quinzaine de jours une encéphalite léthargique et qui paraît avoir été contagionné par sa fille, celle-ci a été elle-même frappée d'encéphalite en février 1918; elle a depuis cette époque été suivie par M. Neller et, chez elle, la maladie n'est pas encore éteinte à l'heure présente. Il est impossible, en raison de la diffusion actuelle de l'encéphalite, d'affirmer que cet homme a été réellement contaminé chez lui. Pourtant le fait que l'enfant a présenté depuis le mois de septembre dernier une poussée nouvelle de ses accidents nerveux et le contact perpétuel qu'il a avec son père rendent bien vraisemblable la contagion familiale. Du reste, la réapparition de l'épidémie d'encéphalite après plusieurs mois d'interruption ne peut s'expliquer que par l'existence de porteurs de germes. Tout porte à croire que ceux-ci sont justement les sujets atteints de formes chroniques avec reviviscences intermittentes de la maladie. Les influences saisonnières qui favorisent l'éclosion de l'encéphalite épidémique favorisent également les réveils du virus chez les chroniques. Ceux-ci deviennent sans doute plus contagieux au moment où les sujets normaux deviennent plus réceptifs. C'est là une circonstance dont il faudra tenir compte dans la prophylaxie de l'encéphalite épidémique.

Encéphalite épidémique et syphilis. — M. Renaud. Rapportant l'observation d'un cas assez simple d'accidents nerveux (paralysies oculaire et faciale) à évolution d'abord subaiguë puis torpide, l'auteur rejetant pour des raisons cliniques et biologiques, l'hypothèse de syphilis, et malgré l'efficacité du traitement par l'arsenobenzol, montre que la connaissance des formes à évolution prolongée sinon chronique de l'encéphalite épidémique, va conduire à détacher de la syphilis un grand nombre de syndromes nerveux qui lui étaient autrefois imputables, conclut qu'on rapproche peut-être actuellement en l'absence de tout critère biologique des affections qu'il faudra peut-être distinguer quand nos connaissances étiologiques deviendront plus précises mais dont il est dès maintenant certain que quelques-unes sont de nature infectieuse et susceptibles d'être influencées par la chromothérapie.

Myoclonie à évolution prolongée avec endocardite mitrale. — M. Halbron et Mlle Joltrois. Ce cas pose à nouveau le problème des relations des chorées et des myoclonies en raison des troubles cardiaques si fréquents dans la chorée vulgaire et si exceptionnels dans les diverses formes de l'encéphalite léthargique.

Réveil hivernal de l'épidémie encéphalitique et reviviscence saisonnière des encéphalites à forme prolongée. — M. H. Roger (de Marseille) a remarqué, coïncidant avec la saison hivernale, l'exacerbation des séquelles encéphalitiques paraissant fixées depuis plusieurs mois, le réchauffement de foyers mal éteints dans des formes d'encéphalites prolongées : apparition de paraplégie en flexion et d'une somnolence aboutissant à la mort chez une parkinsonienne post-encéphalitique; hémiparésie flasque chez un enfant ne présentant plus depuis près d'un an que des mouvements involontaires nocturnes du bras droit, parésie externe d'un membre supérieur et ptosis du côté opposé au cours d'un état caractérisé par des mouvements myocloniques anciens.

Etude critique des méthodes sphygmomanométriques et présentation du phonosphygmomètre. — M. C. Lian. Cet appareil présente comme particularités : 1° son brassard très léger en tissu souple qui s'enroule autour du membre comme la bande d'un pansement et qui, grâce à une rallonge, convient au bras le plus fin comme à la cuisse la plus grosse; 2° sa membrane vibrante qui enchâssée dans une pochette de caoutchouc se moule sur les téguments et est susceptible d'être appliquée dans des régions d'exploration délicate comme le cou-de-pied; 3° son stéthoscope dont la direction coudée constitue un avantage pratique. Ce petit sphygmomanomètre tient facilement dans les deux poches d'un veston et est contenu dans une pochette de 14 cm./16 cm. Il permet de mesurer la pression artérielle au bras et à l'avant-bras, à la cuisse et à la jambe et même isolément dans l'une des deux artères principales de l'avant-bras et de la jambe.

Présentation d'un stéthoscope biauriculaire. — M. Lian. Cet appareil présente les avantages suivants : 1° il rend très facile l'auscultation de la région de la pointe du cœur chez les sujets placés en décubitus latéral gauche; 2° il permet l'emploi d'un stéthoscope dans les régions où la surface des téguments présente une certaine dénivellation; 3° il est facile à maintenir en place avec un seul doigt et permet d'assurer un contact intime de l'appareil et de la paroi thoracique, tout en n'exerçant qu'une pression très minime sur les téguments. A l'occasion de cette présentation, l'auteur montre le grand intérêt clinique de l'auscultation en décubitus latéral gauche, attitude de choix pour exploration des bruits, souffles et roulements de la région apexienne et l'utilité, pour obtenir une bonne transmission des bruits, d'exercer une pression aussi faible que possible.

Ulcus de la deuxième portion du duodénum. Contribution à la séméiologie objective, clinique et radiologique basée sur 18 cas. — MM. G. Parturier et Aimard (de Vichy).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, p. 1128.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Où? quand? comment voyager? **L'Agenda P.-L.-M.** (*nouvelle série*) l'enseigne de façon pratique et amusante. Textes de : Alfred Capus, Louis Forest, E. Herriot, Le Corbeiller, G. Faure, J. Véran, G. d'Esparbès, Antoine Borrel, etc... Hors texte et illustrations de : Vignal, Montagné, Filliard, Lacaze, Charavel, etc...

En vente : Grands magasins, Agences de voyage, Gares P.-L.-M. et rue Saint-Lazare, 88, Paris

Parmi les observations que les auteurs ont pu faire sur 18 cas d'ulcus duodénaux certaines ont trait à la statique abdominale, d'autres au repérage clinique du duodénum : 1° 14 fois sur 18, c'est-à-dire 80 p. 100, l'ulcus duodénal de la 2e portion peut s'accompagner de ptose abdominale avec allongement et dilatation gastrique, 9 fois sur 18, c'est-à-dire 50 p. 100, il peut s'accompagner de ptose duodénale; 2° ces modifications de la statique abdominale jointes aux variétés individuelles rendent assez difficile mais non impossible l'établissement de points de repère. D'un ombilic théorique (milieu d'une ligne unissant les crêtes iliaques) les auteurs mènent 3 lignes, l'une à l'extrémité de la 8e cote et aboutissant théoriquement du moins à l'angle supérieur du duodénum; une autre à la fosse iliaque antéro-supérieure et repérant par l'union de son 1/4 interne et de ses 3/4 externes, l'angle inférieur; une 3e à l'extrémité antérieure de la 10e côte et croisant la direction de la portion descendante du duodénum. Les deux premiers repères projettent le duodénum (2e portion) dans ses formes et ses positions classiques mais ils sont inconstants. Dans 16 cas seulement sur 100, la 1re ligne atteignait l'angle supérieur; 20 fois sur 100 elle passait à 1 ou 2 travers de doigt au-dessus de lui; 64 fois sur 100 elle était notablement inférieure. Les variations sont à peu près les mêmes pour l'angle inférieur. Seule la 3e ligne s'est montrée à peu près constante. Dans les cas de statique abdominale normale c'est par son milieu que cette ligne croise la direction du duodénum. Mais dans les cas de ptose abdominale facile à reconnaître cliniquement, il faut prendre l'union du 1/3 interne et du 1/3 moyen. La pression en ce point éveillait chez les malades une douleur profonde, douleur de duodénale, de périduodénite, accompagnant l'ulcus, ou même douleur due à la pression de l'ulcus lui-même. Ce point duodénal joint aux autres symptômes a permis aux auteurs dans 11 cas de faire le diagnostic avant même l'examen radioscopique qui la confirme et complète.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1920)

Les courbes de la réaction du benjoin colloïdal avec les liquides céphalo-rachidiens des syphilitiques. — MM. G. GUILLAIN, Guy LAROCHE et P. LÉCHELLE distinguent dans la représentation graphique de leur réaction du benjoin colloïdal trois types : réaction positive, réaction subpositive, réaction négative. C'est dans la paralysie générale que la réaction est la plus accentuée, on constate la précipitation totale dans les tubes 1 à 6, 8, 10, 11. Dans les tabes en évolution la réaction est parfois aussi accentuée que dans la paralysie générale, parfois elle ne se constate que dans les tubes 1 à 4, 5, 6 ; dans les tabes fixés non évolutifs la réaction prend souvent le type subpositif dans les tubes 1, 2, 3, 4. La réaction du benjoin est positive aussi dans les formes cliniques en évolution de la syphilis cérébro-spinale qui sont la conséquence de lésions vasculaires et méningées. Dans les réactions méningées légères de la syphilis secondaire décelables par la ponction lombaire la réaction du benjoin reste négative et n'apparaît pas encore ; lorsque, au contraire, la réaction de Wassermann est fortement positive dans le liquide céphalo-rachidien avec lymphocytose et hyperalbuminose, la réaction du benjoin prend le type subpositif ou positif. MM. Guillain, Guy Laroche et Léchelle jugent qu'il est utile de différencier la réaction du benjoin subpositive qui correspond au type « syphilitique » de la réaction de Lange, et la réaction du benjoin positive qui correspond au type « paralytique » de la réaction de Lange; ils pensent que les deux aspects de la réaction du benjoin colloïdal (type subpositif et type positif) ont une valeur pronostique différente; il sera très important de savoir, par des études en série, à quelle époque d'une syphilis nerveuse apparaissent ces diverses réactions et de voir l'influence des traitements arsenicaux et mercuriels sur la réductibilité ou l'irréductibilité de l'intensité de la réaction.

La réaction du benjoin colloïdal dans le zona. — MM. G. GUILLAIN, Guy LAROCHE et P. LÉCHELLE ont constaté que la réaction du benjoin colloïdal reste négative dans le zona même lorsqu'il existe, ainsi qu'il est fréquent dans cette affection, une réaction méningée avec hyperalbuminose et lymphocytose.

Formation d'hémolyse dans le sérum des Maia Squinado inoculées avec des hématies de mammifères. Existence dans ce sérum d'une substance antagoniste qui empêche ou retarde l'hémolyse. — M. J. CANTACUZÈNE. Les injections répétées de globules rouges de mouton font apparaître dans le sérum de la Maia Squinado un pouvoir hémolytique détruit par le chauffage à 58°. Ce pouvoir ne se manifeste que longtemps après la dernière inoculation. Le processus hémolytique in vitro est d'une extrême lenteur; de faibles doses de sérum hémolytique le font apparaître alors que des doses plus fortes l'empêchent souvent; les globules rouges sensibilisées par du sérum antimouton sont rebelles à l'hémolyse par ce sérum; il gêne considérablement la fixation de l'alexine sur les globules sensibilisés. Cette action empêchante indépendante de la concentration saline ou de la teneur en sels de calcium commence à faiblir par le chauffage à 56°.

Il se développe donc chez les Maia vaccinées parallèlement à l'hémolysine une substance antagoniste qui en retarde l'action et en masque souvent la présence.

Recherche des albumoses. — MM. ACHARD et FEUILLIÉ ont entrepris des recherches sur la présence des albumoses dans les produits organiques. Le principe de leur technique est le suivant. Désalbuminer avec soin le liquide à examiner en ajoutant 10 p. 100 de chlorure de sodium, une goutte d'acide acétique et portant à l'ébullition. Le filtrat traité par le réactif de Tanret doit rester limpide à l'ébullition; il se trouble par refroidissement s'il y a des albumoses.

On peut faire un dosage approximatif en comparant l'opalescence avec celle de tubes étalonnés avec la peptone de Witte.

Les albumoses ainsi mises en évidence paraissent être libres dans le liquide examiné. Mais il y en a sans doute d'autres en liaison plus ou moins lâche que les auteurs ont recherchées à l'aide de procédés peu susceptibles d'hydrolyser les albumines : action de l'éther ou de l'eau de chaux avant la désalbumination.

Préparation rapide à haute température d'antigènes pour la réaction de Bordet-Wassermann. — MM. Marcel BLOCH et POMARET préconisent dans le traitement des pulpes d'organes destinés à la préparation des antigènes Noguchi-Tribondeau le séchage préalable à l'étuve à 100°; après réduction en poudre fine, on épuise à l'alcool dans un appareil de Kumagawa Dans ces conditions, on obtient un meilleur rendement en extrait lipoïdique, et les antigènes obtenus après décoloration au noir animal sont dénués de tout pouvoir anticomplémentaires et actifs à des dilutions élevées.

Les auteurs ont remarqué que, après un séjour de deux mois à l'étuve à 100°, les lipoïdes des poudres d'organes ne perdaient rien de leur pouvoir antigénique.

Par cette technique, la préparation d'antigènes du type Noguchi-Tribondeau peut être réalisée économiquement en quarante-huit heures.

Insufflation intratrachéale de médicaments en poudre par trachéofistulisation. — M. G. ROSENTHAL montre que la trachée tolère facilement les poudres médicamenteuses à condition qu'il s'agisse de produits à contact non irritant pour la muqueuse linguale. Un simple lance-poudre projette le produit utilisé (orthoforme, carbonate de gaïacol, etc.) par l'orifice des canules de trachéo-fistulisation. Cette tolérance trachéale aux poudres donne une indication nouvelle de sérothérapie intratrachéale à sérums réduits en poudre.

Obtention chez le pigeon des accidents de polynévrite par l'emploi d'une alimentation synthétique. — M. H. SIMONNET. Une ration synthétique, analogue à celle employée sur le rat (composée de résidu de muscle, sels, beurre, amidon, huile, papier filtre, agar, levure de bière 1 p. 600 du poids vif), permet l'entretien normal du pigeon pendant de longues périodes (plus de sept mois). La suppression de la levure de bière entraîne l'apparition des accidents de la polynévrite spasmodique sans qu'il se produise au préalable de chute de poids due à l'inanition.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 2. — MARDI 4 & JEUDI 6 JANVIER 1921. 94e ANNÉE. MARDI 4 & JEUDI 6 JANVIER 1921. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations dans les services de médecine. — MM. les Drs Nobécourt, de la Maternité, nommé professeur de clinique aux Enfants-Malades, en remplacement du professeur Hutinel, honoraire; Marfan (chaire de clinique d'hygiène infantile aux Enfants-Malades) passe aux Enfants-Assistés en remplacement du Dr Variot, admis à l'honorariat; Ribadeau-Dumas passe à la Maternité; Babonneix passe à Debrousse; Louste passe à Beaujon (tuberculeux); Trémolières à Sainte-Périne; Clovis Vincent à Ivry; Armand Delille à Ivry (tuberculeux); L. Ramond à Dubois.

Mutations dans les services de chirurgie. — MM. les Drs Ans. Schwartz est titularisé à Necker; Grégoire passe à Tenon; Marcille à Bretonneau.

Mutations dans les services d'accouchement. — MM. les Drs Rudaux, de Boucicaut, à Beaujon; Funck, de Tenon, passe à Boucicaut; Jeannin, de la Charité, passe à Tenon; Devraigne, accoucheur des hôpitaux, titularisé à la Charité; Le Lorier, maintenu accoucheur adjoint à la Maternité.

Mutations dans les services d'oto-rhino-laryngologie. — MM. les Drs Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, titularisé à Laënnec, en remplacement du Dr Lombard, décédé.

Mutations dans les services de dentistes. — MM. les Drs Rousseau-Decelle, de Trousseau, à Tenon, en remplacement du Dr Didsbury, admis à l'honorariat : Lemerle, titularisé à Trousseau.

Mutations dans les services de pharmaciens. — A la suite du concours qui vient de se terminer sont nommés pharmaciens : à Hérold (emploi vacant), M. Luce; à Brévannes (emploi créé), M. Régnier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Rolland est nommé chef du laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale. M. Bordet est nommé chef du laboratoire de clinique thérapeutique.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — (Active.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins-majors de 1re classe Beyne, Fournereaux, Idrac, Louis et Varatges.

(Troupes coloniales, active.) *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors Botreau-Roussel, Arrighi, Pautet, Benjamin, Peltier, Souchard, Marquand, Bois, Jardon. (*J. O.*, 1er janv. 1921.)

(Réserve.) *Au grade de grand officier.* — M. le médecin inspecteur Wissemans.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux ou majors Paul, Rehm et Vaudremer.

M. le médecin-major Broquet (des troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Abeilhe, Bègue, Bourgeois (Achille-Henri), Broustail, Chalot, Chiron du Brossay, Elloy, Gaujoux (Victor P.-E.), Klein (G.), Leblanc (L.), Le Meur, Le Pileur, Moulu, Sauvé (L. de G. Marie-Joseph), Strauss (L.), Vautrain, Boisnier, Brousseau, Crussaire, Fischer (J.-A.-M.-C.), Jacob (J.-Ch.), Le Coulm, Linval, Delagrange (Bernard), Lewinsohn, Mercier (Georges-Jules), Arfeux, Avezou, Benoit (M.-L.-L.), Bilhaud (Marcel-M.), Couraud (J.-J.), Mallet (P.-M.-J.-R.), Maurin, Neyreneuf, Nivault, Perrin (M.-P.), Récamier (Jacques), Wagner (Bernard). (*J. O.*, 1er janv. 1921.)

LE SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS vient de tenir ses assises annuelles, sous la présidence du Dr Chapon, assisté de MM. Berruyer, d'Ayrenx, Delapchier, Rouland et de Spéville, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Dans un éloquent discours, le président a protesté contre les paroles injustes à l'égard du corps médical prononcées à Nancy par M. Maginot : les médecins sont les mercantis des blessés de guerre.

S'occupant de la malheureuse question des certificats préférentiels de lait, le Syndicat médical de Paris a voté l'ordre du jour suivant :

Le Syndicat médical de Paris,

Déplore que les administrations compétentes aient trop différé de prendre les mesures de restriction de la consommation du lait frais, soit dans les établissements de plaisir, soit dans la fabrication de comestibles de luxe, et qu'elles se

soient ainsi laissé acculer au rationnement en lait de la population parisienne ;

Constate que, pour masquer leur négligence, elles n'ont pas hésité à chercher à rejeter l'odieux des mesures prises sur le Corps médical d'abord en osant l'accuser de faire des certificats de complaisance, puis en lui imposant la vexation du contrôle de ses certificats, limitant ainsi, arbitrairement, les droits que les médecins tiennent de leurs études et de la conscience professionnelle.

Le Syndicat médical de Paris, réuni dans son assemblée générale du 12 décembre 1920,

Regrette que quelques médecins aient accepté de contrôler les certificats préférentiels de lait délivrés par leurs confrères et donne mandat à son bureau de faire toutes démarches près des Pouvoirs publics, pour obtenir de l'Administration, la suppression de cette mesure qui porte atteinte à l'une des prérogatives du Corps médical tout entier.

Si ces efforts restaient sans effet, il y aurait lieu de porter la question devant le Conseil d'Etat, pour abus de pouvoir.

Le Dr Lapointe a résumé un très intéressant rapport tendant à empêcher l'entrée à l'hôpital, des malades aisés. Il préconise les mesures suivantes :

1° Les malades non inscrits sur la liste d'assistance de leur arrondissement, qui se présenteront à l'hôpital pour y obtenir une consultation ou être traités dans les services de l'hôpital à titre gratuit, devront signer une demande d'admission à l'assistance médicale et gratuite. La demande comportera, en cas de refus, l'engagement de payer les frais de consultation, de traitement, de séjour, de salle d'opération, etc. Toute personne qui aurait recours à des manœuvres frauduleuses (faux état civil, faux certificat) sera poursuivie conformément aux lois.

2° Les malades aisés, reçus par raison d'humanité ou de force majeure, paieront les frais médicaux auxquels s'ajouteront les frais de séjour ou de salle d'opération. Il en sera de même des malades pourvus des ressources d'autrui (accidentés du travail, blessés de guerre).

3° Il sera créé, par la Ville de Paris, avec l'aide de l'Etat, sans le concours de l'Assistance publique, des maisons de santé du genre de la Maison Dubois où tous les médecins ou chirurgiens auront accès comme dans les maisons de santé ordinaires. Ces maisons de santé ne feront aucun bénéfice commercial, leur tarif minimum pour frais de séjour en chambre commune et pour frais de salle d'opération sera le même que dans les hôpitaux. Les malades paieront des honoraires fixés par tractations libres avec les médecins ou chirurgiens traitant.

Le Dr d'Ayrenx a lu un très important rapport sur l'assurance invalidité maladie (loi Grinda-Pinard) qui doit modifier considérablement l'exercice de la médecine en France, rapport sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

L'importance du mouvement médical et la nécessité pour les médecins de s'unir pour la défense de leurs intérêts professionnels n'échappera à personne, et, nous voulons l'espérer, la grande masse des médecins parisiens voudra adhérer à l'un des deux groupements syndicaux de la région parisienne.

JURISPRUDENCE

SYNDICAT PROFESSIONNEL DE PHARMACIENS ! LIBERTÉ DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

Celui qui a acheté d'un fabricant de produits pharmaceutiques des produits revêtus de la marque de fabrique et de la vignette d'un syndicat professionnel de pharmaciens, fondé dans le but de réglementer la vente des produits pharmaceutiques et d'empêcher leur dépréciation par l'avilissement des prix, s'expose, s'il revend ces produits au-dessous des prix marqués, à une condamnation à des dommages-intérêts et à une défense de vendre au-dessous de ces prix, alors qu'il avait accepté, sans protester, les conditions dans lesquelles la revente devait avoir lieu.

Le commerçant qui agit ainsi méconnaît, en effet, l'engagement pris librement par lui. Le principe est, dans notre législation : la liberté du commerce et de l'industrie. Ce serait lui porter atteinte que de permettre au commerçant, qui s'est obligé à ne vendre que dans certaines conditions, d'éluder ces conditions qu'il connaissait admirablement. Il ne saurait invoquer par exemple qu'un syndicat de pharmaciens ne peut réglementer la vente des spécialités et empêcher leur dépréciation par l'avilissement des prix ; car le but que se propose ce syndicat rentre dans la défense des intérêts professionnels, prévue par la loi du 21 mars 1884, sous réserve, bien entendu, qu'il n'y ait pas de fraude, ni de dispositions prises pour arriver à l'accaparement.

La Cour de Cassation, dans un arrêt du 3 mai 1920, a approuvé la condamnation prononcée contre celui qui avait revendu des spécialités au-dessous des prix marqués alors que, connaissant les conditions de revente, il avait accepté de s'y soumettre et avait reçu, sans protestations ni réserves, les factures portant la mention que tout produit revêtu de la vignette devait être vendu obligatoirement au prix marqué sous peine de dommages-intérêts.

« Attendu, dit la Cour suprême, que le pourvoi reproche à l'arrêt attaqué d'avoir fait défense à B... d'annoncer et de vendre, au-dessous du prix marqué, des produits revêtus de la marque de fabrique et des timbres-vignettes du syndicat « Nationale Réglementation », de l'avoir condamné à des dommages-intérêts envers L..., fabricant de ces produits, et C... concessionnaire de la vignette du syndicat, alors que la simple apposition de cette vignette ne peut, à elle seule, restreindre la liberté commerciale de l'acheteur et lui imposer l'obligation de se conformer aux prix marqués;

« Mais attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué que B... reconnaît avoir acheté du fabricant L... et revendu au-dessous des prix marqués des produits pharmaceutiques revêtus de la marque de fabrique U. C. P. et de la vignette de la « Nationale Règlementation », syndicat professionnel de pharmaciens, fondé dans le but de réglementer la vente des spécialités et d'empêcher leur dépréciation par l'avilissement des prix; que le demandeur ne conteste pas non plus avoir reçu, sans protestations ni réserves, en même temps que les produits, des factures portant imprimées dans leur texte la représentation de la vignette, ainsi que la mention : « Tout produit revêtu de cette vignette doit être vendu obligatoirement au prix marqué sous peine de dommages-intérêts »; qu'il est constaté, en outre, que le demandeur connaissait, tant par la correspondance échangée que par des avis et autres imprimés qui lui sont parvenus, l'obligation parfaitement licite qui résultait pour le vendeur de l'apposition de la vignette du syndicat sur chacun de ses produits;

« Attendu qu'en induisant du silence gardé par le demandeur, au reçu des factures, dans les circonstances spécifiées par l'arrêt attaqué, que celui-ci avait accepté de se soumettre à l'obligation imposée comme condition absolue du marché, les juges du fond se sont livrés, d'après l'examen des faits et documents de la cause, à une interprétation de volontés qui échappe au contrôle de la Cour de Cassation;

« Qu'en cet état la Cour d'appel n'a commis aucune violation de la loi, en déclarant que B... avait méconnu des engagements et en le condamnant à des dommages-intérêts avec défense de vendre au-dessous du prix marqué, les produits revêtus de la marque U. C. P. et de la vignette de la Nationale Réglementation.

« Par ces motifs,

« Rejette... »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

564. — LIMOUSINE « CHENARD WALCKER ». Entièrement revue, garantie état de marche, 13.000 fr. Disponible par défaut d'emploi. — M. VINCENT, 26, rue Victor-Noir, Neuilly-sur-Seine. Tél. : 15-38.

LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE

CHEZ L'ENFANT

Par le docteur A. LESAGE (1),
Médecin de l'hôpital Hérold.

I

APERÇU GÉNÉRAL

Dans le cours du développement de l'enfant, depuis la naissance jusqu'à la formation complète, il est fréquent, dans la classe aisée d'observer une anomalie, une perversion de ce développement caractérisée par un groupement de symptômes, qui sont toujours identiques, ont la même évolution et obéissent à la même diététique et thérapeutique.

Une étude, poursuivie depuis 25 ans, m'a montré que cette maladie de la croissance, cette maladie de l'évolution ne s'observe que chez les enfants de souche arthritique, quelle que soit la variété de cet arthritisme (obésité, asthme, etc.), et qu'elle est héréditaire et familiale. Plusieurs enfants d'une même famille arthritique peuvent en être atteints, alors que quelques-uns échappent à cette emprise héréditaire.

Il est tellement vrai que cette maladie appartient à l'arthritisme, qu'elle en présente tous les caractères généraux, toutes les manifestations, toutes les crises, éléments que j'ai développés dans les pages précédentes. Il est important, comme pour l'arthritisme en général, de rechercher, de dépister, le fond commun et tenace, sur lequel se greffent les manifestations et les crises. J'ai décrit déjà les principaux signes de cette affection dans mon *Traité des maladies du nourrisson* (2), puis au Congrès de protection de l'enfant du premier âge (3). Je lui ai donné le nom de « Débilité arthritique chez l'enfant » parce que l'enfant est faible, malingre, débile, quand on le compare aux enfants normaux de même âge. J'ai préféré ce terme à celui d'hypotrophie de Variot, de chétivisme de Bauer, car ces dernières dénominations s'adressent seulement à l'élément physique, alors que dans la maladie que j'étudie présentement, il existe, en plus de cet élément physique, tout un côté important psychique et moral que le terme « débilité » paraît mieux envelopper.

Le mot « infantilisme » dont on a abusé dans ces dernières années, s'adresse à l'adulte qui a conservé le type « enfant ». Je reviendrai sur ce point, en étudiant la pathogénie de la maladie.

La description symptomatique de l'affection est suffisante par elle-même pour pouvoir être diagnostiquée et séparée des maladies déjà décrites.

J'ai dit qu'elle était une maladie héréditaire, d'origine arthritique, c'est dire que son étiologie se réduit à cela. Elle peut apparaître à toutes les périodes de la croissance (première, seconde enfance, adolescence). La date d'apparition dépend surtout du degré de l'ancienneté de l'hérédité. Plus celle-ci sera invétérée, plus l'affection apparaîtra de bonne heure, dans les premiers mois ou au sevrage. A mesure que l'enfant prend de l'âge, la maladie « vieillit » avec lui; évolue et prend peu à peu les caractères de l'arthritisme de l'adulte. Aussi les symptômes, tout en étant toujours identiques, présenteront quelques caractères spéciaux tirés de l'âge de l'enfant.

II

SYMPTOMATOLOGIE

La maladie doit être recherchée, dépistée, car les symptômes sont souvent latents, surtout au premier âge, si l'enfant est nourri au sein. Voyons d'abord ce dernier cas.

Enfant au sein. — Le lait de femme a pour caractère essentiel de masquer la maladie par un embonpoint de bon aloi : l'enfant est superbe et beau en apparence. Mais il ne faut pas se fier à cette belle façade, car si on ne sait pas dépister les signes latents de la maladie à ce moment, on sera étonné de voir la débilité éclater brusquement au moment du sevrage, alors que le lait de femme ne sera plus là pour produire la façade trompeuse. Cependant ce bel enfant est souffrant, malade : il n'est pas normal.

Anorexie. — En premier lieu, ce bel enfant n'a pas faim. Il se contente de très petites tétées, le tiers, la moitié de ce que prend un enfant normal au même âge. La nourrice ne comprend rien à cet état bizarre : elle lui met le mamelon de force dans la bouche, elle presse son sein; mais l'enfant « ne veut rien savoir », il tourne la tête et veut s'amuser. Et la même scène se reproduit à chaque tétée. Parfois une éclaircie apparaît, mais de courte durée : l'enfant a pris la dose normale. C'est alors la joie dans la famille. Mais ceci malheureusement ne dure pas longtemps. En général, il a une velléité d'appétit le matin.

L'enfant n'a pas faim, parce qu'il est malade. Combien le public admet peu qu'un être si petit, puisse déjà avoir des maladies! car il n'a que quelques mois et il est malade, donc il a pris le germe dans l'hérédité. Or cela on ne peut l'admettre ou on l'admet à contre cœur. La scène est toujours la même : les familles des deux conjoints se rejettent l'une sur l'autre tous ces méfaits de l'hérédité. Une des grand'mères ne se gêne pas pour affirmer que « cela n'est pas de chez nous ». A quoi l'autre grand'mère riposte de la même façon. C'est la bataille des belles-mères. Comme il faut que le médecin use de diplomatie pour faire admettre l'influence héréditaire! Et puis, il pourra calmer les angoisses des combattantes; l'hérédité ne peut-elle pas sauter une génération : les ancêtres sont faits pour endosser cela.

Le plus souvent on ne cherche pas si loin d'ailleurs, on est très simpliste. Si l'enfant n'a pas faim, c'est que le lait de la nourrice n'est pas bon. Cette pauvre nourrice a toujours tort. On fait l'analyse du lait, qui est normal. Cela ne fait rien : le lait n'est pas bon puisque l'enfant ne veut en prendre qu'une petite dose. On change la nourrice. D'ailleurs si elle reste dans la famille, elle perdra fatalement son lait, puisque l'enfant ne veut pas têter. Je connais un nourrisson qui a fait perdre le lait à douze nourrices et les parents n'ont jamais voulu admettre que le coupable était l'enfant et par conséquent eux-mêmes par hérédité.

L'anorexie n'est pas totale : l'enfant se contente de quelques gorgées de lait, il vit de peu, car les besoins de ses cellules sont des plus minimes. Le lait de femme possède des qualités tellement merveilleuses qu'il en suffit de peu pour satisfaire les

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 981; n° 68, p. 1077; n° 79, p. 1253, et n° 101, p. 1613. (Leçon recueillie par M. Noël Cojan, interne des hôpitaux.)

(2) Lesage. *Traité des maladies du nourrisson*, 1910.

(3) Lesage. *C. r. du Congrès de protection de l'enfant du premier âge*, Bordeaux 1913.

faibles exigences de la cellule arthritique. La caractéristique de cette anorexie, chez l'enfant au sein, est, qu'en dehors des attributs héréditaires, elle est accompagnée d'un bon état général et d'une bonne courbe de poids au total, malgré quelques plateaux, quelques oscillations au moment des *crises* arthritiques. Elle est donc bien différente de l'anorexie qui produit l'inanition et une baisse de poids chez l'enfant normal, dont les cellules ont des besoins plus accentués.

La courbe de poids est bonne, disons-nous, mais pas aussi belle qu'elle pourrait être eu égard à l'aspect de l'enfant qui paye de mine. L'augmentation journalière de poids est en moyenne de 10 gr., moins forte qu'à l'état normal dans les premiers mois, surtout si l'anorexie est apparue dès la naissance. En ce cas, après la chute de poids classique, la courbe reprend son ascension, mais avec un déficit de 5 à 10 gr. par jour.

Voies digestives. — D'une façon générale, le nourrisson au sein ne vomit pas : ce qui est un symptôme négatif excellent. Cette anorexie n'est pas d'origine digestive : la langue est normale ; il n'existe aucun signe d'embarras gastrique ou d'une affection quelconque digestive.

Tympanisme. — Le plus souvent, le nourrisson a du tympanisme généralisé, mais beaucoup plus marqué à droite, au niveau du cæcum dont la sonorité est à tonalité élevée, comparée à la sonorité de tout l'abdomen. Cette sonorité cæcale indique une distension du cæcum, qui remplit tout le côté droit, jusque près la ligne blanche médiane. Ce tympanisme, quand il n'est pas trop intense, est indolore, mais de temps en temps, par crise, la distension est plus forte et un peu douloureuse : l'enfant crie, surtout à la pression de la région cæcale, sans qu'on puisse trouver un point fixe et limité. Cette sensibilité de toute la région est de courte durée et cesse avec l'expulsion des gaz.

Ce tympanisme, en effet, est intolérant, ce qui indique que la contractilité musculaire de la paroi reste bonne et ne se laisse pas forcer.

Ces crises courtes de tympanisme ne sont accompagnées d'aucun symptôme d'appendicite.

On connaît les relations réflexes qui unissent l'estomac et le cæcum; aussi dès le début de la digestion et la mise en route du péristaltisme, le tympanisme apparaît. Il est beaucoup plus net dans la station verticale, car l'abdomen proémine en avant, alors que dans la station horizontale, il tend à s'étaler sur les côtés.

Ce tympanisme n'est pas d'origine aérophagique. Il est le résultat de sécrétion ou plutôt d'excrétion de gaz. On a, en effet l'impression que chez l'arthritique, il y a, à certains moments, une augmentation de gaz dissous dans le sang, qui est la cause de certaines manifestations arthritiques dont la cessation brusque coïncide avec l'expulsion de gaz : telles certaines crises de fatigue, d'asthme, de névralgie, de migraine. Il y a là un point de pathologie complètement ignoré et sur lequel nous ne possédons aucun renseignement. Nous savons seulement que certain tympanisme cesse, sans expulsion de gaz, après absorption simple par la paroi intestinale.

Transit intestinal et aspect des matières fécales. — Le transit paraît plus rapide qu'à l'état normal ; les matières n'ont pas l'aspect normal et comme dit la nourrice, « ce n'est jamais cela ». Deux et trois fois par jour, l'enfant les émet, dès qu'il a pris sa tétée. Le péristaltisme est rapide.

Dans mon *Traité des maladies du nourrisson*, j'ai déjà insisté sur le symptôme suivant qui me paraît presque caractéristique de la débilité arthritique : l'abondance et le volume des matières émises, qui contrastent avec l'intensité de l'anorexie et la modicité des ingestions. Aussi dans l'entourage de l'enfant entend-on dire : « Où va-t-il chercher tout cela ? »

Les matières sont abondantes, volumineuses, boursouflées : ceci me paraît tenir à ce que la muqueuse intestinale, sécrète ou excrète abondamment et liquide et gaz, du fait de la rétention d'eau qui ne s'élimine pas par le rein.

L'aspect des matières fécales est typique et varie suivant l'âge de l'enfant.

On sait le rôle prépondérant joué par le foie durant la vie fœtale. A la naissance, à la suite du changement brutal qui se fait dans sa circulation intérieure, le foie conserve encore pendant quelques semaines une très grande activité avant de s'adapter à la vie nouvelle : de là le méconium et les selles vertes biliverdiques des premiers jours.

L'allaitement au sein lave très vite les cellules hépatiques de leur encombrement pigmentaire fœtal et la teinte classique du contenu intestinal, apparaît rapidement (1). L'enfant atteint de débilité arthritique conserve pendant un temps plus long cet hyperfonctionnement hépatique, malgré l'allaitement au sein. C'est là, la première note hépatique de l'arthritisme et c'est une erreur complète de considérer ces premières poussées biliverdiques, comme étant signe « d'entérite », de supprimer, de ce fait, l'allaitement au sein et de soumettre l'enfant à la diète hydrique.

Cette « susceptibilité hépatique » apparaîtra facilement dans le cours de l'allaitement, soit à la suite de tétées trop fortes, de la sortie d'une dent, d'un accès de fièvre, des règles de la nourrice, de l'arrivée à la mer. Certains enfants bien entachés d'arthritisme peuvent conserver l'état biliverdique pendant toute la durée de l'allaitement jusqu'au jour de la première absorption d'amidon, la première bouillie.

A l'opposé de cette hypercholie pigmentaire, soit passagère, soit constante, on voit survenir l'hypocholie ou l'acholie, qui peut être passagère et survenir par crise ou être constante, ce qui est moins fréquent (2). Les selles sont alors peu colorées ou décolorées, sans qu'il y ait jaunisse. La crise acholique peut être d'une durée très courte, n'exister qu'à une seule émission et même parfois à la moitié d'une émission. Il n'existe ni ictère ni cholémie.

L'hypercholie, en général, dure les premiers mois et fait place à l'acholie. Ces deux modalités de la sécrétion hépatique indiquent bien que la cellule du foie est facilement déséquilibrée.

D'ailleurs, l'examen montre que rapidement le foie devient *petit*, si bien que l'on passe directement de la sonorité pulmonaire à la sonorité intestinale. On a l'impression que l'organe est réduit à sa plus simple expression, comme s'il était exprimé de son contenu sanguin et réduit à la masse cellulaire. Le retour facile de l'organe à son volume normal, au

(1) Lesage. Infections et intoxications gastro-intestinales (*Œuvre méd.-chir.*, 1906) et *Traité des maladies de l'enfance de Grancher-Comby*.

(2) Lesage. In *Thèse de Loyer*, Paris, 1906, et *Traité des maladies du nourrisson*, 1910, p. 550.

moment d'une crise, indique bien qu'il n'y a pas de lésion définitive de la cellule hépatique comme dans l'acholie tuberculeuse ou syphilitique. Il semble que l'on soit en présence, d'un trouble sécrétoire simple, d'une torpeur cellulaire, qui ne modifie et n'élimine plus les pigments.

La symptomatologie digestive de la débilité chez l'enfant au sein n'est donc pas évidente ; elle doit être recherchée et devinée.

Enfant au biberon. — Tandis que le lait de femme modère les méfaits de l'hérédité arthritique et donne un air « floride » mais passager à la débilité, le lait de vache ne possède pas cette heureuse propriété. Aussi l'hérédité n'ayant plus de contrepoids, éclate dès les premiers mois. Les symptômes précédents, qui sont légers, passagers et fugaces chez l'enfant au sein, prennent chez l'enfant au biberon, de l'intensité et de la ténacité. La symptomatologie en est, de ce fait, plus évidente.

L'enfant est maigre, pâle, jaunâtre ; il n'a ni le poids ni la taille de l'enfant normal au même âge. Il est en hypotrophie. La courbe présente des irrégularités, des arrêts, des plateaux. L'enfant est chétif, malingre, débile, c'est une miniature. Le squelette est petit, sans traces de rachitisme, les muscles mous et sans tonicité, le pannicule adipeux léger. Chez certains cependant, certains laits « chauffés » peuvent malgré la faiblesse de l'augmentation de poids et de la taille, provoquer un embonpoint factice, « mauvaise graisse » qui masque l'émaciation musculaire sous-jacente et qui ne trompe pas un œil exercé.

Si l'enfant n'est pas soigné, il traînera lamentablement sa vie de petit vieux, en croissant faiblement jusqu'au moment du sevrage, où l'adjonction d'un autre aliment, l'amidon, pourra passagèrement donner une courte amélioration.

Enfant au sevrage et après le sevrage. — Le sevrage est un coup de théâtre pour l'enfant au sein entaché d'arthritisme. La belle façade trompeuse qu'avait procurée l'allaitement au sein s'écroule, quand celui-ci disparaît. En quelques semaines, le bel enfant au sein tombe au rang de l'enfant au biberon. La plante de plein air devient rapidement la plante d'appartement qui s'étiole. Le teint frais, l'embonpoint de bon aloi disparaissent peu à peu. La transition est beaucoup plus rapide que chez l'enfant au biberon où comme je viens de le dire, les signes de la débilité sont déjà plus nets, plus persistants et ont modifié l'état général.

La symptomatologie, toujours la même, s'accentue, mais les symptômes, vu l'âge de l'enfant, revêtent quelques caractères nouveaux. L'anorexie est plus ou moins accentuée, l'enfant se laisse prendre pendant quelques jours, au nouvel aliment, la bouillie. Mais le résultat ne se fait pas attendre : il la refuse ou bien en prend une ou deux cuillerées. Il n'a pas faim, pas plus pour l'amidon que pour le lait. Jamais devant l'assiette, l'enfant ne présente cette petite manifestation de joie qui indique la faim et le désir de manger. Jamais il n'a ce battement des bras, ce mouvement des lèvres, ce regard « d'appétit » sur l'assiette. C'est l'indifférence morne et complète. S'il absorbe quelque peu, c'est par force, par gavage, et la bonne gardienne l'entonne comme un petit animal. Il se laisse gaver et ne dit rien. La mère en conclut que « cela va bien ».

Mais, à côté de ce bon débile, qui se laisse faire, il y a le débile difficile, grincheux, qui refuse toute bouillie. On essaye de le séduire, de flatter le peu d'appétit qu'il présente, en faisant défiler toutes les spécialités de farines. Ce pauvre enfant malingre, coûte cher : il a pour lui un budget spécial : le budget des farines. Il s'en crée des nouvelles tous les jours, et la mère court à la dernière nouveauté. Parfois la mère pourra arriver à un petit résultat avec les farines très *sucrées*, très chocolatées. Le tyran rabougri consent à en absorber quelques cuillerées, car le sucre et le chocolat flattent son goût. Il est toujours au dessert, à la sucrerie. Cette uniformité de l'alimentation par le sucre entraîne rapidement la constipation et l'intoxication par cet aliment, création de l'industrie.

Et le résultat : le lavement, le lavage d'intestin quotidien, l'abonnement « à la poire », car peu à peu l'intestin cesse de fonctionner tout seul. Et puis la crise toxique survient tous les mois, tous les deux mois, la crise à mucus, la crise muco-membraneuse.

Et alors le pauvre enfant, déjà débile, ne payant pas de mine est mis à l'eau ! Ce n'est pas cela qui arrangera les choses. Cette constipation due à l'abus des sucres, vient modifier complètement l'état digestif de l'arthritique.

Nous ne trouvons plus ici les selles faciles, abondantes, volumineuses, aqueuses, qui n'ont pas le temps de se déshydrater et de prendre une forme. L'ingestion constante d'une grande quantité de sucre provoque de la constipation : les matières se déshydratent ou sont moins hydratées par la diminution de la sécrétion aqueuse de la paroi intestinale. Cette dessiccation intestinale provoque la stagnation des matières, leur tassement et leur formation en billes dures. Aussi elles paraissent moins abondantes et sont moins volumineuses. La production de gaz est d'ailleurs moins marquée : le tympanisme est moins accentué.

L'ingestion trop élevée et constante de sucre industriel est la cause principale de la constipation. L'anorexie n'y est pour rien. (On sait en effet que l'inanition provoque de la constipation.) En effet si l'enfant ingère une nourriture adaptée à son âge, farines non sucrées ou à peine sucrées ou salées légèrement, etc., malgré l'anorexie, la constipation n'existera pas ou sera très légère. Il semble y avoir parallélisme entre le degré d'intensité de la constipation et l'absorption du sucre.

On comprend facilement combien cette intoxication par le sucre ne fait qu'augmenter la tare arthritique.

Le temps passe, l'enfant prend de l'âge, et la maladie si l'on n'y met obstacle, continue à évoluer avec la même symptomatologie à prédominance digestive et même hépatique. L'enfant continue à aimer peu de chose et localise son goût à un ou deux aliments, qui auront eu grâce devant son ostracisme et encore il en absorbera peu. Il reste un délicat, un difficile, un débile, un dégénéré, sans vie, à la figure déjà vieillotte. C'est une victime de l'anorexie et de la tare héréditaire, qui n'a pas le goût de la vie et qui en semble déjà fatigué.

La dentition peut être normale, mais les dents sont le plus souvent jaunes et même verdâtres, comme imprégnées de pigment. La sécrétion salivaire est abondante et continue : aussi pendant le sommeil, l'enfant bave-t-il sur l'oreiller. La peau est pâle, un peu jaunâtre et ne revêt pas cet aspect subictérique caractéristique de la cholémie familiale. De temps en temps une crise d'anémie aug-

mente la pâleur. La mauvaise mine est constante : elle augmente au moment des crises. La circulation est paresseuse, car son caractère fondamental dans l'arthritisme est l'hypotension qui correspond à la faiblesse des émissions urinaires.

Les veines ont un très petit volume : le système veineux probablement du fait de l'hypotension, est à son minimum de développement.

Le réseau capillaire reçoit le contrecoup de cette paresse de circulation : il se laisse distendre surtout si la peau insuffisamment couverte subit l'impression du froid.

L'arthritique est frileux, toujours au coin du feu, hypersensible au froid surtout aux extrémités, qui sont souvent cyanosées. Il ne peut s'endormir sans être réchauffé. Cette tendance au refroidissement persiste même pendant l'été, le matin et le soir au moment de la fraîcheur : aussi à ces moments doit-il être très couvert. D'autre part il ne supporte pas les fortes chaleurs estivales, qui tendent à augmenter la débilité et provoquent l'apparition des crises.

La peau secrète peu de sueur; il faut le bain de vapeur pour voir apparaître cette dernière.

A mesure que l'enfant prend de l'âge, on verra peu à peu apparaître à la longue, autour de la taille, au niveau des attaches diaphragmatiques, une « couronne veineuse » formée de petites veinules distendues, qui me paraît caractéristique du fonctionnement défectueux de la circulation hépatique.

La température est normale, sauf au moment de certaines crises fébriles que j'étudierai plus loin. Le système pileux est peu développé : les cils et sourcils sont normaux.

La région thyroïdienne est creuse : par le toucher, on constate un développement insuffisant de la glande thyroïde et on perçoit les anneaux de la trachée parfois sensibles à la pression.

De temps à autre, l'enfant présente des crises d'épistaxis surtout de la narine droite, saignements faciles dont l'origine hépatique semble évidente. Au moment de la formation, cette tendance aux hémorragies se caractérisera par des règles trop abondantes. Chez certaines débiles, au contraire, les règles ne s'installeront que très tardivement et seront à peine visibles.

Les muscles sont maigres, un peu mous, par manque d'exercice; l'entraînement leur donne rapidement de la fermeté. Ils sont bons, normaux, mais très vite fatigués, incapables d'un gros effort : aussi la marche s'installe lentement et tardivement vers deux ans, deux ans et demi. L'enfant se tient bien debout, mais il ne veut pas ou ne peut pas faire un pas. Plus tard, il restera dans son coin, ne se mêlant pas au jeu, incapable de faire un effort. Nous ne trouvons pas ici la mollesse caractéristique du rachitique, qui s'effondre dès qu'on l'assied, dès qu'on le met debout (le muscle ici est altéré) ; d'ailleurs l'enfant atteint de débilité ne présente aucun signe de rachitisme; les os sont normaux et si les têtes osseuses paraissent plus grosses, ceci tient à ce que l'enfant est maigre et que le squelette normal est en quelque sorte à nu.

Il me reste à étudier en détail les modifications que présentent le système nerveux et la croissance.

Système nerveux. — J'étudierai d'abord les modifications de la sensibilité et du réflexe rotulien, puis l'état psychique tout à fait particulier.

Modifications de la sensibilité et du réflexe rotulien. — L'enfant, dans la majorité des cas, présente des zones hyperesthésiques, identiques à celles que j'ai décrites dans le cours des intoxications chez l'enfant (1). Ces zones sont caractéristiques des intoxications insuffisantes pour produire la généralisation de l'hyperesthésie, comme dans la méningite tuberculeuse. On sait que dans cette dernière maladie, les zones sont nombreuses (œil, pubis, etc.) Dans la débilité, leur nombre est limité (zone pubienne, zone iliaque). Elles sont le reflet de l'intensité de la débilité, diminuant et augmentant avec elle.

Ces zones sont latentes et l'enfant ne se doute pas de leur existence. Pour les déceler, il suffit de presser à un point donné.

L'intensité de la souffrance provoquée est des plus variables et peut arracher des cris. La même recherche pratiquée sur le reste du tégument externe ne provoque aucune réaction douloureuse. Pour trouver ces zones, le mieux est d'occuper l'enfant, d'habituer la peau au contact de la main pendant quelques instants loin d'elles et peu à peu de s'en rapprocher.

Le point pubien, on le sait, est à l'insertion des muscles droits de l'abdomen sur la branche horizontale du pubis. Les points iliaques sont sur tout le pourtour de l'os iliaque à l'insertion des muscles latéraux et postérieurs de l'abdomen, de même sur l'arcade de Follope. Dans la débilité arthritique, ils sont souvent prédominants sur l'os iliaque droit.

La recherche de ces points limités ne provoque pas seulement de la douleur, mais parfois encore des réflexes, tels que la position dite « en chien de fusil ».

Ces zones du bassin indiquent une douleur latente abdominale (paroi et masse intestinale). En effet, sont seules douloureuses les insertions inférieures des muscles abdominaux ; alors que les insertions supérieures des muscles de la cuisse sur le bassin sont indolores à la pression.

Comme je l'ai établi dans des études antérieures, l'étude minutieuse des zones montre qu'au début, la peau n'est pas douloureuse et que la douleur siège sur l'os à l'insertion musculaire. Peu à peu au point musculaire, vient se surajouter le point cutané. En sens inverse, quand la zone disparaît, le point cutané cesse le premier avant le point musculaire. Certains débiles, présentant des crises intenses de tympanisme abdominal à prédominance cæcale, peuvent en plus avoir une zone hyperesthésique cutanée de la largeur d'une pièce de 2 francs au niveau de la région cæcale, qui suit le tympanisme et disparaît avec lui. Il suffit, à ce sujet, de soulever la peau à ce niveau, pour provoquer une douleur essentiellement cutanée. En isolant ainsi ce point et en passant au-dessous de lui, on s'aperçoit que la pression profonde ne provoque pas de douleur, à l'opposé de ce qui se passe dans l'appendicite. Je reviendrai sur cette question, dans l'étude de la crise « vomissement cyclique ».

Dans les cas de débilité intense, j'ai noté un point douloureux au niveau du condyle interne du tibia, aux attaches de la patte d'oie.

Quand la débilité est intense et invétérée, en plus de ces zones hyperesthésiques, on peut noter l'existence de zones anesthésiques siégeant principalement aux extrémités inférieures, fait que j'ai déjà signalé dans mon *Traité des maladies du nourrisson*.

(1) *Médecine infantile*, n° 2, fév. 1914. — *La méningite tuberculeuse chez l'enfant*, 1919, p. 58.

Au niveau de la zone anesthésique, à la plante du pied ou sur le dos du pied, le pincement et la piqûre ne provoquent aucune réaction.

Dans les cas intenses, j'ai pu observer des zones du même genre aux membres supérieurs, au front, à la face, si bien que l'enfant peut se cogner, se brûler même, sans rien sentir.

Ces zones d'anesthésie sont variables dans leur intensité et viennent par crises, suivant, en cela, le degré d'intoxication. Elles me paraissent rentrer dans le cadre des anesthésies hystéro-toxiques.

La présence des zones anesthésiques aux pieds peut provoquer des troubles de la marche, qui peuvent faire penser à la maladie de Friedreich (1). En effet, l'enfant, ne sentant pas le sol, présente une démarche un peu raidie, spasmodique, accompagnée d'un léger steppage et jette ses jambes un peu au petit bonheur; en un mot, il y a là une ébauche de démarche tabéto-spasmodique. Cependant l'équilibre est normal; il n'existe ni signe de Romberg, ni signe de Kernig. On note que l'instabilité de l'équilibre apparaît, surtout, si l'enfant marche sur un terrain inégal.

Quand la crise anesthésique est terminée la sensibilité revient et la marche reprend son état normal. Ces crises d'hyperesthésie et d'anesthésie par zones sont caractéristiques de la débilité arthritique.

L'étude du réflexe rotulien a son importance et montre combien le système nerveux est sensibilisé dans le cours de la maladie. Au degré léger d'intoxication, les réflexes sont normaux, mais à tendance faible, contrairement à ce qui se passe normalement chez l'enfant, d'une façon générale, où le réflexe a de la tendance à la vivacité.

Au moment des crises arthritiques, le réflexe rotulien peut diminuer et passagèrement disparaître; en un mot, pendant les périodes où l'intoxication augmente, ainsi au moment où l'enfant fait ses premiers pas avec une si grande lenteur. Chez le débile qui présente des zones d'anesthésie, le réflexe peut rester aboli pendant de longues semaines, soit avant leur apparition, soit après leur disparition.

Il n'existe donc aucune relation entre l'état du réflexe rotulien et l'état de la sensibilité.

La réapparition du réflexe est un signe excellent d'amélioration de la maladie. Il peut rester normal, si la débilité est peu accentuée.

ACTUALITÉS

DE L'ANAPHYLAXIE

La question de l'anaphylaxie est complexe et embrouillée entre toutes. Il y a longtemps déjà que j'en désirais parler aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*. Un important travail de M. Kopaczewki, paru récemment dans les *Annales de médecine*, m'en fournit l'occasion. Toutefois, il ne s'agira ici que d'un exposé sommaire, condensé, d'où seront exclus tous les détails inutiles à la stricte intelligence du sujet.

* * *

Avant tout, deux catégories de faits sont à distinguer soigneusement : 1° beaucoup de corps, introduits dans la circulation, déterminent, dès la *première injection*, un ensemble de réactions que M. Widal et ses collaborateurs ont appelé, d'abord crise hémoclasique, puis, et plus justement, crise colloïdoclasique; 2° certains corps, introduits également dans la circulation, déterminent, non plus à la première injection, mais seulement à la *seconde* et quand celle-ci est pratiquée à un intervalle convenable, des accidents violents que MM. Ch. Richet et Portier ont groupé et M. Besredka a désigné sous le nom de choc anaphylactique. Au point de vue physiologique, clinique et anatomopathologique, il y a, entre ces divers accidents, analogie complète. Le problème de l'anaphylaxie consiste donc à expliquer le phénomène paradoxal de la sensibilisation (M. Kopaczewki dit « incubation ») en vertu duquel la première injection se contente de préparer les accidents que, seule, déclenche la seconde, phénomène paradoxal parce qu'il semble le contraire de l'habitude qui adapte l'organisme aux modifications physico-chimiques du milieu.

On connaît l'interprétation chimique de M. Ch. Richet : l'injection première de l'antigène détermine la formation progressive d'une substance inoffensive par elle-même, la toxogénine, qui, lorsqu'elle est en quantité suffisante, produit, par l'adjonction d'une nouvelle dose du même antigène, une substance éminemment toxique, l'apotoxine. Mais cette théorie reçut une première atteinte quand on eut constaté que le mélange à l'antigène du sang d'un animal sensibilisé déclenche, chez un animal neuf, des accidents immédiats (anaphylaxie *in vitro* de Ch. Richet) : elle en reçut une seconde quand Delanoë montra que, chez les cobayes sensibilisés au bacille typhique, on peut produire le choc anaphylactique par l'injection d'une culture de *bactérium coli*. C'est alors que Friedberger imagina de faire intervenir une substance, l'anaphylotoxine, constituée aux dépens de l'alexine et du précipité qui se forme par l'action de l'antigène (précipitogène) sur l'anticorps (précipitine), cette conception, bien qu'elle se bornât sensiblement à substituer certains mots à certains autres, fut accueillie avec faveur jusqu'au moment où l'on démontra expérimentalement (Kaysser et M. Wassermann, Doerr et Russ, Seitz) que ni l'antigène, ni l'anticorps, ni l'alexine ne sont nécessaires pour faire de l'anaphylotoxine, c'est-à-dire pour déclencher le choc. Tout en prétendant recourir à une interprétation physique et en niant l'existence du poison anaphylactique, M. Besredka mit en jeu, à son tour, une sensibilisine formée par l'injection première d'antigène (sensibiligène) et qui rencontrée, lors de l'injection seconde, par une nouvelle quantité du même antigène, provoque, en raison de leur affinité, une réaction intense. Il s'agit donc toujours de corps définis, réagissant les uns sur les autres comme dans une combinaison chimique, mais d'une manière beaucoup moins claire.

Dans ces diverses hypothèses, l'antigène indispensable, ou du moins l'élément qui le rend anaphylactisant, est supposée une molécule azotée complexe. Mais d'autres expériences viennent établir qu'un sérum inoffensif est rendu toxique, même après centrifugation, par contact avec la poudre de Kaolin (Ritz et Sachs) l'empois d'amidon (Nathan) ou la gélose (Bordet). A cela, Friedberger objecta que, la centrifugation étant incomplète, les particules de Kaolin avaient déterminé des embolies, et que, l'amidon et la gélose contenant des matières azotées, il y avait possibilité de formation d'anaphylotoxine ou tout autre corps analogue. Mais MM. G.

(1) Lesage. *Traité des maladies du nourrisson*, p. 560.

Bertrand et Kopaczewki avec la pectine coagulée, Bordet avec la pararabine, Nathan avec l'inuline, toutes substances totalement dépourvues d'azote, ayant également réussi à rendre des sérums toxiques, la théorie chimique manqua de base expérimentale.

*
* *

Le terrain ainsi déblayé, il ne reste plus à envisager que la théorie *physique* de l'anaphylaxie. Toutefois, pour la bien saisir, il faut se rappeler ce qu'est l'état colloïdal de la matière.

On peut définir le colloïde : un système hérétogène formé de micelles ultra-microscopiques, portant une charge électrique d'origine ionique, en suspension stable dans un liquide, l'eau généralement (1). De cette définition découlent, pour le colloïde, certaines propriétés, l'adsorption, la catalyse qui résulte de l'extrême division de la matière en suspension, et la nécessité de certaines conditions, tension superficielle, viscosité, sens et intensité de la charge, etc., qui assurent sa stabilité. Mais, obligé d'être bref, je dois me borner à ces indications et renvoyer le lecteur que ce sujet intéresse au livre de vulgarisation récemment paru de M. J. Duclaux, les *Colloïdes*.

Toutes les matières vivantes et la plupart des humeurs sont des colloïdes, répondant à un certain équilibre, presque individuel et pour le maintien duquel l'organisme lutte constamment. Constance de la composition chimique, maintien de l'équilibre colloïdal sont les deux facteurs essentiels de la vie. On comprend donc que l'introduction brusque dans l'organisme et surtout dans la circulation de substances, colloïdales ou non, capables de rompre l'équilibre, de modifier ou de détruire l'état colloïdal, tant des humeurs que du protoplasma, déterminent des réactions d'ordre diaphylactique pouvant dans certains cas entraîner la mort. M. Kopaczewki a cherché à se rendre compte du mécanisme de cette rupture, et il a découvert que la toxicité des sérums mis en contact avec des gels (silice, empois d'amidon) dépend de la floculation ou agglomération des micelles, premier stade de la destruction du colloïde, avec modifications de la tension superficielle et de la viscosité et changement de signe de la charge des globulines, qui, normalement électronégative, devient électro-positive. Or, ce sérum rendu toxique, il suffit, soit de le filtrer convenablement, c'est-à-dire d'arrêter au passage les flocules, soit d'augmenter la viscosité, qui est une des conditions de la stabilité des colloïdes, pour le rendre inoffensif, ce qui prouve bien que la toxicité est liée à la rupture de l'équilibre physique. Ces expériences ont une grande portée car elles indiquent ce qui se passe quand on introduit dans l'organisme, non seulement les substances anaphylactisantes, mais aussi divers corps, peptones, sérums, vaccins, métaux colloïdaux, alcaloïdes, arsénobenzols, etc. Dans tous les cas, il y a rupture d'équilibre, crise colloïdoclasique, suivie des mêmes réactions générales, des mêmes manifestations cliniques, des mêmes lésions. Donc, un même mécanisme les explique, physique et non chimique, banal et non spécifique, sans qu'il soit aucunement besoin de faire intervenir des précipitines, des agglutinines, des lysines (2) des sensibilisines et autres « phénomènines » imaginaires, que personne n'a pu isoler, pour la raison que ces appellations expriment, non des corps définis, mais de simples changements d'état,

*
* *

Les accidents consécutifs à une première injection résultent, d'après M. Kopaczewki, de la toxicité par contact et constituent le choc humoral, l'équilibre des humeurs étant originellement seul trouble et assez fortement pour se manifester sans délai. Dans la véritable anaphylaxie, le choc ne se déclenche qu'à la suite d'injections secondes. Pourquoi ce retard, cette « incubation », car si, dès la première injection de substances anaphylactisantes, il y a en réalité colloïdoclasie, comme toutes les fois que pénètrent dans la circulation des corps étrangers, même les aliments (Dorlincourt et Bance, Widal), cette crise est peu marquée et ne s'extériorise pas par des symptômes importants, comparables aux manifestations dramatiques, parfois foudroyantes, du choc anaphylactique. Ici pour plus de sûreté, je laisse la parole à M. Kopaczewki.

« ... Lorsqu'on injecte dans la veine une petite quantité d'un colloïde dont la charge électrique est positive, l'animal devient, comme on dit habituellement, sensibilisé, et une nouvelle injection produit alors le choc anaphylactique spécifique et en deux temps. C'est un fait expérimental. Que se passe-t-il ? Supposons que les éléments figurés du sang, à la suite de cette injection, subissent la présence d'une charge électrique nouvelle ou exagérée; l'intensité, et même le sens, de l'osmose électrique pourra être changée suivant toutes les lois bien étudiées par Perrin et par Girard. Mais, en dehors de la charge, l'introduction d'une substance étrangère peut avoir l'action sur la structure de la membrane sensi-perméable, en augmentant ou en diminuant sa porosité. De toute façon, la composition des cellules se modifiera, la sécrétion deviendra changée et, *eo facto*, la composition du liquide intercellulaire va subir des modifications... De sorte qu'une injection nouvelle, lorsque tout le cycle des modifications est accompli, se trouve en présence d'un milieu paradoxalement modifié, « sensibilisé », et la floculation s'en suit. Il va sans dire qu'à côté de ces modifications dans la charge des colloïdes ou des complexes colloïdaux du sérum, d'autres changements peuvent avoir lieu par l'intervention d'autres facteurs, de la tension superficielle, de la viscosité, des forces capillaires, etc. L'anaphylaxie serait donc un phénomène cellulaire et appelons-le le *choc cellulaire* » (1).

Comme on le voit, les explications de M. Kopaczewki apparaissent quelque peu confuses. Il semble néanmoins qu'on en puisse déduire ceci : Seuls, les colloïdes positifs déterminent l'anaphylaxie vraie. L'injection première (en raison du sens de la charge?) ne produit, dans le sérum, que des modifications trop faibles pour déclencher le choc, mais ces modifications de l'état physique gagnent progressivement les complexes colloïdaux cellulaires et les mettent, au bout d'un certain temps (sensibilisation ou incubation) en équilibre très instable, qu'une seconde injection suffit à rompre, donnant lieu cette fois à des accidents très graves parce que tout le système cellulaire sanguin est simultanément ébranlé ou détruit. Il s'agit donc bien d'un choc cellulaire. Par conséquent la différence entre le choc

(1) Cf. J. Laumonier. *La Colloïdothérapie*, introduction, p. 6.
(2) La lyse est un phénomène de dispersion colloïdale, provoqué par des modifications physiques analogues, mais de sens contraire, à celles qui entraînent la floculation et la coagulation.

(1) *Ann. de méd.*, 1920, n° 5, p. 378-379.

de la peptone ou des collobiases, par exemple, et le choc anaphylactique réside toute entière dans le temps requis pour que l'ébranlement de l'équilibre physique du sérum amené par l'injection première se communique aux colloïdes cellulaires, qui, de la sorte sensibilisés, s'altèrent ou se détruisent alors brusquement sous l'influence d'une nouvelle action colloïdoclasique, le mécanisme du phénomène demeurant, dans les deux cas, semblable.

Ainsi comprise, la théorie de M. KOPACZEWKI prête certainement à la critique, mais, d'autre part, d'importantes constatations militent en sa faveur. Il convient cependant d'examiner de près aussi bien les arguments favorables que les objections. C'est ce que je tenterai de faire dans un prochain article en étudiant l'antianaphylaxie. J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1920)

La transmission héréditaire des caractères acquis et l'accoutumance des microbes. — MM. Charles RICHET et Henry CARDOT. « ... Au point de vue théorique, disent les auteurs, il est établi maintenant qu'un caractère acquis peut se maintenir chez les microbes pendant une longue suite de générations.

« Au point de vue pratique, l'accoutumance des microbes aux toxiques équivaut à l'accoutumance des microbes aux antiseptiques. De là cette conséquence, que l'un de nous a ailleurs développée, qu'il faut alterner les antiseptiques; car dans une plaie les microbes pathogènes, au contact d'un antiseptique, donnent des générations qui en supportent des quantités de plus en plus grandes, sans être troublées dans leur évolution.

Il y a des antiseptiques pour lesquels l'accoutumance ne se fait pas; ce sont les sels de mercure. Mais les sels de mercure sont très irréguliers dans leur action. En opérant avec la dose toxique limite, on voit dans des solutions contenant 0g01 de HgA^2 par litre, tantôt la fermentation tout à fait arrêtée, tantôt la fermentation aussi active (et parfois plus active) qu'à l'état normal.

Aussi avons-nous proposé de classer les antiseptiques en réguliers et irréguliers, selon la régularité ou l'irrégularité de leur action. Il faudra donc choisir les antiseptiques dont l'action est régulière; et, en outre, alterner ces antiseptiques réguliers.

Il est permis de supposer que cette accoutumance aux antiseptiques n'est pas limitée aux antiseptiques mêmes, mais qu'elle s'étend à toutes les actions toxiques, puisque toute action thérapeutique est, en fin de compte, une action toxique. Par conséquent, dans le traitement des maladies il faut alterner les médicaments et les médications; ce que l'on peut exprimer par une forme d'apparence paradoxale : *Quand une médication a réussi, il est bon de la remplacer par une autre.* »

Participation des noyaux cellulaires aux phénomènes de sécrétion. Propriétés anticoagulantes de l'acide nucléinique de l'intestin. — M. DAYON.

A propos de l'épuration des eaux d'égout par le procédé des boues activées. — M. Lucien CAVEL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1920)

Syphilis méconnue et Wassermann négatif. Nécessité des enquêtes familiales. — M. M. PINARD rapporte l'histoire d'une malade dont la syphilis a été méconnue parce que depuis quinze ans les analyses du sang ont été négatives à plusieurs reprises. Céphalée, albuminurie, puis paralysie faciale ont éveillé l'idée de syphilis que plusieurs analyses ont fait écarter. Quelques jours après un Wassermann négatif naissait un enfant couvert de syphilides virulentes. Deux enfants d'un premier mariage, l'aîné a quatorze ans, sont porteurs de stigmates hérédo-syphilitiques classiques. L'enquête familiale pratiquée plus tôt aurait permis de traiter depuis de longues années mère et enfants et d'éviter la grave atteinte du système nerveux de la mère et la mise au monde de ce nourrisson contagieux.

Lecture du rapport annuel, par M. DE MASSARY, secrétaire général. Eloge des membres décédés : MM. Triboulet, Simonin, Debove, Bucquoy, Esmein, J. Voisin.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1920)

Infantilisme dit hypophysaire par tumeur du troisième ventricule. Intégrité de l'hypophyse. — MM. P. LEREBOULLET, J. MOUZON et J. CATHALA rapportent les constatations faites à l'autopsie d'un infantile de vingt-six ans observé par eux depuis l'âge de vingt ans.

La syphilis certaine du père jointe à certains stigmates notés chez le fils et la constatation plusieurs fois faite d'une lymphocytose céphalo-rachidienne avaient fait discuter en 1917 le rôle des lésions d'origine hérédo-syphilitique. L'autopsie apporte les constatations suivantes : 1° toutes les glandes endocrines et notamment l'hypophyse et la thyroïde sont histologiquement intactes et en voie d'activité; 2° il existe une tumeur du troisième ventricule cérébral envahissant la région interpédonculaire englobant la tige pituitaire mais respectant l'hypophyse; ce néoplasme est un épithélioma papillaire des plexus choroïdes.

Syndrome adipo-génital et polyurie expérimentale. — MM. Jean CAMUS et Gustave ROUSSY.

Un cas de tumeur épiphysaire. — MM. KLIPPEL, Mathieu-Pierre WEIL et MINVIELLE présentent un enfant de douze ans atteint depuis trois ans de tumeur épiphysaire dont les manifestations sont les suivantes :

1° Des signes d'hypertension intracranienne;

2° Des troubles du développement général caractérisés par une croissance qui, au début de la maladie, fut anormalement rapide, puis s'arrêta;

3° Des troubles de la sphère génitale : développement anormalement marqué de la verge, fréquentes érections, développement du système pileux accessoire;

4° Des symptômes d'altération probable de glandes vasculaires sanguines autres que l'épiphyse : crises de dyspnée paroxystique d'origine probablement thymique, légère augmentation de volume du corps thyroïde, élargissement léger de la selle turcique, polyurie marquée.

Cet enfant présentait, d'autre part, une légère lymphocytose rachidienne, et, au point de vue hématologique, une tendance à la mononucléose avec légère éosinophilie.

Il serait intéressant, chez un pareil malade, de pouvoir tenter l'opothérapie épiphysaire.

Eléments des types parkinsonnien et pseudo-bulbaire au cours de l'évolution d'une encéphalite léthargique. Rire et pleurer spasmodiques (localisation pallidale?) — MM. J. LÉVY-VALENSI et E. SCHULMANN présentent uue malade chez laquelle, au cours de l'évolution d'une encéphalite léthargique, se montrèrent de la raideur musculaire et des signes pseudo-bulbaires.

Le hoquet épidémique. — MM. SICARD et PARAF apportent une statistique de vingt-deux cas de hoquet qu'ils ont pu rassembler au cours des deux dernières semaines (1).

Zona double à la suite d'une encéphalite léthargique. Zona ou éruption zostériforme. — A propos d'une malade qu'il présente, M. SOUQUES discute l'existence des éruptions

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 104, p. 1671.

zostériformes et celle des zonas symptomatiques. Les caractères différentiels qui permettraient de distinguer un zona véritable d'une éruption zostéroïde lui paraissent insuffisants et artificiels. D'autre part, tout en se prononçant contre le zona symptomatique et croyant à la spécificité du zona, il reconnaît que la preuve de celle-ci n'est pas encore faite.

Traitement de la crise gastrique tabétique grave par la gastro-entérostomie. — MM. Sicard, Robineau et Paraf étudient les différents traitements chirurgicaux de la crise gastrique tabétique grave, l'arrachement des nerfs intercostaux, la gangliectomie rachidienne intercostale, la radicotomie, la gangliectomie semi-lunaire, la gastro-entérostomie. Ils se montrent partisans de cette dernière intervention, et, en présentant une tabétique guérie de ses crises gastriques par gastro-entérostomie, ils citent à l'appui leur statistique chirurgicale comparative.

Causalgie du sciatique. Radicotomie sacrée. Guérison. — MM. Sicard et Robineau présentent un blessé de guerre qui après avoir subi, pour causalgie du tronc du sciatique lésé par un projectile, cinq opérations périphériques dont une alcoolisation et une section complète du sciatique poplité interne, n'a été définitivement guéri qu'après radicotomie des racines sacrées.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux opérée avec succès. — MM. Souques et de Martel montrent une malade qui est opérée, depuis deux mois, d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche. Cette femme souffrait, depuis trois ans passés, de céphalée, de vertiges et de vomissements. On avait constaté chez elle les signes d'une localisation ponto-cérébelleuse : surdité, parésie faciale, anesthésie et hémi-asynergie du côté gauche.

L'opération fut pratiquée le 15 octobre sous anesthésie locale en position assise. Incision en arbalète de Cushing. Ouverture des deux fosses cérébelleuses. Section de la faux du cervelet. Ligature du sinus occipital. Ouverture de la dure-mère au niveau des deux fosses cérébelleuses. Inclinaison de la tête du côté opposé à la tumeur qui est marquée par deux gros kystes. Evacuation de ces kystes. Ablation de la tumeur par morcellement sous-capsulaire (Cushing). Drainage du foyer opératoire par une petite mèche durant douze heures. Guérison sans incident sauf une fistule du liquide céphalo-rachidien qui s'est fermée au bout d'un mois. L'état de la malade est déjà très amélioré.

Coexistence de syphilis dermotrope et neurotrope chez un même sujet. — MM. Bruhl, Fernand Lévy et Marcassus présentent une femme de cinquante-trois ans qui, si l'on admet la théorie de MM. A. Marie et Levaditi, serait contaminée par les deux tréponèmes neurotrope et dermotrope. D'une part, en effet, elle est en pleine syphilis tertiaire de la peau : on constate aux quatre membres des gommes crues, des gommes ulcérées, isolées ou en placards ainsi que des lésions tuberculo-gommeuses diffuses. Le système nerveux est en même temps très atteint : troubles de l'élocution, tremblement, perte de la mémoire, brefs signes de pseudo-paralysie générale. Réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et le liquide rachidien.

C'est là une observation qui démontre qu'on ne peut conclure de la syphilis du lapin, neurotrope et dermotrope, à celle de l'homme qui est amphotrope.

La mesure des sensibilisatrices dans les différentes formes de syphilis nerveuse. — M. J. Haguenau.

M. H. Français montre un cas d'**atrophie musculaire à évolution lente et progressive** développée sur le membre inférieur du côté opposé à celui sur lequel a porté le traumatisme.

Il ne s'agit pas d'une origine névritique en raison de l'intégrité de la sensibilité des réflexes et de la contractilité électrique mais sans doute d'une lésion des cellules radiculaires nerveuses.

Note sur l'azotémie dans l'état de mal épileptique. — MM. H. Bouttier et Mestrezat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 27 novembre 1920)

L'examen méthodique du cœur. — M. A. Leclercq classe les maladies du cœur en trois groupes (d'après l'étiologie, la réaction anatomique, l'allure clinique) : la cardiosclérose et la sclérose aortique, les cardiartérites et les aortites, la cardiathérome et l'athérome de l'aorte. En présence d'une maladie à déterminer, le diagnostic se fera par exclusion. La recherche du Bordet-Wassermann est totalement inutile.

Cautère à air chaud, fonctionnant à l'alcool. — M. P. Ménard. Présentation d'appareil.

Enorme kyste multiloculaire de l'ovaire pris pour un cancer de l'intestin inopérable, thermoradiothérapie, laparotomie, guérison. — M. Dartigues présente le cas d'un énorme kyste de 33 kg. pris pour un cancer inopérable. La thermoradiothérapie pratiquée par M. de Keating-Hart, avait amené une réduction de la masse abdominale ; des accidents d'occlusion survinrent et M. Dartigues fit le diagnostic de kyste végétant le l'ovaire et basant sur l'absence de ce qu'il appelle le signe du flot Douglasien : il enleva l'énorme tumeur qui adhérait de toutes parts au péritoine pariétal. Le périmètre de l'abdomen à l'ombilic était de 1m25. Histologiquement il s'agissait d'un chorioplacentome. La malade qui était tout à fait cachectique, a parfaitement guéri ; elle a augmenté de 24 kg.

Quelques surprises de la radioscopie. — M. Darbois.

Nécessité de radiographier les traumatismes articulaires et de reconstituer les ligaments articulaires. — M. Dupuy de Frénelle.

COURS ET CONFÉRENCES

Hopital des Enfants-Malades. — Leçons sur la tuberculose infantile, sous la direction de M. le prof. Marfan, par MM. H. Méry, P. Armand-Delille, J. Genevrier, L. Girard.

Ces leçons commenceront le samedi 15 janvier et continueront les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres (salle de cours de la clinique chirurgicale).

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine et étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté de médecine.

Un droit de laboratoire de 100 francs sera perçu.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet nº 3, les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Cours pratique d'orthopédie de M. Calot (11e année), en sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, du lundi 17 janvier au 24 janvier 1921. En une semaine, à raison de 5 heures de travail par jour, de 2 h. à 7 h. du soir. Enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens, avec exercices pratiques individuels :

1º Tuberculoses externes : abcès froids, adénites cervicales, tuberculoses de l'épididyme et du testicule, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, ostéites, spina ventoza ;

2º Affections orthopédiques : scoliose et son traitement moderne, luxation congénitale de la hanche, pied bot, tarsalgie, paralysie infantile, maladie de Little, torticolis, ostéomyélite, déviations rachitiques, coxa vara ;

3º Fractures : comment les praticiens doivent les traiter. Notions indispensables sur l'interprétation de radiographies de fractures.

Pour médecins et étudiants français et étrangers. Explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscription 140 fr. (et de moitié pour les internes et les externes). Le nombre des places étant limité, s'inscrire d'avance, en écrivant à M. Calot à la Clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou à l'Institut Calot à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Le programme détaillé sera envoyé sur demande).

NOTES POUR L'INTERNAT

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS

DE LA LITHIASE BILIAIRE

Par lithiase biliaire, on entend la formation de sable ou de calculs dans les canaux excréteurs du foie. On a soulevé ces dernières années, le problème des *lithiases biliaires latentes;* on sait combien est fréquente la découverte des calculs insoupçonnés au cours des autopsies des vieilles femmes de la Salpêtrière. D'après Moynihan, il serait possible de porter un *diagnostic précoce* de cholélithiase avant l'apparition d'accidents typiques (coliques hépatiques, par exemple).

Les SYMPTÔMES PRÉCOCES consisteraient surtout en : sensation de plénitude à l'épigastre; oppression survenant trois quarts d'heure après les repas; flatulence et éructations; vomissements alimentaires qui font cesser ces troubles; intolérance pour certains aliments : graisse et œufs; difficulté de respirer à fond; douleurs profondes sous le rebord costal droit pendant les efforts respiratoires. Cotte et Bressot ont insisté plus récemment sur ces *dyspepsies* prémonitoires d'*origine biliaire* accompagnées de sensibilité profonde de la région hépatique et résistant aux traitements médicaux habituels. Chauffard signale des *troubles intestinaux* tels qu'une constipation intense et Linossier a appelé l'attention sur la *diarrhée prondiale des biliaires* (sorte de chasse biliaire brusque, suivie d'un péristaltisme réflexe de l'intestin).

Signalons de même, la forme *gastralgique* de la lithiase biliaire qui constitue un type clinique fréquent, permettant de porter un diagnostic précoce de cholélithiase. Chez certains sujets, sans écarts de régime nets, mais souvent après des secousses brusques, fatigue, choc émotif, il apparaît une épigastralgie avec sensation de constriction, de crampe viscérale. Cette crise survient quelques heures après les repas, dure un temps variable et se calme avec les compresses chaudes; aussitôt après, l'estomac fonctionne à nouveau normalement. L'allure paroxystique et l'absence de douleur entre les crises sont en faveur de l'origine biliaire de ces accidents. Il s'agit, d'après Chauffard, de petites coliques hépatiques à forme fruste ne se décelant que par un symptôme : l'*épigastralgie.* Pour certains auteurs, il s'agirait là d'un gastrospasme réflexe portant sur le pylore ou sur l'estomac en totalité.

Les accidents proprement dits de la lithiase biliaire comprennent tous les faits cliniques qui vont depuis ces réactions légères (les lithiases latentes), aux syndromes caractéristiques. Ces accidents peuvent être divisés en deux groupes principaux : 1. *Accidents mécaniques* qui traduisent la migration ou l'enclavement des calculs dans les voies biliaires; 2. *Accidents septiques*, qui expriment l'infection biliaire aiguë ou chronique et secondaire à la présence des calculs.

I. ACCIDENTS MÉCANIQUES. — Les uns traduisent la migration et les autres l'arrêt des calculs dans les voies biliaires.

A. **Migration des calculs. Colique hépatique.** — La colique hépatique est un syndrome caractérisé par une douleur paroxystique liée à la projection d'un calcul hors de la vésicule biliaire, à son engagement ou à sa migration dans les canaux cystique et cholédoque. Gilbert et Parturier distinguent à côté de la colique hépatique classique, la *colique vésiculaire.* Cette dernière serait caractérisée cliniquement par la répétition des crises douloureuses, l'absence d'ictère, la non-élimination de calculs par les fèces, la tuméfaction passagère de la vésicule pendant la crise. Chauffard considère comme un peu trop schématique cette opposition de la colique vésiculaire à la colique hépatique proprement dite, et insiste au contraire sur le fait, que toutes les coliques hépatiques sont plus ou moins vésiculaires.

Prodromes. (V. Notes pour l'internat, *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 27, p. 431 : Colique hépatique [question d'oral]).

La colique hépatique est parfois précédée, pendant une période plus ou moins longue, par des prodromes sur lesquels nous avons déjà appelé l'attention et qui constituent, en somme, les symptômes de la *lithiase latente.* Le début est le plus souvent brusque; trois ou quatre heures après le repas du soir, survient une douleur hépatique très violente avec irradiation spéciale, elle est spontanée.

Etat. — Tantôt cette douleur atteint brusquement son maximum, tantôt elle augmente d'une façon progressive pour atteindre un maximum vers une heure du matin : Douleur aiguë, spontanée, paroxystique, s'exagérant à la moindre pression au niveau de la région vésiculaire; sensation de constriction, de crampe, écrasement épigastrique; ou bien, sensation d'ampliation hépatique qui donne au malade l'impression que le foie va éclater; douleur, à la fois continue, sourde, profonde et paroxystique avec des exacerbations; siégeant au maximum au niveau du point vésiculaire et à l'épigastre, irradiant vers l'hypocondre droit, le flanc droit, le dos et l'épaule droite.

En même temps peuvent survenir des *troubles digestifs* réflexes : nausées, vomissements alimentaires puis bilieux; d'autres fois, survient une crise d'*aérophagie paroxystique*; le faciès est grippé; le malade se replie en chien de fusil; le pouls est calme; la température normale; parfois au contraire se produit un violent accès de fièvre hépatalgique (Charcot), avec grand frisson, 40° sueur, durée éphémère, relevant, soit d'un certain degré de résorption virulente et transitoire par les voies biliaires, soit plutôt d'une légère infection passagère des voies biliaires. Les urines sont claires et abondantes. L'examen du malade pendant la crise doit être fait prudemment, avec douceur; l'exploration complète de l'abdomen s'impose (région appendiculaire, région rénale, côlon, organes génitaux annexes de la femme). Après la crise, le foie est souvent augmenté de volume; par la palpation bimanuelle, on recherche le ballottement de la vésicule augmentée de volume et qui est semblable à un corps ovoïde, globuleux, tendu, très douloureux. On cherchera à en reconnaître le fond arrondi pour ne pas le confondre avec une déformation fréquente du bord hépatique chez les lithiasiques; la languette de Riedel, qui donne la sensation d'un rebord plus ou moins mousse. On devra compléter cet examen par la recherche prudente des points douloureux à la pression. On devra, pour cela, attendre que la crise paroxystique soit calmée. Signalons : *En avant*, le point épigastrique ou plutôt cæliaque; le point cystique ou vésiculaire qui s'accompagnent souvent de névralgies intercostales dans les 9e, 10e et 11e espaces droits; le point douloureux de l'extrémité de la 11e côte droite (Binet); le point douloureux de la zone pancréatico-cholédocienne (Chauffard); le point phrénique droit à la base du cou; les points douloureux sus-claviculaires, sus-deltoïdiens; *En arrière :* le point douloureux à la pointe de l'omoplate droite; les points douloureux au niveau des apophyses épineuses des 8e, 10e et 11e dorsales.

Parmi les *réactions vasomotrices*, signalons : les petits frissons, la sensation de chair de poule, même en dehors de tout accès fébrile d'infection. Le spasme vasomoteur peut retentir sur la circulation pulmonaire (Potain, Tessier, Barié) : bruit de galop droit et même souffle tricuspidien, systolique avec hyposystolie d'origine biliaire. Signalons également une albuminurie passagère et parfois abondante (Oddo, Ribierre).

Evolution. — La crise ne dure que quelques heures et cède à des applications chaudes, à une piqûre de morphine. Souvent tout rentre rapidement dans l'ordre et au bout d'un jour ou deux, le malade guéri en apparence, reprend ses occupations. D'autres fois, les crises se succèdent toujours aiguës, séparées seulement par de courtes accalmies, les urines diminuent, l'alimentation est impossible, les forces et la résistance nerveuse s'épuisent. Chez ces malades, la morphine peut être très dangereuse et l'on comprend qu'il puisse se développer chez eux, à la longue, par dénutrition et autophagie, un état d'*acétonémie* avec réaction de Gérard positive dans les urines, ce qui est d'un pronostic relativement grave. D'autres fois, il se produit des *coliques hépatiques à répétition* (Chauffard) et la gravité pronostique dépend de la réitération incessante des crises douloureuses, beaucoup plus que de leur intensité. Ces malades ne cessent de diminuer de poids et leur état général s'aggrave au point qu'une intervention chirurgicale peut être nécessaire. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 3. — SAMEDI 8 JANVIER 1921. 94e ANNÉE. SAMEDI 8 JANVIER 1921. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 5 janvier. — Question donnée : « Artère poplitée. — Symptômes et diagnostic de la fracture du cou de pied dite de Dupuytren. »

MM. Bonnot, 11 + 19 = 30; George, 12 + 17 = 29; Barreau, 15 + 19 = 34 ; Couturier, 11 + 18 = 29; Bouthillier, 12 + 19 = 31; Hillemand, 18 + 20 = 38; Olry, 15 + 17 = 32; Marteret, 10 + 16 = 26; Delmas, 17 + 23 = 40; Mme Brian, 16 + 23 = 39; M. Metzger, 15 + 23 = 38.

Prochaine séance dimanche 9 janvier, à 9 h. 1/4.

— CONCOURS DE MÉDECINE. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1920-1921) aura lieu le lundi 21 mars 1921, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 1er au 5 février 1921 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 5 février 1921, à 17 heures, dernier délai.

— CONCOURS DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENT. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1920-1921) aura lieu le jeudi 24 mars 1921, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 1er au 5 février 1921 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 5 février 1921, à 17 heures, dernier délai.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés chefs de laboratoire à la clinique obstétricale (Pitié) : MM. Cartier (anatomie pathologique), Clogne (chimie biologique).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Lacoste est chargé : 1° des fonctions d'agrégé (histologie); 2° de l'enseignement de l'histologie.

Clinicat. — A été nommé, après concours, chef de clinique oto-rhino-laryngologique, M. Georges Portmann.

— LYON. — *Prix quinquennal Letiévant.* — Ce prix sera décerné fin décembre à l'auteur de la meilleure thèse soutenue pendant les cinq dernières années sur un sujet de chirurgie. Il est de 5.000 fr.

— M. Nogier, agrégé (physique) est prorogé dans ses fonctions pour 3 ans.

— TOULOUSE. — M. Valois, agrégé, chargé de cours est chargé, en outre, d'un cours de zoologie et parasitologie, et, de plus il est délégué dans les fonctions de chef des travaux de zoologie et parasitologie.

La chaire de médecine légale et déontologie est déclarée vacante. (*J. O.*, 30 décembre 1920.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Un concours s'ouvrira, le 24 octobre 1921, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Sont promus au grade de médecin inspecteur M. le médecin principal de 1re classe Friant, directeur du service de santé du 8e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur Ferraton, placé dans la section de réserve, et M. le médecin principal de 1re classe Delaborde, directeur du service de santé du 13e corps d'armée en remplacement de M. le médecin inspecteur Bergasse placé dans la section de réserve.

MM. les médecins inspecteurs Friant et Delaborde sont maintenus dans leurs fonctions actuelles.

— Sont nommés : directeur du Service de santé du 14e corps d'armée à Lyon, M. le médecin inspecteur Niclot; directeur du 16e corps d'armée à Montpellier, M. le médecin principal de 1re classe Vitoux.

— ECOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ. — Les médecins aides-majors de la promotion de 1916 effectueront à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, en trois séries de deux mois, à partir du 1er février 1921, le stage

destiné à permettre leur classement sur la liste d'ancienneté.

Les médecins aides-majors de 1re classe ci-après énumérés, désignés pour faire partie de la première série devront se présenter à l'Ecole d'application du Service de santé, le 31 janvier 1921, à 8 heures, savoir :

MM. Battistelli, Baylac, Bergeaud, Bergeret, Bolliet, Bonnet, Bree, Casablanca, Chanbelland, Championnet, Cieutat, Courtieu, Dalbera, Dangles, Dario, Deschamps, Deviller, Didiée, Doliveux, Durousseau, Escalier, Ferot, Flamme, Franchi, Givry, Guillemin, Guillobey, Hombourger, Jacob, Jalras, Josserant, Lassalle, Loubens, Louis, Magnenot, Morican, Martène, Martinaud, Menautaud, Montels, Morel, Peretti, Peytraud, Pénard, Pomme, Pourtan, Pousse, Protteau, Pruvost, Prudhomme, Rihouey, Schell, Susini, Vernet. Villeclère.

Ces aides-majors devront être porteurs de leur livret matricule mis à jour; leur feuillet de campagne devra être adressé au directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire (Val-de-Grâce) auquel il devra parvenir pour le 31 janvier 1921 au plus tard; ils seront considérés comme détachés à l'école et devront en principe rejoindre leur affectation actuelle à la fin du stage.

LÉGION D'HONNEUR — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les Drs :

Duquesnay (Philippe-Osman), médecin aide-major de 2e classe territorial : ancien combattant de 1870, s'est engagé à l'âge de soixante et onze ans, donnant ainsi un bel exemple de patriotisme. Sur le front d'Orient, comme sur celui de France, a fait preuve du plus grand dévouement. Déjà cité. (*J. O.*, 8 déc. 1920.)

Kanavadjogiou (Alfred), médecin principal de l'armée hellénique : A servi pendant longtemps sur le front de Macédoine et a pris part, sous les ordres d'unités de l'armée française, aux diverses opérations qui y ont été effectuées. A montré constamment du courage et de l'abnégation et concouru dans sa sphère d'action à l'heureuse issue de la lutte. (*J. O.*, 8 déc. 1920.)

(A titre posthume). — MM. les Drs :

Perboyre (René-Marie-Joseph), matr. 016505, médecin aide-major de 2e classe au 9e rég. d'infanterie : sur le front depuis le commencement de la campagne, a demandé à être maintenu au régiment actif. A constamment fait preuve de la plus grande bravoure et d'un dévouement inlassable. Mortellement atteint au cours d'une mission, le 12 mai 1916. A été cité. (*J. O.*, 28 nov. 1920.)

François (Henri-Martin), matr. 018007, médecin aide-major de 2e classe au 346e rég. d'infanterie : médecin d'une bravoure exemplaire; a assuré son service dans les circonstances les plus critiques et les plus difficiles. A fait preuve d'une audace et d'un mépris du danger dignes d'éloges. Mort pour la France, le 11 septembre 1916. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 28 nov. 1920.)

MÉDAILLE MILITAIRE. — GUERRE. — (Active.) MM. les médecins sous-aides-majors Barraud, Bouchard, Bourdon, Corrazini, Dumont, Garbay, Guillobey, Mahieu, Ridard et Tersen, élèves à l'Ecole du Service de santé militaire.

(Réserve.) MM. les médecins sous-aides-majors ou médecins auxiliaires Bertrand (J.-Ch.-M.), Casteigt, Maisondieu et Routier de Lisle. (*J. O.*, 1er janv. 1921.)

ASSOCIATION DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — Le premier dîner de l'Association des anciens médecins des corps combattants a eu lieu le 11 décembre sous la présidence du prof. Balthazard.

Le prochain dîner a été fixé au samedi 12 mars 1921. Il sera suivi d'une assemblée générale à laquelle tous les membres de l'Association seront priés d'assister.

Des convocations, mentionnant l'ordre du jour, seront envoyées en temps utile.

Pour tous renseignements et demandes d'adhésions, s'adresser au Dr Claude, secrétaire général, 102, rue de Vaugirard, Paris (VIe).

LA FUMÉE DU TABAC EST UN DÉSINFECTANT DE LA BOUCHE. — Il résulte des recherches de V. Puntoni (1), qui a entrepris des expériences sur la résistance de quelques microbes pathogènes (V. cholérique, méningocoque, B. de Pfeiffer, B. typhique, B. diphtérique, etc.), que la fumée du tabac a une action bactéricide notable. Cette action persiste même si on enlève la nicotine en filtrant la fumée à travers un tampon d'ouate.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Carle (de Montelimar). Al. Delcourt (de Liège), Kermorgant, médecin inspecteur général des troupes coloniales, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur; Lancereau, chef de laboratoire à l'hôpital Cochin, mort victime de son dévouement; Georges de Montmollin (de Neuchatel, Suisse), Léon Thivrier, ancien député de l'Allier; Paul Verhaeghe (d'Etrœungt).

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ORGANISÉ PAR LA COMMISSION ROCKEFELLER. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire commencera le lundi 10 janvier. Il sera fait sous les auspices de la Faculté de médecine et de la « Commission Rockefeller pour la préservation de la tuberculose en France », à l'Hôpital Laënnec et au Dispensaire Léon Bourgeois, sous la direction des Drs E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de MM. L. Ribadeau-Dumas, médecin de la Maternité, H. Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Laënnec, G. Kuss, directeur du Dispensaire anti-tuberculeux de la fondation Rockefeller à Paris, E. Brissaud, médecin-assistant, J. Rolland, chef de laboratoire, et de Mme de Retz, infirmière visiteuse.

Pour avoir de plus amples détails sur le cours, s'adresser au Dr E. Rist, Hôpital Laënnec, Paris. Les candidats aux bourses sont priés d'écrire au directeur de la Commission Rockefeller pour la prévention de la tuberculose en France, 12, rue Boissy-d'Anglas, Paris.

Se faire inscrire à la Faculté de médecine, guichet n° 3, les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

MALADIES CHRONIQUES DE LA NUTRITION. — M. André Leri, agrégé, commencera le lundi 10 janvier 1921, à 4 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, une série de conférences avec présentation de malades et projections. Il les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Ces conférences auront pour sujet les maladies dystrophiques des os et du tissu conjonctif.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Sous la direction de M. le prof. Pierre Sebileau, un cours de médecine opératoire spéciale (oto-rhino-laryngologie), en dix leçons, commencera le lundi 24 janvier 1921 à 14 heures et continuera les mercredis et vendredis suivants.

Droit d'inscription : 150 fr. S'inscrire à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer à Moulin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 12 janvier. — Jury : MM. Sebileau président; Couvelaire, Okinczyc et Mathieu. — M. APARD (Emile). Les voies naturelles comme voies d'accès de la fosse ptérygo-maxillaire. — M. GALANAKIS (Georges). Hématomes périnéaux et périvaginaux.

Jeudi 13 janvier. — Jury : MM. Achard, président; Carnot, Bezançon et Philibert. — M. CRETTÉ (René). Contribution à l'étude de l'otite tuberculeuse. — M. BOUCHEZ (René). De l'emploi des sérums antigangréneux. — M. GRUNBERG (Charles). Etude sur le dispensaire antituberculeux. — Mme GUILLAUME (Madeleine). Emotions et cardiopathies. — Mlle GERMAIN. Contribution à l'étude des formes nerveuses de l'endocardite maligne.

(1) *Ann. di Igiene*, 1920, n° 8, analysé in *Rev. crit. di clin. med.*, (Firenze), 15 nov. 1920, n° 32, p. 382.

REVUE GÉNÉRALE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Par le Dr J. LHERMITTE.

Il semble que tout ait été dit sur cette singulière affection dont l'apparition suscita tant de controverses en raison du mystère dont s'entouraient ses premières manifestations. Ne l'a-t-on pas appelée la *mysterious disease, l'X disease ?*

Grâce aux recherches très nombreuses qui furent suscitées par les nombreuses épidémies de ces dernières années, nos connaissances relatives à cette variété d'encéphalite ont singulièrement gagné en richesse et en précision. Il n'entre pas dans notre pensée de chercher à rappeler ici tous les faits cliniques, anatomiques et expérimentaux qui se rattachent au problème de l'encéphalite dite léthargique ou épidémique : cette étude déborderait le cadre de ce travail, on trouvera d'ailleurs très complètement analysés, les travaux les plus importants parus sur cette question dans la revue publiée dans ce journal par M. Potet (1).

Nous voudrions seulement, après avoir fait une rapide incursion dans le domaine de l'histoire de l'encéphalite, définir certains aspects de la question, lesquels, croyons-nous, présentent un intérêt d'actualité.

I. **Historique et épidémiologie.** — Lorsqu'on fait l'historique d'une question médicale, il est de tradition de remonter, par le canal de Galien, d'Arétée, de Paracelse, jusqu'au père de la médecine : Hippocrate. En réalité, la recherche d'une paternité aussi reculée semble, pour ce qui est de l'encéphalite léthargique, quelque peu hasardeuse. Certes, Hippocrate et Galien connaissaient le léthargos, les léthargies fébriles, mais qui pourrait assurer que ces grands ancêtres ne confondaient pas sous une dénomination commune non seulement les narcolepsies psycho-névropathiques, mais aussi les comas toxiques, les apoplexies, les ictus de l'encéphalomalacie?

Si l'on veut s'en tenir à un terrain solide, il appert avec évidence, que la première observation en date remonte à Albrecht de Hildesheim. En 1695, cet auteur publia un travail intitulé : *De febre lethargica in strabismus utriusque oculi desinente*, dans lequel figure un cas de l'affection qui doit nous occuper. Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans qui, à la suite de fièvre, de céphalée, resta endormie pendant onze jours ; à son réveil, on constata un « strabisme horrible ».

Quelques années plus tard, ce n'est plus d'une observation dont s'enrichit la littérature médicale, mais d'une série de faits groupés par Biermer sous le titre de maladie du sommeil (Schlaf-krankheit). Ici encore, s'associaient la somnolence, le sommeil profond et les paralysies oculaires. Cette épidémie de Tübingue rappelle incontestablement, par ses caractères séméiologiques, la première épidémie française de 1918.

Il fallait attendre jusqu'en 1875 pour que nous fussent révélées les lésions fondamentales de la maladie. A cette date, dans un mémoire justement célèbre, Gayet établit que les symptômes de cette curieuse affection trouvent leur origine dans des lésions inflammatoires groupées autour du IIIe ventricule et de l'aqueduc sylvien. Ce n'est qu'en 1881, que Wernicke fixait les traits essentiels de l'affection qu'il devait appeler la polio-encéphalite supérieure aiguë hémorragique, affection dont la plupart des exemples rapportés par Wernicke et les auteurs qui suivirent, peuvent être aujourd'hui identifiés avec les cas d'encéphalite épidémique.

De l'épidémie de Tübingue, en 1713, on peut rapprocher l'apparition, en 1887, dans certains cantons suisses, d'une maladie un peu déroutante par sa physionomie clinique et que, jusqu'à plus ample informé, les neurologistes appelaient maladie de Gerlier, pour rappeler le nom de l'auteur auquel on en doit la meilleur description. La maladie de Gerlier se présente sous une apparence quelque peu protéiforme et l'on en a décrit trois types fondamentaux : celui de l'homme ivre, celui de l'endormi, celui de l'homme aveugle. Bien que nous ne soyons pas fixés sur la nature des lésions de la maladie de Gerlier, il y a tout lieu de penser que celle-ci n'est en réalité que la juxtaposition de formes frustes de l'encéphalite épidémique.

En 1889-1890, une maladie non moins mystérieuse se développait dans le nord de l'Italie, en Croatie, en Vénétie Julienne : la nona. Par sa symptomatologie, son évolution déroutante, tantôt aboutissant à une complète guérison, tantôt à la terminaison fatale, la nona apparaissait tout à fait en dehors du cadre de la pathologie classique. Devant un polymorphisme aussi déconcertant, certains médecins déclarèrent que la nona n'était que l'expression d'une névrose collective ayant plus d'un trait commun avec l'hystérie. Les observations rapportées par Ebstein, Tranju, Braun, Halloger, Hammerschlag, Uthoff, le mémoire critique de Longuet, vinrent attester, il est vrai, que tout n'était pas fable dans la « legenda della nona », mais la nature même de la maladie ne fut pas éclaircie. A la lumière des faits que nous apportèrent les épidémies auxquelles nous venons d'assister, il est facile de retrouver dans la nona un grand nombre de caractères typiques de l'encéphalite léthargique.

C'est pendant l'hiver 1916-1917, qu'à Vienne (Autriche), apparurent les premiers cas de la maladie qui devait s'étendre non seulement à l'Europe centrale, mais à la France, à tout le bassin méditerranéen, à l'Australie. En raison de la fréquence de l'hypersomnie et des caractères inflammatoires des lésions encéphaliques qu'il constatait, M. C. von Economo donnait à l'affection, les termes qui devaient faire fortune, d'encéphalite léthargique. Aux premiers faits rapportés par Economo, s'en ajoutèrent rapidement de nombreux, publiés par Pribram, Schlesinger, Redlich. Puis le mal s'étendit presque en même temps, en France, en Angleterre et en Australie ; mais avec cette particularité, sur laquelle on n'a pas assez insisté, que les caractères cliniques de la maladie différaient sensiblement.

La première épidémie autrichienne s'affirmait par un syndrome méningé discret, mais net, ainsi que l'attestaient et l'hyperalbuminose et la pléiocytose du liquide céphalo-rachidien, des paralysies oculaires extrinsèques, de la narcolepsie, du délire, de la catatomie, une fièvre légère ou tenace. La mortalité atteignait 50 p. 100.

Un an après, c'est-à-dire à la fin de l'année 1917, apparaissait en Australie (Queensland et Nouvelle Galles du Sud) une épidémie qui dérouta les premiers médecins qui en étudièrent les manifestations.

Aussi l'appela-t-on la *mysterious disease*. Cette maladie débutait par de la fièvre, des convulsions, s'accompagnait d'hypersomnie et son pronostic était des plus graves. Nous verrons plus loin, comment MM. Cleland et Alfred Campbell en réussirent la reproduction expérimentale. Il semble que ce n'est qu'au cours de l'hiver 1917-1918 que se manifestèrent, dans la région londonienne, les premiers cas se rapportant à l'encéphalite épidémique. Ceux-ci, à l'exemple des faits d'Australie, parurent singuliers et les premiers observateurs (Harris. Hall) pensèrent au botulisme et à l'intoxication par des viandes avariées. Les traits cliniques de l'affection s'écartaient sensiblement de ceux qui caractérisaient les épidémies de Vienne et d'Australie, car les phénomènes les plus saillants consistaient en paralysies oculaires extrinsèques et intrinsèques avec conservation fréquente des réflexes pupillaires, en rigidité musculaire généralisée (catatonie) accompagnée de stupeur (epidemic stupor).

L'épidémie française, dont les premiers méfaits furent rapportés par M. Netter, M. Chauffard et Mlle Bernard, M. Sainton, MM. Lhermitte et Saint-Martin, présenta plusieurs points cliniques communs avec l'épidémie viennoise. Ici comme là, les paralysies oculaires sont de règle, ainsi que le sommeil pathologique, mais ce qui différencie très nettement les deux épidémies, c'est que, dans celle de Vienne, l'encéphalite s'accompagnait d'un syndrome méningé tandis que celui-ci était complètement absent dans l'épidémie française.

Ce n'est que dans l'hiver 1918-1919 que l'encéphalite se révéla en Allemagne où elle sévit avec grande intensité dans certaines villes : Hambourg, Kiel, Munich. A Kiel, l'affection ne comportait aucun signe méningé, tandis que les troubles psychopathiques, l'agitation, les secousses choréiques étaient au premier plan (Siemerling et Rheinardt) ; à Hambourg, les troubles mentaux font défaut, tandis que la catatonie pseudoparkinsonienne est fréquemment retrouvée

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 69, p. 1093, et n° 72, p. 1141.

(Nonne); à Munich, ce sont les formes « tabétiques » qui frappent l'attention (Naef).

L'Italie avait été, jusqu'en 1919, à peu près épargnée par le fléau; cependant quelques cas sporadiques avaient été signalés par MM. Molinari, Ascoli, Dragotti. Mais il faut arriver à l'hiver 1919-1920 pour voir se multiplier dans toute l'Italie du Nord, le Tyrol, la Vénétie Julienne (ancien territoire de la nona), les cas les plus typiques d'encéphalite léthargique. De nombreux auteurs, MM. Sabatini, Galeri, Aggero, Fornara, Maggioto, Montovani, Tombolato, Guigni, Modena, en publient des observations caractéristiques. Le délire marque l'invasion de la maladie, associé en général à l'insomnie et aux secousses myocloniques ou choréiques; plus tard seulement apparaissent et l'hypersomnie et les paralysies oculaires. Les auteurs italiens signalent, en outre, que fréquemment, aux symptômes nerveux s'associent de l'angine, de la laryngite ou de l'herpès.

Les manifestations de l'épidémie française de 1918, malgré leur gravité, étaient demeurées assez limitées ; la maladie prit une importance et une extension infiniment plus grandes pendant l'hiver 1919-1920 et, fait plus curieux, changea presque complètement de physionomie.

L'hypersomnie, loin d'être un des symptômes dominants dans nombre de cas fit défaut, les paralysies oculaires demeurèrent extrêmement fréquentes, mais leur époque d'apparition fut retardée. Au contraire, les mouvements amyocloniques, choréiques ou athétosiques, par leur importance et leur signification, purent être placés au premier plan du tableau symptomatique (Pierre Marie et Gabrielle Lévy, Sicard et Kudelski).

Dans le même temps que celui où se développait dans toute la France l'épidémie d'encéphalite, la maladie qui semblait éteinte en Autriche se rallumait avec une intensité accrue. Après qu'un vent du Sud eut fait rage dans toute l'Autriche, apparurent en Bohême, en Tyrol, en Autriche supérieure et en Basse Autriche, en Bavière même, de très nombreux cas d'encéphalite épidémique, mais très différents dans leur expression clinique et leur évolution des faits de la précédente épidémie. Ce furent surtout les formes algiques, les formes délirantes, les formes myocloniques et choréiques qui frappaient par leur fréquence et leur gravité. Dans un grand nombre de cas, les secousses myocloniques se localisaient à l'abdomen et au diaphragme, et très justement. M. Economo fait remarquer la parenté de cette forme d'encéphalite épidémique attestée par d'autres manifestations avec l'épidémie de hoquet qui sévit l'année précédente dans la région viennoise. Il semble hors de doute, et les faits rapportés cette année par plusieurs auteurs français en sont des témoignages, que l'encéphalite léthargique peut se traduire exclusivement par un hoquet persistant.

Le virus de l'encéphalite épidémique ne demeura point cantonné en Europe; déjà nous avons indiqué qu'en 1917 il avait envahi la partie orientale de l'Australie, en 1919 et 1920, le germe fit son apparition dans l'Italie du Nord puis infesta tout le littoral méditerranéen. MM. Ardin-Delteil et Raynaud, M. Crespin, décrivent les formes ophtalmoplégiques et les formes choréiques, en Algérie; M. Valassopoulo retrouve l'encéphalite ophtalmoplégique et hypersomnique en Egypte, enfin tout récemment M. Constantinescu relatait plusieurs faits d'encéphalite observés en Roumanie.

Ce rapide exposé des caractères séméiologiques des diverses épidémies d'encéphalite léthargique fait apparaître le caractère protéiforme de la maladie et montre que le génie épidémique marque d'un cachet tout spécial chacune de ses grandes manifestations.

Telles furent les grandes épidémies qui fleurirent en Europe surtout pendant ces dernières années et dont nous retrouvons des exemples sous les traits de la maladie du sommeil à Tubingue en 1713, de la maladie de Gerlier en Suisse en 1887, de la nona en Italie en 1889-1890. Pendant les périodes intercalaires, si les faits d'encéphalite sont moins nombreux, du moins il est très aisé d'en retrouver des exemples à l'état sporadique relatés dans la littérature médicale. Nous pourrions citer les observations de Thomsen, Kojewinkof, Boedeker, Guinon et Parmentier, Jacobeus, Schule, Oppenheim et Cassirer, Zingerlé, E. Moniz, parmi beaucoup d'autres. Ils témoignent que si, en dehors des périodes d'épidémie, le virus a perdu une grande partie de sa virulence, il n'est pas complètement éteint et que son retour à l'activité est toujours à craindre. Ce sont précisément ces cas sporadiques qui assurent à la maladie sa pérennité et la diffusion du germe pathogène. A cette course du flambeau pathologique, malades et porteurs sont les participants.

*
* *

II. Forme mésocéphalique de l'encéphalite épidémique.

(*Encéphalite ophtalmoplégique avec narcolepsie*). — En général, l'encéphalite léthargique s'annonce par quelques frissons, un malaise général, quelques retentissements douloureux dans les membres, de la rachialgie. Assez souvent, pendant les quelques jours qui précèdent l'apparition des symptômes graves, le malade accuse des phénomènes angineux ou laryngés.

A la période d'état, les symptômes cardinaux sont constitués par les troubles oculaires, l'hypersomnie, les paralysies, les mouvements involontaires, les perturbations du tonus musculaire et les phénomènes généraux.

A. Les troubles oculaires. — Tous les auteurs s'accordent sur leur extrême fréquence. Selon MM. Achard et Netter les troubles oculaires surviennent dans 75 p. 100 des cas, mais M. de Lapersonne pense que leur fréquence est encore plus considérable. Pour qui sait combien les perturbations oculaires peuvent être légères et fugaces, l'opinion défendue par M. de Lapersonne apparaîtra comme la plus conforme à la vérité.

Si les perturbations qui frappent la musculature extrinsèque et intrinsèque s'avèrent comme de beaucoup les plus saisissantes, il n'en va pas qu'elles soient exclusives. Aussi passerons-nous successivement en revue les modifications de l'appareil sensoriel de l'œil (rétine et nerf optique), celles de la musculature innervée par le système cérébro-spinal, enfin les troubles apportés aux fonctions du système nerveux organique des globules oculaires.

a. *Le nerf optique et la rétine*. — En dehors des périodes pendant lesquelles la somnolence ou la torpeur interdisent d'interroger les fonctions du nerf optique, il semble, dans la majorité des cas, que l'acuité visuelle demeure sensiblement normale. Cependant, il arrive parfois que la vision est brusquement obscurcie même supprimée sans que rien ait pu faire prévoir l'imminence de cette amblyopie ou de cette amaurose. MM. Carnot et Netter ont observé assez fréquemment l'amblyopie et M. Cl. Vincent a rapporté deux faits d'amaurose. Nous avons nous-même observé chez une malade atteinte d'encéphalite à évolution prolongée une amblyopie récidivante. Amblyopie ou amaurose présentent, en effet, ce caractère de n'être pas permanentes et de ne s'accompagner, en règle générale, d'aucune modification du fond de l'œil. Ainsi que Wernicke l'avait relevé, le début de l'encéphalite peut être marqué par l'apparition de phosphènes. Nous mentionnerons enfin que MM. Reverchon et Worms ont relaté, dans un fait, la survenance du syndrome de la migraine ophtalmique.

Dans la plupart des descriptions françaises et étrangères de l'encéphalite épidémique, les auteurs font ressortir l'intégrité du fond de l'œil. Et cependant la lecture d'assez nombreuses observations montre que cette opinion est trop exclusive.

Goldscheider autrefois avait noté la proéminence de la papille, dans les épidémies plus récentes. M. Economo relève, dans un cas, une décoloration de la région temporale de la papille, et dans un autre fait, une atrophie papillaire consécutive à une névrite rétro-bulbaire; M. Terrien constate de l'hyperhémie papillaire; M. Sachs une inflammation légère de la papille; MM. Reverchon et Worms un état congestif papillaire, avec tendance à la stase; la papille est à bords flous, surélevés, les veines rétiniennes sont tortueuses. Enfin MM. Froment et Gardère observent une double papillite avec petites hémorragies.

L'ensemble très concordant des faits que nous venons de mentionner nous incite donc à restreindre la valeur absolue de la règle de l'intégrité de la papille et à admettre que l'examen ophtalmoscopique, peut révéler certaines modifications de la région papillaire. Est-ce à dire toutefois que la véritable stase papillaire puisse reconnaître comme origine l'encéphalite léthargique en dehors de toute lésion surajou-

tée. Il nous semble que la preuve n'en a point encore été apportée. Dans une observation récente publiée par M. Urbantschitsch nous trouvons par exemple, une stase papillaire bilatérale coïncidant avec une paralysie de la VIe paire et l'hypersomnie ; mais dans ce fait, survint une suppuration de l'oreille moyenne pour laquelle une intervention fut nécessaire et rien ne démontre qu'au processus de l'encéphalite, si tant est qu'il ait existé, ne s'est pas joint un processus d'inflammation méningée ou peut-être une thrombose du sinus caverneux.

b. *Trijumeau oculaire.* — Dans la règle, la sensibilité des globes est parfaitement conservée et les réflexes de conjonctive non modifiés. Oppenheim et Cassirer relèvent seulement, dans un cas, un retard du réflexe au clignement, et Thomsen signale la survenance de douleurs oculaires spontanées.

c. *Appareil musculaire extrinsèque* (à innervation cérébro-spinale). Ainsi que nous y avons insisté déjà, les paralysies oculaires constituent un des symptômes cardinaux et essentiels de la maladie. Lorsqu'ils font défaut pendant toute la durée de l'encéphalite, l'identité de celle-ci avec l'encéphalite léthargique peut être discutée. Certes, nous n'entendons pas dire que l'encéphalite épidémique ne puisse évoluer sans manifestations ophtalmoplégiques, certaines observations indiscutables témoigneraient du contraire, mais ces derniers faits apparaissent d'une saisissante rareté.

Parmi les paralysies oculaires, une des plus fréquentes est, sans conteste, le ptosis. Unilatérale ou bilatérale, la chute de la paupière atteint rarement l'intensité de celle que provoque la paralysie complète de l'oculo-moteur commun. En général, le ptosis est incomplet, parétique plutôt que paralytique et ne s'accompagne pas d'attitude compensatrice de la tête et contraction durable des muscles frontaux. Dans d'autres faits, qui ne sont pas exceptionnels, la chute de la paupière n'est pas due à une parésie du releveur, mais à un abaissement de son tonus, ainsi que l'ont montré MM. Litvack, Morax et Bollack. Au repos, le bord inférieur de la paupière recouvre la moitié de l'iris, tandis que ce dernier est largement découvert, si on commande au sujet de relever les paupières. Il s'agit, on le voit, d'un trouble de la statique musculaire. Enfin, dans un certain nombre de cas, ce qui frappe, c'est que la chute de la paupière ne se produit qu'au cours ou à la fin de la journée : Tandis qu'au réveil, la paupière découvre largement la pupille, vers le soir, celle-ci apparaît plus ou moins recouverte par le bord palpébral. Ce phénomène, tout à fait superposable au ptosis de fatigue du syndrome d'Erb Goldflam, reconnaît le même mécanisme et n'est que l'expression d'un état myasténique limité aux releveurs.

Qu'il s'agisse d'un ptosis parétique ou paralytique, d'un ptosis hypotonique ou d'un ptosis myasthénique, la chute de la paupière peut se manifester exclusivement d'un seul côté et même apparaître comme l'unique témoin de l'encéphalite (Lesné).

Les paralysies des droits ne sont pas moins fréquentes. Elles s'affirment par un symptôme subjectif que l'on retrouve dans le passé ou dans le présent de l'immense majorité des malades : la diplopie; elles frappent non seulement les observateurs compétents, mais l'entourage des patients, par l'attitude anormale des globes : le strabisme.

Strabisme convergent ou divergent, avec diplopie homonyme ou croisée, tels sont, parmi les symptômes oculaires, les plus saisissants, les plus constants et aussi, très fréquemment, les plus précoces.

Les droits supérieur et inférieur peuvent être également paralysés ou parésiés, et si leur atteinte n'est pas aussi souvent mentionnée que celle des droits externe ou interne, la raison en est que les troubles qu'elle détermine sont moins apparents.

Très généralement, les paralysies de la musculaire extrinsèque atteignent tantôt un muscle, tantôt un autre, frappant irrégulièrement l'œil droit et l'œil gauche et, ainsi que nous l'avons montré avec M. de Saint-Martin, apparaissent dissociées, parcellaires et parfois migratrices, traduisant ainsi exactement la marche capricieuse et serpigineuse du processus inflammatoire mésocéphalique.

Dans certains cas cependant, et M. de Lapersonne, MM. Morax et Bollack en ont relevé des exemples, la paralysie frappe un seul nerf (IIIe paire, VIe paire) exclusivement et complètement.

Parfois aussi, mais les faits de ce genre sont heureusement exceptionnels, l'ophtalmoplégie externe est complète ; les yeux figés dans leurs orbites, les paupières tombantes, le front ridé par la contracture compensatrice des sourcilliers et des frontaux, les malades présentent l'expression du facies d'Hutchinson (Guinon et Parmentier).

Les paralysies parcellaires, dissociées, que nous venons de rappeler ne sont pas les seules que l'on puisse observer dans l'encéphalite épidémique. Déjà, en 1881, Wernicke soutenait cette opinion, que toutes les paralysies oculaires dans la polio-encéphalite supérieure aiguë étaient des paralysies associées, des paralysies de fonction, tandis qu'Oppenheim et Cassirer dans leur travail classique sur les encéphalites aiguës, affirmaient qu'à côté des paralysies de fonctions (paralysies supranucléaires au sens de Parinaud et Sauvineau), il existait des paralysies dissociées d'origine nucléaire.

La question s'est posée, au cours des récentes épidémies d'encéphalite, dans les mêmes termes. Selon MM. Morax et Bollack, la plupart des troubles de la musculature extrinsèque ne sont pas assimilables à des troubles élémentaires, mais reconnaissent un mécanisme plus complexe. Reprenant l'idée de Wernicke, ces auteurs pensent que dans la majorité des cas, il s'agit, dans l'encéphalite léthargique, de paralysies associées.

Déjà, en 1918, M. Morax, chez un malade de M. Sainton, avait fait remarquer que la paralysie oculaire s'accompagnait d'une diplopie paradoxale ; dans le regard à droite, la diplopie était croisée; dans le regard à gauche, elle était homonyme avec même écartement des images.

Incontestablement, les faits de ce genre, qui ont été rapportés avec la précision désirable, attestent que le processus de l'encéphalite peut provoquer des troubles complexes de la synergie oculaire, mais nous ne croyons pas que ceux-ci puissent être rangés dans le cadre des paralysies associées, *strito sensu*.

Est-ce à dire que les paralysies associées légitimes ne puissent être déterminées par l'encéphalite épidémique? Rien ne saurait être plus loin de notre pensée. Nous faisons seulement remarquer que les paralysies *complexes*, traduisant une perturbation de la synergie musculaire des globes oculaires ne peuvent pas être considérées, *ipso facto*, comme des paralysies de fonction.

Lorsque celles-ci existent, leur expression la plus complète tient dans la déviation conjuguée des yeux, d'une part (paralysie du dextrogyre ou du lévogyre), la paralysie conjuguée des droits supérieurs ou des droits inférieurs (paralysie de la fonction d'élévation ou d'abaissement du regard), enfin dans la paralysie conjuguée des droits internes (paralysie de la convergence), d'autre part.

Tous ces types de paralysies associées ont été retrouvés au cours de l'encéphalite : déviation conjuguée latérale des yeux (Cantonnet, Economo) ; paralysie du regard en haut ou en bas (Morax et Bollack, Boedekee, Dor, Aubineau) ; paralysie de la convergence (Morax et Bollack).

Fait à remarquer, le plus souvent, au cours de ces paralysies, la diplopie est atypique, tantôt homonyme, tantôt croisée, suivant l'expression du regard.

De plus, comme y ont insisté M. Patry (de Genève), MM. Lacroix et Pesme, cette diplopie est intermittente, variable, tout comme les paralysies nucléaires que nous avons étudiées plus haut.

M. Bollack dans un travail récent, nous a fourni une base d'approximation de la fréquence respective de ces diverses formes de paralysies associées. Sur un total de 28 cas, M. Bollack a observé 8 fois des troubles de la convergence, 13 fois des troubles des mouvements associés avec parallélisme des axes, 7 fois des pertubations des mouvements associés d'élévation et d'abaissement.

Nous avons mentionné à propos du ptosis, l'existence d'une parésie transitoire du releveur palpébral apparaissant vers la fin de la journée et tout à fait superposable au ptosis myasthénique; un semblable phénomène a été relevé par M. Bériel (de Lyon) sur la musculature du globe oculaire. Lorsqu'on fait fixer le regard du malade dans une position extrême, on constate que, plus ou moins rapidement, les muscles associés se fatiguent et que malgré les efforts du sujet, les globes reviennent à la position moyenne de repos.

Cette manifestation d'ordre myasthénique demande à être

cherchée et apparaît comme l'équivalent, l'ébauche de la paralysie associée au regard.

Dans d'assez nombreux faits, la parésie ou la paralysie extrinsèques font défaut, mais sont remplacées par des secousses nystagmiformes. Celles-ci, qui ont été décrites il y a longtemps par MM. Oppenheim et Cassirer, ont été retrouvées plus récemment par MM. Economo, Morax et Bollack, Reverchon et Worms.

Partant de cette constatation que, très fréquemment, les troubles de la motilité des globes oculaires portaient sur les mouvements associés ou sur la synergie fonctionnelle des différents noyaux oculo-moteurs, MM. Bollack et Halphen ont voulu déterminer les modifications que présentent les réactions vestibulo-oculaires normales. Ces auteurs ont étudié successivement le nystagmus provoqué par l'excitation mécanique des canaux semi-circulaires (centrifugation) et le nystagmus provoqué par l'excitation calorique des mêmes canaux semi-circulaires.

MM. Bollack et Halphen ont ainsi constaté que, dans 6 cas, 5 fois le nystagmus provoqué par les excitations caloriques ou mécaniques du vestibule était modifié. Dans 3 cas il était aboli, dans 2 cas affaibli. Afin de préciser plus exactement le déficit fonctionnel des faisceaux qui réunissent l'appareil central vestibulaire (N. de Deiters, N. de Bechterew) et les noyaux des oculo-moteurs, MM. Bollack et Halphen ont excité isolément les canaux semi-circulaires horizontaux (épreuve de la centrifugation en position verticale de la tête) et les canaux semi-circulaires verticaux (même épreuve en position couchée) et ces auteurs ont relevé, chez un malade atteint de paralysie associée des abaisseurs, la conservation du nystagmus normal par l'excitation des canaux semi-circulaires horizontaux contrastant avec l'affaiblissement du nystagmus provoqué par l'excitation des canaux verticaux.

L'évolution des paralysies extrinsèques de l'œil est assez variable. Dans la règle, les paralysies dissociées nucléaires ou associées supra ou internucléaires rétrocèdent et finissent par disparaître complètement; les perturbations des mouvements associés persistent plus longtemps que celles qui sont dues aux altérations primitives de noyaux oculomoteurs.

Si donc, dans la majorité des faits, la *restitutio ad integrum* est l'aboutissant des troubles oculo-moteurs extrinsèques, il est des cas cependant ainsi que nous l'avons montré avec M. de Saint-Martin, où les paralysies, après une phase de régression demeurent stationnaires et ne montrent plus aucune tendance au retour vers la normale. MM. Reverchon et Worms ont relevé des faits semblables aux nôtres.

d. *Musculature intrinsèque innervée par le système nerveux de la vie organique (sympathique autonome).* — De toutes les manifestations oculaires et peut-être de tous les symptômes de l'encéphalite léthargique, le phénomène le plus constant est la parésie ou la paralysie du muscle ciliaire, laquelle se traduit par l'affaiblissement ou la perte de l'accommodation. La diminution de l'accommodation constitue une manifestation tellement saisissante, qu'elle avait impressionné les premiers observateurs anglais de l'encéphalite, lesquels, en raison de la grande ressemblance de ce symptôme avec les troubles de l'accommodation du botulisme, avaient pensé que l'encéphalite n'était qu'une manifestation de la toxi-infection botulinique. Mais cette paralysie ou cette paralysie du muscle ciliaire ne doit pas seulement être constatée, il importe d'en mesurer la profondeur ainsi que l'a fait remarquer M. de Lapersonne, si l'on veut éviter de grossières erreurs.

Outre le muscle ciliaire, la musculature de l'iris apparaît dans nombre de cas, profondément touchée.

Très généralement, l'anisocorie est le phénomène le plus saillant et contraste avec l'intégrité du réflexe photo-moteur et la contraction irienne associée à l'accommodation et à la convergence.

Les modifications apportées par l'encéphalite épidémique dans la réflectivité irienne et la contraction associée du sphincter à l'accommodation-convergente sont encore, à l'heure présente, sujets de discussion. Ce que nous savons de science certaine, c'est que, très souvent, la contraction pupillaire associée à l'accommodation-convergence est diminuée, tandis que le réflexe photo-moteur est parfaitement conservé.

D'après M. Bollack, cette dissociation des mouvements de l'iris se manifesterait seulement lorsque le mouvement de convergence est lui-même paralysé.

Il est évident, et les faits rapportés par M. Bollack en son la démonstration, que, en raison des rapports étroits qui unissent les noyaux moteurs des droits internes et les centres iridoconstricteurs, l'atteinte des premiers doit s'accompagner fréquemment de la perte du mouvement pupillaire associé à la convergence qui fait défaut et nous ajoutons à l'accommodation qui, elle aussi, très fréquemment, apparaît affaiblie ou abolie, mais nous ne croyons pas que la paralysie de la convergence soit l'unique facteur déterminant de l'abolition de la contraction irienne à l'accommodation convergence.

La dissociation inverse, c'est-à-dire l'abolition du réflexe photomoteur contrastant avec la conservation du mouvement pupillaire associé (signe d'Argyll-Robertson) peut-elle être comptée comme un symptôme de l'encéphalite épidémique? Tel est le problème que nous devons nous poser. Avec M. de Saint-Martin, nous avons déjà discuté le fait rapporté par MM. Lortat-Jacob et Hallez et montré qu'il ne s'agissait pas là d'encéphalite épidémique, mais d'encéphalopathie syphilitique. La stase papillaire bilatérale, la réaction positive de Bordet-Wassermann, le signe de Robertson qui était présent, nous apparaissent ici comme les témoins de l'atteinte du système nerveux par le virus spécifique.

Après l'étude que nous avons faite des premières épidémies, nous étions portés à rejeter complètement hors du cadre de l'encéphalite léthargique le signe de Robertson. Depuis, les nombreuses observations rapportées par les auteurs allemands (Worms, Economo) et italien (Guido Sala) dans lesquelles est expressément noté le signe de Robertson, la négation que nous aurions portée nous semble plus hasardeuse. Et si, aujourd'hui, on ne peut affirmer que le signe de Robertson appartient réellement à la séméiologie de l'encéphalite épidémique, il serait, croyons-nous, téméraire de le rejeter complètement.

Ce qui semble beaucoup plus certain, c'est que, à supposer que la dissociation de la contractilité irienne type Robertson puisse être provoquée exclusivement par l'encéphalite, du moins le signe de Robertson n'apparaît pas avec les mêmes caractères que dans la syphilis du nevraxe (méningo-myélite, méningo-encéphalite, tabes, paralysie générale). Dans l'encéphalite, la dissociation fonctionnelle de l'iris est temporaire, fugace, transitoire; dans les processus syphilitiques, le signe de Robertson établi ne rétrocède jamais et lorsqu'il disparaît, c'est que la pupille est devenue complètement rigide par l'abolition de la contraction pupillaire associée à l'accommodation-convergence. Ajoutons enfin que, à la différence du tabes ou de la paralysie générale, l'encéphalite épidémique ne détermine jamais la déformation pupillaire, non plus que le myosis aussi intense que dans la syphilis.

L'inégalité pupillaire que nous avons signalée, est-elle due à une excitation du dilateur pupillaire ou à une parésie du constricteur? Voici un problème que, fatalement, on est amené à se poser, mais que, malheureusement, il nous est impossible de résoudre, car nous manquons de documents. C'est en vain que nous avons cherché dans la littérature médicale des faits se rapportant à l'action des substances sympathicotropiques et vagotropiques sur la musculature oculaire dans l'encéphalite léthargique. Dans un cas, M. Rieux et Mme Marcarian-Porcher ont constaté que l'instillation d'un demi-milligramme d'atropine a suffi pour faire complètement disparaître le myosis.

Bien qu'il soit loin d'être démontré que l'exophtalmie provoquée par l'excitation du sympathique cervical soit liée à l'hypertonie du muscle de Müller, nous devons rappeler que dans une observation classique d'Eisenlohr, la polio-encéphalite supérieure aiguë s'était accompagnée d'exophtalmie.

B. L'HYPERSOMNIE. — Ainsi que, le premier, l'a montré Mauthner, la fonction du sommeil apparait chez l'homme très intimement liée à la fonction visuelle; il ne convient donc pas de s'étonner si, très fréquemment, en neuropathologie, l'hypersomnie se montre étroitement associée aux perturbations oculaires.

Les premiers signes précurseurs de l'envahissement par le sommeil normal ou pathologique ne consistent-ils pas en des phénomènes oculaires : picotements des conjonctives, pesanteur des paupières, puis ptosis, parésie de la convergence et de l'accommodation avec diplopie?

L'hypersomnie de l'encéphalite léthargique présente tous les caractères du sommeil naturel. Dans la résolution complète, le malade présente le facies typique de l'homme endormi. Si l'on entr'ouvre ses paupières, les globes apparaissent légèrement portés en haut (à moins qu'une paralysie ne vienne troubler la statique oculaire), les pupilles demi-contractées.

Malgré la profondeur du sommeil, on parvient le plus souvent à tirer le patient de son anéantissement psychique ; mais, à peine réveillé, il se rendort pendant de longues heures.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer, les crises de narcolepsie diurne ne semblent pas influencer le sommeil nocturne ; cependant, ainsi que M. Bassoe et nous-même l'avons montré, il est des cas dans lesquels à l'hypersomnie diurne s'associe l'insomnie nocturne, voire même un certain degré d'agitation.

Cette excitation psychique ou psycho-motrice, nous la retrouvons dans nombre d'observations; elle s'associe à un délire doux et tranquille, de nature confusionnelle et hallucinatoire. Ce fait n'a rien pour nous surprendre, maintenant que nous savons, grâce aux travaux de M. Klippel et de Régis, l'étroite parenté qui relie l'orinisme confusionnel et le rêve physiologique. Dans l'un comme dans l'autre, c'est le même déroulement d'images qui projette sa fantasmagorie troublante et capricieuse sur la conscience endormie, la même absence de critique, la même incohérence, le même défaut d'étonnement devant l'apparition des phénomènes les plus inattendus et les plus déconcertants.

Comme il arrive dans tous les états confusionnels, c'est lorsque tombe le crépuscule qu'apparaissent variées et fantastiques les images du rêve, images presque exclusivement visuelles, traînant après elles, les réactions que l'on connaît.

De cet état d'orinisme au délire confusionnel actif s'accompagnant même de réactions agressives dangereuses, il existe toute une série d'intermédiaires pour aboutir au syndrome délirant aigu de si grave pronostic.

C. Perturbations de l'appareil musculaire volontaire. — Ces perturbations apparaissent de la plus grande fréquence et portent sur le tonus, la force musculaire, la coordination.

Si le tonus musculaire peut être troublé par défaut (asthénie, hypotonie), beaucoup plus fréquemment il est troublé par excès, soit qu'il s'agisse de *contractures* légitimes à localisation monoplégique, hémiplégique ou généralisée, soit qu'il s'agisse de *rigidité* à type parkinsonnien. L'existence de la catatonie dans l'encéphalite léthargique s'est révélée fréquente dans la première épidémie anglaise (1917-1918) puis dans les épidémies allemande et française de 1919-1920. C'est par elle que le malade prend cette attitude soudée ou figée, que son visage devient inexpressif et glacé, que les mouvements actifs et passifs sont lents et difficiles. Lorsqu'à cette rigidité catatonique, se joint le tremblement des membres supérieurs, le tableau du parkinsonnisme postencéphalitique est réalisé. Nous disons parkinsonnisme et non pas maladie de Parkinson, car, ainsi que l'a très bien montré M. Sicard, l'évolution du parkinsonnisme est toute différente de celle de l'authentique maladie de Parkinson, régressive dans le premier cas, progressive indéfiniment dans le second.

L'encéphalite léthargique ne s'accompagne pas volontiers de paralysies des membres très prononcées et durables ; ce qui est fréquent, ce sont les monoplégies ou les hémiplégies frustes disparaissant aussi vite qu'elles sont venues et ne laissant après elles que d'insignifiantes séquelles.

Dans de nombreuses observations, l'encéphalite s'accuse par des convulsions à type jacksonnien ou par des crises d'épilepsies généralisées.

Si les troubles par déficit moteur sont assez rares ou discrets, les perturbations de la coordination des mouvements sont beaucoup plus fréquentes, qu'il s'agisse d'ataxie ou surtout d'asynergie cérébelleuse (Lhermitte et Saint-Martin).

Enfin il n'est pas exceptionnel que les membres où siège cette incoordination présentent des mouvements involontaires à caractère choréique ou athéosique.

Ainsi que tous les observateurs l'ont remarqué, de tous les nerfs crâniens, les oculo-moteurs sont de beaucoup les plus atteints ; c'est laisser entendre que, en dehors des IIIe, IVe et VIe paires, d'autres nerfs crâniens peuvent être intéressés par le processus de l'encéphalite. La paralysie ou la parésie de la VIIe paire est relativement fréquente (Sainton, Lhermitte et Saint-Martin) et, fait à remarquer, se présente avec les mêmes caractères sémiologiques et évolutifs que les paralysies de la IIIe paire. Ici comme là, la paralysie est dissociée, parcellaire, extenso-progressive. L'atteinte de la VIIe paire s'accuse par un ensemble de symptômes d'origine cochléaire et vestibulaire : bruits subjectifs, hypo-acousie, perte des réactions vestibulaires, parfois surdité (Vincent) ; celle de la IXe paire par l'agueusie (Sainton), celle des Xe et XIe paires par des paralysies vélopalatines, laryngées (Combemale et Duhot, Mouriquand et Sanerot) parfois par une paralysie labio-glosso-laryngée; celle de l'hypoglosse enfin par une parésie de la langue accompagnée de trémulation fibrillaire.

D. Réactions méningées. — Nous avons insisté dans le résumé sémiologique que nous avons donné des différentes épidémies sur la variabilité de la symptomatologie méningée s'affirmant ici, et là, au contraire, faisant complètement défaut.

Lors des épidémies de Vienne 1910-1917, Economo insistait sur la présence de ce qu'il appelait le « méningisme » et qui n'est autre qu'une réaction méningée plus ou moins franche. Si les symptômes méningés manquaient absolument, lors de la première épidémie française de 1918, ils furent, dans nombre de cas, très apparents dans l'épidémie de 1919-1920. Non seulement, la souffrance des méninges s'affirme par les signes classiques de Kerning, de Brudzinski, la raideur du tronc et de la nuque, etc., mais elle est attestée par les réactions souvent très intenses du liquide céphalo-rachidien (Castaigne, Achard).

E. Liquide céphalo-rachidien. — Lors de la première épidémie française (1918), l'absence de modifications du liquide cérébro-spinal avait fait considérer celle-ci comme une indication sémiologique importante en faveur de l'encéphalite épidémique. Le développement de l'épidémie de 1919-1920 vint modifier complètement cette manière de voir. En effet, dans de très nombreux cas d'encéphalite authentique, le liquide céphalo-rachidien, soustrait par ponction lombaire, contenait une forte proportion d'albumine et des éléments figurés, lymphocytes pour la plupart. Déjà Economo et nombre d'auteurs anglais, MM. Barsal, Burger et Focquet, Stern, Tucker avaient montré que le liquide céphalo-rachidien pouvait présenter et de l'hyperalbuminose et de la pléicytose, mais c'est surtout grâce aux travaux de MM. Netter, P.-Marie, Courmont, Achard, Claude, Pic et Bonamour, Sicard, que les caractères chimiques et cytologiques du liquide céphalo-rachidien purent être précisés.

A l'heure actuelle, l'existence de l'hyperalbuminose ni celle de la pléicytose ne peuvent être discutées. Mais ce qui apparaît comme particulier à l'encéphalite, c'est, d'une part, que le taux de l'albumine du liquide céphalo-rachidien, n'est nullement proportionnel à la quantité d'éléments figurés et, d'autre part, le fait que la réaction cytologique, contrairement à celle des méningites tuberculeuses, décroît à mesure que se poursuit l'évolution de la maladie.

Ce défaut de parallélisme entre l'albuminose et la pléicytose peut être accusé au point d'être une véritable dissociation albumino-cytologique, tantôt en faveur de l'albumine, tantôt et plus souvent en faveur des éléments figurés.

En outre, M. Dopter, M. Netter, MM. Sicard et Kudelski ont révélé une teneur anormale en sucre du liquide céphalo-rachidien; hyperglycorachie allant de pair avec une hyperglycémie, opposant ainsi de la manière la plus nette l'encéphalite léthargique et les méningopathies aiguës. Ajoutons que MM. Brasker, Caldwell, Coombe, ont constaté, mêlées à des polynucléaires, des petits cocci gram-positifs identifiables au diplocoque de Wiesner.

Quant à la tension céphalo-rachidienne, M. Boveri a récemment montré que dans 50 p. 100 des cas celle-ci était augmentée, mais dans des proportions relativement modérées.

F. Fonctions sensitives. — Elles sont infiniment moins troublées que les fonctions motrices. Leurs perturbations se marquent subjectivement par des douleurs parfois à disposition radiculaire, du prurit généralisé (Colin et Lhermitte), et objectivement par de l'hypéralgésie (Sainton), et exceptionnellement une demi-anesthésie.

G. Réflectivité. — Les réflexes cutanés sont assez variables, souvent affaiblis, quelquefois abolis; le réflexe plantaire s'effectue dans de nombreux cas en extension et le signe de Babinski peut être le seul témoin de l'atteinte de la voie pyramidale.

Pour ce qui est des réflexes tendineux, dans les formes de moyenne intensité, ils sont le plus souvent légèrement exaltés, d'autres fois affaiblis ou suspendus. Tout de même que pour les symptômes d'ordre moteur, la caractéristique des modifications des réflexes est d'être essentiellement variables et changeants. (Guillain.)

H. Sphincters. — Les troubles sphinctériens ne sont point exceptionnels dans l'encéphalite épidémique, mais ils apparaissent surtout dans les formes sévères, où l'hypersomnie se prolonge, devient de plus en plus profonde et aboutit au coma.

I. Système nerveux de la vie organique. — 1. *Symptômes sympathicotoniques.* — Les manifestations indiquant un état d'éréthisme du sympathique sont beaucoup plus fréquentes que celles que l'on peut rapporter à la vagotonie. Les phénomènes sympathicotoniques consistent en hyperidrose généralisée (Nonne) ou localisée à la face (Kennedy, Khoury, Crebbels, Russel), en poussées de rougeur subite, en alternatives de vaso-dilatation et de vaso-constriction, en exophtalmie (Eisenlohr) en tachycardie, en hyperthermie (Economo), en polyurie (4 litres 1/2 à 5 litres 1/2 en 24 heures). (Dopter, Briand et Rouquier, Laporte et Rouzaud) en glycosurie avec hyperglycémie (Economo).

J. Symptômes vagotoniques. — Le plus important est la sialorrhée sur laquelle M. Netter a insisté, sialorrhée accompagnée de gonflement des parotides et de modifications histologiques des glandes salivaires. Nous signalerons, sans nous y arrêter, bien que la question mérite une longue étude, les spasmes de l'intestin, que M. Massari a pu observer dans cinq cas et qui conduisirent dans un fait à une intervention chirurgicale. Celle-ci montra un intestin contracté et pâle en plusieurs régions. Nous avons nous-même avec notre confrère Aguinet, observé un fait du même ordre, chez une malade que nous suivions depuis plus de six mois. Dans ce cas, l'encéphalite débuta par des phénomènes abdominaux qui firent penser à une appendicite pour laquelle la malade fut opérée; plus tard, apparurent la diplopie, l'amblyopie transitoire, les secousses myocloniques.

Réflexe oculo-cardiaque. — L'étude du réflexe de Daguini-Aschner ne fournit guère d'indications sur l'état des fonctions sympathiques ou autonomes. Selon M. Litvack, ce réflexe serait d'autant plus net que l'hypersomnie serait plus prononcée; pour MM. P. Marie et Bouttier, M. Achard, il serait souvent aboli à la période d'état et tardivement exagéré sans que ces modifications commandent aucun pronostic fâcheux.

K. Symptômes généraux. — Certains indiquent le retentissement de l'infection sur divers appareils, d'autres ne sont que l'accompagnement obligé de toute pyrexie. Aux premiers se rattachent l'angine du début, les poussées d'arthrite, la synovite (Claude-Dufour), la splénomégalie, l'herpès labial ou facial (Economo), le purpura, aux seconds l'état saburral des voies digestives, la constipation, l'anorexie, l'asthénie.

L. Réactions humorales et sanguines. — L'étude du sang montre, dans la règle, une hyperleucocytose avec polynucléose; l'éosinophilie apparaît au moment de la convalescence. Selon MM. Laporte et Rouzaud, le sérum sanguin contiendrait une quantité anormale d'azote, de glucose et de cholestérine complètement indépendante de la rétention rénale.

De nombreuses tentatives furent faites dans le but de trouver dans le sang, le germe de l'encéphalite, mais tous ces essais furent vains et constamment les hémocultures demeurèrent négatives. Ajoutons que la réaction de Bordet-Wassermann est toujours négative dans les cas purs d'encéphalite léthargique; lorsque la réaction est positive, elle témoigne d'une imprégnation syphilitique, mais n'indique nullement que le virus spécifique soit en action sur le système nerveux et n'exclut pas l'hypothèse d'une encéphalite épidémique légitime.

III. Formes cliniques. — Le polymorphisme de l'encéphalite léthargique a permis à l'occasion des récentes épidémies de multiplier les formes cliniques de la maladie, peut-être d'une manière immodérée. Ce qui nous paraît le plus propre à servir de base à la classification des formes symptomatiques de l'encéphalite, c'est son évolution.

A une évolution aiguë, correspondent, en effet, les formes myocloniques, les formes délirantes, les formes hypertoxiques, les formes choréiques graves; à une évolution prolongée, correspondent les formes hypertoniques, certains états hyperkinétiques, les formes algiques, myotoniques, myasthéniques, psychopathiques.

Mais ce qu'il importe de retenir, c'est que s'il est indispensable dans un exposé didactique de scinder l'encéphalite en différents types, on ne saurait trop se garder de voir une opposition tranchée entre ces aspects de la maladie. S'ils diffèrent par certains traits, ils se relient néanmoins les uns aux autres par plusieurs points communs et, en particulier, les troubles oculaires.

IV. Microbiologie et pathologie expérimentale. — Les premiers auteurs anglais qui observèrent le début de l'épidémie d'encéphalite léthargique pensèrent, on s'en souvient, en raison des troubles oculaires, si particuliers, dont s'accompagnait la maladie, à une intoxication par des viandes avariées ou à la toxiinfection due au *bacillus bactulinus.* Mais rapidement, les faits obligèrent à renoncer à cette hypothèse.

G. Economo, le premier, constata dans les infiltrats méningés de l'encéphale des sujets ayant succombé à l'encéphalite, des petites granulations fortement colorées et pensa que c'était peut-être là des microorganismes pathogènes. Pour résoudre ce problème, M. von Wiesner, en 1917, injecta 0cmc2, de bouillie cérébrale et médullaire provenant de sujets morts d'encéphalite, à un singe (*macacus plexus*). L'injection fut faite après trépanation temporale, en évitant de léser l'encéphale. Pendant les cinq premières heures, l'animal ne montra aucun symptôme anormal; puis la somnolence apparut. Ses yeux mi-clos, l'animal semblait dormir, un appel le réveillait, mais aussitôt après, il retombait dans sa torpeur. On ne relevait aucune raideur de la nuque, mais une parésie du membre postérieur droit. La démarche était traînante. Plus tard, survinrent des troubles de la déglutition et, quarante-six heures après le moment de l'inoculation, la mort survint.

A l'autopsie, M. V. Wiesner constatait une encéphalite hémorragique prédominant dans la substance grise du cortex et des ganglions basilaires, nette encore dans la myélencéphale. Des lésions inflammatoires étaient reconnaissables dans la moelle et les lepto-méninges.

Dans une deuxième expérience, V. Wiesner injecta au singe de la bouillie cérébrale préalablement filtrée sur porcelaine Berkfeld; le résultat fut complètement négatif.

L'injection de bouillie cérébrale non filtrée dans le péritoine du cobaye produisit rapidement (après 20 heures) une péritonite hémorragique.

De ces expériences V. Wiesner conclut que le virus de l'encéphalite siège bien comme on pouvait le supposer, à priori, dans le cerveau, que ce virus appartient, non pas au groupe des virus dits filtrants, comme ceux de la grippe ou de la poliomyélite aiguë, mais au groupe des virus *non filtrants*, qu'enfin ce virus s'affirme comme nettement hémorragipare.

Recherchant, après Economo, l'agent figuré dans l'encéphale des malades ayant succombé à la maladie, V. Wiesner constata l'existence d'un diplocoque prenant le Gram, de forme ovale, allongée ou arrondie cultivant sur bouillon glucosé en anaérobie et plus lentement sur agar glucosé. Dans les coupes de l'encéphale, ce diplocoque se rencontrerait surtout dans les mailles œdémateuses du tissu sous-arachnoïdien. En raison de ses caractères morphologiques et de ses affinités tinctoriales, V. Wiesner propose de le désigner du terme de diplocoque pléomorphe Gram-positif.

En 1918, étudiant dans le laboratoire de W. Mott, à Londres, l'anatomie pathologique de l'encéphalite, M. Marinesco put facilement retrouver le germe identifié par V. Wiesner; à Marburg, M. Fornet fit les mêmes constatations.

Poursuivant ses recherches sur le virus de l'encéphalite, V. Wiesner injecta dans le cerveau du cercopithèque une culture pure de diplostreptocoque. L'animal présenta de l'asthénie accompagnée de somnolence et le 12e jour fut sacri-

fié. Dans le myélencéphale apparaissaient des taches hémorragiques caractéristiques de la forme légère de l'encéphalite épidémique.

Le virus de l'encéphalite fut cultivé ensuite en Angleterre par sir Rose Bradford, Bashford et Wilson, en Amérique par Israel Strauss, Loewe et Hirschfeld.

Ces derniers auteurs montrèrent, en outre, que, conformément aux premières expériences de V. Wiesner, l'injection de bouillie cérébrale au singe provoquait l'apparition d'une lymphocytose céphalo-rachidienne et d'hémorragies ponctiformes du cortex cérébral. Même chez le lapin, l'inoculation intracranienne donnait des résultats positifs.

Dans le but de rechercher la porte d'entrée du virus épidémique, les auteurs américains injectèrent chez le lapin le filtrat des sécrétions naso-pharyngées prélevées sur des sujets atteints d'encéphalite. Ils purent ainsi obtenir un virus actif et réalisèrent la maladie expérimentale par passages successifs.

Nous devons ajouter que déjà en 1917-1918, M. Cleland et Alfred Campbell, lors de l'épidémie australienne, avaient reproduit la maladie chez différents animaux domestiques, le cheval, le mouton, le veau et que, chez le singe, l'inoculation provoquait un syndrome analogue à celui que présentaient les malades.

Plus récemment, MM. Harvier et Levaditi, dans des recherches parfaitement suivies, purent déterminer, chez le lapin, par inoculation intracérébrale, les mêmes lésions de l'encéphale que celles que crée, chez l'homme, le virus de l'encéphalite. Ces auteurs parvinrent, d'autre part, à obtenir après plusieurs passages successifs chez le lapin un virus très pathogène pour le singe et le cobaye. Mais, fait important et en opposition avec les résultats expérimentaux de V. Wiesner, le germe pathogène traverse les filtres de porcelaine les plus fins. Il s'agit donc d'un *virus filtrant*. Celui-ci garde sa virulence même desséché au contact de la potasse ou de l'acide sulfurique. Enfin, d'après les recherches de MM. Harvier et Levaditi, le sérum des sujets atteints d'encéphalite à type myoclonique est incapable de neutraliser le virus de l'encéphalite épidémique.

De toutes les expériences que nous venons rapidement de rappeler se dégagent plusieurs faits indéniables. C'est d'abord que l'encéphalite dite léthargique n'est point causée par une toxémie, ainsi que le supposaient les anciens observateurs et particulièrement Wernicke, mais bien par un virus susceptible d'être cultivé *in vitro;* qu'en outre, ce virus siège dans l'encéphale des sujets frappés par la maladie et que l'inoculation de substance cérébrale humaine détermine chez plusieurs animaux, et spécialement chez le singe, une maladie très comparable et par sa symptomatologie et par ses lésions à l'encéphalite épidémique de l'homme.

Pour ce qui est de la nature intime du germe pathogène, les résultats sont moins concluants, les uns avec V. Wiesner tenant pour un virus non filtrant, le diplostreptocoque pléomorphe gram-positif, les autres avec MM. Harvier et Levaditi pour un virus filtrant analogue à celui de la poliomyélite aiguë.

Les recherches ultérieures permettront sans doute de résoudre ce problème qui intéresse non seulement la microbiologie et la pathologie expérimentale mais la thérapeutique puisque c'est de la solution de celui-ci que dépend l'application d'une vaccinothérapie efficace destinée à remplacer les méthodes empiriques si souvent décevantes que notre ignorance nous contraint encore à appliquer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1921)

M. le président LAVERAN fait le résumé des travaux de l'Académie au cours de l'année qui vient de se terminer et invite M. Richelot à prendre sa place au fauteuil et M. Moureu à prendre place au bureau.

M. RICHELOT, en prenant possession du fauteuil présidentiel, dans une élégante allocution, remercie ses collègues du grand honneur qu'ils lui ont décerné; il fera tous ses efforts pour s'en montrer digne, avec l'appui de ses collègues du bureau, MM. Moureu, Achard et Hanriot. Il remercie ces deux derniers d'avoir si bien préparé les fêtes du Centenaire et termine en disant que nul n'était mieux désigné que son prédécesseur, M. Laveran, pour représenter à ces fêtes du Centenaire la science française.

M. le PRÉSIDENT prononce, ensuite, l'éloge de M. Kermorgant, médecin inspecteur général des troupes coloniales, récemment décédé.

Recrutement des jeunes soldats. — M. Léon BERNARD rappelle que dans l'une des dernières séances, M. Sieur a proposé d'ajouter aux conclusions de la Commission un certain nombre de propositions dont il donne lecture.

Le rapport conclut en faveur du chiffre de 21 ans, comme étant le plus favorable, sans formuler d'objections graves contre l'âge de 20 ans, à la condition que les conseils de revision procèdent à une sélection rigoureuse, que des mesures d'hygiène efficaces soient adoptées, l'alimentation augmentée, et qu'une attention spéciale soit apportée aux recrues des régions libérées, que le régime subi pendant l'occupation allemande a mises pour longtemps en état de déchéance physique.

— Ces propositions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

Les vers intestinaux dans la pathologie du tube digestif. — M. Marcel LABBÉ. Depuis quelques années on se rend compte de l'importance de l'helmintiase dans la pathogénie des troubles digestifs. On connaît bien la symptomatologie de certains helmintiases (tœnias, oxyures, ankylostomes), mais il y a toute une pathologie, faite d'irritation et d'infection de l'intestin, qui est encore très discutée. M. Labbé montre que les trichocéphales, les oxyures, peuvent causer : des dyspepsies banales, gastralgiques ou entéralgiques, avec alternatives de diarrhée et de constipation, amaigrissement et état subfébrile, que les régimes et traitements ordinaires améliorent sans les guérir et dont la terminaison n'est obtenue que par l'expulsion des vers. Il a vu des crises appendiculaires qui ont fait enlever, sans succès, l'appendice, des crises douloureuses faisant croire à la colique hépatique, des états de cachexie assez profonds pour faire craindre un cancer de pancréas. La détermination la plus fréquente est l'entérocolite chronique. Le diagnostic repose sur l'examen des selles, et la numération des œufs de parasites, il doit être fait dans tout cas d'affection digestive rebelle, car lui seul permet un diagnostic précis et un traitement efficace.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

La liste de présentation porte : En 1re ligne M. Pierre Delbet; en 2e ligne et par ordre alphabétique : MM. Legueu, Lejars, Rochard.

Au premier tour, M. Delbet est élu par 53 suffrages.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1920)

De l'intervention dans les crises d'épilepsie d'origine traumatique. — M. GRÉGOIRE rappelle que M. Leriche a soutenu qu'il ne fallait pas opérer les malades en état de mal. Il professe une opinion tout à fait contraire. Il cite, à l'appui, l'observation d'un enfant de dix ans qui reçoit un store sur la tête. Il en résulte de la céphalée. Deux mois après apparaît une petite tuméfaction sur le crâne. Ponction, liquide séro-purulent. Le lendemain, vive douleur de tête, crises épileptiformes, raideur de la nuque, coma, crises subintrantes de plus en plus fréquentes ; opération d'urgence, sans anesthésie, incision de la dure-mère, abcès cérébral, drainage. Les crises cessent aussitôt, guérison complète, pas de récidive. Une opération nullement redoutable a donc produit les effets les plus heureux.

Adéno-phlegmons pulmonaires. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur trois cas d'adéno-phlegmons pulmonaires adressés par M. Houdard, diagnostiqués par la radioscopie et la ponc-

tion, traités avec succès par la résection de plusieurs côtes, la pneumotomie, et le nettoyage de la poche contenant des gaz et du pus.

M. ALGLAVE, en 1917, chez un soldat porteur d'un abcès de l'aisselle, après examen radioscopique, a fait une ponction en profondeur qui a amené du pus, a incisé, nettoyé une poche pulmonaire et drainé, guérison.

Pseudo-kyste d'origine pancréatique. — M. DUJARIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Lepoutre (de Lille). Il s'agissait d'un enfant qui avait de vives douleurs dans le flanc droit avec des vomissements; température 37°8, pouls 120. On sentait à la base du thorax une tumeur élastique. Une ponction amena 3 litres de liquide; laparotomie, on nettoya la poche et on en évacua le contenu. On plaça deux gros drains. L'examen du liquide montra qu'il s'agissait de suc pancréatique. Il resta donc une fistule pancréatique qui finit par se refermer spontanément.

Curieux trajet d'une balle. — M. JACOB rapporte une observation de M. Legrand ('dAlexandrie). Il s'agit d'un soldat qui reçoit une balle dans le genou qu'on retrouve ensuite contre la malléole interne d'où on l'enlève. La balle avait perforé le tibia dans toute sa longueur. Ce trajet s'explique par ce fait que cette balle avait été tirée obliquement de haut en bas.

Adénome de l'intestin grêle. — M. LECÈNE analyse une observation de M. Martin. Jeune femme de vingt-deux ans chez laquelle la radioscopie montre un rétrécissement de l'intestin grêle avec énorme dilatation de l'anse qui se trouve au-dessus. Résection, anastomose termino-terminale, guérison. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un adénome pur de l'intestin grêle.

Occlusion intestinale par volvulus consécutif à une ancienne blessure datant de cinq ans. — M. LECÈNE fait un deuxième rapport sur une observation de M. Constantini (d'Alger). Il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, en occlusion intestinale depuis neuf jours. Le ventre est souple. On apprend que cet homme a été blessé cinq ans auparavant. On fait la laparotomie, on ne trouve rien. On établit une fistule cæcale. Un lavement bismuthé montre que le côlon ascendant remonte dans le thorax. On opère de nouveau directement sur la hernie diaphragmatique. L'anse herniée est bleuâtre. Le dégagement est difficile. Le malade meurt. Ce fait prouve qu'il faut toujours penser aux anciennes blessures.

M. Anselme SCHWARTZ fait observer que, dans ces cas, il est préférable de commencer par la thoracotomie, quitte, si on échoue, à recourir ensuite à la laparotomie.

Ostéochondrite déformante infantile de l'extrémité supérieure du fémur. — M. MOUCHET analyse un travail de MM. Sorrel (de Berck) sur ce sujet. Il résulte de cette étude que cette maladie atteint les garçons de huit à treize ans dans les deux tiers des cas, qu'elle est unilatérale, très rarement bilatérale, qu'elle entraîne une légère boiterie, une légère atrophie du muscle de la cuisse, une douleur au niveau du col fémoral. Elle présente une tendance naturelle à la guérison spontanée. Le traitement consiste, d'abord dans l'immobilisation puis dans le massage. L'origine de la maladie? Elle n'est ni tuberculeuse, ni syphilitique, ni traumatique. Il faut admettre une altération de croissance de la tête fémorale.

M. Mouchet montre une série de radiographies.

Pleurésie purulente à staphylocoques guérie par la vaccinothérapie. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur une très belle observation de guérison d'une pleurésie purulente chez un enfant de deux ans, par la vaccination, sans aucune intervention chirurgicale par M. Dellerey (de Liége).

Suivent une note de M. DE MARTEL sur un nouveau procédé d'anastomose après la gastrectomie; un nouveau plaidoyer de M. HALLOPEAU en faveur de l'ostéosynthèse métallique; une modification apportée par M. ROBINEAU à l'emploi du vissage de Delbet dans le traitement des fractures du col fémoral.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1920)

Sur deux formes de plaques dites séniles. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et J. TINEL montrent des coupes de l'écorce cérébrale de déments séniles traitées à l'argent et présentant deux variétés de plaques.

Les unes, décrites d'abord par Alzheimer, corticales, petites, arrondies sont visibles par toutes les méthodes colorantes, car à leur niveau existent des lésions cellulaires et cylindraxiles et des réactions névrogliques. Les autres, au contraire, non encore décrites, plus grandes, beaucoup plus irrégulières, découpées en cartes de géographie, ramifiées en feuilles de fougère, ne sont visibles que par les méthodes directes d'imprégnation argentique. Si avant l'argent la pièce est traitée par l'alcool, le xylol ou l'ammoniaque, ces plaques argyrophiles ne sont pas visibles, car à leur niveau n'existe aucune lésion des éléments nerveux ou névrogliques.

A propos du phénomène d'Hérelle. — M. SALIMBENI explique ce phénomène de la façon suivante : si l'on filtre sur Chamberland le contenu intestinal de dysentérique, passent des spores extrêmement petites. Dans le bouillon de culture où se développent les bacilles de Shiga, la spore germe et donne un myxamibe; à l'exemple des myxobactéries, le myxamibe de Salimbeni secrète une zymase qui lyse le Shiga.

Dumas qui a trouvé le bactériophage dans les origines les plus diverses du milieu extérieur a constaté le même micro-organisme que Salimbeni.

Diabète insipide expérimental et opothérapie hypophysaire. — MM. J. CAMUS et G. ROUSSY étudient l'influence de différents extraits hypophysaires (lobe postérieur) sur le diabète insipide. Leurs expériences ont porté sur 3 chiens :

Il importe de distinguer dans ces tentatives opothérapiques, celles qui ont été faites aussitôt après une lésion expérimentale de la base du cerveau de celles qui ont eu lieu au cours d'un diabète insipide expérimental permanent.

Dans le premier cas, 3 fois sur 3, l'injection d'extrait hypophysaire, non seulement n'a pas baissé le taux des urines dans les 24 heures suivantes, mais l'a laissé monter. Il semble qu'après la réalisation de la lésion de la base du cerveau qui donne la polyurie, il y ait une force presque irrésistible qui provoque la diurèse.

Dans le deuxième cas, quand le diabète insipide expérimental permanent est réalisé, on se trouve dans des conditions analogues à celles observées en clinique humaine. Alors chez l'animal, les extraits hypophysaires employés à de fortes doses comparativement à celles usitées chez l'homme ont une action oligurique, mais inconstante et très variable suivant les cas. L'abaissement est parfois minime, parfois même il y a élévation du taux des urines malgré le traitement. Quand l'abaissement est obtenu il n'est pas durable; il y a sur la même courbe des urines des diminutions spontanées indépendantes de toute opothérapie qui sont aussi importantes que celles qui peuvent être attribuées à l'opothérapie.

De cet ensemble de constatations il résulte que l'opothérapie hypophysaire au cours du diabète insipide expérimental donne des résultats inconstants, sans efficacité durable et dépourvus de spécificité.

Albumoses du plasma et du sérum. — MM. ACHARD et FEUILLIÉ ont recherché les albumoses dans le plasma et le sérum du sang par les techniques qu'ils ont précédemment indiquées : les albumoses libres par l'addition de chlorure de sodium à 10 p. 100, les albumoses en liaison par l'action de l'éther ou de l'eau de chaux, puis traitement par le réactif de Tanret.

Le sérum normal récent contient plus d'albumoses que le plasma. Pendant la digestion, les albumoses libres et surtout combinées augmentent. Le sérum des syphilitiques, avec réaction de Wassermann positive, contient plus d'albumoses en liaison. En ajoutant des albumoses à des sérums normaux, on obtient une réaction positive; mais l'augmentation des albumoses dans le sérum, si elle est nécessaire, n'est pas suffisante pour produire la réaction de Wassermann. La participation des albumoses dans la réaction de Wassermann

peut être rapprochée de la même propriété attribuée aux globulines, et peut-être s'agit-il d'albumoses entraînées avec les globulines. On peut former des complexes lipo-protéosiques en ajoutant goutte à goutte une solution de glycocholate de soude à une solution d'albumoses, ou une solution d'albumoses à une solution d'oléate de soude; dans ce dernier cas le liquide lactescent a l'aspect microscopique des hémoconies et les grains ont perdu la propriété qu'avait l'oléate de soude de se colorer par le bleu brillant de crésyl.

Les albumoses ont été trouvées diminuées dans les cas d'ictères par rétention.

Elles sont diminuées dans le sérum phosphaté à la façon de Bordet (phosphate de chaux gélatineux), et dans le choc sérique ou peptonique. Sous l'action du choc, le plasma opalescent s'éclairait en devenant incoagulable.

Saturation des agglutinines contenues dans les sérums antiméningococciques. — MM. Dopter et Dujarric de la Rivière se sont demandé : 1° si les agglutinines contenues dans un sérum anti-A, par exemple, pour les méningocoques B et C étaient absorbées en même temps que l'agglutinine spécifique dans les expériences de saturation; 2° si elles étaient communes à ces deux germes ou spéciales à chacun d'eux.

Des expériences effectuées avec les trois sérums antiméningococciques qu'ils préparent actuellement et les trois types de méningocoques, il résulte que :

1° Un sérum monovalent saturé par un méningocoque homologue se dépouille de ses agglutinines pour le type de méningocoque correspondant; il conserve ses agglutinines pour les types hétérologues.

2° Un sérum saturé par un méningocoque hétérologue garde ses agglutinines spécifiques pour le germe homologue; il perd ses agglutinines pour les germes hétérologues du type correspondant, mais les conserve pour les autres germes hétérologues du type étranger à celui qui a servi à la saturation.

Par conséquent, contrairement à la loi établie par Castellani pour le bacille typhique et les paratyphiques, les coagglutinines d'un sérum antiméningococcique monovalent ne sont pas absorbées en même temps que les agglutinines spécifiques. D'autre part, ces coagglutinines ne sont pas communes à tous les germes hétérologues; elles sont spéciales à chacun d'eux.

Par conséquent, quand on veut, dans un but d'identification des méningocoques, utiliser un sérum saturé destiné à ne lui laisser que ses agglutinines spécifiques, la saturation devra être double et être effectuée simultanément ou successivement avec chacun des germes hétérologues.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1920)

Ostéochrondite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur (*présentation de malade*). — M. Mouchet décrit l'histoire clinique de l'ostéochondrite déformante de l'épiphyse supérieure du fémur; il montre combien, dans cette affection spéciale aux garçons entre 3 et 12 ans, la clinique est peu de chose, la radiographie est tout, et avec quelle facilité, sans la radiographie, on la confondrait avec la coxalgie vraie. Or, il s'agit simplement d'une épiphysite de croissance, aboutissant souvent à la coxavara, ainsi que l'a bien démontré Frœlich (de Nancy). M. Mouchet croit que l'ostéochondrite est une forme atténuée de l'arthrite déformante juvénile et il présente un garçon de 14 ans qui montre sur chacune de ses deux hanches les trois processus combinés : ostéochondrite, coxavara, arthrite déformante de la hanche.

Un nouveau cas d'os vésalien décelé radiologiquement. — M. Laquerrière.

Comment la médecine historique diffère de l'histoire de la médecine. Leurs liens réciproques. — M. Cabanès montre qu'il ne faut pas confondre l'histoire de la médecine, histoire de l'évolution de l'art médical, avec la pathologie historique, étude des maladies des grands personnages, et surtout des affections dont les fluctuations, en influant sur leur état mental, ont une répercussion sur les événements auxquels ces personnages président ou sur les destinées des peuples qu'ils ont été appelés à gouverner. Dans certains cas, cependant, histoire médicale et médecine historique sont tellement liées l'une à l'autre qu'il devient malaisé de les dissocier : ainsi, le journal de la santé du Roi (Louis XIV), le journal de Hésoard. En somme, l'histoire générale peut tirer un grand bénéfice de leur fusion.

Deux cas de localisations articulaires primitives et isolées du bacille d'Eberth. — M. Henry Bourges.

Assemblée générale. — Election du président pour 1921 : M. Paul Gastou. Election de trois vice-présidents : MM. Paul Guillon, Cazin et Marcel Labbé.

LIVRES NOUVEAUX

Travaux neurologiques de guerre (1), par MM. G. Guillain et J.-A. Barré.

Cet ouvrage important contient l'ensemble des nombreux travaux publiés pendant la guerre par les auteurs. Ceux-ci les ont groupés en cinq chapitres lesquels ont trait respectivement à la sémiologie neurologique, aux plaies de l'encéphale, aux blessures de la moelle, aux commotions par déflagration d'explosifs, enfin à la pathologie des nerfs crâniens et rachidiens.

La plupart des recherches de MM. Guillain et Barré ont été faites dans les ambulances des armées et, en conséquence, se rapportent à ce que l'on peut appeler la « Neurologie de l'avant ». Elles concernent donc les premiers stades des blessures de l'encéphale et de la moelle. Dans le chapitre des plaies de l'encéphale on trouvera de nombreux détails à retenir sur la semiologie des perturbations de la voie motrice centrale suivant l'étage où siège la lésion ainsi que sur les formes cliniques des hémorragies des méninges et les complications secondaires des plaies de l'encéphale.

Un des chapitres les plus importants de ce recueil se rapporte aux accidents nerveux provoqués par la déflagration des explosifs. La question des commotions indirectes du système nerveux est, en effet, toute nouvelle et du plus grand intérêt en raison des problèmes qu'elle pose en pratique. Combien de soldats, au début des hostilités, ont été pris pour des hystériques ou même de vulgaires simulateurs qui en réalité étaient porteurs de véritables lésions organiques dont la nature était alors insoupçonnée. Bien que moins fréquente que la commotion directe, la commotion provoquée par le « choc gazeux » n'en est pas moins très réelle et présente une physionomie quelque peu changeante mais dans laquelle MM. Guillain et Barré ont su dégager les traits essentiels.

J. Lhermitte.

Impuissance et stérilité, avec aberrations de la fonction sexuelle et greffe des glandes sexuelles (2), par G. Frank Lydston, professeur de chirurgie des organes génito-urinaires à l'Université de l'Illinois.

Cet important ouvrage est le développement d'un mémoire, publié antérieurement par l'auteur, sur l'influence des hormones génitales dans les déviations et insuffisances sexuelles. La théorie est déjà depuis longtemps connue, mais elle est ici appuyée d'un certain nombre de faits cliniques très curieux et de tentatives expérimentales par greffe des organes déficients qui, chez l'homme, paraissent avoir donné des résultats encourageants. En tout cas, ce livre fournit à l'opothérapie des indications précieuses, et à la médecine légale de nombreux renseignements dont il importe que les magistrats s'inspirent à l'occasion.

J. Laumonier.

(1) Paris 1920, Masson et Cie.
(2) In-8. — The Riverton Press, Chicago U. S. A.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 9 janvier. — Question donnée : « Nerf récurrent gauche. — Symptômes et diagnostic du cancer de l'œsophage. »

MM. Courtin, 17 + 22 = 39; Ducuing, 13 + 22 = 35; Merklen, 13 + 16 = 29; Derville, 12 + 20 = 32; Cournand, 16 + 17 = 33; Mlle Déjerine, 19 + 27 = 46; MM. Boisnier, 13 + 17 = 30; Tassin, 13 + 22 = 35.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Après concours, MM. Dubourg et Bonnin ont été nommés médecins des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — La titularisation des professeurs sans attribution de chaire. — Le *Journal officiel* du 7 janvier 1921 publie le décret suivant :

« Article premier. — Le titre de professeur peut être donné sans attribution d'une chaire :

1° Aux chargés de cours et maîtres de conférences titulaires des facultés des lettres et des sciences, aux agrégés des facultés de droit, de médecine et de pharmacie, et, en général, à tous les membres du corps enseignant des facultés actuellement pourvus du titre de professeur adjoint, après avis de la faculté et de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique;

2° Aux chargés de cours et maîtres de conférences titulaires des facultés des lettres et des sciences, aux agrégés des facultés de droit, aux agrégés des facultés de médecine ayant bénéficié des dispositions de l'article 4 du décret du 4 mars 1914, aux agrégés des facultés de pharmacie s'ils remplissent les conditions d'âge, de stage et de grades exigées par les règlements pour la nomination aux chaires de faculté.

Ce titre est conféré par décret, après présentation par le Conseil de la faculté aux deux tiers des votants et de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Art. 2. — Le nombre des professeurs titulaires sans chaire nommés dans ces conditions dans une même faculté ne peut excéder le tiers des membres du Conseil de ladite faculté pourvus de chaire. Dans les facultés des lettres ce nombre pourra être augmenté, après avis favorable de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, sans jamais dépasser la moitié.

Art. 3. — Les chargés de cours et maîtres de conférences des facultés des sciences et des lettres et les agrégés des facultés de droit, de médecine et de pharmacie, nommés professeurs sans attribution d'une chaire conservent le traitement, les obligations de service et les droits à l'avancement dont ils jouissaient avant leur nomination comme professeur.

Ils sont inscrits pour ordre dans la quatrième classe des professeurs pourvus d'une chaire et leur stage dans cette classe compte à dater du jour de leur nomination comme titulaire sans chaire.

Art. 4. — Les professeurs titulaires sans chaire jouissent de toutes les prérogatives des professeurs pourvus d'une chaire, sous la réserve qu'ils ne peuvent prendre part aux votes pour les demandes de transfert ou la présentation aux chaires vacantes, ni être élus doyen ou assesseur. Un des représentants de la faculté au Conseil de l'université peut être pris parmi eux.

Art. 5. — Sont abrogés l'article 40 du décret du 28 décembre 1885, l'arrêté du 10 juin 1897 et, en général, toutes dispositions contraires au présent décret. »

— Bordeaux. — M. Andérodias, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire de puériculture, en remplacement de M. Chambrelent.

— M. Chelle, agrégé, est nommé, à partir du 1er janvier 1921, professeur de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Blarez, décédé.

— Lille. — M. Morvillez, agrégé, est délégué dans les fonctions de chef des travaux de pharmacie.

LES RELATIONS AVEC LES SAVANTS ALLEMANDS SONT-ELLES POSSIBLES? — Le Comité français du IIe Congrès international de pathologie comparée, qui doit avoir lieu à Rome en 1921, dans sa réunion du 5 janvier 1921, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du doyen M. Roger, vient de voter la résolution suivante :

« Considérant que les savants français ne pourront accepter de participer à des congrès auxquels seraient invités des savants allemands que lorsque ceux-ci auront proclamé, par un acte public, qu'ils répudient toute solidarité avec le gou-

vernement et avec les chefs militaires de l'Allemagne de 1914 dans les actes anti-sociaux commis par eux pendant la guerre (manifeste des 93 intellectuels, enlèvement et déportation des femmes et jeunes filles de Lille en 1916, déportation des femmes de professeurs comme otages au camp d'Holzminden en 1917 et 1918, etc.).

Décide, à l'unanimité des membres présents (et des absents qui ont fait connaître leur opinion par lettre), qu'il est dans l'obligation de s'abstenir d'assister au 2e congrès international de pathologie comparée, si les sujets des puissances centrales y sont invités, se conformant ainsi à la décision prise à Londres, en octobre 1918, sur l'initiative de la Royal Society, et à Bruxelles, en juillet 1919, où a été faite la ratification des décisions par les délégués des académies des diverses nations alliées (Belgique, Brésil, Etats-Unis, France, Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande, Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Afrique du sud, Grèce, Italie, Japon, Pologne, Portugal, Roumanie, Serbie). »

LES TRAVAUX DE LA COMMISSION FAYOLLE. — A la suite d'une question de M. Pouzin, député, demandant combien de dossiers ont été soumis à la Commission Fayolle entre le 20 juin et le 1er décembre 1920 : 1° pour la Légion d'honneur, *a*. active, *b*. réserves; 2° pour la médaille militaire, *a*. active, *b*. réserves; 3° quel est le rapport entre le nombre des dossiers et le nombre des promus dans chacune des deux catégories indiquées ci-dessus, le ministre de la Guerre a fait la réponse suivante :

1° Légion d'honneur, *a*. active : 12.205 ; *b*. réserves : 16.955 ; 2° médaille militaire, *a*. active : 7.921 ; *b*. réserves : 7.636 ; 3° Légion d'honneur, *a*. active : 6.106 candidats retenus, soit 50 p. 100 ; *b*. réserves : 8.313 candidats retenus, soit 49 p. 100 ; médaille militaire, *a*. active , 3.245 candidats retenus, soit 41 p. 100 ; *b*. réserves : 4.686 candidats retenus, soit 61 p. 100.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société aura lieu le lundi 17 janvier 1921, au Cercle militaire, à 20 h. 30.

La Conférence sera faite sur le sujet suivant : « Relève et transport des blessés », par le prof. Robert Proust, chirurgien des hôpitaux.

Comme d'habitude, cette Conférence sera précédée d'un dîner amical à 19 h. précises. (Tenue civile, prix : 15 fr.).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR NOBÉCOURT

Samedi dernier, aux Enfans-Malades, première leçon de M. Nobécourt. Un amphithéâtre comble, où se pressent médecins et étudiants. Dans l'hémicycle, la plupart des notabilités médicales, aristocrates de l'intelligence, grands seigneurs de la pensée, et, aussi, nombre de jolies femmes. Onceques, en telles circonstances, chroniqueur n'en vit davantage... Tout de suite, sans inutile préambule, le nouveau professeur aborde l'éloge de ceux qui ont guidé, dirigé, encouragé ses premiers pas : Pierre Teissier, ce frère aîné qu'il a connu, ainsi que Desgrez, chez Bouchard, alors qu'il y commençait son internat, et que l'un y était chef de laboratoire, et l'autre, chef de clinique ; Vaquez, à l'accueil simple et cordial, qui, déjà, s'adonnait aux études qui devaient lui assurer, en cardiologie, une si légitime renommée ; Widal, qui, à l'heure où tant d'autres cherchent encore leur voie, découvrait le séro-diagnostic, prélude de ses magnifiques recherches sur la déchloruration, sur la rétention azotée, sur la crise hémoclasique. Après les maîtres, les prédécesseurs : Grancher, âme sans corps, orateur à la voix faible, qui, comme Villemin, se faisait entendre à force de se faire écouter, cerveau puissant, et dont on peut dire, comme de J. Lemaître, que sa seule infirmité était de trop comprendre ; Hutinel, dont il a été l'élève bien aimé, auprès duquel il a vécu plus de vingt ans, comme interne, comme chef de laboratoire, comme agrégé, Hutinel, à la bonne voix un peu rude, à la tendre brusquerie, dont tous ses disciples ne prononcent le nom qu'avec une secrète émotion, le vieux Maître au jugement toujours lucide, au cœur toujours jeune, auquel la pédiatrie française doit tant. N'a-t-il pas, sa vie durant, donné à l'enfance malade, de lui-même, tout, et peut-être encore plus ? N'a-t-il pas été le chef d'école par excellence ? Dans cet amphithéâtre où tout parle de lui, et où il suffit d'évoquer son souvenir pour animer jusqu'aux objets inanimés, n'a-t-il pas professé des leçons déjà classiques, sur la scarlatine, sur l'hérédosyphilis, sur le rachitisme, sur les lésions des glandes vasculaires sanguines ?

Au nouveau titulaire de s'inspirer de son exemple, et, conformément à l'usage, de nous exposer d'abord son programme. M. Nobécourt n'y manque pas. Devant l'auditoire attentif, il explique, en termes excellents, pourquoi la pédiatrie doit faire l'objet d'un enseignement spécial, donné par un spécialiste. C'est que l'enfant n'est pas, comme on l'a cru trop longtemps, une réduction, une miniature, un raccourci d'adulte, une sorte d'*homunculus*. Il a ses caractères anatomiques et physiologiques propres. Il se développe selon certaines lois bien définies. Sa pathologie même — combien de médecins l'ont appris à leurs dépens ! — ne ressemble pas à celle des grandes personnes; elle s'en écarte d'autant plus qu'il s'agit de sujets plus jeunes. Pour instituer, chez lui, une thérapeutique efficace, ne faut-il pas être au courant de toutes ces particularités, ne convient-il point de posséder les méthodes générales de laboratoire, adaptées, appropriées à son âge, ne doit-on pas avoir constamment à l'esprit, invisibles et présentes, les différences qui séparent, les analogies qui rapprochent la pathologie de l'enfant et celle de l'adulte?

La nécessité d'un enseignement spécial s'impose donc. Or, veut-on savoir combien de temps, la Faculté, notre bonne Mère, octroie, aux étudiants, dans sa libéralité, pour leur permettre de s'initier à une spécialité difficile entre toutes ? Trois mois, dont ils peuvent, d'ailleurs, ne faire que la moitié, c'est-à-dire, en défalquant les vacances, fêtes, congés, etc., trente-trois jours. Cette situation absurde peut-elle se prolonger sans danger pour la santé publique ? C'est ce qu'il est malaisé d'admettre...

D'autant que la pédiatrie déborde, de tous côtés, le cadre étroit où d'aucuns avaient voulu l'enfermer. Elle touche à la médecine générale. Elle affecte, avec l'hygiène, les plus étroites relations. Elle peut et doit intervenir dans toutes les questions relatives à l'instruction et à l'éducation. *Mens sana in corpore sano*, disait le rudiment... Elle est appelée à jouer, dans mainte question sociale, un rôle considérable, et souvent décisif.

Des applaudissements nourris saluent la péroraison de cette belle leçon, rédigée avec soin, tout émaillée de citations littéraires, et dite non sans art. Ils s'adressaient, non seulement au professeur, mais encore à l'homme. Dans les années heureuses de sa jeunesse, comme dans les années studieuses de son adolescence, n'a-t-il pas été, pour tous ceux qui l'ont connu et aimé, un exemple vivant de loyauté scrupuleuse? Pendant la guerre, cette grande épreuve de caractères, cet « officiel » n'a-t-il pas été au danger et à l'honneur ? Il a la science. Il a la conscience. Il n'a jamais rien voulu devoir qu'au devoir. On peut compter sur lui pour que la science de l'enfance ne soit plus ce qu'elle a été trop longtemps, l'enfance de la science.

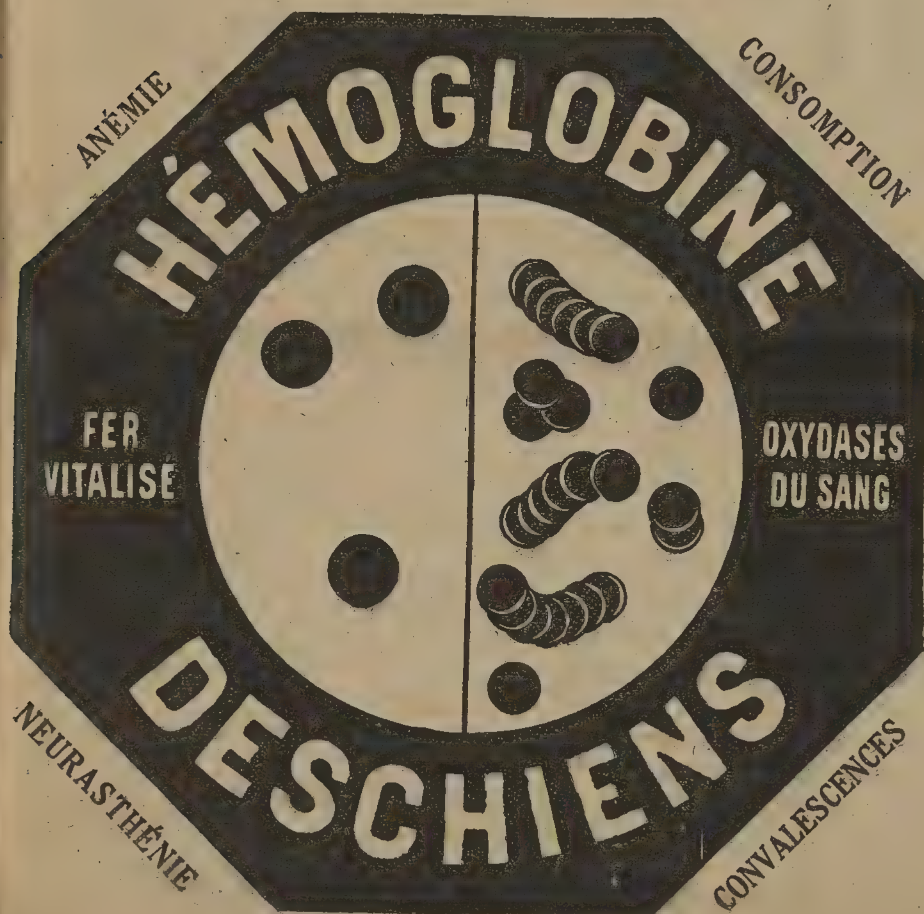
L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS

565. — **CONDUITE INTÉRIEURE « RENAULT »**, 4 places, neuve, sortant d'usine.

Disponible par double emploi.

M. MONNIOT, 4, rue Camou, Paris.


ANÉMIE
HÉMOGLOBINE
CONSOMPTION
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

A. — APPAREIL CIRCULATOIRE

Tranfusion du sang dans l'anémie pernicieuse. (James GRAHAM. *Edimb. med. Journ.*, mai 1920, p. 282-305.) — L'auteur a utilisé ce procédé thérapeutique chez vingt-trois malades. Il le conseille fortement dans les cas d'anémie pernicieuse qui ont résisté aux méthodes thérapeutiques usuelles.

La méthode idéale est la transfusion directe d'artère à veine, ou mieux indirecte de veine à veine. Autant que possible on n'utilisera pas de substances anticoagulantes.

Une grande quantité de sang n'est pas nécessaire, le bénéfice donné par la transfusion n'étant pas proportionnel au volume du sang reçu par le patient.

On peut envisager la répétition de la transfusion si les symptômes réapparaissent ou si la première ne donne pas le résultat désiré.

Les dangers de l'opération sont petits si l'on utilise les techniques modernes et particulièrement si des essais préliminaires ont été faits pour exclure les risques de l'hémolyse.

Il ne faut pas attendre pour opérer la transfusion que le malade soit dans un état critique et en danger de mort immédiat. Même chez les sujets épuisés où la mort paraît imminente on peut parfois obtenir de remarquables résultats. Cependant les cas aigus, les cas fébriles ou avec hémorragies sont peu favorablement influencés.

Les effets immédiats de la transfusion sont souvent frappants. La teinte, le pouls, la pression sanguine, l'appétit et l'état mental s'améliorent. Le patient se sent mieux et plus fort. Il arrive qu'à la suite de l'intervention l'arsenic est mieux toléré et que ses effets sont plus nets.

La transfusion semble provoquer une réaction de la moelle osseuse, soit par dilution des toxines, soit par stimulation directe.

Elle ne peut être érigée en traitement systématique.

F. LÉVY.

Importance de l'examen chimique du sang et de l'urine pour le diagnostic des néphrites, du diabète sucré, du rhumatisme et de la goutte. (GRADWOHL. *Chicago med. Record*, mai 1920, p. 184.) — On se contentait autrefois, pour faire le diagnostic des maladies dites constitutionnelles, de pratiquer l'examen physique du sujet avec un examen complet des urines des vingt-quatre heures. On posait un diagnostic, on ne pouvait se rendre compte de l'état des organes.

Après les travaux de Folin et Denis, Benedict et Lewis, Myers et Fine, il semble démontré que la goutte, le diabète et les néphrites s'accompagnent d'une altération caractéristique dans la concentration d'un ou plusieurs des composants non protéiques du sang : urée, acide urique, créatinine, créatine, sucres, chlorures sous forme de chlorure de sodium, cholestérol.

Dans la goutte, par exemple, la concentration de l'acide urique se trouve très accrue dans le sang (0g30 à 0g60 par litre au lieu de 0,10 à 0,20). La méthode de laboratoire qui fait le diagnostic de goutte par l'analyse du sang est plus précise que celle qui se borne à doser l'acide urique urinaire.

De même pour le diabète. Glycosurie ne signifie pas toujours diabète. L'examen du sang, au contraire, permettrait de poser ce diagnostic. La glycémie normale étant de 1 g. par litre, on peut dans le diabète avoir jusqu'à 11 g. L'acidose se mesure avec l'appareil de Van Slyke bien supérieur à celui de Marriott. A l'état normal on trouve 65 ce qui veut dire que 65 cmc. d'acide carbonique sont combinés dans 100 cmc. de plasma. Si ce pouvoir de combinaison de CO^2 tombe au-dessous de 50 on dit qu'il y a acidose. L'acidose se retrouve aussi bien dans le diabète que dans la néphrite. Il est inutile d'insister sur l'importance qu'a acquise l'examen chimique du sang dans les états rénaux.

F. LÉVY.

L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique. (WIDAL, ABRAMI et JANCOVESCO. *Presse méd.*, 11 déc. 1920.) — Dans une série de travaux antérieurs, M. Widal et ses élèves ont étudié les modalités de l'hémoclasie s'accompagnant de symptômes cliniques bruyants.

Dans le travail actuel, ils se bornent à l'hémoclasie digestive qu'ils proposent comme une nouvelle épreuve d'exploration fonctionnelle du foie.

Pour la rechercher, il suffit de faire absorber au malade à jeun un verre de lait et vingt minutes, une demi-heure, une heure après, de pratiquer une numération de leucocytes.

Les auteurs partent de deux faits physiologiques :

1° Passage à l'état normal de la muqueuse intestinale dans la veine porte de substances protéiques incomplètement désintégrées et n'ayant pas encore atteint le stade d'acides aminés;

2° Action d'arrêt du foie normal sur ces substances qui ne passent point dans la circulation générale (fonction protéopexique) où elles provoqueraient immanquablement une crise hémoclasique.

M. Widal et ses collaborateurs se sont demandé si la fonction protéopexique n'était pas déficiente toutes les fois que la glande hépatique se trouve adultérée.

En effet, on ne retrouve pas de crise hémoclasique chez les sujets normaux, dans les états pathologiques où le foie est intact (néphrite chronique chlorurémique ou hypertensive, tabes, syringomyélie, encéphalite léthargique, poliomyélite, hémoglobinurie paroxystique, etc.), dans les entérites chroniques, dans l'ictère hémolytique acquis (1 cas).

L'épreuve de l'hémoclasie digestive se montre, au contraire, positive dans les affections hépatiques indiscutables : ictères aigus ou chroniques, foie cardiaque, cancers, cirrhoses. Cependant il faut faire quelques réserves pour les cirrhoses où l'insuffisance protéopexique peut présenter des variations.

Il était plus intéressant de voir si l'épreuve de l'hémoclasie digestive se montrait positive chez des sujets où le foie est moins grossièrement atteint, où la lésion hépatique ne se révèle que par un minimum de signes urologiques ou même est simplement supposée.

Par exemple, à la suite d'injection d'arsenobenzol, en dehors de tout ictère, la positivité de la réaction montre que « les altérations hépatiques sont constantes... apparaissent d'une façon très précoce et avec l'emploi de très faibles doses » et persistent longtemps après la cessation des injections. La recherche de l'hémoclasie permet de se rendre compte de la durée de cette insuffisance hépatique. Mêmes résultats positifs chez les sujets soumis à l'anesthésie chloroformique alors que l'éther paraît être peu toxique pour le foie.

La lithiase biliaire s'accompagne fréquemment d'insuffisance protéopexique.

Résultats variables dans les maladies infectieuses aiguës : réaction positive 2 fois sur 5 dans la scarlatine, 1 fois sur 9 dans la fièvre typhoïde, 2 fois sur 2 dans la paratyphoïde B, 2 fois sur 2 dans la pneumonie.

Dans les infections cliniques par la tuberculose, l'hémoclasie se rencontre dans les formes évolutives très avancées. Elle paraît nulle dans l'hémophilie.

Chez les diabétiques la crise hémoclasique a été trouvée 5 fois sur 11 cas. De plus, elle peut être provoquée par l'ingestion de très faibles quantités de sucre. Dans les grandes

azotémies elle est constamment positive. Par contre l'intégrité de la fonction adipopexique est à noter chez les dysentériques amibiens.

Les auteurs insistent sur cette séméiologie occulte, la crise hémoclasique ne s'accompagnant d'aucune manifestation cliniquement appréciable. On n'observe pas de manifestations anaphylactiques parce qu'il s'agit de substances déjà protéolysées.

Au point de vue pratique cette insuffisance protéopexique isolée est le seul témoin d'un hépatisme latent. Elle mérite donc d'être systématiquement recherchée. F. LÉVY.

Cf. — Possibilité de provoquer la crise hémoclasique par injection intraveineuse du sang portal recueilli pendant la période digestive. Action du foie sur les protéides de désintégration incomplète provenant de la digestion et charriés par la veine porte. (F. WIDAL, P. ABRAMI et N. IANCOVESCO. *C. R. de l'Acad. des sc.*, t. CLXXI, p. 74, 12 juillet 1920.)

L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique. (F. WIDAL, P. ABRAMI et N. IANCOVESCO. *Ibid.*, t. CLXXI, p. 148, 19 juillet 1920.)

L'épreuve de l'hémoclasie digestive de l'hépatisme latent. (F. WIDAL, P. ABRAMI et N. IANCOVESCO. *Ibid.*, t. CLXXI, p. 223, 26 juillet 1920.)

L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique. (F. WIDAL, P. ABRAMI et N. IANCOVESCO. *Presse méd.*, 11 déc. 1920, p. 893.)

La crise hémoclasique (nitritoïde) de l'arsenobenzol. (LEREDDE et DROUET. *Gaz. des hopit.*, 1920, n° 105, p. 1677.)

B. — APPAREIL DIGESTIF

Appendicites et syndromes pseudo-appendiculaires des dysenteries. (G. HEUYER et J. LEVEUF. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, fév. 1920, n° 7, p. 385.) — On trouvera dans cet article des observations recueillies par les auteurs pendant leur séjour à l'armée d'Orient et concernant les rapports des appendicites et des dysenteries. Ils les envisagent de deux façons.

A. *Tantôt il s'agit d'appendicite au cours de dysenterie amibienne aiguë*; les lésions appendiculaires ne sont qu'un des aspects des lésions du gros intestin et notamment de la région cæcale. Il est à retenir d'ailleurs que l'ulcération appendiculaire dysentérique est une localisation anatomique qui ne se traduit pas toujours cliniquement par des signes nets d'appendicite.

En effet : 1° ou bien la dysenterie amibienne évolue avec tout le cortège des symptômes de la toxémie mortelle, rien n'éveillant l'attention sur l'ulcération appendiculaire. Une perforation même peut se produire sans que des phénomènes péritonéaux se manifestent; 2° ou bien l'appendicite ulcéreuse est marquée non plus par les phénomènes dysentériques mais par le tableau de la péritonite septique diffuse qui peut être due à la perforation de l'appendice ou à des perforations d'une autre portion du gros intestin; 3° ou bien encore il y a péritonite généralisée, mais le malade a présenté pendant sa vie des douleurs dans sa fosse iliaque droite, des phénomènes de réaction péritonéale de la région cæco-appendiculaire qui ont pu faire porter le diagnostic de l'appendicite au cours d'une dysenterie aiguë.

Presque toujours le diagnostic est difficile; habituellement il n'est pas porté, soit parce que les signes d'ulcération ou de perforation appendiculaire passent inaperçus dans le tableau de la toxémie dysentérique ou parmi ceux de la péritonite septique diffuse, soit parce qu'il est impossible de distinguer l'appendicite de la typhlite, celle-ci accompagnant toujours celle-là au cours de la dysenterie amibienne aiguë.

En tout cas l'appendicite ulcéreuse qui apparaît au cours d'une dysenterie amibienne aiguë est due à l'extension à l'appendice des ulcérations généralisées à tout le gros intestin.

Le traitement ne saurait être médical, on aura recours à l'intervention chirurgicale, les auteurs recommandent en particulier l'ablation de l'appendice avec une cæcostomie large permettant ainsi de faire des lavages intestinaux.

B. *Tantôt il s'agit d'un syndrome pseudo-appendiculaire des dysenteries chroniques*, celui relevant alors du traitement médical habituel suivi d'appendicectomie, si les troubles persistent malgré son emploi.

Ici, qu'il s'agisse de dysenteries amibiennes ou bacillaires, ce qui domine la scène c'est le syndrome pseudo-appendiculaire ne paraissant pas dépendre d'ailleurs des lésions propres à l'appendice mais des lésions cæcales. Au cours des dysenteries chroniques récidivantes il indique le réveil d'ulcérations cæcales qui peuvent précéder ou accompagner les ulcérations du côlon terminal mais qui peuvent exister seules. Son diagnostic avec l'appendicite vraie est fort délicat; il faudra souvent réserver son diagnostic, rechercher la dysenterie, en déterminer la nature parasitaire ou bactériologique, tenter l'épreuve du traitement dysentérique en même temps que le malade sera étroitement surveillé. P. PRUVOST.

Sarcome de l'intestin grêle; double résection intestinale. Guérison opératoire. Récidive. Trois mois après : mort. (A. CHARRIER. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 avril 1920, n° 8, p. 202.) — Cette observation est d'autant plus intéressante que le sarcome de l'intestin grêle est rare, et que habituellement il ne se révèle qu'avec un minimum de signes, n'étant pas sténosant. Au contraire chez le malade dont il est question, ce sont des signes d'obstruction lente qui l'ont amené chez le médecin et ont fait découvrir la tumeur, encore cette obstruction était-elle due à une adhérence très intime de la tumeur et à quelques adhérences molles avec une anse grêle voisine. P. PRUVOST.

Infections en foyer d'origine buccale. (MC CLARY. *Med. Council, Philadelphia*, nov. 1920, p. 891-893.) — Depuis quelque temps déjà, les auteurs américains attirent l'attention sur le rôle considérable que jouent, en pathologie, les infections en foyer. Ne sont-elles pas responsables de bien des septicémies, de bien des rhumatismes, de bien des troubles circulatoires et nerveux? Les plus importantes sont celles qui proviennent du tractus génito-urinaire, des sinus de la face, des amygdales et des dents.

Fait important à connaître, elles sont souvent entièrement latentes (Rosenow). Aussi convient-il d'utiliser, pour les dépister, tous les moyens possibles de diagnostic, et, pour les suppurations dentaires, les rayons X appliqués en série. Ne sait-on pas que 76 p. 100 des rhumatisants et 47 p. 100 des cardio-rénaux ont un abcès alvéolaire (Trons)? Et comment traiter l'effet si l'on n'agit pas sur la cause? Mêmes réflexions à propos des amygdales qu'il faut enlever dans des cas bien déterminés et surtout quand, consécutivement à une angine, l'enfant a souffert d'endocardite ou de néphrite. D'après Lille et Lyons, la tonsillectomie est indiquée dans chaque cas de myosite et d'arthrite franche; elle procure, dans 79 p. 100 des cas, une amélioration marquée. Au médecin général de s'assurer la collaboration de spécialistes : dentistes, oto-rhinologistes, et d'agir de concert avec eux.

L. BABONNEIX.

Les gastro et entéro-radiculites et leurs formes continues. (BOUCHUT. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juin 1920, n° 11, p. 375.) — L'auteur envisage dans cet article tous les troubles gastriques et intestinaux provoqués par l'altération des racines postérieures qui contiennent les nerfs sensitifs de l'estomac et de l'intestin, et apporte à l'appui de son interprétation des faits quelques observations.

Le type ordinaire en est la crise gastrique ou intestinale observée dans le tabes, maladie d'essence avant tout radiculaire; mais on peut observer des troubles gastriques et intestinaux du même genre à propos desquels on relève deux caractères essentiels : 1° ils s'observent, en dehors du tabes, chez des syphilitiques avérés, soit à l'état isolé sans autres signes de neuropathie, soit en coexistence avec des manifestations radiculaires, sensitives ou motrices, évidentes ou très frustes et décelables seulement par une minutieuse analyse; 2° ils se différencient des formes normales et anormales des crises gastriques et intestinales habituelles parce que, faisant exception à la règle commune, ils n'ont pas le caractère paroxystique, intermittent, la brusquerie qui, pour les classiques, est comme le sceau imprimé au tableau clinique par la localisation radiculaire causale. Au contraire, ils ont une continuité, une permanence telles qu'ils simulent, à s'y méprendre, une affection autonome de l'estomac ou de l'intestin.

Pour établir le diagnostic de pareilles lésions, on s'appuiera sur le polymorphisme symptomatique et l'association fréquente de troubles gastriques et intestinaux chez un même

malade, sur les résultats négatifs de la radioscopie, de la recherche du sang dans les selles, sur le peu d'efficacité des régimes et des médications usuelles, sur l'allure capricieuse des troubles observés.

On accordera une assez grande valeur aux symptômes associés. Il est bien rare qu'on ne parvienne pas à mettre en évidence d'autres manifestations radiculaires, névralgies erratiques, fugaces, mobiles, paresthésies passagères, troubles urinaires ébauchés, îlots d'anesthésie, etc. Enfin, les notions étiologiques sont très importantes et l'existence de la syphilis dans les antécédents aidera fortement au diagnostic, à plus forte raison si elle s'accompagne de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Ces troubles sont justiciables de la médication spécifique qui donne de fort beaux résultats. P. PRUVOST.

Contribution à l'étude de la recto-colite hémorragique d'origine urémique. (MM. R. BENSAUDE, A. CAIN et E. ANTOINE. *Annales de méd.*, t. VII, n° 1, p. 41, année 1920.) — Parmi les accidents d'urémie digestive, à côté de vomissements, la diarrhée est un des plus importants; et dans certains cas assez rares, il est vrai, il existe de véritables entérites dysentériformes avec selles fréquentes, épreintes, débâcles glaireuses, membraneuses et sanguinolentes, le sang peut même être rendu pur et en abondance. A ces symptômes correspondent généralement des lésions gastro-intestinales, des ulcérations superficielles avec congestion et œdème de la muqueuse. Il est beaucoup plus rare de rencontrer des ulcérations profondes, à bords à pic, nécrotiques et perforantes, ou des suffusions hémorragiques étendues, visibles sous le revêtement muqueux, comme dans les exemples apportés par les auteurs. On a décrit au cours de l'urémie une entéro-colite ulcéreuse et hémorragique, sans que, à vrai dire, elle eût une physionomie clinique. Au contraire, dans leurs observations, les symptômes intestinaux présentent une telle intensité qu'ils se placent au premier plan et donnent à l'urémie l'apparence clinique d'une recto-colite hémorragique aiguë. Au cours d'une urémie jusqu'alors latente ou que traduisaient des symptômes atténués, les lésions intestinales ont été soudain révélées par des hémorragies de sang rouge, abondantes, répétées, et par les modifications des selles.

Les lésions constatées, macroscopiques et microscopiques, montrèrent que l'infection ne pouvait être mise en cause et que, au contraire, les réactions d'ordre toxique existaient à un degré extrême dans les observations jointes à ce travail, tirant leur valeur et leur signification du fait qu'aucune lésion inflammatoire ne s'y surajoutait.

La recto-colite hémorragique fait donc partie des complications digestives que l'urémie peut provoquer. Elle peut se constituer à bas bruit ou se révéler par des accidents très intenses. Dans tous les cas, comme le disent les auteurs, la constation, avec ou sans émissions glaireuses de sang dans les selles d'un individu hypertendu et atteint de néphrite chronique, doit attirer l'attention sur le rectum, sans se contenter de la recherche et de la constatation d'hémorroïdes, si fréquentes chez de tels malades, une exploration attentive du tube digestif, et en particulier la rectoscopie permettront, dans bien des occasions, de constater l'existence de recto-colite hémorragique. P. PRUVOST.

C. — APPAREIL RESPIRATOIRE

Qu'est-ce que l'emphysème? (DUMAREST [d'Hauteville]. *Journ. de méd. de Lyon*, n° 10, p. 329, 5 juin 1920.) — Sous la même appellation d'emphysème pulmonaire, l'usage a consacré l'habitude de désigner deux poussées anatomiques et deux syndromes cliniques dont la nature, le mécanisme, la signification, les effets, le pronostic, la symptomatologie sont tout à fait différents, sinon contradictoires. L'une, phénomène physiologique, est l'hypertrophie vicariante de Laënnec et Tripier, réaction défensive et compensatrice avec hyperplasie des fibres musculaires et élastiques au niveau des parois alvéolaires, des vaisseaux et des bronches. L'autre est l'atrophie inflammatoire sclérogène de Letulle, phénomène pathologique, destructif, inséparable de la sclérose inflammatoire et résultant de la perte d'élasticité du tissu pulmonaire qu'elle entraîne; ses effets s'ajoutent à la sclérose causale pour réduire le champ respiratoire.

Dans l'emphysème vicariant hypertrophique, la partie du parenchyme pulmonaire qui en est le siège (poumon sain ou parties saines du poumon malade) exerçant sur la paroi une pression excentrique, celle-ci présente à l'œil un aspect de dilatation, mais sans immobilisation, ni réduction des mouvements respiratoires. La percussion révèle une sonorité excessive et tympanique ; à l'auscultation, ce sont les caractères de la respiration supplémentaire, type respiratoire qui n'est pas sans analogies avec la rudesse qui est le résultat de la densification du parenchyme par sclérose, mais la différenciation se fait aisément par la conservation des vibrations vocales, l'augmentation de la sonorité et de l'ampleur respiratoire. C'est aux bases et en avant au niveau des bords antérieurs du lobe supérieur qu'on trouvera ces signes chez les tuberculeux. A la radioscopie, cet emphysème apparaît sous l'aspect d'une large bande, d'une clarté anormale, surmontant et coiffant le diaphragme, dont les sinus se montrent élargis et nettement dessinés, avec les signes de dilatation thoracique (horizontalité des côtes, etc.). Cette hypertrophie compensatrice ne saurait constituer une gêne fonctionnelle ; si le sujet qui en est porteur est dyspnéique, c'est malgré son emphysème, lorsque les lésions causales sont trop étendues. Cet emphysème, phénomène de compensation à distance, suit les épanchements pleurétiques, les empyèmes, les formes diverses de la tuberculose pulmonaire, le pneumothorax spontané ou artificiel.

Le tableau clinique de l'emphysème, par sclérose atrophique, est différent : dyspnée, à l'effort seulement ou au repos, aspect globuleux du thorax, immobilisé avec, souvent, lacis de circulation complémentaire — sur la partie antérieure — sonorité exagérée, silence respiratoire, inspiration humée et expiration prolongée défaut d'expansion, diminution des vibrations vocales ; clarté radioscopique anormale, élargissement et horizontalité des espaces. Ces signes d'emphysème sont modifiés par la sclérose pulmonaire. Celle-ci renforce la gêne respiratoire et circulatoire, l'obscurité respiratoire, symptôme capital de la sclérose comme de l'emphysème ; elle atténue, au contraire, la sonorité à la percussion, tend à accroître les vibrations et le retentissement de la voix haute ; par participation habituelle de la plèvre, elle peut amener des rétractions pariétales qui s'opposent à la dilatation globuleuse du thorax (sommets) ; la base du thorax est élargie souvent, parce que c'est dans les parties les plus mobiles du poumon, que l'emphysème atrophique et la dilatation des cavités aériennes prennent leur plus rapide et leur plus complet développement et qu'ils peuvent aboutir aux énormes ectasies bronchiques qui sont la conséquence des grandes scléroses syphilitiques et tuberculeuses. L'examen radioscopique varie selon la prédominance de l'emphysème et de la sclérose : aspect marbré, sorte de damier par la juxtaposition et la superposition, sur une grande épaisseur, des zones d'emphysème et de sclérose ; grosses ombres parahilaires ; en général, les deux poumons sont intéressés avec prédominance d'un côté, les bases sont claires et dilatées.

Les oppositions de ces deux tableaux sont donc assez nettes ; d'une part, le silence respiratoire et les altérations du rythme, l'existence de bruits adventices, d'origine inflammatoire, accompagnant habituellement le processus de sclérose, les troubles fonctionnels marqués, la localisation des signes anormaux, en rapport avec les lésions de sclérose ; d'autre part, la respiration supplémentaire, ample et bruyante, l'absence de bruits adventices, de troubles fonctionnels, la localisation à distance dans l'emphysème vicariant. P. PRUVOST.

D. — DYSCRASIES

Classification du rhumatisme et traitement de chaque type. (Thomas ATKINSON. *Amer. Journ. of clin. Med.*, janv. 1920, vol. XXVII, n° 1, p. 23.) — L'auteur a vu à Mudlavia, où il a passé un an et trois mois, un nombre suffisant de rhumatismes pour lui faire abandonner la plupart des théories classiques sur le sujet. Pour lui, cette maladie affecte, si l'on se fonde sur les examens du sang, infiniment plus importants que les examens d'urine, trois types bien distincts :

I. *Rhumatisme autotoxique* résultant du passage, dans la circulation, de substances toxiques de diverses origines et qui sont le produit d'un métabolisme perverti. Tel est le rhu-

matisme qui est sous la dépendance d'une infection en foyer : stase intestinale, affections de la vésicule biliaire, ulcérations ano-rectales, pyorrhées, infections dentaires, catarrhe nasal et infection des sinus, etc. Dans ce cas, *aucune modification de la formule hémoleucocytaire*; l'infection bactérienne a donc cessé d'intervenir, et le facteur réel, c'est un trouble du métabolisme.

II. *Rhumatisme dû à une infection active* grâce à l'invasion de l'organisme par des microbes pathogènes, qu'il s'agisse d'infection générale ou locale. C'est dans cette classe que rentrent les rhumatismes blennorragiques, pyélitiques, pneumococciques et streptococciques, ces derniers étant d'origine tonsillaire. Dans tous ces cas existe de la *leucocytose*, totale ou relative, ou à la fois totale et relative (?).

III. *Arthrite rhumatoïde* ou arthrite déformante, affection qui n'est pas d'origine infectieuse mais qui est due à ou se greffe sur une dyscrasie chronique profondément enracinée dans l'organisme. Chez tous ces malades, *abaissement du chiffre total des leucocytes avec lymphocytose, généralement très légère* (50 p. 100 de poly, 30 ou 40 p. 100 de petits mono). L'auteur signale en passant le fait que, pour lui, la syphilis a souvent la formule suivante : éosinophilie, lymphocytose, abaissement du nombre des polynucléaires.

De cette conception, l'auteur tire d'intéressantes conclusions thérapeutiques. Dans le premier cas, on obtient les meilleurs résultats d'un traitement dirigé contre la toxémie intestinale et propre à favoriser les éliminations : hydrothérapie telle que celle qu'on pratique à Mudlavia. Dans le second, traiter les infections en foyer, si possible par les vaccins. Dans le troisième, les effets du traitement sont beaucoup moins favorables. A noter que les bains de boue, tels qu'ils sont donnés à Mudlavia, augmentent la circulation des organes internes, stimulent, par l'intermédiaire des glandes sudoripares, l'activité sécrétoire de tout l'organisme et favorisent de beaucoup l'action des vaccins.

L. BABONNEIX.

Histoire de deux hommes-enfants. (MORENO FERNANDEZ. Séville, 1875.) — Le hasard a mis sous nos yeux une curieuse et ancienne brochure, relative à un cas pathologique que l'auteur ne sut comment interpréter. Il s'agit d'un jeune soldat, qui invoque, comme cause d'exemption, cette particularité que son père est âgé et infirme, et que deux frères plus jeunes, restés au foyer, sont parfaitement incapables, étant donné leur état de santé, de subvenir à ses besoins. M. Fernandez est envoyé pour procéder à l'enquête médicale. Il constate que, dans la famille de ce conscrit, existent un certain nombre de nains ; à savoir : deux sœurs, Isabel et Maria de los Dolores Campos del Valle, qui ont les caractères physiques de fillettes et qui n'ont jamais été réglées ; deux autres sœurs, Maria Quintero Suarez et Jeanne, également infantiles en poids et en taille, qui n'ont jamais montré la moindre propension « quoique honnête » à l'amour ; deux frères, dont le père est cousin germain du père des précédentes, tandis que les mères sont cousines au second degré, Gabriel et Pierre Benitez Campos, également nains, puisqu'aucun d'entre eux n'atteint le mètre, et dont l'intelligence est très en retard. Ils n'ont jamais pu que garder les porcs, et sur cette occupation roulent tous leurs propos. L'auteur discute de nombreux diagnostics : rachitisme, éléphantiasis, monstruosités, crétinisme, démence, idiotie, pour conclure au nanisme, ou, plutôt, à l'arrêt de développement, état qu'il différencie de l'idiotie et qu'il rattache, au moins en partie, à l'hérédité et à la consanguinité. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les photographies annexées au travail de M. Fernandez et de relire les observations pour voir qu'il s'agit de nanisme myxœdémateux. Les deux frères n'ont-ils pas une peau flasque, non rétractile, jaunâtre? Ne leur manque-t-il pas tous les attributs de la virilité, n'ont-ils pas la voix rauque comme au moment de la mue? Leur intelligence n'est-elle pas limitée à ce qui est purement infantile? On pourrait donc intituler cette curieuse observation : *Nanisme myxœdémateux familial*. A noter que les parents de Gabriel et Pierre Benitez n'ont jamais été atteints d'affections « communes ou spécifiques ».

L. BABONNEIX.

Tuberculose et diabète sucré. (Prof. G. ROQUE. *Journ. de méd. de Lyon*, n° 5, 20 mars 1920.) — S'il est fréquent de constater des signes de tuberculose évolutive chez des diabétiques comme complication terminale de cette affection, il est moins commun de voir la tuberculose initiale engendrant le diabète sucré. C'est surtout à cet ordre de faits que s'est arrêté le professeur Roque, en en décrivant trois formes.

1° Ou bien, la tuberculose crée le diabète insipide ou le diabète phosphaturique, qui, par alternance devient un diabète glycosurique. Et dès que cette transformation est effectuée, la tuberculose, torpide jusque-là, prend une évolution hâtive.

2° Ou bien il s'agit d'une pancréatite tuberculeuse, sans caractères anatomiques différenciés, mais dont l'inoculation démontre la nature. Elle détermine un diabète maigre cachectique avec grosse glycosurie. Toutefois, il est certain que toutes les pancréatites bacillaires ne donnent pas le diabète glycosurique, et il est impossible d'affirmer qu'en face d'un diabète sucré d'origine pancréatique, il s'agit, fatalement, d'une pancréatite tuberculeuse.

3° Enfin dans toute poussée de tuberculose évolutive, il y a une anhépatie transitoire se jugeant par de la glycosurie alimentaire et phloridzique. Sous l'influence de causes occasionnelles surajoutées, cette anhépathie, devenant permanente, crée un diabète sucré anhépatique. Cette insuffisance de la cellule hépatique, engendrant le diabète, est à opposer aux lésions tuberculeuses du foie, la tuberculose hépatique (cavernes, abcès, dégénérescence amyloïde) ne provoquant pas de glycosurie.

P. PRUVOST.

Diabète et goitre exophtalmique. (Prof. Marcel LABBÉ. *Ann. de méd.*, 1920, t. VII, n° 2.) — Ajoutant quelques nouvelles observations à celles qui ont déjà été publiées sur ce sujet, l'auteur montre que, dans l'association du diabète et de la maladie de Basedow, on peut voir toutes les formes du diabète, depuis les formes graves avec acidose, jusqu'à celles où le trouble glycorégulateur ne se révèle que par l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

Dans son évolution, le diabète des basedowiens offre des allures particulières. La glycosurie semble plus résistante et plus indépendante du régime que dans les diabètes ordinaires. Parfois les poussées évolutives du diabète sont nettement en rapport avec les poussées évolutives du goitre exophtalmique. Ce qui frappe encore, c'est la facilité avec laquelle un tel diabète se complique d'acidose, ce qui tient peut-être au trouble du métabolisme azoté qui fait partie habituellement du goitre exophtalmique ; on sait que l'hyperthyroïdisation détruit les albumines cellulaires et provoque des déperditions azotées ; il y a là une exagération du métabolisme azoté ressemblant à celle qu'on observe dans les diabètes graves.

A côté des faits où le diabète est combiné avec le goitre exophtalmique chez un malade, il faut placer les remarques fort intéressantes des auteurs qui ont vu l'apparition du diabète et du goitre chez plusieurs membres d'une même famille.

L'action thérapeutique contribue aussi à donner, au diabète des basedowiens, une physionomie particulière : l'hémato-éthyroïdine n'a eu aucun effet dans les cas observés par l'auteur; par contre, il a obtenu des améliorations à plusieurs reprises avec le traitement iodé (diminution des palpitations, de la tachycardie, de la glycosurie). Il semble que dans ce diabète, la thérapeutique visant le corps thyroïde possède une véritable efficacité, tandis que dans le diabète ordinaire, on connaît l'inutilité de tous les traitements médicamenteux.

Si on n'est pas encore en état de définir son existence physiopathologique, il n'en reste pas moins, qu'il existe chez les basedowiens, une forme particulière de diabète qui, par son évolution, très nettement en rapport avec celle du goitre exophtalmique, autorise à considérer un diabète thyroïdien.

P. PRUVOST.

E. — PHYSIOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

Le scorbut dans le Nord de la Russie. (John COMRIE. *Edimburg medical Journal*, avril 1920, p. 207-215.) — Dans le Nord de la Russie, le scorbut est actuellement endémique chaque hiver. L'auteur en a vu 600 cas, dont 4 seulement dans le corps expéditionnaire britannique. C'est surtout dans les prisons russes que l'affection a sévi. La nourriture y est des plus mauvaises et ne comprend jamais de produits frais. Le manque d'exercice, l'encombrement, la dépression morale

sont des causes prédisposantes. Le temps qui s'écoule entre le régime défectueux et l'apparition des premiers symptômes variait de 4 à 7 mois. Il était réduit de 1 à 3 mois chez les prisonniers qui s'étaient trouvés atteints d'infections diverses : typhus, typhoïde, influenza, pneumonie. Les jeunes sujets semblent avoir été particulièrement prédisposés aux formes graves.

Le symptôme initial paraît avoir été un rash purpurique des jambes, s'accompagnant d'un état général de faiblesse et de dépression. Rapidement les gencives se tuméfiaient et devenaient saignantes, les chevilles étaient gonflées et des douleurs apparaissaient en divers points du corps (tête, poitrine, jambes).

Les lésions gingivales existaient dans plus de 80 p. 100 des cas. Très souvent survenaient des tuméfactions molles, ayant l'aspect de tumeur, au voile du palais. Dans la moitié des cas la gingivite était très grave, se compliquant de pyorrhée, d'ébranlement des dents entourées de poches de pus.

Dans 86 p. 100 des cas il y eut des hémorragies très nettes aux points de pression : trochanter, coude, épaule, etc., ou aux endroits du corps qui avaient reçu un coup. A ce niveau se développaient parfois des ulcères. Dans la moitié des cas on constatait des hémorragies profondes des muscles, surtout aux jambes, et qui donnaient au toucher une sensation de dureté ligneuse. Les articulations, le genou surtout, semblaient touchées chez 1/10e des sujets. Quand la guérison survenait, les hémorragies musculaires disparaissaient en 2 à 3 semaines. Cependant longtemps après la guérison, la raideur des membres était un signe aisément constatable.

Il y eut quelques cas avec hémorragies internes (h. intestinale, hématurie, h. cérébrale). Le cœur était toujours faible et l'on constatait souvent des souffles extracardiaques. A l'autopsie, l'organe était fréquemment atrophié.

L'examen du sang pratiqué dans 50 cas donna les moyennes suivantes :

Globules rouges........ ...	4.080.000
Globules blancs.............	7.510
Hémoglobine...............	55 p. 100
Polynucléaires..............	45
Grands lympho..............	20
Petits lympho...............	29
Eosinophiles................	4
Mononucléaires.............	2

Le temps de coagulation (3 minutes 1/2) n'était pas spécialement modifié. Par la méthode de van Slyke, on constata une légère diminution de l'alcalinité sanguine.

L'examen des urines n'a que rarement dénoté la présence d'albumine.

Au point de vue thérapeutique, l'usage du lait caillé semble avoir donné de bons résultats, en outre des méthodes thérapeutiques habituelles : viandes et légumes frais, jus de citron frais.

F. LÉVY.

Etudes sur le métabolisme basal. (SNELL, Francis FORD et L. G. ROWNTREE. *The Journal of the American Medical Association*, 21 août 1920, p. 515-523.) — La calorimétrie montre qu'à l'état de santé, les facteurs de régulation adaptent les taux métaboliques aux besoins de l'organisme. Le métabolisme dépendant surtout de l'exercice et de l'alimentation, on peut imaginer un « métabolisme basal » qui sera soustrait à l'influence de ces deux facteurs. Dans beaucoup d'états pathologiques, le métabolisme basal est perturbé, qu'il dépasse la normale ou qu'il reste en dessous d'elle.

D'après les auteurs, la détermination du métabolisme basal doit entrer dans la pratique courante. La recherche se fait chez le sujet le matin après le jeûne de la nuit. On utilise la méthode gazométrique de calorimétrie indirecte.

Les recherches de Snell, Fort et Rowntree ont porté :

1° Sur des malades atteints d'affections thyroïdiennes;
2° Sur des malades hypophysaires;
3° Sur des diabétiques;
4° Sur des sujets soumis à certaines médications.

1° Maladies thyroïdiennes : *a*. Chez 13 hypothyroïdiens (crétins, myxœdémateux) le métabolisme basal s'est montré abaissé de — 7 à — 20. Cependant il n'a pas été possible d'établir de parallélisme entre l'intensité des manifestations cliniques et le degré d'abaissement du métabolisme.

b. Chez les hyperthyroïdiens, les auteurs ont étudié 13 cas de goitre exophtalmique, où le métabolisme basal très élevé allait de + 20 à + 82. Il semble qu'il y eut corrélation entre l'élévation du métabolisme et l'intensité des manifestations cliniques d'intoxication thyroïdienne. Dans 11 cas d'adénome thyroïdien avec hyperthyroïdisme, le métabolisme basal se montra augmenté (de + 15 à + 48).

c. Chez les goitreux ordinaires (adénomes non toxiques), le métabolisme basal se montre d'ordinaire normal.

Chez tous ces thyroïdiens, on peut étudier les résultats des divers traitements chirurgicaux et médicaux en fonction du métabolisme basal qui peut revenir à la normale dans les cas heureux;

2° Maladies de la glande pituitaire. Dans 7 cas observés, le métabolisme basal initial fut variable entre — 1 et + 30. Il n'a pas été influencé par l'administration de lobe antérieur ou postérieur d'hypophyse. Cependant dans deux cas de syndrome de Fröhlich où à l'extrait de lobe antérieur on associa la thyroïdine, le métabolisme se montra notablement accru;

3° Diabète sucré. Six diabétiques soumis au jeûne ont vu leur métabolisme baisser de 10 à 20 p. 100;

4° Action des médicaments : *a*. opothérapiques : avec l'adrénaline, l'accroissement du métabolisme va de 4 à 48 p. 100.

b. Autres produits chimiques. Means et Aub ont montré que la caféine accroit le métabolisme de 7 à 23 p. 100. L'atropine et le camphre l'augmentent peu, la morphine le diminue, la strychnine ne l'influence guère.

Snell, Francis Ford et Rowntree ont vu que l'iodure de potassium donne des résultats variables, tantôt nuls, tantôt accroissant le métabolisme. Le cacodylate de soude a fourni des résultats imprécis.

En résumé, le métabolisme basal paraît avoir une signification importante dans les maladies des glandes endocrines, en particulier du système thyroïdien. Il permet d'apprécier les résultats des traitements médicaux et chirurgicaux : il devient ainsi un guide thérapeutique, F. LÉVY.

Les vitamines. (Prof. J. BAYLAC. *Soc. de méd. de Toulouse*, 30 mai 1920.) — Malgré ce qu'on ignore de la nature et du mode exact d'action des vitamines, qu'on les considère comme de même nature que la vitamine isolée par Funk, ou avec l'école américaine comme représentant les facteurs accessoires de la croissance de Mac-Callum et Davis, ou encore comme des acides aminés hautement différenciés, leur découverte et leur étude ont jeté la plus vive lumière sur le problème général de la nutrition et de la vie.

Il n'est plus possible aujourd'hui de voir seulement dans les aliments une source banale d'énergie; la ration alimentaire doit fournir à l'être vivant toutes les calories dont il a besoin, mais aussi lui apporter un aliment indispensable à la vie, les vitamines.

Aussi y a-t-il lieu, à côté des maladies par infection ou intoxication, d'admettre l'existence d'un autre groupe de maladies : les avitaminoses ou maladies par déficience, par carence, qui surviennent au cours d'un régime alimentaire privé de vitamines, le béribéri, le scorbut, la maladie de Barlow, la pellagre sont des manifestations diverses des avitaminoses; mais nombreux et variés sont encore les troubles de nutrition ou de croissance occasionnés par un pareil régime alimentaire.

Il importe donc de fournir des vitamines à la femme enceinte, à la mère ou à la nourrice qui allaite, à l'enfant qui grandit; elles doivent tenir une place importante dans le régime non seulement des marins, des troupes en campagne, des prisonniers, mais aussi des malades, en particulier des dyspeptiques soumis souvent à des régimes trop sévères.

Or on rencontre ces vitamines dans la plupart des aliments frais : lait, fruits, légumes, viande crue, céréales non décortiquées, poisson frais, levures de brasserie, boissons fermentées; mais on doit se rappeler qu'elles sont détruites ou tout au moins altérées par la stérilisation, la dessiccation, la conservation. C'est dire le danger des laits stérilisés et travaillés, des céréales décortiquées, des farines raffinées, des pains « de fantaisie », des conserves de viandes et de légumes, d'une facon générale, de tous les aliments stérilisés et purifiés, quand on les utilise trop longtemps et exclusivement.

P. PRUVOST.

NOTES POUR L'INTERNAT

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS
DE LA LITHIASE BILIAIRE[1]

Enfin, dans certains cas, peut survenir le 2e ou le 3e jour de la crise, un nouveau symptôme : l'*ictère*. Cette complication existe dans la moitié des cas : elle est due à l'oblitération des canaux hépato-cholédoques ou à leur infection. Il peut y avoir tous les intermédiaires depuis la coloration subictérique des conjonctives, jusqu'à l'ictère franc des téguments ; les urines de couleur acajou contiennent des pigments et des sels biliaires ; la constipation est de règle ; les matières sont décolorées et si l'ictère se prolonge, on peut constater de la bradycardie et du prurit. La décoloration du malade est lente et progressive.

Symptômes respiratoires. — Parfois surviennent une toux sèche, quinteuse (toux hépatique) avec congestion de la base droite et râles sous-crépitants.

Formes cliniques. — Signalons seulement, suivant l'intensité : des formes légères, moyennes et intenses ; selon la durée : des formes courtes ou abortives, moyennes et prolongées ; selon l'aspect clinique : des formes franches et des formes frustes. Rappelons à nouveau la forme gastralgique et la forme fébrile.

Complications. — Parmi les complications d'*ordre mécanique*, signalons : l'arrêt des calculs dans le canal cystique avec, comme conséquence, la constitution d'un *cholécyste calculeux* ; l'arrêt dans le cholédoque ; la rupture des voies biliaires ; l'occlusion intestinale ; la perforation intestinale.

Parmi les COMPLICATIONS INFECTIEUSES, signalons : l'angiocholécystite calculeuse avec foie tuméfié, douloureux et fièvre bilioseptique ; la cholécystite suppurée ; les cirrhoses lithiasiques ; les abcès du foie (forme aréolaire de Chauffard) ; la péritonite biliaire partielle (périhépatite, abcès sous-phrénique) ; les infections pleuropulmonaires droites (congestion pulmonaire, pleurésie) ; la pyléphlébite calculeuse ; les fistules biliaires, soit vers la peau, soit avec les viscères voisins.

Diagnostic. — En réalité, il s'agit de faire le diagnostic différentiel des états douloureux de la région sous-hépatique et même de la moitié droite de l'abdomen.

1. *Colique néphrétique droite* : douleur lombaire et lombo-abdominale avec irradiation descendante le long de l'uretère vers la vessie et les organes génitaux externes ; rétraction testiculaire ; troubles urinaires ; parfois hématurie. Dans les cas qui restent douteux, Chauffard indique de faire ultérieurement la séparation des urines.

2. *Colique saturnine* : constipation absolue ; stigmates ; antécédents, liséré gingival ; tremblement ; soulagement de la douleur par pression large et profonde de l'abdomen.

3. *Appendicite* : pas de cause appréciable de la crise ; antécédents de grippe ou d'angine ; foyer douloureux au point de Mac Burney ; pas d'irradiation scapulaire ; urobiline dans les urines. Le diagnostic peut être très difficile dans le cas d'appendicite sous-hépatique avec subictère.

4. Le *rein droit* peut devenir *douloureux* du fait de sa ptose et de crises d'hydronéphrose intermittente ; le rein droit est abaissé, augmenté de volume et douloureux ; il est à différencier d'une vésicule distendue.

5. *Crise d'entérocolite muco-membraneuse* : douleur siégeant en plein flanc droit pouvant rappeler les coliques hépatiques ; mais les douleurs sont surtout transversales, de droite à gauche de l'abdomen. Il peut y avoir de la diarrhée muqueuse et même des débâcles glairo-membraneuses.

6. *Crise viscéralgique du tabes* survenant brusquement, sans cause, avec douleur épigastralgique, vomissements répétés et intolérance gastrique. Il n'y a ni fièvre, ni ictère, ni décoloration des matières. La crise dure quelques heures ou quelques jours et cède à la morphine. On recherchera, en outre, les symptômes plus ou moins au complet de tabes.

7. *Douleurs gastralgiques des dyspepsies.*
8. *Coliques intestinales simples.*
9. *Gastro-entérite par empoisonnement.*
10. *Etranglement interne.*
11. *Hernie étranglée.* Pancréatites aiguës.

B. **Migration des calculs dans l'intestin.** — Dans les jours qui suivent la colique hépatique, on peut parfois retrouver un ou plusieurs petits calculs dans les matières fécales. On doit toujours les examiner. Dans les cas douteux, les calculs retrouvés dans les fèces doivent être examinés au point de vue chimique ; ils peuvent consister, soit en sable biliaire qui doit être distingué du sable intestinal, soit en calculs biliaires véritables qui sont à distinguer des concrétions médicamenteuses et des calculs intestinaux. Les vrais calculs biliaires peuvent être classés en trois groupes (Chauffard) : *a.* les *petites concrétions* irrégulières de la grosseur d'une lentille ou d'un grain de blé ; *b.* les *calculs à facettes*, 8 fois sur 10 ; *c.* les *calculs volumineux*, le plus souvent solitaires, dont l'élimination intestinale peut s'accompagner d'accidents très graves (iléus biliaire).

L'élimination de ces divers calculs se fait par voies différentes ; les calculs petits et moyens à facettes sont éliminés par les voies biliaires naturelles, les gros calculs passent par fistule vésiculo-intestinale (première portion du duodénum ou angle droit du côlon). Cette perforation intestinale peut se faire par usure lente des tissus, par déchirure brusque au cours d'une crise douloureuse, ou bien par cholécystite purulente et phlegmon sous-hépatique secondaire.

L'obstruction et l'occlusion de l'intestin peut survenir, soit par arrêt d'un gros calcul dans l'iléon au devant de la valvule iléo-cæcale, soit par suite du spasme réflexe ou de la coudure de l'intestin au devant du calcul. Les symptômes principaux qui traduisent l'*iléus biliaire* sont : vomissements, hoquets, période plus ou moins longue d'occlusion intestinale, douleur diffuse tendant à se localiser. Cette fixation de la douleur se fait le plus souvent en plein flanc droit, ce qui rend le diagnostic difficile avec l'appendicite aiguë. Signaler le déplacement de la douleur qui chemine avec le calcul ; les hémorragies prémonitoires (Körte) ou petites hémorragies à type duodénal ; le vidage brusque et massif de l'intestin (Chauffard). Le pronostic est grave, la mort survient dans 70 p. 100 des cas ; le diagnostic est basé sur les antécédents lithiasiques, l'âge et le sexe, l'intermittence de l'évolution, l'examen clinique mais bien souvent la laparotomie exploratrice permettra seule de le préciser.

C. **Migration hors des voies naturelles**, beaucoup plus rare, elle a pu être signalée dans la plèvre, le poumon, la veine porte, le bassinet, l'utérus et le vagin. La rupture est plus fréquemment vésiculaire que cholédocienne ; elle peut se produire à la suite de vomissements, d'efforts, de parturition, d'un traumatisme de l'épigastre ou de l'hypocondre droit. Ce sont là des accidents rares.

D. **Arrêt des calculs.** — Les calculs peuvent s'arrêter dans n'importe quel point des voies biliaires et déterminer une obstruction transitoire ou durable, partielle ou complète des canaux biliaires. Les symptômes de l'obstruction biliaire qui en résulte varient suivant qu'elle est totale (occlusion du cholédoque) ou partielle (occlusion du cystique ou d'un canal hépatique). La radiographie peut aider dans certains cas à voir les calculs et à préciser leur situation.

1. *Obstruction du canal cystique.* — Dans ce cas-là, l'écoulement de la bile n'étant pas supprimé, il n'y a pas d'ictère. La vésicule se trouve isolée, formant cavité close dans laquelle s'accumule la sécrétion d'un liquide muqueux, d'où la formation d'un *hydrocholécyste calculeux*. Dans ces conditions, la vésicule biliaire peut constituer une masse plus ou moins ovoïde, de rénitence élastique, parfois dure, tendue ; elle peut donner le ballottement bi-manuel, elle suit les mouvements du diaphragme ; son volume diminue à la longue, le liquide se résorbant, et la vésicule se rétracte, puis s'atrophie. Cette phase de sclérose se traduit par des douleurs intermittentes dans l'hypocondre droit. Le *diagnostic* de l'hydrocholécyste est à discuter avec le kyste hydatique pédiculé de la face inférieure du foie, avec le rein mobile qui conserve sa forme, sa consistance, qui peut être refoulé dans la loge lombaire. Le diagnostic se pose avec les hydronéphroses et les tumeurs stercorales du côlon, exceptionnellement on a pu le confondre avec un kyste de l'ovaire ou une ascite. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 2, p. 31.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hopitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux sera ouvert le lundi 7 mars 1921, à midi, dans la Salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Service du personnel) de 14 h. à 17 h., du lundi 7 février au samedi 19 février 1921 inclusivement.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 10 janvier. — Question donnée : « Canal inguinal. — Symptômes et diagnostic des orchi-épididymites tuberculeuses. »

MM. Robin (Victor), 13 + 22 = 35; Tisné, 16 + 25 = 41; Roland, 14 + 21 = 35; Lefèvre (Paul), 16 + 22 = 38; Solente, 17 + 21 = 38; Desnoyers, 17 + 24 = 41; Marchal, 18 1/2 + 23 = 41 1/2; Fèvre, 13 + 22 = 35; Piot, 13 + 21 = 34; Turpin, 17 + 22 = 39.

Séance du 11 janvier. — Question donnée : « Muscles pectoraux et leurs nerfs. — Signes et diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. »

MM. Cerné, 11 + 17 = 28; Isch-Wall, 19 + 25 = 44; Lestocquoy, 15 + 22 = 37; Weissmann, 17 + 23 = 40; Oury, 20 + 26 = 46; Berthon, 14 + 21 = 35; Sabadini, 12 + 16 = 28; Dufestel, 10 + 19 = 29.

Séance du 12 janvier. — Question donnée : « Le nerf médian à l'avant-bras et à la main. — Les paralysies diphtériques. »

Mlle Wolff, 11 + 16 = 27; MM. Hermet, 15 + 26 = 41; Bartet, 14 + 19 = 33; Renardier, 13 + 22 = 35; Longchampt, 11 + 19 = 30; Machavoine, 11 + 20 = 31; Grellety-Bosviel, 15 + 24 = 39; Gardinier, 11 + 16 = 27.

Faculté de médecine de Paris. — M. Yacoel est nommé chef du laboratoire de clinique thérapeutique, en remplacement de M. Bith, appelé à d'autres fonctions.

— M. Magrou est nommé chef du laboratoire de la clinique chirurgicale (Salpêtrière).

— M. P.-L. Marie est nommé chef du laboratoire de la diphtérie (Enfants-Malades).

— M. Tixier est nommé chef du laboratoire de la clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).

Facultés de médecine. — Alger. — La chaire de chimie médicale est transformée en chaire de chimie minérale et chimie organique.

— M. Guillemard, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon, est nommé, à partir du 1er janvier 1921, professeur de chimie minérale et chimie organique à la Faculté d'Alger.

— Lyon. — Sont nommés professeurs adjoints : MM. les prof. agrégés Barral, Commandeur et Gayet.

— Sont chargés de cours : M. Barral, professeur adjoint (chimie analytique), MM. les prof. agrégés Rochaix (hygiène) et Hovelacque (anatomie descriptive).

— Montpellier. — *Concours du clinicat.* — M. le Dr Gaston Giraud est nommé chef de clinique médicale.

— M. le Dr Maurice Cathala est nommé chef de clinique chirurgicale.

— M. Georges Roux est délégué dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

— M. Margarot, agrégé, est chargé d'un cours de clinique annexe des maladies syphilitiques et cutanées.

— Toulouse. — M. Lafforgue, chargé d'un cours d'hydrologie, est nommé professeur adjoint.

Écoles de médecine. — Amiens. — M. Chazarain est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Dijon. — M. Grémeaux est chargé d'un cours de physiologie.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — CONCOURS D'ADJUVAT DE 1921. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 7 mars 1921, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre des postes de médecin adjoint des asiles publics mis au concours est fixé à huit.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser, au ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succint de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires, ainsi qu'un état de leurs titres militaires avec pièces justificatives.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), jusqu'au mercredi 16 février 1921 inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — MM. les Drs Gagey, conseiller général de la Côte-d'Or et Emery (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Ollive (de Nantes), Wapler (d'Evian), Evrain (de Chalons-sur-Marne), Würtz (de Compiègne), Lapierre (de Sedan), Laurent (de Rennes), Séguinard (de Bazas), Cuillé (de Saint-Pé-de-Bigorre), Alirot (du Puy), Mordret (du Mans), Fourestié (d'Agen), Curvale (de Castres).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Georges Savatier, Emile-Léon Guillé et René Meslay (de Paris).

GUERRE. — (Active.) *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins principaux de 1re classe Beigneux et Zumbiehl.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Boucarut et Langlois; le médecin-major Léon; le médecin principal des troupes coloniales Gaide.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major Madranges.

GUERRE. — Sont promus dans les cadres des officiers du Service de santé de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de 2e classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Stodel, Marre, Sassy, Denave, Pesnel, Morlot, Nanta, Laquière, Jay-Y-Ruiz, Cotillon, Lacat, Boyer, Aufaure.

Au grade de médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de 1re classe Frœlich et Abadie.

Au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de 2e classe Dumollard, Boidard, Savy, Louvrier, Audion, Legrand, Graziani.

Au grade de médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Decorse, Orgebin, Robert, Le Tohic, Brillaud, Reme, Bilhaut, Charbonnel, Monin, Martel, Eloy, Barot, Appel, Julien, Poisot, Hollande, Granval, Mallein, Morin, Cottu, Guinoiseau, Cau, Meslans.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE. — La séance annuelle de la Société aura lieu le mercredi 19 janvier 1921 à 16 heures très précises, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : 1° Discours de M. F. Lejars, président ;

2° Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1920, par M. Maurice Auvray, secrétaire annuel ;

3° Eloge de Samuel Pozzi, par M. J.-L. Faure, secrétaire général ;

4° Proclamation des prix décernés par la Société.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE se réunira à l'Asile Clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du Service de l'admission, le lundi 17 janvier courant, à 3 h. très précises.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE. (M. le prof. BROCA.) — Un cours de perfectionnement de chirurgie infantile s'ouvrira le lundi 24 janvier 1921, à 14 heures, à l'amphithéâtre de clinique. Il comportera 20 leçons avec présentation de malades et démonstrations pratiques.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté. Droit d'inscription : 150 fr.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau Traité de médecine. Fasc. I (1), par G.-H. ROGER, Fernand WIDAL, P.-J. TEISSIER. Secrétaire de la rédaction : M. Garnier.

Fixer l'état de la science à un moment de son évolution, indiquer les résultats obtenus, exposer les progrès accomplis par le labeur incessant des biologistes et des médecins, établir le bilan des acquisitions modernes et montrer quelle route s'ouvre aux explorations futures, tel est le but de ce *Nouveau Traité de médecine.*

C'est à Bouchard que revient l'idée de cette nouvelle publication. En 1912, il pensa qu'il convenait de donner une suite au célèbre traité Charcot, Bouchard et Brissaud dont l'apparition, en 1891, avait été un véritable événement scientifique. C'est Bouchard qui fit appel à ses anciens élèves Roger, Widal et P. Tissier pour diriger ce nouvel ouvrage. Gouget fut choisi comme secrétaire.

Les événements ont modifié cette direction. Bouchard disparut en 1915, peu après la guerre Gouget était enlevé à son tour. Le secrétariat du traité fut alors confié par les trois directeurs à M. Marcel Garnier.

Après plusieurs années de labeur et de mise en train, le premier fascicule du traité vient de paraître ; il est consacré aux maladies infectieuses.

Les noms des auteurs qui en ont rédigé les articles montrent avec quel souci de bien faire les directeurs du traité ont su s'entourer de toutes les compétences. Le sommaire de ce fascicule en est un exemple :

G.-H. Roger. Notions générales sur les infections.

Sacquépée. Septicémies.

G.-H. Roger. Streptococcies. Erysipèle.

Ménétrier et Stévenin. Pneumococcie et pneumonie.

H. Macaigne. Staphylococcie. Infections à tétragènes. Entérococcie. Infections à cocco-bacilles de Pfeiffer, à diplobacilles de Friedlander. Psittacose. Infections à proteus vulgaris.

Veillon. Infections putrides et gangréneuses.

Dopter. Méningococcie.

Hudelo. Gonococcie.

Nous ne dirons qu'un mot de la présentation de l'ouvrage. Composé dans les beaux caractères classiques qui rendaient si facile la lecture de l'ancien traité, il a été doté par ses éditeurs de belles illustrations qui sont des documents précieux, il est élégamment relié. C'est dire que l'enveloppe est digne du contenu.

L. G.

RENSEIGNEMENTS

564. — **LIMOUSINE « CHENARD WALCKER ».** Entièrement revue, garantie état de marche, 13.000 fr. Disponible par défaut d'emploi. — M. VINCENT, 26, rue Victor-Noir, Neuilly-sur-Seine. Tél. : 15-38.

(1) Un vol. de 482 pages avec 55 figures dans le texte et 3 planches en couleurs. — Prix : relié, 35 fr. net. — Paris, Masson 1920.

L'ouvrage sera complet dans un délai de deux années (déc. 1922). Le prix de chaque fascicule sera fixé au moment de sa mise en vente, selon son importance.

REVUE GÉNÉRALE

HÉMATÉMÈSE ET MÉLÆNA DU NOUVEAU-NÉ

Par le Dr M. VERGNORY,
Interne de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Définition — Nous entendons par nouveau-né l'enfant, de sa naissance à la chute du cordon qui se produit en général vers le dixième jour. Pour si arbitraire que soit cette formule, elle repose au moins sur une base anatomique précise, les autres données invoquées par les auteurs, telles que la crise uratique ou la fin de l'hématopoïèse étant très variables comme date d'apparition et de terminaison.

Aussi bien, la période ainsi définie correspond, du côté de la mère, au post-partum normal. C'est celle du séjour habituel dans les maternités de la mère et de l'enfant, celle où la surveillance et l'observation sont les plus faciles, celle enfin où l'affection qui nous occupe est la plus fréquente. C'est d'ailleurs dans le milieu hospitalier que, pour certains auteurs, s'observent surtout les gastro-entérorragies du nouveau-né, rares en clientèle.

Une hémorragie digestive peut se faire jour à l'extérieur par vomissement de sang par la bouche : c'est l'hématémèse; par rejet de sang par l'anus : c'est le mélæna; plus exceptionnellement par les deux à la fois : c'est l'association hématémèse mélæna.

L'hématémèse et le mélæna ne sont pas des maladies essentielles, des entités morbides, mais seulement la traduction objective, la manifestation extérieure d'une hémorragie siégeant en un point du tube digestif que nous préciserons.

Enfin, l'hématémèse et le mélæna peuvent être associés à d'autres manifestations hémorragiques plus ou moins généralisées (épistaxis, hémorragies par l'ombilic, purpura, etc.).

Si nous insistons sur des définitions aussi élémentaires, c'est qu'il a régné à ce sujet dans la littérature médicale de regrettables confusions et que ces distinctions n'ont pas toujours été aussi précises dans l'esprit des auteurs. Kiwisch, dans un article paru en 1841 dans la *Gazette médicale*, ne décrit-il pas sous le nom d'apoplexie abdominale des hémorragies suivies de selles sanglantes, affirmant ne pas parler du melæna?

En résumé, le syndrome hémorragique qui nous occupe peut revêtir les modalités suivantes :

1° Hématémèse seule;
2° Mélæna seul;
3° Hématémèse et mélæna combinés;
4° Hématémèse et mélæna associés à d'autres manifestations hémorragiques.

Historique. — Dans son *Traité des femmes grosses*, Mauriceau a publié en 1682 une observation d'hématémèse, sans paraître d'ailleurs y attacher grande importance. La voici très résumée : « Accouchement d'une fille forte qui eut le premier jour un vomissement de flegmes mêlées d'un peu de sang. Pendant deux jours l'enfant vomit une matière noirâtre provenant probablement de sang qui s'était épanché dans le fond de l'estomac, y avait séjourné quelque temps et avait acquis cette couleur noirâtre qui apparaissait dans le vomissement. Guérison ». Depuis, tant d'auteurs se sont occupés de la question qu'il faut renoncer à les citer tous. Nous les retrouverons soit au titre étiologique soit au cours des discussions pathogéniques. La thèse de Lequeux renferme à ce sujet une classification très complète. Ebarh en 1723, Brebisius en 1737 publient plusieurs cas d'hémorragies mixtes du nouveau-né. Hesse et von Pierer en 1825 décrivent les accidents dus aux hémorragies digestives à peu près inconnues jusqu'alors. Des observations d'hématémèses vraies sont rapportées par West (in *Traité des maladies des enfants*, 1845), Bozonet (*thèse* 1866), Kling (1875), Silbermann (1877), Pomorski (1888), Dusser (1889), Milton Lewis (1896). Le point de vue pathogénique et spécialement l'influence de la syphilis héréditaire sont envisagés par Manget (1893) et Hermary (1897) à peu près à la même date que le travail de Lepage (1893) et postérieurement à la thèse d'agrégation de Ribemont-Dessaignes (Paris 1880).

En ce qui concerne surtout le mélæna, Stork en fait mention le premier en 1750. La première monographie est celle de Hesse en 1825 où l'auteur sépare le melæna vera du melæna spuria, distinction qui se retrouve depuis dans les classiques. A plus ou moins longs intervalles suivirent des observations de Brebis, Ettinger, Riedelin, Lafaurie, Billard, Gendrin, Rehn, Kunsch, Barrier, réunies dans le travail de Rilliet in *Gazette médicale* 1848.

De nombreux auteurs modernes ont par la suite apporté leur contribution sous forme soit d'observations, soit de revues critiques. C'est ainsi qu'Audry a publié dans le *Lyon médical* 1901, une statistique de son service de la Charité avec discussions et commentaires. Lequeux replace la question dans le cadre général des hémorragies du nouveau-né et dans sa thèse très documentée (Paris 1906) tente une démonstration pathogénique avec observations et recherches personnelles à l'appui.

Les traités classiques soit de médecine infantile (Grancher) soit d'obstétrique (Lepage et Ribemont; Bar, Maygrier et Jeannin), consacrent quelques pages à cette étude. Enfin, on retrouve dans les *Bulletins de la Société d'obstétrique de Paris*, des observations de Voron (1909-1912), Fabre et Rhenter (1911) avec présentations de pièces anatomiques, critiques pathogéniques, déductions thérapeutiques et pronostiques (Voron in *Bulletin* 1912). Des thèses ont été inspirées sur ce sujet à Thellier (Lyon 1905-1906) et Poursain (Lyon 1912-1913).

A la suite de cette longue énumération une remarque s'impose qui peut s'appliquer d'ailleurs à l'histoire de la médecine en général. La question des hémorragies digestives du nouveau-né, de sa période de début confuse et descriptive a évolué vers une phase étiologique et pathogénique que nous allons maintenant envisager.

Etiologie. — Le dépouillement des observations, la lecture des statistiques et des travaux d'ensemble sur les gastro-enterorragies fournissent une telle abondance et une telle diversité de causes qu'il est malaisé, non seulement de les classer, mais de ramener chacune d'elles à sa juste valeur. La classification que nous donnons n'a pas la prétention d'être définitive; elle n'est qu'un procédé didactique commode pour l'exposition d'une question complexe.

Les hémorragies digestives du nouveau-né sont une affection peu fréquente. Il en est de muettes qui ne s'extériorisent pas et qui sont des trouvailles d'autopsie dont nous ne pouvons tenir compte. En ce qui concerne ces dernières, le pourcentage donné par Audry semble trop élevé et en tout cas leur proportion échappe à toute détermination précise.

Si rare que soit une telle affection, elle n'est cependant pas exceptionnelle. Sans doute, elle tient une faible place dans la pathologie du nouveau-né, mais à la Maternité de l'Hôtel-Dieu on en observe chaque année 5 ou 6 cas sur 1.500 accouchements. Ces cas sont quelquefois sériés sans qu'on puisse invoquer comme lien entre eux autre chose que le sens obscur d'un génie épidémique inconnu. Les chiffres de Hecker sont comparables (8 sur 4.000) ceux de Lorenz Kling notablement inférieurs (17 p. 12.000).

Par rapport aux autres manifestations hémorragiques qui s'observent chez le nouveau-né, Grandidier, sur 220 cas, relève 130 fois la voie ombilicale, puis dans l'ordre : peau, tube digestif, bouche. Le tableau de Ribemont, qui porte sur 90 cas, donne 13 hémorragies intestinales et seulement 6 stomacales, Epstein, sur 66 cas relevés à la maison de santé de Prague, trouve :

Omphalorragies	31
Hémorragies buccales	13
Hémorragies par la peau	12
Hémorragies intestinales	16

puis, beaucoup plus rarement, viennent les hémorragies gastriques.

Les 13 cas d'Orlowski se répartissent de la manière suivante :

Hématémèse et melæna	3
Melæna seul	3
Hématémèse seule	2
Hémorragies cutanées	2
Omphalorragies et h. buccales	1
Hématémèse, h. buccale et nasale	1
Hématémèse, h. cutanée	1

Certains auteurs se sont préoccupés plus particulièrement des rapports réciproques de l'hématémèse et du melæna. Silbermann a recueilli 41 observations dont :

Hématémèse et melæna	25
Hématémèse seule	10
Melæna seul	6

Lœderer en cite 8 se répartissant en :

Hématémèse et melæna	4
Melæna	3
Hématémèse	1

Düsser enfin, sur 76 observations, donne :

Hématémèse et melæna	30
Melæna	35
Hématémèse	11

D'une manière générale, l'hématémèse semble d'observation moins fréquente que le melæna.

Les cas mixtes sont, sans doute, affaire de siège de l'hémorragie, de durée de l'affection et du transit gastro-intestinal.

Ces hémorragies digestives, phénomène local, sont, en général, un accident précoce des premiers jours, du deuxième au quatrième par opposition au purpura infectieux plus tardif.

L'influence du sexe reste indécise. Rilliet assure que les garçons sont plus souvent frappés que les filles. Billard est d'un avis contraire. Kling trouve 9 filles pour 8 garçons. Silbermann constate 20 cas concernant les filles, contre 14 intéressant les garçons. Hecker enfin, compte 3 garçons pour 5 filles.

La prématurité semble n'avoir qu'une faible influence. Il est même paradoxal de voir que ces accidents s'observent fréquemment chez des enfants nés à terme et vigoureux. L'opinion de Gremser et d'Audry semble donc controuvée par les faits.

Les facteurs plus immédiats invoqués par les auteurs sont multiples. On peut les classer de la manière suivante :

1. Facteurs obstétricaux, d'ordre surtout traumatique, soit interventions au cours de l'accouchement : forceps, version, extraction du siège, tractions ; soit manœuvres destinées à rappeler à la vie, un enfant en état de mort apparente. Pomorski incrimine des lésions du système nerveux d'origine obstétricale d'où résultent des troubles des centres vaso-moteurs. Cette hypothèse est à rapprocher de celle de Preuschen (*Centr. f. gyn.*, mars 1894) qui part de la coïncidence relativement fréquente qui existe entre les hémorragies gastro-intestinales et les épanchements de sang intracraniens pour affirmer, comme déjà Schiff en 1845, que les lésions de la substance nerveuse centrale déterminent des infarctus du côté de la muqueuse digestive.

2. Facteurs physiologiques. — Ce sont, surtout, les conditions nouvelles auxquelles doit s'adapter le nouveau-né et les conséquences qu'entraîne le passage de la vie intra-utérine à l'existence autonome : établissement de la respiration, perturbations circulatoires, hypertension du système porte, suractivité des organes hématopoiétiques et surproduction globulaire. D'un autre côté, on a incriminé l'évacuation retardée ou la rétention du méconium, l'altération du lait ou la surcharge digestive consécutive à une alimentation lactée mal réglée.

3. Facteurs anatomiques. — La première idée qui vient à l'esprit, étant donné le siège de ces hémorragies, est d'invoquer l'action locale du suc gastrique. Certains auteurs signalent une gastrite fœtale (Billard et Bohn). D'autres relèvent des ulcérations du tube digestif, des raptus vasculaires, des infiltrations ecchymotiques des tuniques, des altérations vasculaires et globulaires, hépatiques, spléniques. Landau signale la thrombose de la veine ombilicale liée à une respiration insuffisante avec embolie consécutive au niveau du tronc cœliaque. Genrich croit à une lésion primitive des vaisseaux ou à une embolie dont les hématomes, si fréquents au niveau des valvules auriculo-ventriculaires (hémato-nodules de Parrot) seraient l'origine.

Quelques cas exceptionnels d'invagination intestinale ont été signalés. Il n'est pas jusqu'à certaines malformations qui n'aient été incriminées. Hergott (*Soc. obst. de France* et *Revue médicale de l'Est*, 1894), a publié un fait de melæna avec malformations cardiaques. Les arrêts de développement de cet organe ou des gros vaisseaux seraient susceptibles d'amener, avec la cyanose, des stases allant jusqu'aux raptus hémorragiques.

4. Facteurs dyscrasiques et toxiques : Alcoolisme héréditaire. Albuminurie. Eclampsie maternelle. Hémophilie. Purpura héréditaire. Il faut rapprocher de ces causes, la déchéance physique des ascendants, l'infériorité, la misère physiologique des parents.

5. Facteurs infectieux. — Ce sont ceux auxquels est soumis le plus souvent le nouveau-né. Tous les auteurs signalent le rôle considérable de la syphilis. Klebs et Eppinger ont décrit la monas hemorragica comme élément particulier des hémorragies, en

général. De même, Gartner décrit un élément microbien, qu'il accuse d'être le seul agent provocateur des accidents. Cette théorie a été battue en brèche. Charrin, Bar, Rénon ont établi que tous les germes pouvaient devenir hémorragiques. Si, par conséquent, il n'existe pas, comme pour les animaux (Nocard, Leclainché), de microbe spécifique de la septicémie hémorragique, certaines espèces ont peut-être une influence prépondérante. Il peut s'agir, soit d'une infection monomicrobienne à streptocoque, à staphylocoque, à colibacille, à bacille d'Eberth, à pneumocoque (scarlatine, diphtérie, rougeole, fièvre typhoïde), soit d'infections polymicrobiennes (variole hémorragique et streptocoque, scarlatine et staphylocoque), soit encore d'une infection surajoutée à une maladie antérieure (syphilis et injection colibacillaire).

Cette infection peut exister avant la naissance, être transplacentaire : c'est le cas des enfants, nés de mères infectées avant l'accouchement. Elle peut survenir après la parturition (septicémies puerpérales). Ses portes d'entrée sont multiples : ombilic (omphalites), voies digestives, voies respiratoires.

De cette longue énumération, deux causes principales sont à retenir : le remaniement du système circulatoire chez le nouveau-né et les infections auxquels il est exposé. Nous allons essayer de préciser par quel mécanisme de tels facteurs peuvent déterminer la maladie qui fait l'objet de notre description.

Pathogénie. — La question est complexe, à en juger par les modes d'action, tour à tour défendus, puis abandonnés. Leur multiplicité, de même que le nombre des facteurs étiologiques déterminants, laissent prévoir la difficulté du problème ; la lecture des mémoires où sont exposées toutes ces possibilités, n'est pas concluante. De même, qu'en ce qui concerne une maladie, trop de remèdes démontrent l'inefficacité de la thérapeutique, de même, trop d'hypothèses visant à éclaircir la question qui nous occupe, sont déjà un indice qu'elle n'a point reçu sa réponse définitive, et que la difficulté n'est que reculée. Parmi les nombreux travaux entrepris sur ce sujet, la thèse de Lequeux est le mémoire le plus personnel et le plus documenté, à un point de vue général, car l'auteur élimine, systématiquement, les influences locales dont il faut cependant tenir compte. Mais le fait de replacer ces gastro-entérorragies dans un cadre général, d'étudier les agents déterminants, le retentissement des toxi-infections sur l'économie entière, éclaire certains côtés du problème restés jusque-là obscurs. Avant d'entreprendre la revision de ces doctrines et d'en tirer, si possible, les conséquences qu'elles comportent, il faut se reporter aux conditions qui régissent l'organisation du fœtus à la naissance. De parasite qu'il était, l'enfant devient un organisme autonome et la période dite du nouveau-né n'est qu'une phase de transition pendant laquelle l'organisme s'adapte à un genre de vie nouveau, par des modifications anatomo-physiologiques profondes. Notre intention n'est pas de présenter une étude anatomo-physiologique du nouveau-né, mais de mettre en relief les éléments principaux intéressants au point de vue pathogénique.

1. Le remaniement du système circulatoire par suite de l'établissement de la circulation pulmonaire ;

2. La transformation de la circulation hépatique ;

3. Le développement considérable et la surcharge possible du système porte ;

4. La suractivité des organes hématopoïétiques (tissu myéloïde, foie, rate, épiploon, ganglions) et la polyglobulie des premiers jours.

C'est ici le lieu de faire intervenir sur un terrain aussi favorable l'action élective des facteurs déterminants. Théoriquement orientés suivant un double processus, l'un local congestif et ulcératif, l'autre infectieux à déterminations générales, ils se complètent, se coordonnent et se renforcent, en fait. Localement, l'asphyxie, l'accouchement laborieux, les traumatismes craniens, les hémorragies cérébro-méningées peuvent provoquer la congestion hépato-portale et intestinale, par conséquent les varices et les ruptures vasculaires, par voie directe ou réflexe ; de même le froid et les brûlures étendues. Le mécanisme de l'ulcération reste sujet à controverses. L'assimilation de l'ulcère du nouveau-né à l'ulcus de l'adulte ne saurait être soutenue absolument. On a incriminé l'ingestion de liquide amniotique irritant ; Billard et Bohn ont fait appel à une gastrite fœtale. Une thrombose ou une embolie à point de départ ombilical peut occasionner au niveau du tube digestif une nécrose d'un petit territoire vasculaire. D'où l'ulcération et l'hémorragie lors de la chute de l'escarre.

Plus généralement, Lequeux fait intervenir l'influence des microbes et de leurs toxines sur l'économie. Le nouveau-né qui présente déjà des prédispositions héréditaires, dyscrasiques ou physiologiques est par surcroît sujet à des infections multiples (digestives, broncho-pulmonaires, septicémiques). Or, c'est la signature anatomique de ces agents toxi-infectieux sur le système nerveux, les tissus, les parenchymes glandulaires qu'il importe de préciser. Là se trouvent les facteurs d'ensemble qui peuvent déterminer et conditionner un processus hémorragique dans sa répétition, son abondance, sa gravité. Certaines gastro-entérorragies s'accompagnent d'ailleurs de phénomènes généraux (convulsions, ictère, infections pulmonaires) indices d'une affection qui frappe l'organisme entier. On s'élève aussi jusqu'aux notions les plus complexes et les plus discutées de la pathologie générale. Demelin, Soly, Lequeux ont insisté sur les lésions vasculaires, hépatiques, rénales, gastro-intestinales peut-être de la syphilis. Gaudry (1) invoque la toxémie. Au moment de la naissance, l'organisme subit des modifications brusques de toutes ses fonctions ; si, pour une raison quelconque, le fonctionnement des organes éliminatoires ne s'établit pas rapidement, il s'établit une auto-intoxication suraiguë qui peut être la cause de nécroses hémorragiques de la muqueuse intestinale et d'autres viscères.

Quoiqu'il en soit, les microbes et leurs toxines déterminent histologiquement des lésions hémorragiques sur le foie, la rate par la veine porte et la veine ombilicale : d'où l'ictère, la congestion hépato-portale, la pléthore sanguine intestinale, les varices et par conséquent l'hématémèse et le melæna. L'altération des organes hématopoïétiques explique la présence dans le sang d'éléments anormaux, les modifications de la coagulabilité. Et ceci amène à étudier le milieu intérieur, la formule sanguine du nouveau-né en cours d'infection. La polyglobulie du début fait place à un abaissement rapide du taux

(1) GAUDRY. L'ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies, *Th. de Paris*, 1899.

globulaire. Ce phénomène polyglobulique jouerait un rôle considérable dans la production du raptus hémorragique. Goislard reconnaît à la naissance l'existence d'une quantité de globules rouges et d'hémoglobine comparativement beaucoup plus élevée que dans la moyenne normale des adultes ; elle serait supérieure d'un million et demi pour les hématies, de 10 à 20 p. 100 pour l'hémoglobine elle-même. Les globules rouges atteignent leur maximum dans la première semaine (5 à 7 millions), diminuent ensuite à partir du onzième jour et atteignent leur minimum dans la première année, entre 4 et 5 millions et demi environ. Vernet, dans sa thèse, dit que dans les cas graves d'infection aiguë la réaction myélinique détermine l'essor de normoblastes. Si cette affirmation est vraie dans la majorité des cas, il en est d'autres où elle semble en défaut ; on peut alors se demander avec Lequeux si la glande hépatique ne traduit pas par ce phénomène son état d'énergie ou de déchéance.

Pour ce qui est du rapport des poly aux mononucléaires, « si l'on représente par des courbes les états numératifs successifs des mono d'une part, des poly de l'autre, il semble que dans les cas aboutissant à la mort par hémorragie et quelle que soit la cause des phénomènes les deux courbes décrivent chacune une marche inverse, d'abord élevée pour les poly, puis progressivement décroissante ; basse au début pour les mono, mais cependant au-dessus de la moyenne, puis progressivement croissante. En fin de compte, les poly restent sensiblement au-dessous de la moyenne normale, tandis que les mono s'accroissent de plus en plus » (Lequeux). L'hématolyse, le retard ou l'imperfection de la rétraction du caillot, le défaut de coagulation, l'éosinophilie à pronostic discuté complètent ces données hématologiques.

En définitive, l'action générale des toxi-infections semble la suivante : modifications de la pression sanguine et augmentation de la tension, hyperglobulie ; congestion corrélative ; altérations sanguines ; altérations des parois vasculaires ; troubles vasomoteurs par dilatation passagère due aux toxines. Peut-être ce mécanisme explique-t-il les cas d'hémorragies digestives où l'autopsie ne révèle rien d'évident. Cependant on a peine à croire qu'un processus grave au point d'entraîner la mort ne laisse pas de signature anatomique plus nette. Quoiqu'il en soit par la notion complémentaire des actions locales décrites précédemment les deux faces du problème s'éclairent.

Chez le nouveau-né en équilibre sanguin instable des causes en apparence minimes peuvent déclancher un orage hémorragique soit au niveau du tube digestif, soit partout ailleurs. Déterminations locales, actions à distance agissent, soit isolément, soit de concert pour provoquer les gastro-entérorragies dont nous allons étudier les aspects anatomopathologiques puis les modalités cliniques.

(A suivre.)

La Désertion devant l'ennemi, par les Drs Paul Blum (de Reims), chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Jean Poisson, licencié en droit. In-8 carré. — Prix : 6 fr. — Paris, Vigot frères.

Die Lungentuberkulose. Ihre Pathogenese, Diagnostik and Behandlung, par le prof. Felix Klemperer. In-8, 16 fig. et 5 tableaux. — Prix : 40 marks. — Berlin-Vienne 1920, Urban et Schwarzenberg.

ÉPILEPSIE PSYCHIQUE D'ABORD MÉCONNUE

CONSTITUTION ÉPILEPTOGÈNE SE RÉVEILLANT SOUS INFLUENCES DE GUERRE

Par le Dr VERNET,
Interne à l'Asile de Maréville.

Le malade, que nous avons eu l'occasion d'examiner, était âgé de 27 ans, célibataire, et exerçait la profession de garçon de courses.

Dans ses antécédents héréditaires on trouve de l'alcoolisme chez le père et chez la mère, mais surtout alcoolisme paternel.

Dans les antécédents individuels, nous relevons des crises d'épilepsie à l'âge de 7 ans, crises qui ont duré quelques années ensuite ; mais ces crises ne se produisaient qu'à intervalles assez longs.

C... ne fit pas de service militaire avant la guerre et fut réformé pour faiblesse de constitution?

Récupéré pendant la guerre, il fut considéré à son corps comme ayant « un caractère sombre et soupçonneux. » Il fut évacué de son corps vers le milieu de juin 1918 avec la note médicale suivante : « Délire de persécution, aggravé par le service. » Entré dans un centre neuro-psychiatrique, il était transféré fin juin 1918 à l'asile de Maréville avec le diagnostic : « Est atteint d'aliénation mentale caractérisée par des idées délirantes de persécution avec interprétations et hallucinations auditives... Le malade prétend que ses camarades veulent lui faire la peau, il les entend distinctement lui crier des injures et des grossièretés. Pas d'hallucinations visuelles, pas d'état confusionnel. Affaiblissement intellectuel ; à surveiller spécialement. » (Cette recommandation paraît indiquer qu'il avait montré un caractère particulier, c'est-à-dire une irritabilité spéciale, peut-être de l'impulsivité, que nous avons pu, du reste, constater durant son séjour à l'asile.)

Dès son arrivée à l'asile, C... déclare ne rien se rappeler de ces idées de persécution ou de ces hallucinations, aussi M. le Dr Paris, médecin en chef, croit devoir réserver le diagnostic et délivre le certificat de 24 heures suivant : «... Certaine débilité mentale avec indifférence affective, mais pas d'idées délirantes, pas d'hallucinations, ne se rappelle rien des troubles signalés dans le certificat à fin d'admission, les nie. »

Le 26 juillet 1918, C... a un second accès de troubles mentaux, prend pour lui les réflexions des voisins qui ne s'occupent pas de lui ; ces interprétations occasionnent de l'excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité, des récriminations, des menaces.

Le 14 août 1918, a un troisième accès constaté de troubles mentaux. Se plaint d'avoir été traité d'assassin, de voleur, etc., par le Dr Paris, alors que ce dernier est absent de l'asile. « Je vous entends bien, lui dit-il peu après, dire dans la cour que je suis un assassin, un propre-à-rien et toutes sortes de choses après moi ; je sais bien que l'on est après moi. » C..., en même temps, se montre irrité et menaçant.

Il avait donc bien à ce moment des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe.

Quelques jours après, C... ne se rappelle pas les idées délirantes, ni les hallucinations qu'il a présentées, ni les menaces qu'il a proférées. Il présente simplement sa débilité mentale habituelle, de l'indifférence affective, n'écrivant jamais à ses parents, ne voulant pas leur écrire, ne manifestant pourtant aucune animosité à leur égard.

Plusieurs fois encore, au cours de son séjour à l'asile, on le surprend tenant des monologues ou plus vraisemblablement des dialogues (hallucinations) dont il ne conserve aucun souvenir.

Il sort amélioré de l'asile, au début de 1920, sur la demande de sa famille.

Nous nous sommes donc trouvés en présence d'un descendant d'alcoolisés comme le sont le plus grand nombre des épileptiques, chez lequel la tare héréditaire s'est accusée à l'occasion de la puberté par des accès d'épilepsie constatés pendant quelques années.

C... avait bien le caractère épileptique puisqu'il

était signalé comme étant habituellement sombre, soupçonneux, taciturne, défiant, irritable.

Il a présenté périodiquement, à intervalles variables, des idées délirantes et des hallucinations. Malgré l'absence de toute convulsion, la nature épileptique de ces crises s'est affirmée par leur brusquerie d'apparition, l'inconscience, la disparition rapide, l'amnésie, la brièveté de ces troubles et leur répétition suivant un mode uniforme. On est donc fondé à les considérer comme des équivalents épileptiques.

C... a donné également des réactions rapides avec impulsivité qui se sont caractérisées par la soudaineté d'apparition, l'inconscience, l'amnésie consécutive ; ces réactions rentrent par conséquent bien dans le caractère épileptique.

Nous avons donc eu sous les yeux un malade ayant eu dans sa jeunesse des crises convulsives et qui, peut-être temporairement, a fait de l'épilepsie larvée.

On peut même penser que ces équivalents épileptiques ont été occasionnés par la guerre ; en effet, depuis bon nombre d'années, C... n'avait plus d'accès convulsifs, et ce n'est qu'après sa récupération et son séjour au front que les équivalents sont apparus, probablement occasionnés par fatigues ou frayeurs.

Il faut donc, surtout en cas d'insuffisance de renseignements sur les antécédents, maintenir en observation prolongée les sujets présentant un délire analogue, qui commence et finit brusquement en laissant une amnésie consécutive. On ne peut acquérir une certitude pour diagnostiquer l'épilepsie psychique ou larvée que lorsque les accès de ce délire reviennent avec une certaine périodicité, sont à peu près identiques les uns aux autres et suivis d'amnésie.

L'amnésie surtout a ici une importance toute particulière et sa constatation doit orienter les recherches relatives à l'étiologie et à la nature de l'affection, à la symptomatologie de laquelle elle appartient ; c'est ainsi que l'on trouve assez nettement accusés ici la cause prédisposante habituelle (alcoolisme du générateur), les caractères de la mentalité générale et du psychisme périodique de l'épileptique.

LETTRE D'AMÉRIQUE

La plupart des questions que j'ai déjà eu l'occasion de signaler semblent être restées à l'ordre du jour en Amérique. Par exemple, les blessures des nerfs périphériques (1) sont revenues devant l'A. M. A., à la réunion de la Nouvelle-Orléans. Dean-Lewis (2) (de Chicago), président de la section de chirurgie générale et abdominale, a pris pour sujet du discours présidentiel, les *principes de la chirurgie des nerfs périphériques*. Le tissu de cicatrice est le principal obstacle à la régénération : le névrome qui se forme régulièrement après la section d'un nerf ne représente qu'un effort de réparation de la nature frustré par du tissu de cicatrice (on peut mentionner ici, en passant, que Lewis, qui a souvent employé l'injection d'alcool dans le traitement de la névralgie du trijumeau a empêché par le même moyen, la formation des névromes dans les moignons d'amputation). Lewis condamne sans réserves la tendance qui s'est manifestée récemment de suturer par l'intermédiaire d'un névrome. Il faut au contraire réséquer tout le névrome et remonter aussi haut qu'il est nécessaire pour avoir du tissu nerveux sain, et l'infiltration cicatricielle remonte beaucoup plus haut que le renflement du névrome : l'emploi des coupes congelées est recommandé par Lewis, car l'aspect macroscopique n'est pas un guide sûr. Il est absolument nécessaire de respecter le groupement physiologique des fibres nerveuses et d'éviter toute rotation et toute torsion axiale. La suture bout à bout est la seule en laquelle on puisse avoir confiance. Elle est souvent rendue possible par une libération étendue du nerf, qui ne semble point avoir d'inconvénients. Il faut opérer tôt. La neurolyse est souvent utile, mais il est difficile de dire si les résultats observés après son emploi sont dûs à la nature seule ou à l'opération. L'enveloppement du nerf dans des lambeaux de muscle, de fascia ou de graisse, conduit généralement à la formation d'adhérences. Les nerfs ne se régénèrent pas tous aussi vite. Le musculo-cutané du bras se régénère très vite et très complètement : puis vient le radial, dont la suture donne presque toujours de bons résultats, quel qu'en soit le niveau. Puis vient le sciatique poplité interne, puis le médian. Le sciatique poplité externe est le plus lent.

L'*empyème* a été discuté à l'A. M. A., et à l'American Surgical Association. Les conclusions des auteurs ne diffèrent point essentiellement de celles déjà exposées dans une précédente lettre (3). Graham (4) a essayé de démontrer l'importance de la capacité pulmonaire vitale dans la chirurgie de l'empyème. Il est arrivé à cette conclusion, en apparence un peu paradoxale, en tout cas contraire aux opinions couramment acceptées, à savoir qu'un pneumothorax double ouvert n'est pas sensiblement plus dangereux qu'un unilatéral, pourvu que la somme des surfaces des ouvertures du pneumothorax bilatéral ne soit pas plus grande que la surface de l'orifice du pneumothorax unilatéral. L'examen au spiromètre indique le maximum d'ouverture possible quand il n'y a pas d'adhérences stabilisantes. Les opérations thoracoplastiques larges entraînent une réduction notable et apparemment permanente de la capacité vitale. Donc n'y avoir recours que comme dernière ressource.

Tout en admettant qu'il ne faut pas faire de thoracotomie large précoce, tant qu'il y a pneumonie (point sur lequel tout le monde est d'accord) et que, pendant ce temps, il faut se contenter d'aspirer ou de faire une simple incision intercostale, avec fermeture hermétique autour d'un tube, Eggers (5) insiste sur le vieil adage : *Ubi pus, ibi evacua*. Le traitement doit être individualisé pour chaque cas : mais le principe fondamental reste le drainage large au point déclive (ce qui, ainsi que le fait remarquer Thomas, veut souvent dire drainage plus bas qu'on ne le fait généralement, drainage du cul-de-sac costo-diaphragmatique dans le 10e ou 11e espace intercostal). Eggers ne considère point les méthodes d'aspiration continue comme suffisantes. Le secret de la guérison n'est pas l'aspiration, mais la stérilisation obtenue par un drainage large et, peut-être, des lavages antiseptiques. Le seul processus certain de guérison pour un empyème est l'oblitération de la cavité par adhérence des feuillets pleuraux.

La *chirurgie du corps thyroïde* a aussi été l'objet de nombreux travaux présentés aux mêmes Sociétés. L'étude du métabolisme fondamental, les indications

et la technique du traitement opératoire du goitre exophtalmique continuent à soulever beaucoup de discussions, quoique, de plus en plus, les conclusions de Crile et de Mayo soient généralement acceptées (6). De la série de communications devant l'A. M. A., il n'y a à noter comme véritablement nouveau que la proposition de MASON (7) d'employer les cautérisations petites et répétées pour diminuer l'hyperthyroïdisme, et la technique de WILLARD BARTLETT (8) pour la thyroïdectomie d'urgence. Bartlett fait une incision, sous anesthésie locale, le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, du côté droit. Cette incision rencontre beaucoup moins de vaisseaux que l'incision transversale. Point de lambeaux à disséquer. Dès l'incision faite, on place les sutures cutanées, qui sont maintenues hors du champ de l'opération par un écarteur automatique. On ne coupe point les muscles rubanés préthyroïdiens, on écarte leurs fibres, le peaucier seul étant divisé. Lorsque le corps thyroïde est exposé, la plaie est arrosée d'alcool pour sceller les lymphatiques et empêcher l'absorption ultérieure de produits thyroïdiens. Puis la thyroïdectomie est pratiquée. Toutes les pinces hémostatiques employées au cours de l'opération sont laissées en place (il y en a de 14 à 40 et plus) et enveloppées dans un pansement. La plaie est laissée ouverte pendant 24 ou 48 heures, après lesquelles on change le pansement que l'on trouve inondé de sérosité; alors seulement on lie les sutures cutanées. Les avantages de cette technique, qui est préconisée pour les cas de pronostic douteux, trop avancés pour une thyroïdectomie classique et qui ne seraient pas améliorés par une ligature (adénome toxique) sont : 1° voie d'attaque la plus directe, rapide, sans perte de sang; 2° non absorption de sécrétion thyroïdienne toxique; 3° économie de temps; 4° drainage large de la plaie, sans rétention.

A retenir de la communication de LAHEY (9) sur les goitres intrathoraciques qu'il ne faut jamais les morceler. Il y a une capsule et un plan de clivage nets. Il vaut mieux, au besoin, diviser le sternum qu'encourir le risque d'hémorragie ou d'ablation incomplète que causerait le morcellement.

BARNHILL (10) envisage la chirurgie du corps thyroïde au point de vue du laryngologiste. Il pense que ce dernier a le droit d'y faire concurrence au chirurgien général. Il a plusieurs fois pratiqué une ablation du corps thyroïde avec la capsule et croit que, dans beaucoup de cas, cela peut se faire sans danger pour le récurrent et les parathyroïdes. Cette dérogation à l'un des principes fondamentaux de la chirurgie thyroïdienne a probablement plus de risques que d'avantages.

Parmi les autres discours de présidents de sections, portant sur des sujets jugés par eux, avoir un intérêt général, signalons celui de HAYNE (11), de la section de médecine préventive et de santé publique, et celui de SMITHIES (12), de la section de gastro-entérologie. Hayne a choisi comme sujet, les *droits de l'enfant*, question dont hélas ! il n'est pas besoin de souligner l'actualité. Il les résume ainsi : 1° Le droit d'être conçu, ce qui, chose étrange, est le droit qui a été le plus contesté. Le malthusianisme a fait des ravages en Amérique et Roosevelt, à maintes reprises, a combattu avec son énergie coutumière, la tendance croissante de la famille américaine moderne à se composer d'un parasite humain, appelé une épouse, et d'un caniche adulé; 2° le droit de naître après avoir été conçu; 3° le droit d'avoir des parents sains, physiquement et mentalement, sans oublier toutefois que des procréateurs parfaits pourront ne jamais produire un Shakespeare, un Raphaël ou un Beethoven et qu'inversement, certains des plus grands progrès de l'humanité sont venus d'hommes inférieurs au point de vue physique; 4° le droit d'avoir sa mère protégée par l'État, de telle sorte que ni la pauvreté ni l'ignorance ne l'obligeront à naître dans un milieu antihygiénique ou sans l'aide de gens réellement compétents; 5° le droit d'avoir le lait de sa mère; 6° le droit, garanti par l'Etat, d'avoir autant de chances que n'importe quel autre enfant de devenir un être normal et sain; 7° le droit, quand il atteint l'âge scolaire, d'avoir ce que toutes les ressources du gouvernement peuvent produire de meilleur. C'est là, dit Hayne, la prophylaxie du bolchevisme.

SMITHIES a pris pour texte la *signification des facteurs étiologiques dans le traitement des ulcères de l'estomac*. La thérapeutique n'a pour ainsi dire pas progressé depuis les principes posés par Celse : Enlever ou neutraliser l'acide qui cause l'ulcère et la nature fera le reste. Cela a passé de génération en génération, par tradition. Et pourtant ni l'ulcère, ni même les symptômes de l'ulcère ne sont dus à l'action corrodante du suc gastrique, cause toujours invoquée. Il est impossible de produire un ulcère par l'acide chlorhydrique en dilution deux ou trois fois plus forte que la normale : une acidité croissante n'empêche pas la cicatrisation d'opérations gastriques : beaucoup de malades ayant un ulcère sont hypoacides. Sur 2.168 cas d'ulcère prouvé, Smithies a trouvé 56 cas sans Hcl libre, 499 avec moins de 30 d'Hcl libre : 890 avec Hcl normal et seulement 723, soit juste un tiers, avec de l'hyperchlorhydrie. Il donne un tableau de 522 cas, avec la classification suivante, en faisant remarquer que celle-ci n'est pas complète, et qu'il sera probablement le premier à la modifier : infectieux, 173 (33,1 p. 100); artérioscléreux, avec ou sans hypertension, 77 (14,7 p. 100); hypertonie viscérale, 68 (13 p. 100); anémie chronique, 61 (11,3 p. 100); syphilitique, 41 (7,8 p. 100); hypotonie viscérale 27 (5,2 p. 100); postopératoires, 27 (5,2 p. 100); intoxications professionnelles, 22 (4,2 p. 100); troubles du métabolisme, 18 (3,4 p. 100); traumatiques, 8 (1,5 p. 100). L'ulcère gastrique n'est point une maladie locale, mais seulement une partie d'un complexus pathologique général.

Quelques mots, en terminant, sur une communication de CONNER (13) (de New-York) sur les *maladies du cœur envisagées comme problème d'hygiène publique*. Sur 1.066.711 morts aux Etats-Unis en 1917, 128.719, soit 12,1 p. 100 ont été causées par les maladies de cœur. Si l'on ne considère que les morts à 40 ans et au-dessus, la proportion monte à 18,8 p. 100, près d'un cinquième. Sur 5.000.000 d'hommes examinés pendant la guerre, 200.000 ont été déclarés impropres au service militaire pour lésions cardiaques; s'il est vraisemblable qu'un certain nombre de ceux qui ont été rejetés n'avaient point en réalité de lésion organique, l'erreur est compensée par ce fait que les formes atténuées ont été acceptées pour les services non combattants, et qu'en outre deux des groupes les plus importants de maladies de cœur, ceux dus à la syphilis et à l'artériosclérose, ne sont guère représentés de 20 à 35 ans, âges examinés. La question de l'utilisation pratique

du cardiaque, de telle sorte qu'il ne soit pas simplement un fardeau pour la société, vaut donc qu'on s'en occupe. Conner énumère ce qui a été fait sous ce rapport dans la ville de New-York : d'abord l'établissement de consultations spéciales avec examens périodiques pour cardiaques ambulants, toujours le soir, afin de permettre aux travailleurs d'y assister sans perte de temps; puis, la création d'écoles où l'on apprend aux cardiaques un métier compatible avec la nature et le degré de leur infirmité, un travail dont la reprise n'est pas suivie invariablement de rupture de la compensation; enfin, l'organisation d'une association pour la prévention des maladies du cœur et l'assistance de ces malades. Les maisons de convalescence jouent un rôle très important dans ce plan. Comme le fait remarquer LAMBERT, la prévention des lésions cardiaques n'est pas une affaire de traitement et d'inoculation, mais purement d'éducation et d'hygiène personnelle. Le soin des dents et de la gorge des enfants est d'importance capitale : les dents semblent encore plus nocives que les amygdales. Il faut enseigner aux parents la nécessité de plus grands ménagements pendant la convalescence des maladies infectieuses aiguës. Prévention du « rhumatisme » sous toutes ses formes, de la syphilis, de l'artériosclérose, voilà à quoi se résume le programme. La prévention a ici beaucoup plus d'importance que le traitement, encore que celui-ci ne soit point de valeur négligeable au point de vue économique.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 32, p. 502.
(2) *Journ. A. M. A.*, 10 juil. 1920, p. 73.
(3) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 41, p. 647.
(4) *Journ. A. M. A.*, 9 oct. 1920, p. 992.
(5) *Ibid.*, p. 995.
(6) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 984.
(7) *Journ. A. M. A.*, 17 juil. 1920, p. 160.
(8) *Ibid.*, p. 169.
(9) *Ibid.*, p. 163.
(10) *Journ. A. M. A.*, 5 juin 1920, p. 1558.
(11) *Ibid.*, 17 juil. 1920, p. 143.
(12) *Ibid.*, 5 juin 1920, p. 1555.
(13) *Ibid.*, p. 1564.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1921)

Loi du « tout ou rien » ou de constance fonctionnelle, relative à l'action du testicule considéré comme glande endocrine. — M. A. PÉZARD. 1° L'action morphogène du testicule, chez les coqs, est soumise à la loi du « tout ou rien ».

2° Plusieurs séries d'expériences convergentes permettent de fixer à 0g5 environ la masse du minimum efficace.

3° La loi du « tout ou rien » entraîne, comme conséquence, la loi de constance fonctionnelle.

Sur l'action antiscorbutique de la pomme de terre crue, broyée et intacte. — M. BEZSSONOFF. L'action antiscorbutique de la pomme de terre intacte, pelée, égale celle des végétaux à action antiscorbutique marquée, tels que le choux ou le pissenlit.

La pomme de terre broyée exerce, à *dose égale*, une action antiscorbutique bien inférieure à celle du tubercule intact, l'action du jus, extrait par pression, est également inférieure, quant à l'action du marc obtenu par broyage, elle est presque nulle.

Rapport des neurites avec les tissus dans la cornée. — M. J. NAGEOTTE.

Action bactéricide du rayonnement que donnent les tubes radifères employés en radiumthérapie. — MM. CLUZET, ROCHAIX et KOFMAN.

Le microbe bactériophage, agent d'immunité dans la peste et le barbone. — M. F. D'HÉRELLE n'avait eu jusqu'ici l'occasion de chercher le bactériophage que dans des maladies présentant des manifestations intestinales ; dysenteries bacillaires, fièvres entériques, typhose aviaire; il vient d'avoir l'occasion d'étudier une sévère épizootie de barbone qui sévissait l'été dernier en Cochinchine. Dans les déjections de buffles ayant résisté à la contagion, il a reconnu la présence d'un bactériophage actif contre la bactérie du barbone, il a pu l'isoler et le cultiver, puis il a obtenu un bactériolysat conférant à l'animal l'état réfractaire vis-à-vis de l'épreuve expérimentale.

M. d'Hérelle a fait des constatations analogues et non moins importantes dans la flacherie du ver à soie, et dans la peste humaine. Il fait actuellement des recherches dont on saisit le grand intérêt au sujet de la prophylaxie de la peste.

« La conclusion à tirer de ces nouvelles recherches, c'est que la défense par bactériophage constitue un fait général. Chaque fois qu'un organisme animal guérit d'une maladie bactérienne, chaque fois qu'un animal résiste à l'infection, on peut isoler, du contenu intestinal, une souche du microbe bactériophage active contre la bactérie pathogène. En cas de septicémie, on peut, parfois, constater le passage subséquent dans la circulation, du microbe bactériophage, mais toujours d'une manière momentanée.

L'habitat normal et permanent du microbe bactériophage, c'est l'intestin. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1921)

Modification à apporter à la loi de 1902. — M. Léon BERNARD lit un rapport important sur cette question.

La loi de 1902 sur la protection de la santé publique présente des lacunes. Elle a besoin d'être revisée. Le ministre a demandé l'avis de l'Académie. Une commission fut nommée, dont M. Bernard est rapporteur.

Le rapport de M. Bernard est tout un nouveau programme de l'organisation de l'hygiène en France : Etablissement de régions sanitaires, formation de corps de techniciens, médecins locaux, inspecteurs régionaux, émancipés de l'autorité municipale et de l'autorité préfectorale, à l'abri des influences de la politique locale.

A Paris et dans les grandes villes, seront conservés les bureaux municipaux d'hygiène, sous le contrôle d'inspecteurs régionaux relevant de l'État.

Suit un vaste plan de défense de la population contre les maladies transmissibles (déclaration, isolement, désinfection, etc.).

Enfin des sanctions pénales pour les communes qui n'exécuteront pas les prescriptions.

Les sténoses valvulaires incomplètes comme cause de rétrécissements à forme grave de l'œsophage. — M. GUISEZ, à l'aide de l'œsophagoscope, a pu, dans cinq cas, chez de jeunes sujets ayant dépassé la première enfance (4 à 30 ans), diagnostiquer que la cause de la dysphagie, devenue absolue, résidait en la présence, dans la région cardiaque de l'œsophage (au niveau de la traversée diaphragmatique), d'une sorte de valvule semi-lunaire incomplète. Il s'agissait là, d'une lésion certainement congénitale, insuffisante, à elle seule, pendant une période souvent longue, pour donner lieu à aucun trouble, mais pouvant, à un moment donné, être le point de départ de phénomènes locaux spasmodiques et inflammatoires qui, eux, peuvent déterminer progressivement, une sténose complète. Aussi, ces malades avaient-ils été regardés comme des spasmodiques simples de l'œsophage.

Cette forme échappe aux rayons X pendant très longtemps, c'est-à-dire tant que la déglutition aux liquides est possible, la solution bismuthée passant avec grande facilité à travers cette sténose incomplète.

Les malades ont facilement guéri, soit par la divulsion simple de la valvule et en y adjoignant de la dilatation locale, lorsque le rétrécissement était devenu inflammatoire.

Traitement des fractures du col du fémur chez le vieillard. — M. Judet a traité quatre cas de fractures du col du fémur chez des vieillards, par un appareil plâtré spécial en flexion de la cuisse à 90°, combinée à de l'abduction. Dans cette position, le fragment externe du col tend à pénétrer dans la cavité colyloïde : il vient donc presser contre le fragment interne contenu dans cette cavité.

L'appareil qui permet la station assise a été très bien toléré; il a fourni quatre résultats anatomiques et fonctionnels excellents. Notamment dans deux fractures intracapsulaires (homme de 58 ans et femme de 81 ans) voués comme chacun sait, à la pseudarthrose, la méthode de l'auteur a procuré la consolidation osseuse et le retour d'un bon usage du membre.

Ces résultats sont à mettre en parallèle avec ceux fournis par l'enchevillement des fragments au moyen d'une vis métallique ou d'une tige osseuse.

Importance des acides à fixation éthylique dans l'étude du métabolisme interne. — M. Blantierne.

Fréquence des formes frustes de l'hypersécrétion continue. — M. Pron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 15 décembre 1920)

Traitement de la scoliose par des résections costales étendues. — M. Mauclaire fait un rapport sur une observation de M. Quillois relative au traitement d'une scoliose chez un jeune homme de 18 ans par des résections costales étendues. Il reséqua ainsi les 4e, 5e, 6e et 7e côtes, 3 semaines après les 2e et 3e côtes, malheureusement les côtes se refermèrent et la bosse aussi. Le malade fut très légèrement amélioré. Il en fut de même pour un autre malade que M. Mauclaire traita par le même procédé.

Iléo-sigmodostomie. — M. Duval analyse plusieurs observations d'iléo-sigmodostomie, dans lesquelles on a constaté un recul des matières et du gaz dans la portion d'intestin exclue; dans un de ces cas il fallut faire un anus sur la transverse. Il résulte de ces faits qu'on n'obtient pas, dans ces cas, l'exclusion complète cherchée, et qu'il faut secondairement faire une colectomie totale.

M. Dujarier, dans trois cas de tuberculose iléo-cæcale, a fait une anastomose bout à bout de l'iléon avec la transverse. Il a, dans ces trois cas, obtenu un très bon résultat.

Volvulus iliaque. — M. Alglave fait un rapport sur une observation de M. Guimbellot. Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans qui a toujours été constipée, qui avait souvent de vives douleurs dans le ventre, surtout dans l'hypochondre gauche. Au cours d'une période menstruelle, elle fut prise d'accidents d'occlusion aiguë. M. Guimbellot intervient immédiatement. Il fait une laparatomie, trouve une anse intestinale distendue, violacée, dégage les deux extrémités de cette anse qui était volumineuse. Il s'agissait d'une striction par volvulus de l's iliaque. Une rotation d'un tour trois quarts est nécessaire; le rectum et le colon descendant, sont normaux. L'anse volvulée garde sa coloration noirâtre et constitue une masse énorme. La résection doit porter sur 92 cm. d'intestin, anastomose bout à bout, suites simples, guérison. Pendant 4 ans, aucun accident, plus de crises douloureuses, mais persistance de la constipation; puis réapparaissent des douleurs aiguës après les repas, un examen radio-bismuthé montre l'existence d'nn migacolon descendant.

Le volvulus iliaque est une rareté. Savariaud, Lejan, Hartmann, Lecène, Delbet, Tuffier, Souligoux, en ont cité quelques observations.

Au point de vue pathogénique, un développement exagéré de cette portion du colon prédisposerait au volvulus, on peut aussi signaler la mobilité excessive de l's iliaque. Le volvulus iliaque serait donc d'origine congénitale. Le seul traitement rationnel est la résection de l'anse volvulée et l'anastomose bout à bout.

M. Duval estime qu'en effet le seul traitement rationnel, dans ces cas, est la résection immédiate. Mais cette opération ne met pas sûrement à l'abri de la récidive du volvulus. Aussi M. Duval est-il d'avis de faire une suture incomplète avec fistulisation temporaire. Ces malades sont d'ailleurs justiciables de la colectomie totale. M. Duval cite l'exemple d'une jeune femme qui, prisonnière en Allemagne, avait été opérée, trois fois par les chirurgiens allemands. Elle fut prise après ces diverses opérations d'accidents formidables. Seule une colectomie totale secondaire pratiquée par M. Duval put la guérir.

M. Alglave fait observer que M. Guimbellot a voulu éviter à sa malade un anus artificiel. Quant à la colectomie totale secondaire, jusqu'ici elle n'a pas été indiquée chez cette malade. La colectomie totale, d'après les expériences des physiologistes sur les animaux, peut entraîner de graves conséquences.

Synarthrose de l'humérus à l'aide d'une cheville d'ivoire. — M. Lenormant fait un rapport sur une observation de M. Brou-Tapy, que nous résumons brièvement. Un homme de 57 ans est atteint d'un broyement de la partie inférieure de l'humérus; épluchage et nettoyage complet du foyer, immobilisation plâtrée, pseudarthrose. Nouvelle intervention : libération du radial, suppression d'une interposition musculaire, placement d'une tige d'ivoire dans le canal médullaire de l'os qui est entouré, en outre, d'un tube de bronze. Celui-ci est enlevé six mois après consolidation parfaite.

Epilepsie traumatique. — Dans un second rapport, M. Lenormant analyse plusieurs observations d'épilepsie d'origine traumatique traitée par des trépanations successives presque toujours suivies de récidives parfois très tardives; c'est là une question difficile et qui est loin d'être tranchée.

Gastrectomie. — M. Auvray, à propos d'un récent rapport de M. Duval, communique l'observation d'une sténose gastrique traitée par la résection pyloro-gastrique et suivie d'une biloculation de l'estomac. S'agit-il d'une vraie ou d'une fausse biloculation? toute la question est là. Cette malade mange ce qu'elle veut, digère bien et engraisse. Il y a donc contradiction entre la clinique et l'examen radioscopique.

Nouvelles indications de l'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique. — M. Leriche a pratiqué cette opération chez un enfant de 11 ans qui offrait un visage impressionnant, tout le côté droit de la face étant collé et bridé sur l'os avec atrophie musculaire presque complète, présentait cependant des réactions électriques normales. Les suites de l'opération furent simples. Il y eut, dans l'aspect de ce visage, une amélioration appréciable. L'enfant pouvait rapprocher ses lèvres et siffler. Le ganglion enlevé était anormal.

Un homme de 56 ans était atteint de zona ophthalmique avec névralgie intolérable, ablation du ganglion cervical supérieur du lympathique, disparition des douleurs, mais le crâne de cet homme qui est chauve est devenu écarlate, curieux phénomène de vaso-dilatation.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(Séance du mardi 21 décembre 1920)

Syndrome de Klippel-Feil ou de réduction numérique cervicale. — M. Lance présente une fillette de 12 ans soignée pendant quatre ans et demi pour mal de Pott sous-occipital et qui présente le syndrome de Klippel et Feil : brièveté du cou, implantation basse des cheveux, limitation des mouvements de la tête. La radiographie montre des lésions vertébrales congénitales multiples (6 vertèbres cervicales, 8 côtes et 8 vertèbres dorsales seulement, fusions vertébrales et spinas bifidas multiples du rachis). L'auteur montre les radios d'un autre cas de spina bifida de tout le rachis cervical et des premières vertèbres dorsales, chez un enfant de 6 ans. La tête était penchée sur le côté et l'enfant avait été opéré pour torticolis musculaire sans succès. L'auteur insiste sur l'importance de la radiographie pour ne pas méconnaître les lésions congénitales du rachis.

Les causes des malformations vertébrales. — Mme Nageotte-Wilbouchewitch. Pour expliquer la fréquence considérable des malformations vertébrales (spinas bifidas), telle qu'elle ressort d'une communication à la précédente séance, il faut rechercher les causes générales ou locales de trouble



CARICA PAPAYA

du développement de l'embryon dans les premières semaines. Pour l A, il faut en retenir 2 principales : la syphilis qui joue un rôle prépondérant et les tentatives d'avortement sous toutes ses formes dont l'A a rapporté en 1917 (*Presse méd.*) des observations démonstratives.

M. Barbier y joint l'alcoolisme des parents. Il cite un cas typique : père alcoolique produisant 2 enfants naissant avec des mutilations — pendant une période de sobriété, il procrée un enfant normal — retournant plus tard à son vice, le 4e enfant vient avec des malformations. Il rappelle les expériences de Féré sur l'action des toxiques et traumatismes pendant l'incubation de l'œuf de poule pour la production des monstres.

Méningite cérébro-spinale à méningocoques et à évolution prolongée. Cachexie grave, guérison par l'opothérapie. — MM. Méry, L. Girard et G. Semelaigne. Il s'agit d'une méningite cérébro-spinale traitée par le sérum antiméningococcique, puis par un auto-vaccin. Comme on retrouve au bout d'un mois du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien, on refait de la sérothérapie et un abcès de fixation, la méningite guérit mais l'enfant reste sous le coup d'une cachexie extrême qui persiste pendant trois mois. Le malade s'alimente mais n'assimile rien. Il est très légèrement amélioré par le cacodylate de soude, un peu plus par des peptones, mais l'amélioration est brusque, immédiate, après l'ingestion d'extrait surrénal et surtout hypophysaire, c'est une vraie résurrection.

M. Guinon. Ces cachexies séquelles de méningites ou de certaines infections à streptocoques et à la scarlatine restent assez obscures. Il ne faut pas oublier que dans la méningite cérébro-spinale nous ne voyons que la méningite mais il y a eu avant une septicémie à méningocoque.

Alimentation des enfants de 2 à 15 ans. —MM. J. Renault et Mme de Tannenberg ont étudié chez des enfants normaux, les enfants du Pavillon des teigneux à Saint-Louis, la ration alimentaire nécessaire de 2 à 15 ans.

On a étudié le nombre de calories nécessaires par mètre carré de surface, ou par centimètre de taille, or la religion de la calorie doit avoir vécu. Les auteurs démontrent que pour un même poids les enfants ont besoin d'une quantité très variable d'aliments. Il ne faut pas établir une ration fixe, car il y a trois sortes de mangeurs : les petits mangeurs, les moyens mangeurs, les gros mangeurs, ces trois états compatibles avec un parfait état de santé.

D'une manière générale, les rations alimentaires établies en calories par les auteurs (Maurel) sont trop faibles de un tiers ou de moitié.

D'autre part, plus un enfant avance en âge, moins il mange par kilogramme. En moyenne l'enfant mange trois fois plus que l'adulte.

Autre point capital : la ration en viande des enfants doit être considérable, l'ingestion de viande aux deux repas n'a pas chez l'enfant les inconvénients théoriques qu'on lui attribue. Au contraire, la limitation de la viande entraîne une anémie à type chlorotique avec diminution du taux de l'hémoglobine.

M. Guinon partage l'avis de M. Renault sur la plupart des points : différence du simple au double de la ration nécessaire chez deux sujets du même âge.

Il insiste seulement sur l'énorme puissance d'assimilation de la période prébupère et de la nécessité de ne pas rationner les enfants à cet âge. Les rations établies par Maurel ne sont que le minimum compatible avec l'existence. Ce ne sont pas les rations normales.

Pour la viande, la ration varie beaucoup selon les cas : l'enfant qui vit à la campagne au grand air assimile beaucoup plus que celui de la ville, sa ration de viande peut être plus faible. D'ailleurs le lait, le fromage, toutes les albuminoïdes animales peuvent en partie remplacer la viande.

M. Méry appuie ces idées sur la différence de la ration nécessaire à chaque individu, de même que l'action du séjour à la ville ou à la campagne, mais il croit au danger de la suralimentation chez certains enfants.

M. Barbier. On ne peut établir des règles de diététique chez l'enfant, l'appétit domine toutes les règles d'alimentation. Il y a danger pour les citadins, en particulier pour les jeunes filles de 12-13 ans, à supprimer la viande le soir. L'alimentation en viande ne doit pas être poussée chez les obèses; au contraire elle est indispensable chez les maigres et surtout chez les sportifs.

M. Renault conclut que ces observations viennent à l'appui de ses recherches; la ration alimentaire n'est pas la même chez deux enfants du même âge, du même poids. Dans les villes la ration de viande doit être élevée, et actuellement à Paris on a tendance à trop la diminuer et à faire ainsi des anémiques.

Méningite tuberculeuse et granulée sans lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. —MM. J. Renault et S. Libert. Chez un enfant présentant depuis deux jours de la fièvre et des vomissements, on note pendant cinq ou six jours l'aspect typique de l'encéphalite léthargique. La ponction lombaire ne montre pas de lymphocytose, au bout de huit jours apparaissent des signes de méningite : le liquide céphalo-rachidien n'a pas de lymphocytose mais on trouve 1 bacille de Koch. Mort le dixième jour. On trouve une méningite caséeuse datant de trois semaines avec une granulie récente de tous les organes.

Donc l'absence de lymphocytose ne suffit pas pour éliminer le diagnostic de méningite tuberculeuse, ce signe comme tous les signes biologiques n'a de valeur que quand il est positif, son absence ne signifie rien.

M. Guinon. C'est ce que M. Marfan a montré pour la diphtérie. Dans plusieurs cas, M. Guinon a pu observer pour la méningite tuberculeuse le retard pendant sept à dix jours des signes biologiques sur les signes cliniques.

M. Barbier cite une observation analogue, et M. Méry cite un cas où des ponctions lombaires avec lymphocytose négative avaient fait repousser par plusieurs consultants le diagnostic de méningite tuberculeuse qui ne fut fait que l'avant-veille de la mort.

M. Weill-Hallé. Dans la méningite tuberculeuse avec une centrifugation intense et une recherche patiente, on trouve de manière constante le bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Renault. En le recherchant avec beaucoup de patience on le trouve en effet 3 fois sur 4.

Barratteuse électrique pour la fabrication du babeurre. — MM. P. Nobécourt et G. Schreiber présentent une baratteuse en verre actionnée par un moteur qui permet de pratiquer en 10 minutes l'écrémage du lait stérilisé et pasteurisé.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 19 janvier. — Jury : MM. Roger, président; Bernard, Balthazard et Léri. — Mlle Tasserie (G.). Contribution à l'étude de la tuberculose au Maroc. — M. Grangeneuve (Marcel). Contribution à l'étude de la symphyse pleurale. — M. Frémond (Paul). Nosologie des travailleurs du cuivre. — M. Gaugier (Louis). Anasthésie indolore du trijumeau. — M. Bouchet (Maurice). A propos d'un cas d'imperforation de l'œsophage.

Jury : MM. Hartmann, président; Legueu, Couvelaire et Okinczyc. — M. Desainfuscien (A.). L'accouchement prématuré. — M. Guillou (Jacques). Contribution à l'étude du drainage dans les opérations gynécologiques. — M. Jivanovitch. Etude sur la douleur dans les affections du rein. — M. Lorain (André). Le reflux vésico-urétral et la dilatation des uretères.

Jeudi 20 janvier. — Jury : MM. Achard, président; J.-L. Faure, Rénon et Terrien. — M. Romuald (Camino). Cure marine sur la côte basque. — M. Küss (Marcel). La vaccinothérapie des annexites. — M. Roujansky (K.). Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques.

Jury : MM. Chauffard, président; Gilbert, Guillain et Vilaret. — M. Allot (Paul). La forme broncho-pulmonaire des sarcomes du poumon. — M. Festal (Jacques). Contribution à l'étude des formes tuberculeuses pulmonaires par affections des voies respiratoires supérieures. — M. Baudouin (Ch.). Des troubles moteurs dans le zona.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 13 janvier. — Question donnée : « Péricarde. — Signes et diagnostic de la dilatation des bronches. »

MM. Weill (René), 13 + 23 = 36; Crétin, 12 + 22 = 34; David, 12 + 19 = 31; Baranger (J.), 16 + 16 = 32; Desoubry, 10 + 15 = 25; Wickham (Yves), 10 + 17 = 27; Dessaint, 11 + 24 = 35; Granet, 11 + 15 = 26; Decoularé-Delafontaine, 16 + 15 = 31.

Séance du 16 janvier. — Question donnée : « Artère utérine. — Diagnostic et traitement des accès éclamptiques de la puerpéralité. »

MM. Coste, 18 + 28 = 46; Reverdy, 13 + 17 = 30; Lafourcade-Gortina, 15 + 20 = 35; de Brun du Bois-Noir (Roger), 14 + 26 = 40; Pollet, 15 + 16 = 31; Marchand, 13 + 20 = 33; Béthoux, 17 + 29 = 46; Lautmann, 11 + 21 = 32; Bernard (Etienne), 20 + 28 = 48; Aris, 15 + 22 = 37.

— RÉPARTITION DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1921-1922. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des concours actuellement ouverts sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1921-1922, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 février 1921) : internes et internes provisoires, le samedi 12 février, à 14 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1921) : externes nommés aux concours des années 1909 (militaires), 1910 à 1913 inclus et exerçant actuellement leurs fonctions, le samedi 19 février, à 14 heures; externes nommés au concours de l'année 1919 (concours militaire), le lundi 21 février, à 14 heures; externes nommés au concours de l'année 1920 (1er concours), le mercredi 23 février, à 14 heures; externes de 1re année (2e concours de l'année 1920), le vendredi 25 février, à 14 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. le prof. Jean Lépine vient d'être élu doyen de la Faculté en remplacement de M. le prof. Hugounenq.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Paul Brun est nommé professeur de matière médicale et pharmacodynamie.

— M. Reyens est nommé professeur de pathologie chirurgicale générale.

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES. — Le *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris* publie la liste des candidats reconnus admissibles à la suite des épreuves du concours de l'inspection médicale des écoles des communes suburbaines de la Seine ouvert le 21 mai 1920 :

MM. Boyé, Lemarignier, Guerrier, Fay, Heuyer, Guilhaume, Bertrandon, Le Mière, Pruvost, Gaymard, Lasnier, Périneau, Barbarin, Renault, Leconte, Petit (Paul), Janin, Mauger, Meurisse, Lévy-Franckel, Nicaud, Poirot-Delpech, Journée, Permilleux, Hilaire, Lavle, Lubetzki, Salmont, Berthoumeau, Routhier, Privé, Keller, Bourgeois, Grilhaut des Fontaines, Depardieu, Petit (Charles), Mme Houdré, MM. Wallimann, Boulle, Bilbault, Walter, Boudeille, Doucet, Charroppin, Ferry, Balizeaux, Roussel, Mora, Cabessa, Girault, Barneweld, Gontier, Audet, Pidot, Noailles, Fenard, Lamy, Finot, Langle, Ricapet, Perrin, Funk, Brisset, Gadreau, Cohen, Rol, Linard.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS (fondée en 1888). — Le bureau pour 1921 est ainsi constitué :

Président : M. Fargin-Fayolle; vice-présidents : MM. Béliard et Jules Besson; secrétaire général : M. Coustaing; secrétaires annuels : MM. Régis et Bercher; trésorier : M. Herpin; bibliothécaire : M. Bloch.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Jules Harmand, ancien médecin de la Marine, ambassadeur de France, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Poitiers; Ch. Lambin (de Lille), Félix Pellissier (de Gardanne) et Solles (de Bordeaux).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — CONFÉRENCES SUR LES QUESTIONS MÉDICALES A L'ORDRE DU JOUR. — Les professeurs Mouriquand et Policard feront, en collaboration avec les professeurs agrégés Favre (médecine), Florence (chimie biologique), Garin (parasitologie), Leriche et Murard (chirurgie) et Sarvonat (physiologie), une série de 14 conférences scientiques et pratiques sur le « sang et ses maladies ».

La première conférence aura lieu le lundi 24 janvier, à 4 h. 1/2, au laboratoire de pathologie et de thérapeutique générales; les autres auront lieu les mercredis, jeudis, samedis et lundis suivants. Ces conférences de perfectionnement s'adressent plus spécialement aux docteurs en médecine, internes des hôpitaux, étudiants en fin de scolarité.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts, Paris VIe). — Le jeudi 20 janvier 1921, à 16 h. 1/2, notre collaborateur et ami, le Dr Laumonier, commencera une série de huit conférences sur la « Thérapeutique des péchés capitaux ». Il continuera ses conférences les jeudis suivants, à la même heure.

IIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le IIIe Congrès national de radiologie s'est tenu à Rome à la fin de l'année. Il réunissait de nombreux radiologistes venus de tous les points de l'Italie et était accompagné d'une exposition, très réussie, d'appareils radiologiques.

Dans son discours d'ouverture, le prof. Ghilarducci a montré tous les progrès réalisés par la radiologie chez nos frères latins. Le prof. Bertolotti (de Turin), fit une conférence sur la radioactivité dans la biologie et la chimie. Le prof. Perussia (de Milan) a traité ensuite l'examen radiologique du cœur et des gros vaisseaux avec une large contribution clinique et radiologique sur la valeur des méthodes de recherche de l'appareil cardio-vasculaire. Le prof. Ponzio (de Turin) a exposé enfin, avec sa grande expérience personnelle, l'état actuel de la thérapie du cancer, exposant les connaissances actuelles en radiothérapie et les résultats pratiques que l'on peut maintenant espérer. Une très instructive discussion a suivi la lecture de ces rapports. Une centaine de communications, du plus vif intérêt, ont été présentées dans ce Congrès, démontrant toute l'activité et la valeur scientifique de la radiologie italienne.

JURISPRUDENCE

PROROGATION LÉGALE
CESSIONNAIRE DU DROIT AU BAIL DE LOCAUX A USAGE INDUSTRIEL ET D'HABITATION

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION DU 8 JUIN 1920

Daus un arrêt du 5 janvier 1920, la Cour de cassation avait décidé, d'un côté, que l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, n'avait accordé la faculté de prorogation qu'aux locataires *et non aux cessionnaires et sous-locataires*, et, d'un autre côté, que si, aux termes de l'article 4 de la loi du 23 octobre 1919, les cessionnaires du bail ou les sous-locataires avaient droit à la prorogation dans les mêmes conditions que le locataire, pourvu que la cession ou sous-location fût antérieure à cette loi, il n'en était ainsi que s'il s'agissait de locaux à usage d'habitation.

C'était une thèse peu admissible, critiquée d'ailleurs par plusieurs auteurs (voir par exemple, *Rec. Gaz. trib.*, 1920-1-28); notamment on ne comprenait pas pourquoi la prororogation avait lieu quand il s'agissait de la cession d'un bail afférent à des locaux d'habitation, et n'avait pas lieu si la cession se rapportait à des locaux à usage industriel et commercial. L'argument de texte qui était tiré de l'article 4 de la loi du 23 octobre 1919 ne résistait pas à un examen sérieux tant de cet article même que des travaux préparatoires de la loi.

Aussi la Cour de cassation est-elle revenue sur sa jurisprudence, dans son arrêt du 8 juin 1920 qui a admis le droit à la prorogation pour les cessionnaires. Il est ainsi conçu :

« La Cour :

Statuant sur le pourvoi de la dame veuve Fouchard contre une sentence rendue le 12 mars 1920 par la première Commission arbitrale des loyers de Rennes ;

Sur le moyen unique :

Attendu que la sentence attaquée déclare que la Société Breger et fils est devenue cessionnaire, le 17 juillet 1919, du droit au bail des locaux à usage industriel et d'habitation loués avant la guerre aux époux Breger ;

Qu'elle valide, en conséquence, la demande de prorogation formée, le 11 août 1919, par ladite Société par le motif que le droit à la prorogation, institué au profit du cédant du bail par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, a été transmis au cessionnaire ;

Attendu qu'en statuant ainsi, la Commission arbitrale a fait une exacte application dudit article ;

Qu'en effet, il était loisible aux époux Breger de transmettre, à titre d'accessoire de la jouissance des lieux loués à la Société Breger et fils, un droit à la prorogation qui leur appartenait, à la date où est intervenu le contrat de cession précité ;

Par ces motifs,

Rejette le pourvoi. »

Il convient de rappeler, en terminant, que M. Levasseur, député, a déposé une proposition de loi, accordant le bénéfice de la prorogation à tous les cessionnaires des baux commerciaux ou industriels en cours au 1er août 1914. Cette proposition a été adoptée par la Chambre des députés; elle est, actuellement, en discussion devant le Sénat. La Commission, chargée de son examen, est favorable à son adoption, sous cette réserve que seules les cessions, antérieures à la promulgation de la loi du 23 octobre 1919, pourraient donner ouverture au droit de prorogation ; mais la loi n'étant pas encore votée par le Parlement, il n'y a rien, actuellement, de définitif.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES SURSIS D'INCORPORATION DES ÉTUDIANTS

Les étudiants de la classe 1921 sont avisés que les dispositions prévues pour leurs camarades de la classe 1920 ne leur sont pas applicables, et que, par suite, ils ne devront pas manquer, s'ils ont l'intention de poursuivre leurs études après le 15 avril 1921, de demander aux conseils de revision, qui s'ouvrent le 17 janvier prochain, le sursis d'incorporation prévu à l'article 21 de la loi de recrutement.

Du fait qu'ils auront obtenu le sursis, ils ne seront d'ailleurs pas exclus du bénéfice des dispositions de la nouvelle loi; en particulier, ils pourront contracter l'engagement d'une durée supérieure à la durée légale du service actif prévu pour leur catégorie, de telle sorte qu'ils ne subiront aucun retard dans la préparation de leur carrière civile.

RENSEIGNEMENTS

565. — **CONDUITE INTÉRIEURE « RENAULT »**, 4 places, neuve, sortant d'usine.
Disponible par double emploi.
M. MONNIOT, 4, rue Camou, Paris.

DILATATION PUPILLAIRE UNILATÉRALE
DANS LA PARALYSIE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX.

Les manifestations oculaires de la paralysie infantile ne semblent pas avoir beaucoup retenu l'attention des classiques. Et, pourtant, elles ne sont pas exceptionnelles. On trouve signalés, en effet :

1° Des *paralysies extrinsèques*, atteignant surtout la IIIe paire [Béclère, Erb, Medin (1), Schultze, Wichmann (2), exceptionnellement la sixième (Oppenheim (3), Richards [?] (4), habituellement incomplètes, dissociées, parcellaires, rarement totales [Haltenhoff (5)] ou bilatérales, [Dawnay (6)];

2° Du *nystagmus* [Spieler (7), Stephenson (8)];

3° De la *névrite optique* (O. Wichmann);

4° Des *troubles oculo-pupillaires*, constitués, dans la majorité des cas, par un *myosis* unilatéral, qu'il est permis de rattacher à une paralysie du sympathique, ainsi qu'en témoignent les symptômes associés : rétrécissement de la fente palpébrale, retrait du bulbe oculaire [Hoffmann (9), Lindner et Mally (10), Spieler), et, dans quelques cas exceptionnels, à notre connaissance, par une *mydriase* unilatérale. Ce sont ces derniers cas dont nous voudrions nous occuper aujourd'hui.

*
* *

Ils sont au nombre de trois. Les voici très résumés :

STEPHENSON. — Une jeune fille de vingt ans, sans autre antécédent qu'un grave traumatisme cérébral survenu à l'âge de deux ans, est prise, soudainement, d'une paralysie portant sur toutes les branches de la IIIe paire. L'une de ses pupilles était considérablement plus large que l'autre, et privée de tout mouvement. L'œil correspondant était proéminent, la fente palpébrale, élargie.

BABONNEIX et PAGE (11). — Chez un jeune homme de bonne santé, apparaissent, brusquement, des troubles paralytiques et atrophiques localisés aux membres supérieurs, mais prédominant sur le gauche. Ayant constaté, pendant son séjour au Centre Neuro-Psychiatrique, une légère inégalité pupillaire (O. g. > O. d.) nous le soumettons à l'examen des spécialistes. M. Champ note que les réactions pupillaires sont normales, et qu'il n'existe aucun rétrécissement du champ visuel. Mêmes constatations de M. Bouchard, lorsque le malade est examiné au jour. Par contre, si on pratique l'obscuration préalable de Babinski, les réflexes photo-moteurs paraissent un peu affaiblis, pour l'œil gauche. Cette inégalité pupillaire persistait encore au bout de six mois.

BABONNEIX (1). — Une fillette de treize ans est prise, sans cause apparente, de troubles nerveux évoluant en deux phases : une première, de paralysie flasque avec atrophie, prédominant aux membres supérieurs ; une seconde, où apparaissent : 1° des phénomènes d'ordre spasmodique, surtout nets aux membres inférieurs ; 2° une grosse inégalité pupillaire, due à la mydriase de l'œil gauche. M. Joseph, assistant de M. Dupuy-Dutemps, qui a bien voulu venir examiner cette malade, constate que les réactions photomotrices sont bonnes, également rapides et amples des deux côtés ; que la fente palpébrale gauche est plus étroite que la droite ; qu'il n'existe ni troubles de la musculature externe ni lésions du fond de l'œil.

*
* *

Avant de chercher à interpréter ces faits, voyons d'abord s'ils ne sont passibles d'aucune critique, s'ils sont « recevables », comme on dit au Palais.

Au *premier*, on peut, malheureusement, adresser deux objections : *a.* l'observation en est vraiment par trop sommaire; *b.* elle contient une phrase ambiguë (2), amenant à se demander si les accidents observés n'étaient pas dus au traumatisme cranien.

En ce qui concerne la *seconde*, il n'est pas interdit de faire valoir que l'inégalité pupillaire était très faible, rentrant presque dans le cadre des inégalités dites « physiologiques » ; que les réflexes pupillaires n'étaient que très peu modifiés ; que, si le diagnostic de poliomyélite antérieure a été porté, les auteurs n'ont pas expressément indiqué, qu'à leur sens, il s'agît d'une affection identique à la paralysie infantile.

Reste le *dernier*. Il semble beaucoup plus valable. D'une part, l'âge du sujet atteint, comme la forme et l'évolution des troubles moteurs associés, plaident en faveur d'une paralysie infantile classique ; de l'autre, l'hypothèse de syphilis nerveuse, qui vient si naturellement à l'esprit en présence d'une grosse dilatation pupillaire permanente unilatérale, a pu être éliminée, grâce aux résultats négatifs de l'anamnèse, comme des recherches de laboratoire, au premier rang desquelles, il faut placer la réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien.

*
* *

Il convient, tout d'abord, de rappeler comment, à l'heure actuelle, on conçoit le mécanisme de l'innervation pupillaire. C'est ce que nous allons faire, en nous inspirant surtout du livre de M. Magitot (3).

Pour cet auteur, l'iris est innervé par deux centres organiques antagonistes, l'un commandant la dilatation de la pupille, l'autre, sa constriction. Le premier est représenté par le ganglion cervical supérieur du grand sympathique, le second, par le ganglion ciliaire. Aucun d'eux ne jouit, d'ailleurs, de la moindre autonomie ; « ils sont entièrement sous la dépendance de noyaux plus élevés, situés dans la moelle et dans le bulbe, pour le système dilata-

(1) MEDIN. Ueber eine Epidemie von sp. Kinderlähmung. *Verhandl. des X Internat. Kongresses*, Berlin, 1910.

(2) WICHMANN. *Die acute Poliomyelitis*, Berlin, Springer, 1911, 47, 54, 65.

(3) OPPENHEIM. Zur Encephalitis Pontis des Kindesalters, *Berl. klin. Woch.*, 1899, et *Lehrbuch des Nervensystems*, 5e édit., Berlin, 1908, p. 231.

(4) RICHARDS. Un cas de polioencéphalomyélite. *Arch. des mal. des enf.*, 1916, p. 501 (cas très douteux).

(5) HALTENHOFF. Double ptosis et paralysie complète de tous les muscles moteurs des yeux, consécutifs, très probablement, à une polioencéphalite antérieure. *Soc. méd. de Genève*, 14 nov. 1907. — Cas très douteux.

(6) DAWNAY. Double paralysie de la IIIe paire par poliomyélite aiguë, *Revue neurol.*, 1912, t. I, p. 610.

(7) SPIELER. Zur Epidemie der H. M. Krankheit, *Wien. med. Woch.*, 1901, p. 742.

(8) STEPHENSON. Type oculo-moteur de la polioencéphalite, *Brit. Journ. of Child. Diseases*, avril 1911.

(9) HOFFMANN. Ueber eine Epidemia von P. A. A., *Deuts. Zeits. für Nerv.*, 1910, n° 38, p. 146.

(10) LINDNER et MALLY. Zur Poliomyelitis in Oberösterreich, *Deuts. Zeits. für Nerv.*, 1910, t. XXXVIII, p. 341.

(11) BABONNEIX et M. PAGE. Sur un cas d'atrophie musculaire localisée, *Bull. et Mém. Soc. méd. hôpit.*, 8 fév. 1917, nos 3, 4.

(1) L. BABONNEIX. Myélite aiguë, non spécifique, avec inégalité pupillaire, *Monde méd.*, avril 1920.

(2) « In that patient, a woman aged 20 years, whose symptomes had followed a fall on the back of the head at two years of age, all branches of the third nerv to the extrinsecs muscles of the eye were paralysed ». D'autres cas relèvent très vraisemblablement de l'encéphalite léthargique. N'y trouve-t-on pas signalées la narcolepsie et les paralysies oculaires, dont le ptosis?

(3) MAGITOT. *L'Iris*, Paris, 1920, O. Doin.

teur, dans le mésocéphale, pour le système constricteur ». Les fibres nerveuses commandant mydriase comme myosis constituent donc une chaîne de deux neurones; un premier, allant des centres aux ganglions; un second, allant des ganglions à l'iris. Fait important : celui-ci comme celui-là font partie du système sympathique, et les fibres pupillaires constrictrices contenues dans le tronc de la IIIe paire ne sont, comme les fibres irido-dilatatrices suivant le trajet du nerf ophtalmique, que des fibres d'emprunt, fournies par le sympathique (1).

Le système constricteur comprend :

Un *centre périphérique*, constitué par le ganglion ophtalmique ou ciliaire « vrai centre irido-constricteur, car c'est à cet endroit que se trouvent les cellules nerveuses qui tiennent le sphincter sous son influence tonique ». A son excitation correspond le myosis; à sa suppression, la mydriase, avec disparition de tous les réflexes. Son rôle se borne (Langley) à recevoir les ordres que lui adresse le centre mésocéphalique et à les transmettre au muscle ciliaire par l'intermédiaire des courts nerfs ciliaires (*fibres postganglionnaires*);

Un *centre mésocéphalique* (*noyau pupillaire*), anatomiquement et physiologiquement distinct du noyau de la IIIe paire, qui « représente l'expression la plus élevée du sympathique bulbaire » et qui est disposé de telle sorte que chaque centre tient sous sa dépendance les deux pupilles. Son action est double : 1° excito-motrice, aboutissant au myosis; 2° inhibitrice, aboutissant à la mydriase. Il en est d'ailleurs de même pour le centre bulbo-médullaire dilatateur. Ces actions s'associent de telle manière qu'à l'action inhibitrice exercée par le premier centre, s'accouple l'action excitatrice exercée par le second et inversement.

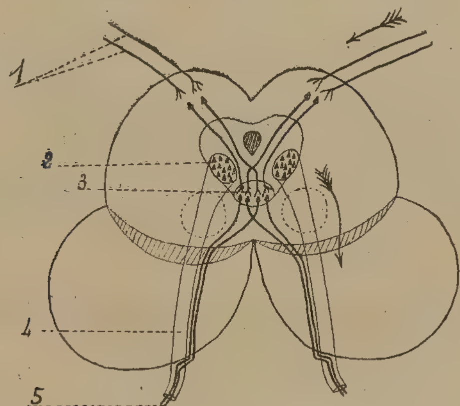


Fig. 1. — Coupe des pédoncules cérébraux. — 1. Fibres rétiniennes avec leur relai dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs. — 2. Noyau de la IIIe paire. — 3. Noyau des fibres irido-constrictrices. — 4. Tronc de la IIIe paire. — 5. Fibres irido-constrictrices situées au centre du tronc de la IIIe paire.

Pour ce centre mésocéphalique, les voies *centripètes* (*f. préganglionnaire* de certains auteurs) sont représentées surtout par les fibres rétiniennes, les voies *centrifuges*, par des cylindraxes qui, à partir de l'origine apparente de la IIIe paire, cheminent avec ce nerf, sous forme de fibres fines à myéline (Gaskell), et, peut-être (Schiff) en son centre (fig. 1).

(1) Les nerfs ciliaires peuvent, en effet, rester intacts dans les cas où la IIIe paire était complètement dégénérée. (André Thomas. Origine des nerfs ciliaires courts chez l'homme. *Bull. Soc. d'ophtalm. de Paris*, 1912, n° 88.)

Quant au **système dilatateur**, il comprend :

Un *centre périphérique*, le ganglion cervical supérieur, dont l'excitation produit surtout de la my-

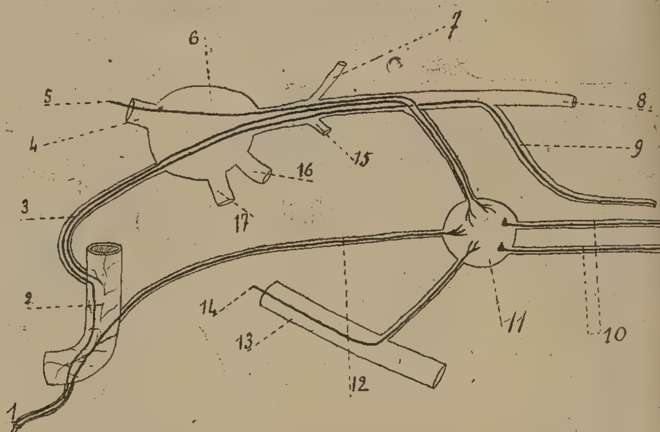


Fig. 2. — 1. Filets irido-dilatateurs contenus dans la branche efférente antérieure du ganglion cervical supérieur. — 2. Plexus carotidien, puis caverneux. — 3. Anastomose sympathico-gassérienne. — 4. Grosse racine du trijumeau. — 5. Filets irido-dilatateurs contenus dans cette racine et provenant d'un noyau situé près du noyau solitaire (v. fig. 2 et 3). — 6. Ganglion de Gasser. — 7. Nerf frontal. — 8. Nerf nasal. — 9. Long nerf ciliaire. — 10. Courts nerfs ciliaires. — 11. Ganglion ciliaire. — 12. Filets irido-dilatateurs arrivant au ganglion ophtalmique par la racine sympathique de ce ganglion. — 13. Nerf oculo-moteur commun. — 14. Fibres irido-constrictrices situées en son centre, suivant ensuite la racine motrice du ganglion ciliaire pour aboutir à ce ganglion. — 15. Nerf lacrymal. — 16. Nerf maxillaire supérieur. — 17. Nerf maxillaire inférieur.

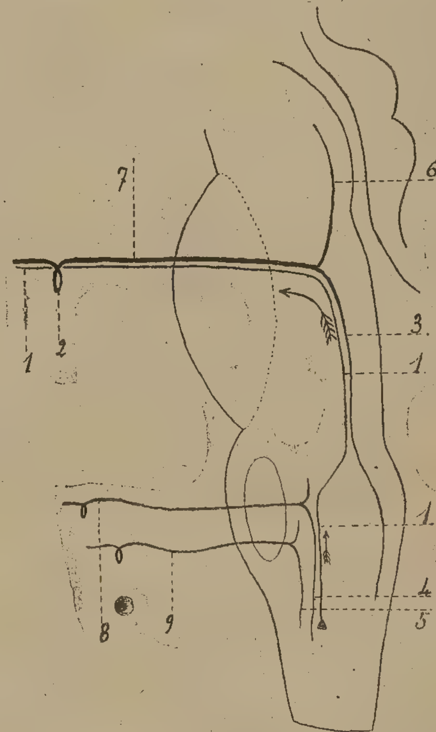


Fig. 3 (en partie d'après Charpy). — Coupe verticale antéro-postérieure de la protubérance et du bulbe. — 1. Fibres irido-dilatatrices d'origine bulbaire, naissant aux environs du faisceau solitaire, s'accolant ensuite à la racine sensitive ascendante du trijumeau, et aboutissant au ganglion ciliaire par l'intermédiaire de la grosse racine du trijumeau, le ganglion de Gasser, le nerf ophtalmique et le nerf nasal. — 2. Ganglion de Gasser. — 3. Racine descendante du trijumeau sensitif. — 4 et 5. Faisceau solitaire (branches descendantes des racines sensitives des Xe et XIe paires). — 6. Branche ascendante de la racine sensitive du trijumeau. — 7. Grosse racine du trijumeau. — 8. Xe paire sensitive. — 9. XIe paire sensitive.

driase, mais, aussi, d'autres symptômes : exophtalmie, réactions vaso-motrices, sudorales, glandu-

laires, etc., et dont la suppression entraîne du myosis, sans disparition des réflexes pupillaires.

Ce ganglion reçoit les ordres que lui adresse le centre bulbo-médullaire, et les transmet à l'iris par des fibres qui, ayant suivi le plexus carotidien, passent par l'anastomose sympathico-gassérienne, puis dans le nerf ophtalmique, et atteignent le globe de l'œil : *a.* pour les fibres venant de D^1 — D^2 par les nerfs ciliaires longs ; *b.* pour les fibres venant de C^7 — C^8, par la racine sensitive du ganglion ophtalmique (Morat), ce ganglion et, finalement, les nerfs ciliaires courts (fig. 2).

Le *centre bulbo-médullaire*, pair et symétrique. s'étend du bulbe à la partie supérieure de la moelle dorsale. Au bulbe, il siège aux environs du faisceau solitaire (fig. 3 et 4); dans la moelle, il occupe :

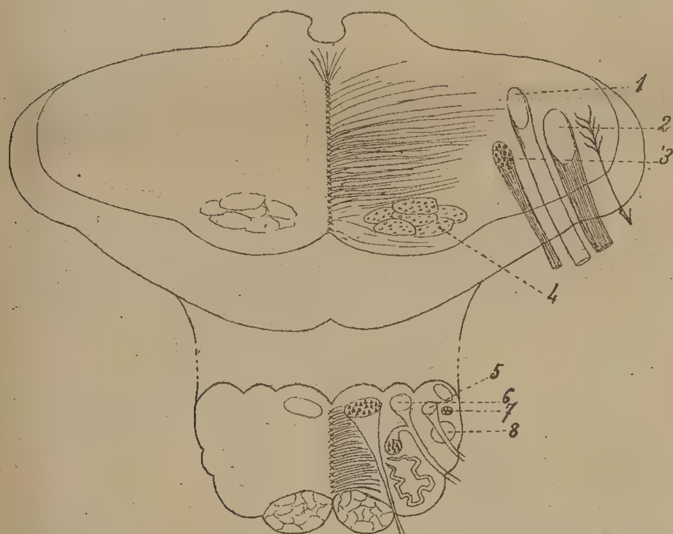


Fig 4. — Coupe transversale du pont et du bulbe (en partie d'après Charpy). — 1. Racine cérébrale sensitive du trijumeau. — 2. Racine spinale, sensitive du même nerf. — 3. Sa racine motrice. — 4. Pyramides. — 5. Noyau solitaire. — 6. Noyau de l'aile grise. — 7. Originé présumée des fibres irido-dilatatrices d'origine bulbaire. — 8. Racine descendante, spinale, du trijumeau.

a. soit le tractus intermedio-lateralis (Pierret), dit encore groupe des cellules postéro-externes de la corne antérieure ; *b.* soit la colonne de Clarke du premier segment dorsal (Gaskell, Mott, Sherrington). Ses voies *centripètes* émanent des régions corticales et sous-corticales, et passent par le bras postérieur de la capsule interne ; ses voies *centrifuges* sont représentées, pour les fibres bulbaires, par la racine du trijumeau, le ganglion de Gasser, le filet nasal du nerf ophtalmique, les nerfs longs ciliaires (J. Dejerine) ; pour les fibres médullaires, par les racines C^8 (Cl. Bernard), D^1 et D^2 (Mme Dejerine-Klumpke), les rami communicantes correspondants, et, finalement, le tronc du sympathique cervical (fig. 5).

* * *

Ceci posé, comment expliquer l'apparition, au cours de la paralysie infantile, d'une mydriase unilatérale ? De deux manières : paralysie des fibres irido-constrictives ; excitation des fibres irido-dilatatrices.

En principe, la *première* hypothèse est parfaitement admissible. On peut, en sa faveur, noter que dans l'observation de Stephenson, il existait une paralysie totale de la IIIe paire. Mais combien d'objections elle soulève ! *a.* Dans deux cas sur trois, les réflexes pupillaires étaient conservés ; or, en cas de lésion du centre mésocéphalique, ils sont supprimés ; *b.* impossible d'expliquer comment une lésion ainsi localisée peut déterminer des symptômes tels que protrusion du globe oculaire, agrandissement de la fente palpébrale, constatés le premier, une fois, le second, deux fois sur trois ; *c.* étant donné que, dans nos deux observations, les troubles moteurs frappaient surtout les membres, il faudrait admettre que les lésions étaient multiples : diffuses, étendues, pour la moelle, strictement localisées, pour le mésocéphale, au centre irido-constricteur : la chose est possible ; elle n'est guère probable.

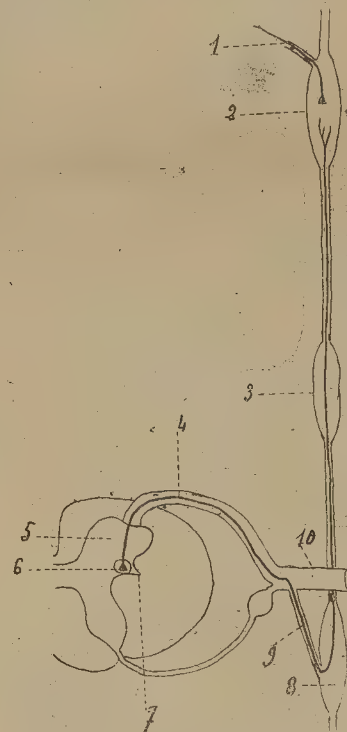


Fig. 5. — 1. Fibres irido-dilatatrices émanant du ganglion cervical supérieur (2.) et passant par la branche antérieure efférente de ce ganglion. — 3. Ganglion cervical moyen. — 4. Fibres irido-dilatatrices d'origine médullaire suivant les racines antérieures. — 5. Corne antérieure. — 6. Tractus intermedio-lateralis. — 7. Corne latérale. — 8. Ganglion cervical inférieur. — 9. Ramus communicans.

En faveur de la *seconde* hypothèse, on peut faire valoir divers arguments : *a.* l'association du même côté, des phénomènes suivants : mydriase, protrusion de l'œil, agrandissement de la fente palpébrale, indique une lésion irritative du sympathique cervical ou de ses origines médullaires ; *b.* les réflexes pupillaires étaient, soit normaux, comme dans l'observation III, soit à peine affaiblis, et encore en usant de l'obscuration ; *c.* un foyer de poliomyélite, siégeant aux confins de la moelle cervicale et dorsale, expliquerait à la fois tous les phénomènes constatés ; *d.* dans nos deux observations, il est signalé, en effet, des symptômes moteurs ou sensitifs, intéressant les membres supérieurs, et en rapport avec une lésion de C^8 — D^1 ou de leurs origines ; *e.* l'existence, dans certains cas de plaie de la moelle cervicale, d'une inégalité pupillaire alternante avec réactions vaso-motrices de la conjonctive, et sans troubles des réflexes pupillaires [Faure-Beaulieu (1)], ou d'un syndrome de Cl. Bernard-Horner

(1) Faure-Beaulieu. Inégalité pupillaire alternante dans un cas de plaie de la moelle cervicale, *Revue neurol*, 1916, t. I, p. 948.

alternant [P. Marie et Mme Athanassio-Benisty (1)].

A une condition, toutefois, c'est que ce foyer fût capable de produire des effets opposés, contraires ; une destruction des fibres motrices, destinées aux membres supérieurs, d'où paralysie flasque et atrophie ; une excitation des fibres sympathiques, une action sympathicotonique. Le fait, par lui-même, n'est pas invraisemblable. Ne savons-nous pas (2) que, dans la paralysie infantile, existent souvent des phénomènes attribuables à l'excitation des faisceaux blancs : trépidation spinale, signe de Babinski, douleurs et hyperesthésie, exagération partielle des réflexes tendineux ? Toute la question est de savoir si l'action sympathicotonique leur est comparable, et si on peut l'attribuer, par exemple, à une excitation produite par un foyer localisé aux cornes antérieures, soit sur le tractus intermedio-lateralis, soit sur les fibres qui en émanent, dans leur trajet intramédullaire.

***

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins établi que, dans quelques cas de paralysie infantile, on peut noter une mydriase unilatérale, sans modification nette des réflexes pupillaires, et avec symptômes tels que : protrusion du globe oculaire, agrandissement de la fente palpébrale, et que, de par ces constatations mêmes, la mydriase semble plus en rapport avec une irritation du sympathique, avec une hypertonie du sympathique cervico-dorsal (3) qu'avec une paralysie des fibres oculo-constrictrices.

LA PSEUDO-TUBERCULOSE DU TISSU CELLULAIRE

Par M. Georges AUDAIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Notre attention a été, depuis quelques années, attirée par certaines formes spéciales d'abcès froids du tissu cellulaire, qu'en raison de leur siège, de leur symptomatologie, de leur évolution, nous nous refusions à considérer comme des abcès tuberculeux vrais. Ayant serré de plus près la question, nous sommes arrivés à conclure qu'il existe une affection très voisine, quant à ses allures, de la tuberculose et que nous proposons d'appeler *provisoirement*, la *pseudo-tuberculose du tissu cellulaire* à cause de ses grandes similitudes avec les infections tuberculeuses superficielles.

Etiologie. — L'agent pathogène est inconnu et nos recherches ne nous ont, jusqu'à présent, donné aucun résultat dans ce sens.

Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que cette maladie n'est le fait ni du bacille de Koch, ni des microorganismes banaux, ni d'un champignon actuellement connu. *Jamais,* en effet, nous n'avons pu déceler quoi que ce soit dans le pus des abcès, *jamais* nous n'avons pu obtenir de cultures en employant les milieux les plus divers actuellement en usage, *toujours*, enfin le cobaye s'est montré réfractaire aux inoculations péritonéales ou sous-cutanées.

(2) Cités par Faure-Beaulieu.
(2) L. Babonneix. Poliomyélite épidémique, *Journ. méd. franç.* avril 1910.
(3) V. le livre de M. Guillaume, *Le Sympathique*, Masson, 1920.

Cette affection est plus fréquente chez les jeunes surtout de 15 à 40 ans. Nous l'avons souvent observée chez des Algériens, Marocains, Tunisiens.

Anatomie pathologique. — Le siège de ces abcès froids est le tissu cellulaire et presque toujours le tissu cellulaire sous-cutané. Une fois, il nous a été donné d'en voir apparaître chez un sujet porteur d'une pleurésie purulente très certainement de même nature. Mais la plèvre n'est-elle pas, en somme, un tissu cellulaire différencié? Le volume de ces abcès est variable. Souvent ils sont de la grosseur d'un œuf ou d'une mandarine. Nous en avons vu de volumineux, renfermant près d'un litre de pus. Ces gros abcès sont fréquents et, fait particulier à noter, le pus, le plus souvent, y est sous *faible tension*, d'où sensation extraordinaire de *fluctuation.* Le pus en est bien lié, de consistance moyenne, jaunâtre, *très fréquemment* jaune d'or rappelant donc par son aspect plutôt le pus mycosique que le pus tuberculeux. A l'examen microscopique on trouve un mélange en proportions variables de poly et de mononucléaires. Nous n'y avons jamais décelé *ni microbes ni champignons.*

Symptômes. — La symptomatologie est à peu près exactement celle des abcès froids tuberculeux; nous n'y insisterons pas. Cependant signalons comme un peu particuliers à ces abcès leur gros volume, leur multiplicité et la netteté de la fluctuation.

Evolution. — Abandonnés à eux-mêmes ces abcès évoluent vers la fistulisation. L'aspect des ulcérations qui se constituent alors est difficile à décrire. Elles ressemblent aux ulcérations tuberculeuses mais, malgré tout, on se dit, en les voyant : « quelle singulière tuberculose ! » et l'aspect souvent doré du pus que l'on peut en faire sourdre vient encore confirmer cette *impression*, que ce n'est pas une tuberculose comme celles que l'on voit d'habitude.

Pronostic. — Le pronostic de ces abcès, malgré leur multiplicité, est, en général, assez bénin.

Diagnostic. — Deux affections ressemblent à cette pseudo-tuberculose du tissu cellulaire; ce sont, d'une part, les *mycoses*, d'autre part et surtout la *tuberculose.* Au stade d'ulcération, aucune confusion possible avec la syphilis. L'idée de celle-ci ne se présente même pas à l'esprit. Le diagnostic d'avec la tuberculose, par contre, est difficile à tous les stades. Cliniquement en effet, les deux affections sont presque identiques. Cependant l'absence de lésions tuberculeuses concomitantes, d'antécédents bacillaires, la coloration particulière du pus permettent déjà de songer à la possibilité d'une pseudo-tuberculose. Seules les recherches de laboratoires permettront d'établir qu'il ne s'agit pas de lésions tuberculeuses : les *inoculations au cobaye* comme nous l'avons vu, *restent absolument négatives.*

Pour les *mycoses* aussi le diagnostic clinique sera dans la plupart des cas presque impossible. Ici encore, il sera nécessaire d'avoir recours au laboratoire. S'il s'agit d'une pseudo-tuberculose, l'examen direct du pus ne montrera aucun élément mycélien, les cultures ne pourront se faire sur aucun des milieux actuellement employés.

Rappelons pour terminer que des abcès froids superficiels ont pu être provoqués par des microbes quelconques, en particulier par le staphylocoque pyogène. En ce cas on obtiendrait sur les milieux de culture usuels un résultat positif.

TRAITEMENT. — Nous avons traité ces abcès froids pseudo-tuberculeux de tissu cellulaire comme les abcès bacillaires : ponctions répétées suivies d'injections modificatrices, éther iodoformé, solution iodo-iodurée. Cette dernière nous a donné de fort bons résultats. Enfin, si l'abcès se fistulise il faut avoir recours au curettage suivi d'application d'iode *larga manu*. Il nous a paru utile dans les cas que nous avons eu à traiter, de soigner l'état général par des toniques comme s'il s'agissait d'une tuberculose.

CONCLUSION. — Il existe une affection évoluant sous forme d'abcès froid du tissu cellulaire et dont les caractères principaux sont les suivants :

1° Foyers souvent *multiples*, *superficiels*, *volumineux*.
2° Aucun élément microbien ou mycélien visible à l'examen microscopique.
3° Impossibilité de cultiver le pus sur les milieux actuellement en usage.
4° Impossibilité d'inoculation au cobaye.

S'agit-il d'une forme particulière de tuberculose à laquelle le cobaye serait réfractaire? Avons-nous affaire à quelques champignons difficilement perceptibles et dont le milieu de culture est encore à trouver? Nous l'ignorons. Mais nous avons cru utile d'attirer l'attention sur cette curieuse maladie afin que les chercheurs veuillent bien s'en préoccuper et nous aider à trouver la solution du problème.

ACTUALITÉS

L'ANTIANAPHYLAXIE

Le choc anaphylactique, les accidents sériques sont moins graves et moins fréquents, surtout en France, qu'on l'a dit. Ils existent pourtant, et, dès lors on doit en tenir compte. Aussi divers expérimenteurs se sont-ils efforcés d'y parer, en traitant les sérums toxiques par des moyens chimiques ou le chauffage, sans grand succès du reste. Ce n'est qu'à la suite des recherches, commencées en 1907, que M. BESREDKA découvrit qu'un animal sensibilisé est mis à l'abri du choc si, quelque temps avant l'injection seconde ou déchaînante, on lui injecte une petite quantité du même antigène. L'auteur, peu après, perfectionna ce procédé par la méthode des injections subintrantes, qui consiste à faire trois ou quatre injections préventives (au lieu d'une seule) à quelques minutes d'intervalle en augmentant progressivement les doses de sérum, grâce à quoi on confère au sujet un état antianaphylactique d'une solidité remarquable et telle qu'il cesse de réagir d'une façon appréciable à des doses qui eussent été, autrement, mortelles.

Comment M. BESREDKA explique-t-il ce singulier phénomène? Pour lui, les injections successives d'antigène (sensibiligène) neutralisent progressivement la sensibilisine par une série de petits chocs, trop faibles pour être perçus, mais dont la conséquence est d'épuiser l'anticorps et de ramener le sujet à l'état de « neuf ». Choc anaphylactique et antianaphylaxie sont des désensibilisations entre lesquelles il n'y a d'autre différence que le temps de réaction. Et, pour mieux faire comprendre sa pensée, M. BESREDKA a recours à une comparaison. « Représentons-nous, dit-il (1) un ballon d'acide sulfurique auquel on doit ajouter de l'eau. Si l'on verse la totalité de l'eau d'un seul coup, il se produit une sorte de « choc » ou décharge explosive, due au dégagement rapide de la chaleur d'hydratation. Si, au contraire, on verse l'eau par petite portions, même progressivement croissantes, on arrive, au prix d'une série de chocs insignifiants, à décharger ou à « désensibiliser » l'acide en peu de temps, si bien que, dans la suite, on peut ajouter toute l'eau voulue sans qu'aucun accident soit à craindre ». Remarquons en passant que, du point de vue même de l'auteur, cette comparaison se trouve en défaut, attendu que, la solution sulfurique ne jouit plus, à la fin de l'expérience, des mêmes propriétés qu'au début, tandis que, suivant l'opinion soutenue, le sujet désanaphylactisé redevient « neuf », c'est-à-dire se comporte comme s'il n'avait jamais reçu de sérum, opinion d'ailleurs contestable, ainsi qu'on le verra.

*
* *

Dans l'hypothèse précédente, à un sensibiligène déterminé répond une certaine sensibilisine, laquelle ne peut être neutralisée que par son antigène propre. Or, contre cette spécificité étroite, les faits protestent. MM. ROUX et BESREDKA avaient montré, il est vrai, que certains narcotiques, l'éther, l'alcool, le chloréthyle, suppriment le choc anaphylactique et permettent aux animaux sensibilisés de supporter, sans inconvénient, une dose mortelle de sérum, mais ils en donnaient l'explication suivante : la narcose met le système nerveux dans l'impossibilité de réagir au choc et par conséquent de produire des accidents graves, explication plausible après tout. Cependant M. KOPACZEWSKI a obtenu les mêmes résultats avec les solutions aqueuses de chloroforme et d'éther absolument insuffisantes pour amener l'anesthésie, et prouvé, avec M. VAHRAM, que l'oléate de soude empêche également le déclenchement du choc.

Il y a plus. Dès 1907, FRIEDBERGER pouvait supprimer le choc par l'injection antérieure de chlorure de sodium, et, en 1919, MM. Ch. RICHET, BRODIN et SAINT-GIRONS établissaient à leur tour que, si on dilue la dose déchaînante dans neuf fois son poids d'eau salée isotonique, l'injection de cette dose à l'animal sensibilisé ne détermine aucun accident. Cette même année, l'étude, commencée en 1913 par MM. BILLARD et GRELLETY, de l'action antianaphylactique de certaines eaux minérales fut reprise et, par la confrontation des échecs et des succès, on est arrivé à cette conclusion que, seules, les eaux minérales prises à l'émergence sont douées de cette propriété. De leur côté, MM. KOPACZEWSKI et ROFFO parviennent à supprimer le choc en injectant simplement du bicarbonate de soude aux animaux sensibilisés. Enfin, tout récemment (oct. 1920), MM. LUMIÈRE et CHEVROTIER, attribuant les accidents anaphylactiques à la formation d'un précipité dans les humeurs, découvrent que l'hyposulfite de soude notamment empêche cette précipitation et que, administré aux sujets préparés, il annihile les effets de l'injection déchaînante.

Puisque de nombreux corps, doués de qualités chimiques différentes, mais ayant en commun la propriété de modifier la tension superficielle et la viscosité des humeurs, sont désanaphylactisants, il

(1) *Anaphylaxie et antianaphylaxie*, p. 144.

n'y a pas plus de spécificité, c'est-à-dire de relations chimiques, dans l'antianaphylaxie que dans l'anaphylaxie, comme c'était à prévoir, et le phénomène qui intervient n'est ni une combinaison ni une neutralisation au sens chimique, mais seulement une stabilisation de l'état physique. Par là se trouvent confirmées certaines idées de M. KOPACZEWSKI.

*
* *

En apparence pourtant nous ne sommes guère plus avancés et il reste toujours à expliquer l'incubation ou sensibilisation, qui est la clef de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie. En réalité, nous avons fait un grand pas, car nous savons qu'il ne s'agit pas de réactions chimiques, mais de modifications physiques, capables d'amener un changement d'état physique, lequel conditionne les accidents constatés. Nous pouvons donc, maintenant, aborder la théorie de M. DANYSZ, formulée en langage chimique, mais qui, transposée dans le langage de la physique, va nous conduire à une interprétation satisfaisante.

Voici, en substance, ce que dit l'auteur (1) : Chez un sujet qui a reçu l'antigène, l'anticorps apparaît au bout d'un certain temps, d'autant plus long que la dose d'antigène est plus forte, et c'est quand l'anticorps a apparu et l'antigène disparu que la sensibilisation est créée. Si, à ce moment, on injecte une certaine dose d'antigène, il y a combinaison brusque de l'antigène et de l'anticorps, formation d'un « poison » dont l'effet s'exprime dans le choc anaphylactique. Mais, pour qu'il y ait poison, il faut que les substances en présence soient combinées en proportions déterminées. Si donc, au lieu de la dose déchaînante, on injecte une dose plus faible, les proportions voulues pour que le poison se produise ne sont pas réalisées, il n'y a pas de choc, l'anticorps est neutralisé et le sujet redevient « neuf ».

Traduisons en langage physique. Quand on introduit dans le milieu intérieur d'un animal, un corps capable (antigène) de troubler l'équilibre de ses colloïdes, il y a réaction de l'organisme pour interférer ce corps, pour le ramener à son propre rythme, c'est-à-dire pour le digérer et l'assimiler. Mais suivant la qualité de l'antigène, la réaction a lieu d'un coup ou progressivement. Dans le premier cas, c'est la crise colloïdoclasique, que des cristalloïdes, tout au moins des substances différentes du sérum (métaux colloïdaux, émulsions de microbes) peuvent provoquer. Dans le second cas, il y a toujours une petite crise d'emblée, ainsi que l'a noté M. BESREDKA, mais comme il s'agit de substances plus ou moins voisines du sérum, au point de vue physique (sérums d'animaux, extraits d'organes, ovalbumine) la réaction est moins violente au début, mais plus prolongée, et elle aboutit finalement à un nouvel état d'équilibre humoral, que l'on a désigné, jusqu'ici, sous le nom de sensibilisation, et qui n'apparaît, en effet, stable que quand le corps étranger a été assimilé. Ce nouvel état d'équilibre est tel que l'arrivée d'une nouvelle quantité d'antigène entraîne la précipitation, autrement dit, la destruction de celui-ci, et c'est cette précipitation brusque, accomplie à tous les niveaux par la révolution sanguine, qui déclenche le choc. Toutefois, sensibilisation ne signifie pas du tout, comme on paraît le croire, « fragilisation » ; elle signifie, au contraire, aptitude à digérer plus vite l'antigène, de telle sorte que, par des injections subintrantes d'antigène, suivant le procédé de M. BESREDKA, ou la stabilisation de l'antigène, suivant le procédé de FRIEDBERGER et Ch. RICHET, de KOPACZEWSKI ou de LUMIÈRE, on arrive à éviter la floculation, soit d'une manière durable, par entraînement de l'organisme à dissoudre de plus en plus rapidement le précipité, soit extemporanément, par suppression plus ou moins complète de cette précipitation. Il faut au surplus rappeler que la méthode de la petite dose précédant l'injection thérapeutique, protège également et pour les mêmes raisons, quand il s'agit de collobiase, par exemple, contre la violence de la crise colloïdoclasique.

Cette conception PHYSIQUE (1) explique tous les faits actuellement connus de l'hémoclasie, de l'anaphylaxie, de l'antianaphylaxie et de l'immunité (car le sujet qui a assimilé, une fois directement, un corps étranger, ne redevient jamais le même qu'auparavant), elle fait rentrer l'anaphylaxie dans le cadre de l'adaptation ; elle met fin aux obscurités et aux contradictions que l'usage de certains mots à signification chimique contribuait à entretenir ; elle rend inutile, enfin, la distinction que M. KOPACZEWSKI a voulu établir entre le choc humoral et le choc cellulaire et laisse intervenir, par suite, le système nerveux, dont le rôle, dans les manifestations cliniques du choc, ne semble pas douteux.

Certes, elle n'est encore, cette conception, qu'à l'état d'ébauche ; beaucoup de points demandent à être revus à l'aide de méthodes plus parfaites que la physique, seule, peut fournir. Et puis, elle se heurte à des habitudes de langage et de raisonnement qu'on aura de la peine à abandonner. Bien qu'elle se dégage peu à peu, par la force des choses, de la confusion des faits, ce n'est pas sans hésitation, cependant, que j'ai tenté de l'exposer ici, au moins dans sa forme essentielle et ses idées principales, mais je me suis rappelé la phrase de RENAN : « Le moyen d'avoir raison dans l'avenir est, à certaines heures, de savoir se résigner à être démodé » (2).

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1921)

La gastrectomie. — La discussion se poursuit sur cette question. M. DUVAL intervient de nouveau. Des nombreuses observations qu'il a relevées, il résulte que la biloculation postopératoire de l'estomac, constatée assez souvent après les gastro-pylorectomies, n'a vraiment pas d'importance, n'entraînant aucun trouble gastrique et n'entravant en rien la fonction de l'estomac.

Pancréatite hémorragique. — M. DELBET fait un rapport sur des recherches expérimentales de MM. Brocq et Maurel. De ces expériences, il résulte que, en déterminant chez l'animal une stase duodénale, cet animal meurt de pancréatite hémorragique.

Anomalie rotulienne. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. Douard (de Toulon). Il s'agit d'une

(1) DANYSZ. *Origine, évolution et traitement des maladies chroniques non contagieuses. Théorie de l'immunité, de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie*, p. 25, 121 et suiv.

(1) J'ai déjà exposé cette théorie dans mon Introduction à la colloïdothérapie, *Bull. gén. de thérap.*, fév. 1918.
(2) Qu'est-ce qu'une nation ? 1882, p. 30.

anomalie rotulienne consistant en ce fait que la rotule est divisée en trois fragments, ce qui peut faire croire à une fracture. M. Mouchet a observé un cas semblable. Ces anomalies rotuliennes ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le croit.

Epilepsie traumatique. — M. Tuffier apporte un fait intéressant à la discussion en cours. Un jeune homme de trente ans reçoit un éclat d'obus à la partie postérieure du cou, en 1916. L'éclat est enlevé. Un an plus tard, nouvelle blessure, éclat d'obus dans la région temporale droite. Sauf quelques troubles de la vision, aucun signe sérieux. Il fut fait prisonnier. Pendant deux ans, aucun symptôme, si ce n'est une sensation de lourdeur dans la jambe gauche. Ce ne fut que trois ans et sept mois après la blessure que, rentré en France, il présenta sa première crise épileptiforme. La radiographie montra un éclat d'obus profondément situé dans la fosse temporale. Les crises devenant subintrantes, M. Tuffier intervint. Il trouva la dure-mère adhérente sur une certaine étendue, et, à ce niveau, s'écoula un liquide jaunâtre; il s'agissait d'un kyste que M. Tuffier ouvrit et vida. Il n'alla pas plus loin et referma. Les crises ont cessé.

Voilà donc un cas dans lequel l'épilepsie traumatique n'est apparue que trois ans et sept mois après la blessure.

Réfection d'un urètre à l'aide d'une aorte de chien. — M. Legueu nous a fait une communication du plus haut intérêt et qui ouvre de nouveaux horizons pour la chirurgie réparatrice.

Un blessé de la guerre avait une rupture de l'urètre. Fait prisonnier, il subit une série d'interventions, toutes sans succès. Depuis longtemps déjà M. Legueu faisait, avec ses collaborateurs, des recherches expérimentales sur les chiens au sujet de la substitution à l'urètre d'artères de calibre correspondant. Sur 12 chiens, 7 sont morts, 5 ont guéri. Chez ces derniers, il n'y a pas eu d'élimination de l'artère implantée et ils se trouvent munis d'un urètre fonctionnant régulièrement. Devant ces résultats de l'expérimentation, M. Legueu n'hésita plus à tenter la même réparation chez l'homme.

En janvier 1919, il commença donc par pratiquer chez son blessé une cystostomie hypogastrique. L'urètre, chez cet homme, n'existait pour ainsi dire plus ; il y avait seulement un bout supérieur et un bout inférieur, il restait environ 10 cm. d'urètre à refaire. Quelque temps après une urétrotomie périnéale, le 27 juin 1919, M. Legueu pratiqua l'opération suivante :

Pendant qu'il préparait son malade, un de ses aides sacrifia un chien et réséqua une portion de son aorte correspondante à la longueur de l'urètre à réparer; cette aorte plongée dans du sérum chaud fut aussitôt apportée à M. Legueu qui traversa toute la région à l'aide d'un trocart, et il introduisit dans la canule de ce trocart l'aorte dont il fixa le bout supérieur, bout à bout, à la portion restante supérieure de l'urètre; il retira la canule du trocart et fixa le bout inférieur comme il avait fixé le bout supérieur. Il plaça une sonde à demeure. Il n'y eut aucune réaction, aucune élévation de température. Dix jours après, M. Legueu passa une sonde du n° 11. En trois semaines, il arriva ainsi successivement au n° 16. Puis il ferma la cystostomie. Le malade est parti guéri. Son urètre ne présente aucune sténose. On passe facilement du 19. D'ailleurs, chez l'un des chiens guéris qui a été sacrifié, on a pu se rendre compte que sur le canal de l'urètre ainsi reconstitué, on ne retrouve aucune trace du point d'union entre le canal et l'artère implantée. La continuité est parfaite. L'artère devient de l'urètre.

Cette communication, présentée avec un rare talent d'exposition, marquera parmi les plus importantes et les plus encourageantes au point de vue des applications à la chirurgie des travaux de Carrel.

Les artères carotides et les hémorragies amygdaliennes. — M. Sebileau (1) nous a fait un récit très dramatique de la mort d'une fillette par hémorragie foudroyante, après une amygdalectomie pratiquée par un chirurgien expérimenté ; devant un pareil fait, M. Sébileau a bien fait de pousser un cri d'alarme et de rappeler à ses collègues laryngologistes le voisinage des amygdales avec la carotide interne.

Indépendamment de son côté dramatique, cette observation est fort instructive, car le Parquet a été saisi, il y eut une autopsie judiciaire et l'on constata une large déchirure de la carotide interne. Le chirurgien incriminé avait fait plus de 500 amygdalectomies sans le moindre accident.

M. Ombrédanne fait observer, avec raison, qu'on peut arriver à arrêter ces hémorragies graves à l'aide d'une pince de Kocher placée sur le vaisseau et d'une ligature. Cela lui a réussi dans un cas.

(1) La dramatique observation de M. Sebileau me remet en mémoire deux faits dont je fus témoin. Mon maître Péan venait d'enlever deux grosses amygdales avec l'amygdalotome de Chassaignac, chez un jeune homme de trente ans. Tout s'était bien passé; nous étions déjà en route pour l'hôpital Saint-Louis, quand, le frère du malade nous rejoignit et nous cria de revenir en toute hâte auprès du malade qui saignait fort abondamment, Péan, sans perdre une seconde, appliqua un peu au hasard quatre ou cinq pinces lorgnettes et l'hémorragie fut aussitôt arrêtée. Il n'était que temps car le malade n'avait plus de pouls. L'abondance de l'hémorragie fit croire à Péan qu'elle devait provenir de la carotide interne. Je reste vingt-quatre heures auprès du malade et ne retirai les pinces, très prudemment, qu'au bout de ce temps. Le malade guérit. Il avait trouvé qu'il était bien pénible de garder ainsi des pinces pendant vingt-quatre heures dans la bouche, c'était en effet bien pénible, mais quelle sécurité pour le chirurgien ?

Dans une autre circonstance, je venais de terminer une opération dans une maison de santé quand un de nos confrères, laryngologiste, qui venait d'enlever des amygdales, me fit prier de venir tout de suite à son aide car l'enfant saignait effroyablement. Je ne fis que répéter la manœuvre que Péan m'avait apprise et je fus assez heureux pour me rendre maître de l'hémorragie. Mais il ne fut pas facile d'obtenir que l'enfant gardât ses pinces. Il fallut lui attacher les bras et le maintenir presque constamment sous l'anesthésie chloroformique pendant les douze heures que je laissai les pinces.

Dans les hémorragies graves, d'où qu'elles viennent, on ne pense pas assez au pincement définitif tel que l'a décrit notre maître Péan. — N. D. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1920)

Identification des divers types de méningocoques à l'aide de l'agglutination par les sérums saturés. — MM. Dopter et Dujarric de la Rivière. L'identification d'un méningocoque par l'agglutination se heurte souvent à de grandes difficultés en raison de la présence quasi-constante, dans les anti-sérums, de coagglutinines dont le taux atteint parfois celui des agglutinines spécifiques.

Les procédés extemporanés qui ont été imaginés pour les éviter n'ont pas donné toute satisfaction : le temps limite de l'épreuve est parfois trop réduit pour permettre dans tous les cas aux agglutinines de se manifester; d'autre part l'élimination des coagglutinines n'est pas toujours réalisée.

Force est donc de revenir à l'emploi des sérums saturés proposé en 1914 par Dopter et Pauron, mais modifié.

A l'aide de sérums anti-A, B et C ainsi traités et ne contenant plus que leurs agglutinines spécifiques, la détermination exacte d'un méningocoque devient facile :

Dans trois tubes où l'on a versé 1 cmc. de sérum saturé dont la dilution est portée à 1/20 anti-A, B et C, on émulsionne une anse de culture sur gélose ascite du germe à identifier. Porter à l'étuve à 37°.

Grâce à la concentration élevée qui ne peut donner de résultats nets qu'à la faveur de la saturation effectuée, la réaction peut être observée au bout de *2 heures;* l'agglutination ne se manifeste, sans l'aide de la loupe, que dans un seul tube, celui qui contient la variété de sérum correspondant au germe que l'on cherche à identifier ; le contenu des autres tubes reste homogène, évitant ainsi toute erreur d'interprétation; la nature du sérum contenu dans le tube agglutiné indique la variété cherchée des méningocoques.

La cholémie saline dans les ictères. — MM. A. Gilbert, E. Chabrol et H. Bénard recherchent les sels biliaires dans le sérum sanguin en ayant recours à la réaction de Pettenkofer sous le contrôle de l'examen spectroscopique. Pour se débarrasser des substances albuminoïdes, ils précipitent le sérum par 10 volumes d'alcool à 95°. Le filtrat est évaporé

au bain-marie, repris dans l'acide sulfurique préalablement dilué de moitié, additionné d'une goutte de furfurol, et finalement porté à la température de 60° pendant 5 minutes.

Lorsque la réaction est positive, le liquide prend une teinte rouge-brun qui donne au spectroscope une bande d'absorption au niveau de $\lambda = 0\ \mu, 515$. Cette méthode permet de déceler une cholémie saline de l'ordre de 10 cg. par litre.

Chez douze sujets non ictériques, la réaction s'est montrée négative; il en fut de même chez quatre malades atteints d'ictère chronique splénomégalique. Ce sont seulement les grands ictères choluriques qui ont donné des résultats positifs. Dans les quatorze observations que rapportent les auteurs, le taux de la cholémie saline était très faible; il restait au voisinage de la limite de sensibilité de la méthode, c'est-à-dire autour de 1 p. 10.000.

Le sucre protéidique dans les néphrites chroniques. — MM. H. Bierry et F. Rathery. Le taux du sucre protéidique peut chez certains néphrétiques être considérablement plus élevé que normalement; la teneur du plasma en sucre protéidique est parfois si haute qu'elle dépasse largement celle du sucre libre déjà élevé chez les néphrétiques. Cette élévation très anormale marche le plus souvent de pair avec une augmentation notable de l'urée sanguine; cependant on peut constater des azotémies élevées avec une glycémie protéidique basse et une glycémie protéidique peu marquée avec une azotémie très nette. L'élévation du taux du sucre protéidique indique le plus souvent un pronostic grave. L'étude de la glycémie protéidique en ce qui concerne les variations du milieu intérieur constitue un moyen d'investigation nouveau et qui semble avoir une réelle importance pronostique.

La surinfection tuberculeuse chez le cobaye. Résistance des animaux tuberculeux à la surinfection pratiquée par voie cardiaque. — MM. Robert Dehé et Jean Paraf. En injectant à un lot de cobayes 1 mmg. de bacilles tuberculeux dans le ventricule gauche, on constate que tous les animaux meurent de granulie en 16 jours au moins et 45 jours au plus. En injectant à un second lot d'animaux 1/100e de milligramme de la même culture dans la peau, tous les animaux meurent après avoir présenté l'évolution clinique et les lésions habituelles en pareil cas dans un délai qui varie entre 135 et 415 jours. Si maintenant à un 3e lot d'animaux on injecte d'abord sous la peau 1/100e de milligramme, puis 20 jours après dans le ventricule gauche 1 mmg., on constate que la presque unanimité des animaux vit de 250 à 350 jours, c'est-à-dire comme la grande majorité des cobayes inoculés sous la peau. Un cobaye vit encore (avec un ganglion hypertrophié et une intradermo-réaction positive) 450 jours après l'inoculation cardiaque. Quelques animaux de ce 3e lot sont morts aussi rapidement que les animaux inoculés par voie cardiaque. Or précisément ces animaux n'ont pas présenté après la réinoculation intra-cardiaque la réaction intense (fièvre, amaigrissement, anorexie) qu'ont présentée tous ceux dont la survie a été prolongée. Ces faits mettent une fois de plus en lumière l'extraordinaire résistance du cobaye tuberculeux, vis-à-vis de la surinfection tuberculeuse même lorsqu'on choisit une voie d'épreuve aussi sévère que la voie intracardiaque et une dose aussi forte que celle que nous avons employée. Cette expérience montre que la loi énoncée par Calmette et Guérin en 1907 pour les bovidés et vérifiée par Römer chez le mouton est exacte pour le cobaye.

Albumoses des cellules et tissus. — MM. Achard et Feuillié ont cherché les albumoses dans les éléments du sang. Dans les globules rouges déplasmatisés, ils en ont trouvé environ 2 par litre; mais avec le sang complet renfermant environ volumes égaux de globules et de plasma, la proportion s'abaisse considérablement, de sorte qu'on est conduit à penser qu'il s'est produit une liaison entre les albumoses globulaires et les lipoïdes du plasma. De même les procédés à l'éther et à l'eau de chaux pour déceler les albumoses combinées donnent des quantités moindres que celle des albumoses libres.

Les globules blancs des exsudats ou du sang recueillis et congelés, donnent des albumoses. On en trouve aussi dans les globulins.

Les tissus d'un animal saigné à blanc, débités en tranches minces et pilés au mortier, puis congelés trois fois montrent aussi des albumoses dans des proportions qui permettent de les ranger dans un ordre décroissant qui est le même que pour le coefficient lipocytique : poumon, rein, foie, muscle.

LIVRES NOUVEAUX

Ch. Brifaut. **Souvenirs d'un académicien sur la Révolution, le premier Empire et la Restauration**, avec introduction et notes du Dr Cabanès, et suivis de la correspondance de l'auteur (1).

Le Dr Cabanès fait aujourd'hui une infidélité à la médecine historique, infidélité temporaire, car on n'abandonne pas un genre dont on a été presque le créateur et qu'on a, en tous cas, porté au degré de perfection où l'a amené notre excellent confrère.

Les souvenirs d'un académicien sur la Révolution, le premier Empire et la Restauration n'ont, en effet, rien de médical; cependant, nous y avons trouvé *passim* quelques anecdotes sur des médecins célèbres, sur Récamier notamment.

Ch. Brifaut, poète français, membre de l'Académie française où il remplaça, en 1826, d'Aguesseau, naquit à Dijon en 178·. Ce fut un journaliste distingué et un collaborateur assidu de la *Gazette de France*, ce fut surtout un auteur de poésies et de contes dans le goût classique, de tragédies diversement appréciées, dont l'une, cependant, *Ninus II*, eut un grand succès.

Mais Brifaut fut encore un épistolier charmant que ses historiographes antérieurs n'avaient pas mis suffisamment en valeur. C'est ce que vient de faire notre ami Cabanès. En incorrigible chercheur il a retrouvé un certain nombre de lettres inédites qui seront lues avec un grand intérêt par tous ceux qui apprécient cette chose délicate et si rare de nos jours : une lettre joliment tournée.

F. L. S.

La Tuberculose génitale chez l'homme et chez la femme(2), par X. Delore, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et André Chalier, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Ce livre, écrit dans un but didactique et pratique, est la synthèse vivante de toutes nos connaissances, jusqu'ici encore éparses pour la plupart, sur la tuberculose des organes génitaux dans les deux sexes.

Dans une première partie, les auteurs décrivent de façon très minutieuse les localisations classiques et fréquentes de la tuberculose génitale de l'homme : épididyme, testicule, prostate, canal déférent. Ils consacrent des chapitres spéciaux à des atteintes plus rares et plus mal connues : tuberculose de la vaginale, tuberculose du conduit péritonéo-vaginal, tuberculose du scrotum, tuberculose urétrale et péri-urétrale, tuberculose de la verge.

La deuxième partie, plus originale, est réservée à la tuberculose génitale chez la femme. Le grand public médical ignore encore tout ou presque tout de cette tuberculose génitale féminine, pourtant très répandue, mais dont la description est bien sommaire dans les traités classiques, même récents. MM. Delore et Chalier ont eu le mérite de réunir les premiers, en un faisceau compact, la description détaillée des tuberculoses de la vulve, du vagin, du col utérin, du corps utérin, des trompes, de l'ovaire, des kystes et tumeurs de l'ovaire. Cet exposé, basé sur une grande érudition et sur une expérience personnelle déjà longue, constitue la mise au point d'une des plus importantes acquisitions de la gynécologie contemporaine.

Un index bibliographique considérable ajoute encore à la valeur du livre de nos deux excellents confrères lyonnais.

L. G.

(1) Deux vol. grand in-8 brochés avec de nombreuses illustrations. — Prix : 30 fr. net. — Paris, Albin Michel 1921.

(2) Un vol. in-18 jésus de 368 pages, avec 34 figures dans le texte (Bibliothèque de la tuberculose). — Prix broché : 7 fr. ; cartonné toile : 9 fr. — Paris, Gaston Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS DE LA LITHIASE BILIAIRE[1]

2. *Obstruction des canaux hépatiques.* — Elle ne s'observe guère isolément; elle est caractérisée par la fréquence plus grande des douleurs et la constatation des petits cholélithes dans les matières fécales. La symptomatologie des calculs des deux canaux hépatiques comporte un ictère chronique et une vésicule vide atrophiée.

3. *Obstruction du canal cholédoque.* — Elle est rarement complète, les calculs à facette laissant suinter une petite quantité de bile entre ses faces et les parois du canal, mais cet écoulement de bile n'est point suffisant et l'occlusion du cholédoque est bientôt suivie de la constitution d'un ictère biliphéique. Son début est brusque, son évolution chronique comporte quelques légères intermittences; la peau est vert foncé; il y a une rétention complète des pigments biliaires, des sels biliaires et de la cholestérine. Les matières fécales sont décolorées; la cholurie est considérable; le foie, un peu augmenté de volume, est lisse et régulier, plus tard il s'atrophie, ce qui s'accompagne de signes d'insuffisance hépatique : oligurie, hypoazoturie, urobilinurie et glycosurie alimentaire; l'ictère peut s'atténuer ultérieurement par insuffisance hépatique; l'état général finit par s'altérer avec asthénie et amaigrissement, et, si le chirurgien n'intervient pas pour lever l'obstacle, le malade peut mourir d'intoxication biliaire et d'insuffisance hépatique sur lesquels vient souvent se greffer une complication intercurrente : érysipèle ou pneumonie. Le *diagnostic* du calcul du cholédoque soulève le diagnostic de tous les ictères chroniques; c'est le type des ictères par rétention au cours desquels tous les éléments de la bile sont retenus : ces pigments biliaires seront retrouvés dans les urines (réaction de Gmelin); les sels biliaires seront recherchés par la réaction de Hay et de Pettenkoffer et par l'épreuve des hémoconies (Lemierre et Brulé). La cholestérine sera dosée dans le sang et son taux s'élève alors au-dessus de 1g50 à 2 g. Ces trois caractères permettent de poser le diagnostic d'ictère par rétention et par conséquent d'éliminer tous les ictères par insuffisance hépatique et les ictères hémolytiques. En présence d'un ictère chronique par rétention il faut déterminer la cause même de cet ictère, trois grands groupes :

a. Groupe des *angiocholites chroniques*, ictère catarrhal prolongé et ictère de la cirrhose hypertrophique biliaire. Dans ces cas, l'ictère n'est pas très foncé, les selles sont parfois surcolorées et en tous cas jamais complètement décolorées. Il y a des intermittences dans la teinte de la peau et des matières fécales. L'hépatomégalie et la splénomégalie sont parfois considérables; la vésicule est petite et indolore, l'état général est satisfaisant.

b. Les ictères qui traduisent les *lésions pariétales sténosantes* et les compressions des gros conduits biliaires. C'est le groupe des cancers : cancer des voies biliaires et cancer de la tête du pancréas. Ces malades sont en général plus âgés, l'ictère est progressif, continu, intense, devenant même verdâtre; la décoloration des selles absolue et persistante; le foie n'est pas très gros; la rate normale; sauf dans les cas où l'oblitération siège au-dessus de l'origine du cholédoque, la loi de Courvoisier et Terrier est exacte; la vésicule est distendue. L'amaigrissement considérable est très précoce.

c. Les *obstructions du cholédoque par un corps étranger :* le type en est l'ictère lithiasique que l'on reconnaîtra grâce aux antécédents du malade, au début brusque de l'ictère, aux oscillations légères mais fréquentes de la jaunisse, à l'absence fréquente de toute distension vésiculaire. Cependant on n'oubliera pas que certains cancers des voies biliaires se greffent sur des lithiases anciennes et dans lesquels l'ictère a un début brusque; d'autre part certaines lithiases s'accompagnent d'une cachexie rapide, très marquée. Chauffard insiste sur deux symptômes qui auraient quelque valeur pour penser à la possibilité d'une néoplasie des voies biliaires primitive ou secondaire à une lithiase : c'est d'une part la présence d'un *œdème malléolaire*, et d'autre part la présence d'une *ascite* même légère avec foie irrégulier et douloureux. Dans les cas douteux on devra avoir recours à la laparatomie exploratrice tout en se souvenant que les *pancréatites chroniques* peuvent en imposer pour un cancer de l'ampoule de Water ou masquer un calcul dans cette ampoule. D'ailleurs il n'est pas rare de voir se constituer une pancréatite chronique au cours des accidents répétés de la lithiase biliaire. Il faut toujours y penser; mais bien souvent ce n'est qu'au cours de l'opération que le chirurgien peut la découvrir.

II. **ACCIDENTS SEPTIQUES DE LA LITHIASE BILIAIRE.** — Les accidents septiques de la lithiase biliaire sont extrêmement fréquents; les plus légers accompagnent presque constamment la colique hépatique simple puisqu'il est presque constant de trouver au cours de cette dernière, d'après Chauffard, une leucocytose légère avec polynucléose. Mais il s'agit d'une simple ébauche qui traduit cependant une minime poussée d'infection vésiculaire. A un degré au-dessus, la fièvre s'allume : fièvre hépatalgique de Charcot; elle indique l'infection biliaire passagère. Enfin à un 3e degré il s'agit d'accidents infectieux plus caractérisés qui accompagnent les angiocholites et les cholécystites aiguës, subaiguës ou chroniques.

A. **Angiocholites secondaires à la lithiase.** — Les angiocholites demeurent assez souvent *latentes*, surtout chez les vieillards dont les réactions fébriles sont souvent minimes. Il peut en être ainsi chez les adultes lorsque le foie est profondément altéré et lorsque l'infection biliaire est due au colibacille dont on connaît les toxines parfois hypothermisantes.

Dans les *formes frustes*, les signes d'infection sont assez discrets pour être masqués par les symptômes plus bruyants de la colique hépatique ou de l'obstruction biliaire. C'est dans ces cas que l'on voit, au cours ou à la suite d'une colique hépatique, des accès fébriles éphémères.

Dans les *formes plus évidentes*, les symptômes sont beaucoup plus marqués : à la suite d'une ou de plusieurs crises hépatiques, la fièvre survient. Cette fièvre biliaire ou bilioseptique survient en général par accès; elle débute souvent par un grand frisson, simulant plus ou moins l'accès paludéen; la température monte brusquement à 39°, 40°, et au bout d'une ou plusieurs heures, tout se termine par des sueurs profuses. Il s'agit là par conséquent, de grands accès fébriles irréguliers, souvent éloignés par des intervalles de 8 à 15 jours et résistant à l'action préventive de la quinine. Dans d'autres cas, après un accès semblable, la température reste élevée et il s'agit d'un état fébrile continu, pouvant durer plusieurs jours et se terminant en lysis dans les cas favorables. Ce sont là des types classiques des fièvres : intermittentes, rémittentes et continues.

L'examen du sang au cours des accès, montre une forte leucocytose, oscillant entre 30.000 et 50.000 et la formule leucocytaire montre une polynucléose de 80 a 85 p. 100.

L'hémoculture pratiquée pendant les frissons ou l'accès fébrile peut déceler, dans certains cas, l'existence de streptocoques, staphylocoques, colibacilles.

En même temps que ces signes d'infection biliaire, il n'est pas rare de constater une tuméfaction du foie : celui-ci déborde le rebord costal de plusieurs travers de doigts, il est congestionné et douloureux spontanément et à la pression.

Le malade accuse, très nettement, dans l'hypocondre droit une douleur qu'il rapporte à un gonflement du foie.

La rate est tantôt un peu augmentée de volume, tantôt normale.

Les urines sont rares et denses et il peut exister un état subictérique des conjonctives et des téguments.

On a pu noter qu'à la suite des crises fébriles, les matières étaient décolorées passagèrement; la base du poumon droit peut réagir et il n'est pas rare de constater à ce niveau une diminution du murmure vésiculaire, parfois même, des frottements pleuraux ou un petit épanchement de la base droite. Si l'on pratique l'examen radioscopique on constate l'augmentation en masse du foie dont le bord inférieur régulier ne montre pas de grosse vésicule, la diminution des mouvements du diaphragme droit et l'obscurité plus ou moins marquée du cul-de-sac costo-diaphragmatique à droite. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 2, p. 31, et n° 4, p. 63.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 7. — SAMEDI 22 JANVIER 1921. 94e ANNÉE. SAMEDI 22 JANVIER 1921. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 17 janvier. — Question donnée : « L'artère sous-clavière droite sans la description des branches. — Les complications intestinales de la fièvre typhoïde. »

MM. Bonnet (Louis), 13 + 24 = 37; de Brun du Bois-Noir (Pierre), 13 + 23 = 36; Basch, 16 + 26 = 42; Durand (Paul), 15 + 20 = 35; Walser, 16 + 21 = 37; Girot, 15 + 26 = 41; Pasquier, 12 + 15 = 27; Niel, 15 + 25 = 40; Doiteau, 12 + 23 = 35.

Séance du 19 janvier. — Question donnée : « Articulation temporo-maxillaire. — Les manifestations articulaires de la blennorragie. — Symptômes et diagnostic. »

MM. Lebée, 14 + 23 = 37; Phelippes de la Marnierre, 18 + 22 = 40; Bonnecaze, 19 + 27 = 46; Lelong, 15 + 26 = 41; Dujarier, 16 + 23 = 39; Vesselle, 13 + 24 = 37; Marceron, 13 + 23 = 36; Maduro, 14 + 21 = 35; Chabanier, 18 + 23 = 41; Carrego, 16 + 16 = 32.

— Dans la séance du 12 janvier, ajouter le nom de M. A. Favory : 11 + 21 = 32.

HOSPICE DE BRÉVANNES, INSTITUTION SAINTE-PÉRINE ET FONDATION CHARDON-LAGACHE. — L'Administration de l'Assistance publique à Paris, ouvrira le jeudi 17 février 1921, un concours pour la nomination à huit places d'interne en médecine à l'Hospice de Brévannes (Seine-et-Oise), à deux places d'interne en médecine à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache, et à deux places d'interne en médecine à l'Asile d'Hendaye.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale, Service du personnel, 3, avenue Victoria, du jeudi 27 janvier au samedi 5 février 1921 de 14 h. à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Molin de Teyssieu est nommé, après concours, chef de clinique psychiatrique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont-Ferrand. — Sont chargés de cours : MM. le prof. Rouchy (pharmacie et matière médicale), Gauthier (chimie organique, chimie biologique), Humbert (histoire naturelle).

— M. le prof. Huguet est chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

— Nantes. — Sont chargés de cours de cliniques annexes : MM. Aubry (maladies infectieuses), Coulonjou (maladies mentales), Rivet (voies urinaires), Texier (oto-rhino-laryngologie), Le Meignen (maladies mentales).

— Rennes. — M. Tréquesser est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— M. Le Rolland est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de physique.

— Reims. — Sont chargés de cours : MM. le prof. Jacquinet (clinique médicale), Villemin (anatomie), Landry (histologie), Bouvier (physiologie), Mire (histoire naturelle), Quirin (pharmacie et matière médicale).

— M. Grau est chargé des fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

— Sont nommés chefs de travaux : MM. Villemin (anatomie), Bouvier (physiologie).

— Rouen. — M. Longuet, professeur de physiologie, est chargé, en outre, jusqu'à l'issue du prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. — M. Guillaume, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, jusqu'à l'issue du prochain concours, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Candidatures. — L'Académie, réunie en comité secret, sur la présentation faite par la section de médecine et de chirurgie, a ratifié la liste de classement suivante à la place vacante par suite de la mort du prof. Guyon. Sont présentés en première ligne : MM. Bazy et Delbet; en seconde ligne : MM. J.-L. Faure, Hartmann, Legueu et Tuffier.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'hygiène. — *Au grade de chevalier.* —

M. le Dr Gourivaud, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Vienne.

LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE (HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES). — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le jeudi 27 janvier 1921, à 9 h. 1/2 du matin (Hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la Diphtérie), avec l'aide de M. Pierre-Louis Marie, ancien interne des Hôpitaux, chef de laboratoire, et de M. Cathala, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie; clinique de l'angine diphtérique et du croup; sérothérapie; tubage et trachéotomie; prophylaxie).

Tous les matins : visite; examen des malades.

Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

NOTES DE PRATIQUE

ARSENOBENZOLS ET IODO-MERCURIQUES (1)

> Ce qu'on acquiert par l'arsenic ne l'est d'abord que provisoirement et peut être plus ou moins complètement reperdu; ce qu'on acquiert par le mercure est bien définitivement acquis.
>
> SABOURAUD.

Dans un précédent article nous avions tenté un parallèle entre les arsenicaux et la vieille médication iodo-mercurielle, et nous étions arrivés à la conclusion que cette dernière ne devait point toujours et dans tous les cas, céder sa place aux arsénos. Il serait illusoire, en effet, de compter sur ceux-ci pour une stérilisation totale de l'organisme infecté, et il est prudent de se défier de la trompeuse sécurité qu'ils confèrent d'emblée par la suppression rapide de symptômes objectifs. Aussi les syphiligraphes vraiment autorisés poussent-ils plus loin la prudence et font-ils suivre toute cure arséno-benzolique ayant cliniquement abouti à la guérison, d'une série de cures mercurielles et iodurées (Gougerot, Renault). Goubeau a même prétendu qu'on ne pouvait être pleinement rassuré qu'après avoir recouru à la triade : As — Hg et KI.

Il convient en effet de ne point oublier que le mercure doit une large part de son succès à un allié pharmacologiquement très puissant : l'iode. L'action combinée des deux spécifiques est d'autant plus marquée lorsqu'ils peuvent, de par la forme où ils sont administrés, agir en synergie, comme dans le *lipogyre*, éther gras iodé-mercurique, doué d'une organotropie très nette, se disséminant et se fixant temporairement dans tous les tissus, alors que les préparations salines, dissoutes dans le sérum sanguin, ne font que les traverser dans un cycle rapide, pour être éliminées quelques heures après par les émonctoires. Ce médicament a un autre avantage : sa très bonne tolérance par les organes digestifs, alors que l'on sait combien sont fréquents, pour ne pas dire inévitables, les troubles causés par les préparations classiques où Hg et KI sont associées pour le traitement mixte. Le lipogyre constitue donc le médicament d'entretien par excellence de la syphilis, car l'expérience des siècles a démontré que si le mercure ne réussit guère à juguler l'apparition des accidents secondaires (ne dénions pas aux arsenicaux la première place pour atteindre ce but rapproché), continué et répété avec persévérance, il est malgré tout le plus efficace prophylactique des manifestations ultérieures, et l'enseignement de ces dernières années n'a pu que vérifier la justesse de ce mot d'un maître célèbre au lendemain de la découverte du 606 : « Le mercure est encore debout! »

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 106, p. 1690.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes cliniques sur la tuberculose (1), par le Dr SERGENT.

M. Sergent a réuni dans ce volume ses études sur la tuberculose depuis qu'il est à l'hôpital de la Charité.

Il les a divisés en 4 parties :

1° Symptomatologie et diagnostic;
2° Terrain dans la tuberculose et pathogénie;
3° Pronostic et traitement;
4° Publication de guerre sur la tuberculose.

La première partie est une critique des méthodes de diagnostic, méthodes de laboratoire, méthodes stéthestocopiques et radioscopiques.

La deuxième partie insiste sur les rapports de la syphilis et de la tuberculose dans l'étude desquels s'est complu l'auteur. La troisième partie est surtout thérapeutique, soit symptomatique quand l'auteur étudie le traitement de l'hémoptysie par l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse, du pyopneumothorax par les injections intrapleurales d'azote goménolé; soit pathogénétique avec la cure de récalcification dont M. Sergent indique la technique, les indications, les résultats. Dans la dernière partie consacrée à la tuberculose de guerre il faut lire les pages consacrées aux faux tuberculeux aux « suspects de tuberculose », à la tuberculose consécutive aux traumatismes du thorax, à l'appréciation de l'évolutivité sur une tuberculose pulmonaire chronique. On trouvera aussi les arguments en faveur de la déclaration obligatoire si discutée de la maladie.

Le praticien qui viendra compléter son éducation en phtisiologie lira avec intérêt ce livre bourré d'observations et de faits.

F. LÉVY.

Le liquide céphalo-rachidien (2), par FONTEILLA et SEPULVEDA.

Bonne monographie où sont rappelées les notions les plus récentes de la physiologie normale et pathologique du liquide cérébro-spinal.

F. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 26 janvier. — Jury : MM. Roger, président; Broca (Auguste), Bernard et Joyeux. — M. CAILLE (Emile). La glycuronurie provoquée. — M. LOBRY (Louis). De la fréquence des hémoptysies tuberculeuses chez les aortiques. — M. BARBANNEAU (Louis). La sacralisation douloureuse de la 5e lombaire.

Jeudi 27 janvier. — Jury : MM. Chauffard, président; Bezançon, Lereboullet et Villaret. — M. HAMON (Marc). Contribution à l'étude des ascendants des tuberculeux. — M. MACQUERON (Marius). Sur quelques particularités cliniques de la fièvre typhoïde. — M. CHESNAIS (R.). Du traitement de la syphilis des femmes enceintes.

Jury : MM. Bar, président; Lejars, Duval et Basset. — M. LAURENT (Gaston). Les ulcères de l'estomac. — M. DABAN (René). Traitement opératoire des pleurésies purulentes aiguës non tuberculeuses. — M. SÉGUIN (Louis). Fréquences de la tuberculose chez les inanitiés.

(1) 2e édition. — Prix : 20 fr. — Paris, 1921, Maloine.
(2) Prix : 12 fr. — Paris, 1921, Maloine.

REVUE GÉNÉRALE

HÉMATÉMÈSE ET MÉLÆNA DU NOUVEAU-NÉ[1]

Par le Dr M. VERGNORY,
Interne de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Anatomie pathologique. — A la suite d'hématémèses ou de melæna si abondants qu'ils ont entraîné une issue fatale, ce n'est pas sans surprise que, dans une proportion importante de protocoles d'autopsie, on ne trouve mention d'aucune lésion anatomique au niveau du tractus intestinal. En pareille occurrence, il faut savoir que le sang contenu dans le tube digestif peut venir d'ailleurs et se demander si le diagnostic de gastro-entérorragie est indiscutable. Commandeur cite le cas d'un nouveau-né mort d'hématémèse, sans lésion du tube digestif à l'autopsie, mais le sang avait pénétré dans l'intestin jusqu'à la partie moyenne du grêle.

Demelin, sur 33 cas qu'il analyse (32 de Dusser et un personnel), trouve : 8 fois, rien; 8 fois des ulcérations stomacales; 7 fois des ulcérations duodénales et 10 fois une infiltration ecchymotique simple.

A l'examen, ce qui frappe en général c'est l'anémie des autres viscères, pâles et vides de sang. Les vaisseaux mésentériques, au contraire, sont souvent congestionnés et le mésentère lui-même farci de petits foyers hémorragiques.

Le tube digestif est gorgé de sang, sous forme d'enduit ou de caillots rouges ou brunâtres. La localisation est variable, tantôt c'est l'estomac seul, tantôt l'intestin seul, tantôt les deux qui en renferment.

La muqueuse est congestionnée. On peut observer tous les stades depuis la simple dilatation vasculaire et les taches purpuriques jusqu'aux vastes placards ecchymotiques infiltrant les tuniques.

Dans 40 à 45 p. 100 des cas on constate des ulcérations. Leur siège, leur forme, leur nombre sont divers. Tantôt généralisées à tout le tube digestif, éventualité rare, tantôt limitées à l'estomac (et alors localisées aux faces, à la grande courbure, au pylore, plus rarement au cardia) ou au duodénum (partie moyenne, région paravatérienne). L'œsophage, le jéjuno-iléon, le gros intestin sont habituellement indemnes. Cette prédilection pour les segments intestinaux en contact avec des sucs digestifs actifs et en particulier avec le suc gastrique est à prendre en considération. Ces ulcérations circulaires ou ovalaires, de surface plus ou moins étendue, affectent des aspects variés : soit la forme érosive superficielle en coup d'ongle, soit la forme linéaire ou fissuraire; d'autres fois, taillées à l'emporte-pièce elles donnent l'impression d'un processus évolutif à marche aiguë, à tendance perforante. A leur niveau, le péritoine présente parfois une petite tache ou un aspect dépoli spécial. Uniques, réduites à 2 ou 3, elles sont quelquefois si nombreuses que la muqueuse en est comme criblée.

Dans le *Bulletin d'obstétrique de Paris* (1909), notre maître, M. le prof. agrégé Voron, rapporte un cas d'hémorragie intestinale mortelle chez un nouveau-né avec double ulcération duodénale. « L'une de ces ulcérations, la plus grande, assez régulièrement circulaire avec un diamètre de 6 mm. environ est complètement constituée, les bords sont taillés à pic et le fond en est formé uniquement par la séreuse à peine recouverte par un peu de sous-muqueuse. Dans l'autre ulcération, d'apparence linéaire, le travail de nécrose semble moins avancé et le fond, non encore détergé, apparaît comme boursouflé, la muqueuse n'ayant pas encore eu le temps de s'éliminer. » Ces ulcérations peuvent entraîner la section d'un petit vaisseau.

Esser cite un nouveau-né syphilitique, mort au sixième jour, chez lequel il avait constaté, au niveau du jéjunum, de petites ulcérations et une muqueuse épaissie avec infiltration embryonnaire diffuse prédominant autour des vaisseaux oblitérés par places. Le foie et les os présentaient des lésions de syphilis.

Funck-Brentano et Deroy ont publié, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* (1907), un cas exceptionnel d'hématémèses apparues quatorze heures après la naissance et ayant persisté jusqu'au quatrième jour, date de la mort : il existait une oblitération du duodénum siégeant à l'union des deux premières portions.

Quel est l'âge des lésions décrites plus haut? Certaines ont pu débuter peu après la naissance, d'autres ont des caractères tels qu'on peut, aux dires des auteurs, affirmer leur origine intra-utérine; d'autres, enfin, sont plus tardives et s'accompagnent alors d'altérations anatomiques appartenant à une maladie générale, infectieuse le plus souvent.

Enfin, au cours de gastro-entérorragies associées à des manifestations hémorragiques générales, on a observé des foyers multiples au niveau des viscères, du péritoine, de la peau.

Etude clinique. — Si au point de vue pathogénique les traités abondent en hypothèses sur la question qui nous occupe, en revanche ils sont en général très brefs sur la symptomatologie, l'évolution, le pronostic, le traitement. C'est qu'en effet, étant donné l'âge du nouveau-né, cette étude se résume en celle d'un syndrome hémorragique banal et de ses modalités. De plus la brusquerie de l'affection, sa gravité apparente, son évolution qui tourne rapidement court vers l'issue fatale ou la guérison laissent peu de place à une observation minutieuse et de longue durée. Quoiqu'il en soit, ces gastro-entérorragies se traduisent : — par un syndrome objectif hémorragique commun,

— par quelques caractères spéciaux propres à l'hématémèse et au mélæna,

— par des signes locaux,

— par des signes généraux de spoliation sanguine,

— par des modalités différentes décrites comme ormes cliniques.

1° Syndrome objectif hémorragique commun. — Les hémorragies digestives ont un début brutal, précoce, peu de temps après la naissance, dans les quatre premiers jours, dans 78 p. 100 des cas observés, d'après Demelin. Aucun prodrome ne les annonce en général, sauf parfois un peu d'agitation avec cris, du refus de prendre le sein, de l'abattement et de la torpeur. Il s'agit fréquemment de nouveau-nés d'apparence vigoureuse qui n'ont subi au cours de l'accouchement aucun traumatisme obstétrical. C'est à l'occasion d'un effort de vomissement alimentaire et banal que se fait jour l'hématémèse. Ou bien on constate le mélæna par hasard au moment du change. La quantité de sang, sa couleur, ses signes objectifs dépendent du siège de sa production et de sa manifestation à l'extérieur.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 5, p. 69.

2° CARACTÈRES PROPRES A L'HÉMATÉMÈSE ET AU MÉLÆNA. — L'hémorragie par la bouche est plus ou moins aérée, accompagnée de grumeaux de lait mal digérés ou d'une salivation abondante, de glaires : simple mousse teintée de rose, petit filet rouge qui s'écoule par les commissures labiales et augmente au moment des cris, rejet massif par la voie bucco-nasale d'un sang rouge vif, tels en sont les degrés. Le sang est inodore, faiblement coloré ou rutilant.

Le melæna souille les langes d'un enduit visqueux, noirâtre, semblable à du goudron et qui simule parfois à s'y méprendre le méconium. D'autres fois, c'est un liquide rouge vif, rouge brun, nécessitant par son abondance un change incessant, et impressionnant par sa quantité, eu égard à un si petit organisme. Expulsion massive, mince filet s'écoulant par l'anus, caillots serpentiformes. Voilà les aspects qu'il peut revêtir. Son odeur est nulle, rarement fécaloïde.

Isolés d'ordinaire, hématémèse et mélæna peuvent être enfin associés soit immédiatement soit à intervalle plus ou moins éloigné. « Si l'on parcourt les observations d'hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né, on constate en effet que presque toujours elles se sont manifestées par le mélæna, l'évacuation par la bouche étant l'exception, ou ne se produisant que tardivement et à titre de phénomène épisodique. En ce qui concerne les deux nouveau-nés dont je rapporte l'histoire, si l'un présenta à la fois de l'hématémèse et du mélæna, l'autre n'eut presque que des hématémèses, vomissant à intervalles rapprochés une quantité considérable de sang et n'en évacuant par le rectum que très tardivement. Est-il possible de donner une explication de ce qui est en somme une anomalie dans la symptomatologie de l'hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né? En l'absence de toute vérification nécropsique, on peut supposer que l'hématémèse est surtout fonction du siège de l'hémorragie et ne survient que lorsque celle-ci est d'origine gastrique. A l'appui de cette façon de voir, on pourrait invoquer ce qui se passe dans les cas où l'autopsie a révélé une ulcération du duodénum. Presque jamais les enfants porteurs de ces ulcérations n'ont vomi de sang, bien que la perte de substance d'où vient le sang siège très haut dans le tube digestif et très près de l'estomac. » (Voron, *Bulletin de la Soc. d'obstétrique*, Paris 1912). Pour Fabre, la plupart des cas sont mixtes, c'est-à-dire s'accompagnent à la fois d'hématémèse et de mélæna; mais pour que celui-ci devienne apparent, il faut souvent un certain temps, il faut que le sang ait eu le temps de parcourir l'intestin.

D'après Rilliet et Barthez enfin, le mélæna est habituellement le premier en date (8 sur 14) plus rarement l'hématémèse (4-14) rarement l'un et l'autre apparaissent en même temps (2-14).

3° SIGNES LOCAUX. — Habituellement nuls. Les auteurs signalent un peu de sensibilité et de tension à l'épigastre, une augmentation de volume de la rate. En général, l'examen de l'abdomen est négatif.

4° SIGNES GÉNÉRAUX. — Cette spoliation sanguine entraîne le syndrome général de l'anémie aiguë, soit par son abondance immédiate, soit par sa répétition. Au maximum de ces signes, l'enfant est d'une pâleur de cire, les facies et les muqueuses décolorées, prostré, quelquefois cyanosé, agité d'accès convulsifs ou au contraire comateux. Le refroidissement général et l'hypothermie sont la règle. L'abondance de l'hémorragie, la gravité de la scène clinique font porter, par un observateur non prévenu, un pronostic fatal. Nous avons en ce moment présent a l'esprit un cas observé à la Maternité de l'Hôtel-Dieu qui malgré des apparences de la plus haute gravité se termina par la guérison.

L'examen du sang pourra être utile au point de vue du pronostic.

Telle est la forme commune de l'hématémèse et du mélæna : un nouveau-né normal en apparence vomit du sang ou en émet par l'anus, il se refroidit, pâlit, paraît saigné à blanc. Quel va être son avenir?

L'évolution fatale se fait par aggravation de tous ces signes, au milieu de cyanose, d'accès convulsifs, de coma, ou à la suite d'une perforation intestinale qui est exceptionnelle. Certaines hémorragies sont foudroyantes, massives, et tuent en quelques heures, en un jour, après une véritable inondation sanguine que rien n'arrête. D'autres, d'apparence plus bénigne, fractionnées, deviennent graves par leur persistance et leur répétition. D'autres enfin se répètent au bout d'un temps plus ou moins long alors que la guérison paraissait assurée. Ce sont là des éventualités exceptionnelles. En général, après la première atteinte, la « restitutio ad intequem » est lente mais exempte de retours offensifs.

Plus souvent donc, l'évolution se fait vers la guérison. La durée de l'hémorragie est variable. Massive dès le début, elle peut ne pas se répéter ou devenir insignifiante. Au contraire, minime d'abord, elle peut persister pendant plusieurs jours et acquérir, par sa répétition même, une gravité insoupçonnée : ces formes cèdent bien à une thérapeutique appropriée. Sous l'influence de la médication, les formes abondantes voient leur quantité de sang diminuer. Par la bouche ou le nez, ce ne sont plus que des mucosités, des glaires sanguinolentes ou rosées; par l'anus, l'évacuation change de couleur, de rutilante devient noirâtre, semblable à de la suie, diminue en fréquence et en quantité. Leur suintement sanguin s'espace, se renouvelle toutes les trois heures, deux fois dans la journée et dans la nuit, puis disparaît. Quand il ne s'est pas reproduit pendant vingt-quatre heures, la guérison est proche.

5. FORMES CLINIQUES. — Ribemont-Dessaignes distingue les hémorragies indépendantes d'un état général grave et les hémorragies dépendant d'une altération grave de l'organisme. Aussi peut-on décrire :

— les gastro-entérorragies, accident local : ce sont celles qui ont fait l'objet de notre étude clinique; elles sont relativement bénignes.

— les gastro-entérorragies associées à d'autres manifestations hémorragiques, à pronostic très grave. C'est pour elles qu'on a ressuscité la vieille conception de la diathèse hémorragique. En fait, elles sont sous la dépendance d'une infection (syphilis, septicémie, pyohémie) dont elles partagent l'évolution fâcheuse.

Parfois les hémorragies digestives s'accompagnent ou sont suivies d'ictère ou d'infections broncho-pulmonaires. Ces dernières s'observent quelquefois à la période terminale.

Audry enfin (*Lyon médical*, 1901) décrit une épidémie de gastro-entérite aiguë chez des débiles accompagnée, dans certains cas, d'hématémèse et de melæna.

Pronostic. — L'affection qui fait l'objet de notre description se jugera, au point de vue du pronostic, sur :

— l'abondance de l'hémorragie qui peut être incompatible avec la vie et qui est conditionnée, dans le cas d'ulcération, par le calibre du vaisseau ouvert;
— l'ensemble du tableau clinique et l'atteinte de l'état général;
— le siège de l'ulcération, la localisation duodénale étant la plus grave;
— l'efficacité et l'intensité du traitement.

Si les gastro-entérorragies, en tant que phénomène local, sont d'un avenir favorable, en revanche celles qui sont associées à un syndrome hémorragique généralisé (purpura infectieux) comportent une signification fâcheuse. Il faut donc, à ce point de vue, les opposer les unes aux autres.

Il est de règle de considérer comme fatal, tout melæna qui dure plus de quarante-huit heures. C'est une formule qui n'a rien d'absolu, mais qui est démonstrative de la réputation de gravité des hémorragies digestives du nouveau-né. Or, cette opinion demande à être revisée. Globalement, Kling donne 35 p. 100 et Runge 66 p. 100 de mortalité. Dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique* de 1909 et de 1912, notre maître, le professeur agrégé Voron s'élève contre de tels pourcentages. « Je veux insister sur la bénignité relative du melæna. J'ai eu l'occasion d'en observer, depuis un an, une douzaine de cas. Tous les petits malades ont guéri, sauf un. Il y aurait lieu, en conséquence, de modifier l'opinion classique qui attribue aux hémorragies de cet ordre, une mortalité de 40 à 50 p. 100. » Au cours de la discussion qui suivit, Commandeur et Fabre s'associent à cette opinion qui nous paraît répondre à la réalité.

C'est là le pronostic quoad vitam. Mais pour les nouveau-nés qui ont échappé à la terminaison fatale, le retour à la normale demande des semaines, parfois même plusieurs mois. Ils gardent pendant longtemps l'empreinte d'une atteinte profonde de l'état général. Leur pâleur spéciale et persistante, leur poids inférieur à la normale indiquent que ce sont des organismes diminués, tout indiqués aux infections pulmonaires ou digestives.

Diagnostic. — Le sang vient-il réellement des voies digestives? Et dans cas, émane-t-il du tractus gastro-intestinal? S'agit-il d'un vrai ou d'un faux melæna? Aux signes énumérés précédemment, ces questions seront faciles à résoudre. Cependant, il faut signaler pour les éliminer et ne pas porter un pronostic trop sombre, quelques causes d'erreur possibles.

Au cours de la traversée de la filière pelvi-génitale, le nouveau-né peut avoir dégluti du sang maternel. Il peut le rejeter dans la suite, soit par la bouche, soit par l'anus. Mais l'hémorragie est insignifiante, de courte durée, elle ne se reproduit pas et ce sang rendu avec le méconium passe le plus souvent inaperçu. Cette confusion avec le méconium est possible et la distinction quelquefois embarrassante. Les caractères de l'un et de l'autre sont cependant assez tranchés pour qu'il n'y ait guère lieu de s'y méprendre. Pendant les deux ou trois premiers jours, le nouveau-né expulse les matières qui s'étaient accumulées dans son intestin durant la vie intra-utérine; c'est une pâte molle, visqueuse, homogène, d'un vert foncé, inodore. Dans le doute, on sait que le sang mélangé à l'eau, la colore en rose, qu'il s'entoure sur les langes d'un halo de même teinte; et enfin on pratiquera la recherche microscopique des globules ou les réactions de l'hémoglobine (teinture de gaïoc, benzidine). De même, toute manœuvre obstétricale qui nécessite l'introduction du doigt dans la bouche du fœtus (Mauriceau, mort apparente) peut être une cause de suintement sanguin léger. Ces cas exceptés, on songera, pour mémoire, à un épistaxis, à une hémoptysie (hémorragie broncho-pulmonaire) à une stomatorragie, à une petite hémorragie consécutive à la section du frein de la langue, toutes éventualités rares.

La nourrice peut avoir au sein des crevasses qui saignent, et le nouveau-né déglutir ce sang qu'il rejette par la bouche ou l'anus. C'est le « melæna spuria » par opposition au « melæna vera ».

La gastro-entérite hémorragique décrite par Audry ne s'accompagne pas en général d'émission sanguine : c'est une trouvaille d'autopsie. Il s'agit d'une gastro-entérite infectieuse épidémique, chez des prématurés débiles.

Il existe des affections voisines, telle la maladie de Buhl, ictère par infection, dans laquelle l'enfant né asphyxique devient jaune et présente du melæna, des suffusions sanguines, des hémorragies ombilicales, nasales, etc. Ces cas véritablement mitoyens dans lesquels le foie et le sang sont frappés d'altérations ont par certains côtés une parenté pathogénique avec certaines gastro-entérorragies associées à des manifestations générales.

Le melæna et l'hématémèse, accidents locaux, seront distingués des manifestations hémorragiques d'un purpura infectieux avec déterminations sur la muqueuse digestive. La cyanose, l'ictère qui peuvent accompagner ou suivre les gastro-entérorragies orienteront l'examen du côté du poumon, du foie, et de l'organisme en entier. Quant au siège de l'hémorragie (estomac-intestin) il sera précisé, si possible, à l'aide des éléments précédemment fournis.

Traitement. — Exclusivement médicale, la thérapeutique vise à remplir trois indications essentielles : mettre au repos l'enfant, en général et le tube digestif en particulier; lutter contre l'hémorragie; soutenir l'état général.

L'enfant sera isolé, loin de tout bruit et de toute cause d'excitation. On ne le déplacera que pour les soins les plus élémentaires et toujours avec précaution. L'indication majeure, la mise au repos du tube digestif, sera réalisée par la suppression de l'allaitement. On ne tolèrera que des biberons d'eau bouillie qui serviront d'ailleurs de véhicules aux agents médicamenteux. Si besoin est, on aura recours au gavage par le nez.

Les agents hémostatiques habituels lutteront contre l'hémorragie. Un grand nombre ont été employés. L'idéal est de les administrer par la voie hypodermique pour ne pas surcharger le tube digestif et d'en réduire le nombre à ceux qui ont fait leurs preuves. Nous nous en tenons, dans la pratique, aux suivants :

— Sérum de cheval normal : injection hypodermique de 2 flacons de 0,10 cmc. par 24 heures, davantage si la situation l'exige (toutes les 2 ou 3 heures par exemple).

— Sérum gélatiné à 1 p. 100 présenté en ampoules stérilisées de 0,10 cmc. On le fait ingérer par le

biberon. Là encore l'intensité de la médication est proportionnelle à l'abondance de l'hémorragie. Nous possédons l'observation d'un nouveau-né qui atteint d'une hématémèse grave et persistante (5 jours) reçut 17 tubes de sérum gélatiné.

— Solution d'adrénaline à 1 p. 1000, six gouttes environ par 24 heures réparties en 2 biberons.

— Chlorure de calcium sur la base de 0,20 cg. par année d'âge.

— Certains auteurs emploient l'ergotine (poudre ou extrait sur la base de 0,10 par année).

L'état général sera soutenu par des injections sous-cutanées de sérum artificiel, et si les signes sont alarmants par des piqûres d'huile camphrée. On luttera contre l'hypothermie par la couveuse. L'enfant y restera jusqu'à ce que sa température soit redevenue normale. A défaut de couveuse, l'enveloppement ouaté remplira la même indication. Il faut veiller à ce que le nouveau-né ne soit pas exposé au froid. Les accès de cyanose enfin exigeront des inhalations d'oxygène.

Telle est, dans ses traits essentiels, la médication employée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu sur les indications de notre maître, le professeur agrégé Voron. Nous avons constaté nous-même son efficacité, le sérum de cheval et le sérum gélatiné semblent des agents particulièrement actifs. Le pourcentage des décès, relativement élevé autrefois, s'est abaissé notablement : la guérison est la règle.

Sous l'influence de la médication, l'hémorragie diminue en fréquence et en abondance, puis se tarit. L'état général se remonte lentement, l'enfant se colore à nouveau, la température revient à la normale. L'alimentation au sein ne sera reprise qu'avec prudence. La courbe de poids et l'augmentation journalière seront attentivement surveillées. Et des soins particuliers seront de rigueur pour dépister et combattre le cas échéant les infections digestives ou pulmonaires qui menacent toujours ces organismes profondément débilités.

Conclusions. — Affection rare, mais non exceptionnelle, liée à des causes locales ou générales, infectieuses le plus souvent, les hémorragies digestives du nouveau-né sont caractérisées : anatomo-pathologiquement par des dilatations vasculaires, des ecchymoses, des ulcérations siégeant au niveau de la muqueuse gastro-intestinale, quelquefois cependant la signature anatomique manque; cliniquement, par des hématémèses et des melæna d'importance et de gravité variables. Leur pronostic, exception faite pour les purpuras infectieux, est moins sévère que ne l'enseignent les classiques, depuis l'emploi d'une médication adéquate.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDÉRODIAS. *Pratique des maladies des enfants*, 1910.
2. AUDRY. *Lyon méd.*, 27 oct. 1901.
3. BAR et RÉNON. *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby et Marfan.
4. BAUMEL. *Montpellier méd.*, 22-29 nov. 1904.
5. BENSAUDE et RIVET. *Arch. gén. de méd.*, 1905, n° 4, p. 193.
6. BEZANÇON et LABBÉ. *Presse méd.*, 9 mai 1903.
7. BOUCHACOURT et JEANNIN. *Soc. obst. de Paris*, 19 mars 1903.
8. BOUCHARD. *Revue de méd.*, 10 oct. 1902.
9. BOZONET. *Th. de Paris*, 1866.
10. CADE. *Revue des mal. des enf.*, 1893.
11. CADE. *Maladies de l'estomac*, 1910.
12. COMBY. *Arch. des mal. de l'enfance*, 1902.
13. COMMANDEUR. *Ann. de méd. et de chir. inf.*
14. COMMANDEUR. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1911.
15. CORNIL. *Arch. de méd.*, 12 mars 1901.
16. COUVELAIRE. *Ann. de gyn. et d'obst.*, août 1903.
17. DEMELIN. *Traité des maladies de l'enfance* Grancher et Comby, 2e édition, t. V, p. 93.
18. FROIN. Les hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hémolyse en général, *Th. de Paris*, 1904, G. Steinheil.
19. GOISLARD (Georges). *Th. de Paris*, 1900.
20. GRANCHER. *Traité des maladies des enfants.*
21. GRENET. *Th. de Paris*, 1903.
22. HERMARY. *Th. de Paris*, 1897.
23. HUTINEL et AUSCHER. *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby.
24. JEANNIN. *Soc. d'obst. de Paris*, 10 déc. 1902.
25. JOLY. *Th. de Montpellier*, 1891.
26. LATARGET. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 29 nov. et 13 déc. 1904.
27. LEPAGE. Hémorragies des nouveau-nés, *Précis d'obstét.*, Paris 1900.
28. LEQUEUX. *Soc. obstét. de France*, 1905.
29. LEQUEUX. *Th. de Paris*, 1906.
30. LEURET. *Th. de Bordeaux*, 1905.
31. NOBÉCOURT. *Maladies des enfants*, 1911.
32. OPPENHEIM. *Th. de Paris*, 1902.
33. PATRICOT. *Th. de Lyon*, 1903.
34. PENSUTI. *Lyon méd.*, 1901.
35. RIBEMONT-DESSAIGNE. *Précis d'obstét.*, 1904.
36. RILLET, BARTHEZ et SAUVÉ. *Traité pratique des maladies de l'enfance*, art. MELÆNA.
37. SOUHET. *Th. de Lyon*, 1903.
38. THELLIER. *Th. de Lyon*, 1905.
39. VICQ. *Th. de Paris*, 1909.
40. VORON. *Bull. de la Soc. d'obstét. et de gyn.*, 1909, 1911 et 1912.
41. VORON. In Th. Poursain, Lyon 1912-1913.
42. WEILL. *Traité de médecine infantile*, 1911.
43. WEILL et GARDÈRE. *Lyon méd.*, 1910.
44. WEILL, LUMIÈRE et PÉHU. Traitement des diarrhées infantiles, *Lyon méd.*, août 1903.

Pour la bibliographie, on se reportera aussi au texte et aux thèses de Lequeux, Thellier et Poursain.

DIPSOMANIE ET DIPSOTHYMIE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Dipsomanie. Alcoolisme chronique, état organique. Dipsothymie : passion des boissons alcoolisées; état mental et tendances propres. Soif périodique. Relations : dipsomanie et psychose périodique : erreur probable. Dipsoparathymie et dipsohyperthymie.

La dipsomanie est aisée à différencier de l'alcoolisme chronique. Toutefois, le côté psychologique de l'alcoolisme chronique est imprécis dans les esprits. L'état d'alcoolisme chronique exprime l'imprégnation organique avec signes objectifs et subjectifs. Le mobile de l'alcoolisme chronique, de beaucoup le plus fréquent, est l'occasion ou le surmenage dûs à l'exercice de certaines professions. Une autre cause — celle-là, quand elle existe, représente le mobile actif par excellence — c'est la passion du sujet pour les boissons alcoolisées. Si le sujet est électivement résistant, il peut même ne pas présenter les stigmates de l'intoxication éthylique chronique. Cette passion pour les spiritueux, ce goût prononcé pour les alcools se manifeste sous forme d'idées et de tendances propres; elle commande et dirige l'activité générale de l'individu; elle seule est capable de lui procurer les sensations de volupté qu'il recherche. Nous avons créé le mot

dipsothymie pour exprimer cet état passionnel spécial, cet appétit singulier, d'observation commune, qui tantôt se développe au grand jour, avec éclat, tantôt se satisfait dans le mystère du cellier ou de l'appartement. Le dipsothymique est difficile à distinguer du dipsomane quand l'observation de celui-ci révèle des accès fréquents, mensuels, sinon hebdomadaires. Ajoutons que la dipsomanie diffère encore de la soif périodique et qu'elle ne paraît pas être, comme quelques auteurs l'ont soutenu [Krafft-Ebing, Ritti (1)] une forme de la psychose périodique. L'observation qui suit nous permettra de rappeler les points de controverse touchant ces faits cliniques.

* * *

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Sergent, 46 ans (1914). Dipsomanie depuis 1899. Accès en septembre 1914 (un accès par an). Début lent, en 2 ou 3 jours; phénomènes parathymiques à base de joie : appétence pour les alcools, primitive; symptômes de dépression, secondaires et non pas initiaux. Luttes, craintes, isolement : sujet conscient de l'étrangeté de son état. Soif ardente, impérieuse et invincible. Terminaison rapide. Un oncle du côté maternel atteint probablement de dipsomanie.

E. P..., 46 ans, commerçant, sous-officier attaché à l'état-major de la Ne région, entre à l'H. M. B. le 22 septembre 1914.

Histoire clinique. — E... présente des accès de dipsomanie depuis 15 ans (1899). Il n'aurait qu'un accès par an.

L'accès actuel a débuté le 17 septembre 1914. Un de ses camarades de guerre qui passait chez lui tous les matins (il logeait à l'hôtel) est surpris de ne pas le trouver chez lui. La veille, il avait remarqué que E... était comme soucieux, préoccupé.

Le 18 et le 19, E... est toujours absent; il commet des excès de boissons; son camarade en est informé. Le 20, il couche à l'hôtel, mais lorsque son camarade vient, il est déjà parti. Il reparaît vers 10 heures, il avait bu. Il se couche, se lève bientôt, sort et va boire. Il revient une heure après, s'allonge sur son lit, puis sort encore et se livre à des excès d'alcool. A l'hôtel, sa conduite fait scandale.

Le 21, il est levé dès la première heure et recommence à boire. Il rentre pour se coucher, se lève vers 10 heures et part avec son camarade à la campagne. Il boit copieusement des alcools variés et couche dans une auberge.

Le 22, il rentre à N... en état d'ébriété. L'après-midi il boit abondamment de l'alcool. Le soir, vers 10 heures, son camarade le conduit à l'hôpital militaire.

Le 23, au matin, il réussit à s'échapper de l'hôpital pour aller boire dans un café voisin. Il est placé à son retour dans une chambre d'isolement et surveillé d'une manière continue.

Etat actuel : 23-26 septembre 1914. — Le malade est à la fin de son accès et guérit en 2 jours.

23 septembre. — Il est tantôt abattu, tantôt énervé. Bien orienté dans le temps et dans l'espace, il donne tous renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels. Les souvenirs récents sont confus : il embrouille les dates surtout, mais il parvient à se corriger. Il se dit fatigué, courbaturé. Par moments, il accuse une soif ardente que les tisanes ne calment pas. Il réclame de l'eau de mélisse, du thé au rhum, etc.

24 septembre. — Le malade a bien dormi. Au réveil, lorsqu'il a voulu se lever pour uriner il a souffert d'une pituite atroce. La journée est bonne.

25 septembre. — L'accès est terminé. Le malade décrit avec précision ses crises de dipsomanie.

Début de l'accès. — Le début de l'accès est rapide plutôt que brusque. L'accès ne survient pas sans cause aucune, comme survient un phénomène périodique et la dépression (ou asthénie) accusée par le patient paraît bien être un état secondaire et non pas primitif. E... déclare que son accès se produit, soit à l'occasion d'un ennui, soit à la suite d'une période de surmenage, soit au cours d'une phase d'inactivité comme récemment, soit encore à l'occasion d'une petite fête ou d'une réjouissance; étant ennuyé, ou triste, il va au café et prend quelques apéritifs; s'il se trouve en joyeuse compagnie, il se laisse alors entraîner. Dans les deux cas, il a tendance à se débaucher; c'est une attirance, un grand attrait... Il éprouve un appétit pour les alcools qui le surprend lui-même; il prend un plaisir vif et singulier à consommer des apéritifs. Il résume : « Oui, c'est une attirance, un grand attrait, un agrément, mais c'est un besoin effrayant. »

Il se rend compte du danger qu'il court; il juge sa conduite indigne, absurde, insensée; il lutte, fuit, s'isole. Mais c'est toujours un malaise insurmontable, une soif ardente, avec épigastralgie, sécheresse de la gorge, oppression, maux de tête, etc. Il se couche; énervé, il se lève. La faim, le sommeil sont supprimés. Le malade ne trouve un bien-être réel que dans l'absorption de boissons fortement alcoolisées.

Période d'état. — La soif, impérieuse, reste invincible. Le facies est hébété. L'homme est à vau-l'eau, les ivresses succèdent aux ivresses. C'est l'abandon total à la terrible passion. Le sujet ne lutte plus; débraillé, il roule de cabarets en cabarets. On le ramène chez lui ivre-mort. Cela peut durer 2 ou 3 jours. S'il dort, il est en proie à des cauchemars, à des crampes. Les pituites, au réveil, sont atroces. Il les redoute spécialement.

Terminaison. — Après plusieurs journées d'ivresse subintrantes, fatigué, courbaturé, il s'endort pour dix ou douze heures; l'accès est terminé. Honteux de sa conduite, il se met au travail avec ardeur. Pendant quelques jours, il urine abondamment (environ trois litres).

Les substances alcooliques absorbées sont variées : rhum, wisky, vermouth, amer-picon, vin blanc, eau de Cologne, genièvre, etc.

26 septembre. — La guérison est complète : E... rejoint son corps et reprend ses fonctions.

Antécédents. — Son père, âgé de 72 ans, est vivant, mais très affaibli par l'âge. Sa mère est morte en 1871. Il est fils unique. Un oncle du côté maternel aurait été dipsomane : il est décédé à 34 ans. Lui, personnellement, n'a été atteint d'aucune maladie grave dans son enfance, ni dans sa jeunesse. Marié à 26 ans, il a eu, de sa femme, un garçon bien portant, robuste. Il a divorcé à 31 ans : sa femme, jalouse, lui rendait impossible l'exercice de sa profession.

* * *

L'observation qui précède apparaît comme un fait typique de dipsomanie. Elle nous a permis d'analyser les éléments constitutifs de l'accès et c'est grâce à ces éléments que nous apporterons, croyons-nous, les quelques précisions qui suivent :

1° La dipsomanie, — impulsion intermittente à absorber des boissons alcoolisées, — se différencie d'emblée de l'alcoolisme chronique, syndrome organique avant tout. Le sujet, devenu alcoolique chronique, est ordinairement un buveur d'habitude, en raison de son métier ou par occasions professionnelles. Plus rarement c'est un buveur qui a la passion des liquides spiritueux et qui trouve en eux seuls les ultimes sensations voluptueuses. Dans ce dernier cas, le sujet, qui n'offre pas toujours à l'examen les stigmates de l'alcoolisme chronique, présente un état mental et émotionnel spécial qui constitue ce que nous avons dénommé la dipsothymie; cette passion des alcools, qui est à base de joie normale pour ainsi dire et qui apparaît comme un appétit exagéré, est durable, constante, permanente; la dipsomanie au contraire procède par accès. Dans la dipsomanie, le désir des boissons alcooliques est impérieux, formidable, mais, en même temps, le patient a conscience qu'il y a quelque chose d'absurde, d'insensé dans son impulsion à boire; l'absorption des boissons alcooliques lui procure un

(1) F.-L. ARNAUD. La dipsomanie, *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet, Paris 1903, p. 737.

sentiment de bien-être, mais il ne semble pas que ce sentiment égale la volupté avouée et épanouie du dipsothymique.

2° La dipsomanie n'est pas la soif périodique. La soif périodique, comme la faim périodique, la nausée périodique et les émotions afflictives périodiques (énervement, anxiété, chagrin périodiques, etc.), présente un début brusque, sans cause apparente, tandis que la dipsomanie est marquée à l'origine par une période d'invasion qui dure deux ou trois jours, et d'autre part, il semble que l'accès se développe constamment à l'occasion d'un petit fait moral pénible ou agréable. Ajoutons que le sujet atteint de soif périodique n'est pas attiré par les boissons alcooliques plus que par les autres liquides : le besoin de boire est impérieux, il exige d'être satisfait immédiatement, sans délai; mais n'importe quel liquide avalé apaise la soif des patients. On en voit qui absorbent l'eau du ruisseau, de l'encre, de l'urine, etc. La soif périodique ne s'accompagne pas d'ivresse; elle prend fin brusquement comme elle débute. Elle est de courte durée; les crises sont fréquentes et non pas rares comme dans la dipsomanie.

3° La dipsomanie est-elle une forme de la psychose périodique? Nous ne le pensons point. Et l'observation de notre malade, si elle est exacte, permet d'écarter cette conception. Les phénomènes dépressifs qu'il éprouve (phénomènes d'ordre asthénique), ne sont pas des symptômes primitifs, mais secondaires; ils apparaissent alors que la phase de début de l'accès est constituée, c'est-à-dire quand le patient essaie de résister à son appétence déjà vive pour les boissons alcooliques. Cette dépression ou asthénie est normale; elle n'est pas d'ordre pathologique; elle est déterminée par l'état émotionnel douloureux. La dipsomanie, comme d'autres impulsions, évolue sous forme d'accès intermittents, mais ceux-ci, par leur nature et leurs caractères, diffèrent des psychoses ou mieux des dysthénies périodiques. A noter que, parfois, la soif est particulièrement accusée chez les asthéniques périodiques au début de leur accès; celle-ci est liée à la sécheresse de la gorge (laquelle peut avoir plusieurs causes : la diminution des sécrétions, l'anxiété du sujet, etc.), mais elle n'a jamais l'intensité, ni l'étrangeté de la soif des dipsomanes.

4° Considérées du point de vue psychopathologique, la dipsomanie et la dipsothymie paraissent être des manifestations dysthymiques de la soif; la dipsomanie serait une parathymie et la dipsothymie une hyperthymie. On pourrait désigner la dipsomanie sous le nom de dipsoparathymie et la dipsothymie sous celui de dipsohyperthymie.

Conclusions. — La dipsomanie est facile à distinguer de l'alcoolisme chronique qui est avant tout un état physique d'intoxication déterminée par des mobiles variés. Quand elle est caractérisée par des accès fréquents, il est malaisé de la séparer de la dipsothymie, c'est-à-dire de la passion des boissons alcoolisées. La dipsothymie crée un état mental propre et des tendances systématisées qui permettent au psychopathologiste de ne pas la confondre avec un accès dipsomaniaque. La soif périodique diffère de la dipsomanie par son début et sa terminaison brusques, par l'indifférence constante du sujet, dans ses crises, vis-à-vis des liquides spiritueux. Dans la dipsomanie les symptômes d'ordre asthénique sont secondaires et accessoires, et non pas primordiaux et fondamentaux; il n'y a pas de relation, cliniquement parlant, entre l'accès dipsomaniaque et la psychose périodique; les troubles sont de nature distincte, ici dysthénique, là dysthymique. La dipsomanie enfin apparaît comme une dipsoparathymie, tandis que la dipsothymie serait une dipsohyperthymie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1921)

Action anticoagulante de l'acide nucléique du pancréas. Stabilité et caractères du plasma nucléaté. — M. DOYON.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1922 & 1923, ETC. (1).

Prix annuels.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

PRIX MONTYON (3 prix de 2.500 francs, 3 mentions de 1.500 francs et citations). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir.*

PRIX BARBIER (2.000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse pour la *Science chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir.*

PRIX BRÉANT (100.000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (A défaut du choléra le prix s'applique à toute autre maladie épidémique et aux dartres.)

PRIX GODARD (1.000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

PRIX LARREY (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

PRIX BELLION (1.400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

PRIX MÈGE (10.000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10.000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

PRIX MONTYON (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — Physiologie expérimentale.

PRIX LALLEMAND (1.800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

PRIX POURAT (1.000 francs).

PRIX LACAZE (10.000 francs, partage interdit). — A l'auteur français ou étranger du meilleur travail sur la physiologie.

Prix proposé pour 1922.

PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1.400 francs). — Décerné à l'auteur d'un ouvrage de *physiologie thérapeutique.*

Prix proposé pour 1923.

PRIX CHAUSSIER (10.000 francs.) — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la mé-

(1) Les concours de 1921 étant clos le 31 décembre 1920, la liste des prix proposés pour 1921 n'a pas été rappelée.

decine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

Prix proposé pour 1925.

Prix Dusgate (2.500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix généraux.

Prix Trémont (1.100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France (annuel).

Prix Lannelongue (2.000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical (annuel).

Prix Saintour (3.000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences (sciences physiques en 1922).

Prix Longchampt (4.000 francs). — A l'auteur du meilleur mémoire *sur les maladies de l'homme, des animaux et des plantes, au point de vue plus spécial de l'introduction des substances minérales en excès comme cause de ces maladies* (annuel).

Prix Gustave Roux (1.000 francs). — Prix annuel destiné à récompenser un jeune savant français dont les travaux auront paru remarquables à l'Académie. Ne peut être divisé.

Prix Jérôme Ponte (3.500 francs). — Pour encourager les sciences et aider à leurs progrès. Sera attribué en 1924, dans la division des sciences physiques.

Les fonds Bonaparte, Loutreuil et Charles Bouchard permettent à l'Académie d'accorder des subventions pour travaux et recherches.

Conditions générales des concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées, destinées aux divers concours de l'Académie des sciences, doivent être directement adressées par les auteurs au secrétariat de l'Académie des sciences, avec une lettre adressée à MM. les Secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences, constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

Les ouvrages imprimés doivent être envoyés au nombre de trois exemplaires.

Les manuscrits doivent être écrits en français.

Par une mesure générale, l'Académie a décidé que la clôture de tous les concours aura lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Les concurrents doivent indiquer, par une analyse succincte, la partie de leur travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle ils appellent le jugement de l'Académie.

Les concurrents sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages ou mémoires envoyés au concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté, la même année, aux concours de deux académies de l'Institut de France.

L'Académie se réserve d'examiner, sans aucune condition de candidature, les titres des savants qui pourraient mériter des prix.

Le montant des sommes annoncées pour les prix n'est donné qu'à titre d'indication, subordonnée aux variations du revenu des fondations.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un prix. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements, des mentions ou des subventions n'ont pas droit à ce titre.

Nota. — L'Académie a supprimé, depuis l'année 1902, la formalité qui rendait *obligatoire* l'anonymat pour certains concours, avec dépôt d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur. Cette formalité est devenue *facultative.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 18 janvier 1921)

Centres médicaux de recherches. — M. Delorme s'attachant à l'étude de la question des centres de recherches biologiques, considère que les plus utiles, que ceux qu'il est le plus urgent de faire fonctionner intensivement, sont ceux qui se consacreraient à l'étude des modes de traitement des maladies les plus réfractaires à l'action médicale, la tuberculose, le cancer.

A l'intérêt primordial des malades, s'ajoute ici, celui national, du développement de nos industries pharmacodynamiques, que notre ennemi a distancées avant la guerre et qu'il s'apprête à concurrencer âprement.

Ces centres de recherches doivent être autonomes et libres de tout lien universitaire. Il faut mettre fin à la conception qui lie, étroitement, professeur et laboratoire. Au professeur, l'enseignement et le laboratoire de démonstration; au savant, le laboratoire de recherches.

L'Etat possède, au Collège de France et au Muséum d'histoire naturelle, des laboratoires biologiques autonomes. Il est de son devoir de les développer, de leur assurer un budget convenable et de les ouvrir à des chercheurs non fonctionnarisés.

L'effort créateur doit venir de donateurs généreux dont les Sociétés savantes, en particulier, l'Académie de médecine, ne sauraient trop fixer l'intérêt. Pour les chercheurs isolés, les subsides seraient mieux reportés à titre d'avances, facilitant l'expérimentation, que comme récompenses de travaux accomplis.

Cet effort aboutirait : 1° A la constitution d'un Institut national de thérapeutique; 2° à l'organisation d'hôpitaux spécialisés.

Le premier poursuivrait des recherches originales de synthèse, contrôlerait ou complèterait les travaux d'inventeurs, étudierait les produits nouveaux des industriels, constituerait l'école d'apprentissage de jeunes savants pharmacodynameutes, établirait le trait d'union entre le corps médical et les industriels, prendrait en main les intérêts des inventeurs.

Les hôpitaux spécialisés à Paris et dans les foyers scientifiques provinciaux, catégoriseraient les malades et dans les services comme dans les laboratoires, formant un tout, se consacreraient, exclusivement, à l'étude de traitements nouveaux.

Pour que ces organismes donnent les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il faut réaliser : un effort financier, une union étroite du médecin et de l'industriel, une action plus persistante et mieux acceptée du thérapeute dans les Sociétés savantes.

La discussion sur ce sujet est remise à une séance ultérieure.

La vaccination antityphoïdique préventive de la population civile. — M. Chauffard fait, sur ce sujet, une très ntéressante communication. La valeur préventive de la vaccination antityphoïdique, dit-il, a fait ses preuves aux armées, pendant la guerre, et elle a eu, sur l'état actuel de nos fièvres typhoïdes hospitalières, une répercussion non douteuse. D'après la statistique de la clinique de Saint-Antoine, les conditions d'âge des typhiques restent, pour les femmes, les mêmes qu'avant la guerre; mais, pour les hommes, l'âge moyen qui était, avant la guerre, de 24 ans, est devenu de 17 ans et demi, la proportion, après 20 ans, qui était de 72,5 p. 100, n'est plus que de 10 p. 100. C'est la preuve que, plus de deux ans après la fin des hostilités, l'immunisation vaccinale de guerre continue encore son action. En fait, nos typhiques de 1918, 1919, 1920, ne se sont recrutés que parmi les femmes et les jeunes gens de 16 à 18 ans.

Comme conséquence, il faut faire bénéficier la population civile de la vaccination antityphoïdique, et c'est un progrès que l'on n'a plus le droit de différer, quelles que soient les difficultés d'ordre médical et d'ordre pratique que cela soulève. Il semble que l'on pourrait pratiquer une première vaccination à 15 ans; la seconde à 18 ans, une troisième et dernière à 20 ou 21 ans, au moment de l'incorporation militaire. Un organisme qui aurait été mis trois fois en état

d'immunisation temporaire, serait bien près d'avoir conquis une immunisation définitive.

M. GAZENEUVE fait ressortir le grand intérêt de cette communication, tant au point de vue médical qu'au point de vue social.

M. ACHARD a relevé, dans son service, les mêmes faits que M. Chauffard. Il a eu à soigner 25 cas de fièvre typhoïde, dont 17 femmes et 8 hommes, aucune des femmes n'ayant été vaccinée, la maladie a évolué, chez elles, comme avant la guerre. Parmi les hommes, la plupart étaient âgés de moins de 20 ans et n'avaient pas été vaccinés, trois l'avaient été, 3 ou 4 ans auparavant et ont eu des fièvres typhoïdes très atténuées, l'un d'eux avait reçu le vaccin antityphoïdique et il a eu une paratyphoïde B.

En somme les conclusions de M. Achard, sur l'efficacité de la vaccination antityphoïdique et antiparatyphoïdique confirment absolument celles de M. Chauffard.

M. VINCENT félicite MM. Chauffard et Achard d'avoir, si justement, appelé l'attention sur l'importance de la paratyphoïde.

Il apporte de nouveaux faits observés, dans l'armée en Argonne, dans la population civile en Loiret, dans lesquels la vaccination s'est montrée parfaitement efficace et a arrêté des épidémies menaçant de devenir graves. Ces faits vont toujours en se multipliant et l'efficacité de la vaccination antityphoïdique est aujourd'hui absolument démontrée.

M. Léon BERNARD fait observer que les résultats obtenus dans l'armée sont tellement démonstratifs qu'il n'y a plus à hésiter et qu'il faut appliquer la vaccination antityphoïdique à la population civile. La question se pose de savoir s'il faut se contenter d'une vaccination accidentelle, en cas d'épidémies, ou s'il ne vaudrait pas mieux recourir à la vaccination préventive générale. Pour la vaccination accidentelle un simple décret du ministre de l'Hygiène suffirait.

La discussion reprendra dans une séance ultérieure.

Eaux minérales. — M. MEILLÈRE donne lecture du rapport général sur les eaux minérales.

Le repérage des sous-marins et l'acuité auditive. — M. MARAGE. Pendant la guerre le repérage des sous-marins boches a eu pour les alliés une importance vitale.

Il s'agissait de déterminer la présence et la position du bateau ennemi en captant sous l'eau les bruits qu'il produisait. Ceci fait, on devait rendre ces vibrations soit visibles en les inscrivant, soit audibles en les écoutant.

La première méthode ne put donner de bons résultats car l'appareil inscrivait tous les bruits, ceux des sous-marins et ceux extérieurs et on ne pouvait les distinguer les uns des autres.

L'oreille au contraire, aussi sensible et plus intelligente, permettait de les dissocier; aussi est-ce l'écoute qui a donné les meilleurs résultats.

Malheureusement l'oreille comme tous les instruments est imparfaite et a besoin d'être vérifiée; en effet des expériences nombreuses ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas deux écouteurs absolument comparables et les 2 oreilles d'un même écouteur ne sont pas toujours identiques : remarque très importante quand il s'agit de déterminer la direction du son;

2° Une oreille peut entendre très bien les bruits, et très mal les vibrations musicales produites par les hélices.

3° Certaines oreilles sont très sensibles aux vibrations un peu énergiques : il faudra donc, parfois, diminuer l'intensité des sons transmis pour que l'oreille ne soit pas fatiguée par un son trop fort, comme l'œil est ébloui par une lumière trop intense.

4° L'oreille entendant beaucoup plus facilement les sons aigus que les sons graves, il faut renforcer les seconds.

5° L'oreille est très sensible aux sons faux, on doit donc s'arranger de façon que les sons transmis deviennent faux quand ils parviennent au nerf auditif, toutes les fois qu'on devra déterminer le moment précis où un son apparaît.

Un nouveau sphygmo-manomètre. — M. MÉNARD présente un nouvel instrument.

Appendicite. — M. CLAPERON lit une note sur les manifestations hépatiques dans l'appendicite latente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE ANNUELLE DU 19 JANVIER 1921)

Pozzi loué par J.-L. FAURE ; jamais éloge n'a pu être confié à un panégyriste mieux adapté et plus compétent. Il semble que la gynécologie, cette branche si intéressante, si captivante de la chirurgie, ait donné à ces deux maîtres, un cachet de charme et de grâce qu'on retrouve dans leurs écrits et dans leurs discours. Aussi, attendions-nous, avec un vif intérêt, celui que M. Faure vient de prononcer à la séance annuelle de la Société de chirurgie.

Salle comble où l'élément féminin est largement et gracieusement représenté.

M. LEJARS, président, exprime le regret que les difficultés actuelles d'impression aient nécessité des restrictions dans les publications des travaux, toujours si riches, de la Société. Il rend hommage aux morts, à Guyon, à Pamard, à Demons, à Schmidt et souhaite la bienvenue aux quinze nouveaux élus. Il félicite son successeur, M. Potherat, dont la haute conscience et l'aménité sont un sûr garant que, sous sa présidence, la Société gardera sa belle tenue. Il regrette que la Société de chirurgie, la représentation la plus élevée de la chirurgie française, n'ait pas l'installation qu'elle mériterait et que personne ne songe à lui venir en aide, sinon pour fonder des prix inutiles. M. Lejars n'oublie pas les félicitations traditionnelles à M. le trésorier Riche.

« Le bureau, dit-il en terminant, est un poste d'écoute où j'ai appris à vous connaître et à vous apprécier. » Mieux que personne, le président a pu se rendre compte de l'avalanche des travaux qui s'accumulent sur ce bureau, ce qui ne facilite pas toujours les ordres du jour et il se plaît à constater que cette Société, vieille de 77 ans, s'est toujours montrée à la hauteur des circonstances, que pendant la guerre elle a joué un rôle considérable, que c'est elle qui a guidé tous les chirurgiens dans leur lourde tâche et qu'enfin elle a toujours su se montrer respectueuse de la devise de son fondateur, Auguste Bérard : « Vérité dans la science et moralité dans l'art. »

M. AUVRAY s'est heureusement tiré de la tâche, toujours un peu ingrate, qui incombe au secrétaire annuel. Dans un résumé très clair et très applaudi, il a passé en revue les travaux de la Société au cours de l'année 1920. Nous ne pouvons, ici, que les énumérer brièvement : la vaccinothérapie et la sérumthérapie, les résultats obtenus par les bouillons de Delbet, dont personnellement il a pu apprécier les bienfaits; la chirurgie des membres, les discussions sur l'ostéosynthèse, les discussions sur la chirurgie viscérale, la trépanation contre l'épilepsie jacksonienne; une étude de la ponction lombaire; l'importante discussion sur le traitement chirurgical des ulcères perforés de la région pyloro-duodénale; les indications, dans ces cas, de la gastro-entérostomie complémentaire; la discussion soulevée par M. Ombrédanne sur la fermeture sans drainage des appendicites opérées à chaud, discussion dans laquelle la grande majorité des orateurs n'a pas suivi M. Ombrédanne et est restée fidèle au drainage; le traitement des fibromes utérins par la radiothérapie et par la radiumthérapie; le traitement du cancer du col par une large hystérectomie proposée par M. J.-L. Faure; la discussion sur le traitement du cancer des testicules avec ablation des ganglions lombaires, etc.

En terminant, M. Auvray laisse espérer que la publication des bulletins se fera prochainement d'une façon plus régulière et reprendra bientôt son état normal grâce aux efforts de M. Masson qui mérite d'être remercié.

Que dire de l'éloge de Pozzi par M. J.-L. FAURE! Cela ne saurait se résumer, cela se lit et se relit tant s'y trouvent de pensées élevées et généreuses, de descriptions pleines de charme et de poésie, de justes critiques, d'observations fines et spirituelles, d'expressions heureuses et qui partent du cœur. « Cher ami, lui dit un jour Pozzi, c'est vous qui me remplacerez et c'est vous qui ferez mon éloge. » Cela était d'autant plus flatteur pour M. Faure qu'il n'a jamais été l'élève de Pozzi.

M. Faure nous trace de charmants portraits du grand-père

et du père de Pozzi qui furent des pasteurs jouissant d'une très haute réputation. Toutefois parmi les ascendants directs de Pozzi il y eut un Italien, origine qui se retrouvait dans la grâce florentine de Samuel. Cela fournit à M. Faure l'occasion de nous tracer un tableau enchanteur du lac de Côme et de ses environs. Il excelle dans ces descriptions de paysages.

Pozzi naquit donc à Bergerac en 1846. Il passa dans le même collège que M. Faure, vieux collège aujourd'hui abandonné, presque en ruines; il nous fait une description émue de ce lieu où se passa une partie de sa jeunesse.

Pozzi, qui se montra de bonne heure intelligent et travailleur, vint finir ses études à Bordeaux; il fut bachelier à seize ans et vint à Paris où, sous la conduite de son cousin Laboulbène, il commença sa médecine. Il arriva à Paris le 2 novembre 1864 et descendit à l'hôtel du Pas-de-Calais, rue des Saints-Pères. En 1870, il était interne chez Laboulbène quand éclata la guerre. Il partit pour l'armée du Rhin. Mais dans le désastre de Sedan, il fut blessé et revint à Necker d'où il alla passer sa convalescence à Bordeaux où le jeune et beau médecin militaire, portant bien l'uniforme, le képi sur l'oreille, ne pouvait manquer d'avoir beaucoup de succès auprès des jolies bordelaises. Il revint à Paris, interne à la Charité, où il devint l'un des plus brillants joyaux de cette fameuse salle de garde qui était, comme on sait, un véritable rendez-vous d'artistes. Ses maîtres furent Alphonse Guérin, Gosselin, Richet et surtout Broca qu'il affectionna plus particulièrement et dont il partageait le goût pour l'anthropologie. Ce fut à l'hôpital de la Charité qu'il se lia avec Albert Robin d'une amitié qui persista jusqu'à la fin. M. Faure nous rappelle ici la belle conduite de Robin, en 1870, qui, parti comme aide-major, fit le coup de feu et finit la guerre comme lieutenant de dragons.

Ayant eu la médaille d'or, Pozzi prolongea son internat; il vint s'installer au cinquième, boulevard Saint-Germain, en face Saint-Germain-des-Prés, c'est alors qu'il se lia avec les frères Mounet. C'est là que se rencontrèrent souvent Leconte de Lisle et Mounet-Sully qui disait les vers du poète de telle façon qu'il le faisait pleurer. Là aussi se retrouvaient chez lui Berger et Monod, qui avaient été nommés internes en même temps que lui, ce qui avait fait dire que c'était la promotion « pastorale ».

Quand parut Lister, Pozzi, comme Lucas Championnière, alla voir le grand chirurgien anglais et devint bien vite un de ses plus fervents adeptes.

A peine fut-il nommé agrégé qu'il se mit à pratiquer la grande chirurgie abdominale. Il pratiqua 4 ovariotomies avec 4 succès.

Dès le début la carrière de Pozzi s'annonça très brillante. Aussi quitta-t-il le modeste cinquième du boulevard Saint-Germain pour le superbe appartement de la place Vendôme où il avait déjà, avec ses goûts d'artiste, réuni de fort belles peintures et de très beaux objets d'art.

En 1883, Pozzi fit un voyage en Allemagne. Il se mit au courant de la chirurgie allemande, peut-être avec un peu d'exagération.

Notons, en passant, une critique assez juste de M. Faure, critique qui ne s'adresse pas seulement à Pozzi : Il est bien d'aller s'instruire en Allemagne, en Amérique, de faire le tour du monde; mais ne serait-il pas mieux encore de traverser Paris ou de traverser seulement la cour d'un hôpital et de voir un peu ce que fait le voisin; le voisin Français. En Allemagne, il y avait alors Strasbourg où se trouvait Kœberlé, à Paris il y avait Péan, qui avait déjà fait la splénectomie, la gastrectomie et, sans parler de l'ovariotomie et de l'hystérectomie abdominale et vaginale. Il y eut ensuite Terrier, Terrillon, Segond, cela valait mieux que les chirurgiens allemands.

En 1884, Pozzi disparut et alla s'enfermer, pour deux ans, à Montpellier où il fit son *Traité de gynécologie*, devenu classique. Dès lors, Pozzi acquit une réputation universelle. Il s'était, de bonne heure, adonné à la gynécologie et il mit tous ses efforts à obtenir la création d'une chaire. Il n'arriva à rien. Ce ne fut que plus tard, que grâce au concours du Conseil municipal, cette chaire pût être créée à Broca où Pozzi organisa un service modèle et où il transforma ce vieil hôpital en un véritable musée, grâce aux nombreux amis qu'il comptait dans les arts.

Pozzi, vêtu de sa blouse blanche et coiffé de la calotte noire légendaire, aimait à faire les honneurs de son service. Il y parlait beaucoup, il y opérait bien. Mais, pour M. Faure, c'est surtout à l'acte opératoire que se mesure le chirurgien.

Pozzi fut président du Congrès français de chirurgie. Il voyagea beaucoup, mais plus encore en artiste et en grand amateur de la nature qu'en chirurgien; ce fut un pèlerin enthousiaste qui avait, à peu près, tout vu de son œil d'artiste.

Il était resté jeune d'allure, de caractère et de cœur. Il était bon, bienveillant et affable. La guerre arriva, Pozzi revêtit de nouveau l'uniforme, et M. Faure nous trace un portrait charmant de ce nouveau médecin principal. Comme son compatriote Cyrano, Pozzi aimait le panache.

Puis le drame : Un fou lui tire quatre balles. Il fit appeler de Martel et lui dit : « Cher ami, j'ai quatre balles dans le corps, dont deux dans le ventre. Je vais mourir, mais votre devoir de chirurgien est de tenter l'opération. Opérez-moi. » Il fut transporté directement dans la salle d'opération d'un hôtel voisin, transformé en ambulance. Sans anesthésie, il supporta courageusement l'opération. Il ne restait plus aucune ressource. Il était perdu. Il mourut héroïquement, en soldat.

Il avait demandé à être inhumé dans son pays natal, dans le coin de terre qui avait protégé son berceau et qui, maintenant, garde sa tombe.

Prix. — La Société a décerné les prix suivants :

PRIX MARJOLIN-DUVAL (300 fr.). — Décerné à M. le Dr Pierre Macquet, ancien interne des hôpitaux de Lille, pour sa

thèse intitulée : « Les méthodes sanglantes dans le traitement du mal de Pott. »

PRIX DUBREUIL (400 fr.). — Décerné à M. le Dr André Feil, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse intitulée : « L'absence et la diminution des vertèbres cervicales (étude clinique et pathogénique). Le syndrome de la réduction numérique cervicale. »

PRIX LABORIE (1.200 fr.). — Décerné à M. le Dr G.-L. Regard, ancien chef de clinique du prof. J. Bœckel, pour son travail intitulé : « Contribution à l'étude des greffes osseuses. » Devise : « Tantôt Zeus est serein, tantôt il fait pleuvoir » (Théocrite).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1921)

Le diabète des femmes à barbe. — MM. P.-Emile WEIL et PLICHET ont observé une femme à barbe de 28 ans, qui succomba de diabète sucré intense (50 à 100 gr. par jour) compliqué de tuberculose pulmonaire. Chez cette femme atteinte d'hirsutisme marqué avec virilisme, obésité, on ne trouva pas à l'autopsie de tumeur surrénale, mais seulement des ovaires scléreux.

Ce n'est pas l'effet du hasard clinique qui réunit l'hirsutisme et le diabète sucré chez cette malade; ce sont des rapports de dépendance certains quoique jusqu'ici ignorés. En effet, dans deux cas d'hirsutisme publiés à d'autres points de vue par Tuffier et par Guémès, on trouve dans l'un une glycosurie légère et passagère, dans l'autre, une glycosurie durable (70 gr. par jour) qui disparut par le régime. En outre, dans deux cas d'hirsutisme sans glycosurie, Laignel-Lavastine put déceler des troubles latents du métabolisme des féculents, en provoquant une forte glycosurie à la suite d'injections d'extraits surrénaux, thyroïdiens ou hypophysaires, phénomène non observé chez des témoins.

Il y a donc dans l'hirsutisme des troubles de la zoamylie comme il y a des troubles du métabolisme des graisses, qui se traduisent par l'obésité.

Le diabète léger, fort ou grave est dû à des troubles endocriniens comme l'hirsutisme lui-même est peut-être aussi d'origine surrénale.

On doit rapprocher ce diabète de ceux observés au cours d'autres maladies des glandes endocrines, de l'hypophyse (acromégalie) du corps thyroïde (Basedow), dont les lésions entraînent dans leur dysfonctionnement l'appareil hépatopancréatique, régulateur de la zoamylie.

Etude comparative de la rétention de l'urée et des autres substances azotées dans le sang des brightiques azotémiques. — M. LAUDAT. Divers auteurs ont étudié ces temps derniers l'azote résiduel du sang chez les brightiques. MM. H. Chabanier et A. de Castro-Galhardo en particulier admettent que l'azote résiduel s'élève d'une façon considérable chez certains de ces malades et que cette augmentation coïncide avec des symptômes d'intoxication grave; le chiffre de l'azote non uréique permettait ainsi d'établir le pronostic immédiat des néphrites.

M. Laudat expose les résultats tout à fait différents qui résultent d'une longue étude poursuivie dans le service de M. le prof. Widal. Chez de nombreux brightiques en cours d'azotémie, notamment chez ceux qui présentaient des accidents terminés par la mort, le taux de l'azote résiduel est resté souvent normal et ne s'est jamais élevé au double de son chiffre ordinaire. Dans trois cas où l'urée sanguine a atteint des chiffres tout à fait exceptionnels (7 à 8 gr.) l'azote résiduel était seulement un peu plus que doublé (24 à 32 cgr.).

L'urée, suivant son degré d'élévation dans le sang, reste donc le guide le plus fidèle pour renseigner sur le proche avenir des brightiques chroniques comme l'ont montré MM. Widal et Javal.

L'indice hématimétrique des peroxydases. — M. Noël FIESSINGER rapporte les résultats de ses recherches sur les peroxydases leucocytaires dans le sang à l'aide de l'hématimétrie.

Contribution à l'étude des vaselinomes. — MM. FAVRE et CIVATTE ont observé une tumeur du bras, dont l'aspect rappelait celui du lupus, et qui s'accompagnait d'une masse ganglionnaire indurée dans l'aisselle correspondante, et d'un ganglion dur, isolé, dans l'aisselle opposée. Il s'agissait d'un vaselinome consécutif à une injection d'huile plusieurs mois auparavant dans cette région. Les particules huileuses peuvent donc suivre la voie lymphatique et envahir les ganglions pour y provoquer des lésions identiques à celles de la peau.

Sérum hémolytique. Recherches expérimentales et thérapeutiques. — M. G. LINDSTROEM utilisait un sérum obtenu par injection intraveineuse à un mouton des leucocytes provenant de la cavité abdominale du lapin, lavés et filtrés; dans une autre série de recherches, c'est un lapin qui a été immunisé contre les leucocytes du chat. En injection au chat, le sérum des animaux s'est montré énergiquement leucolytique et aussi toxique au point de vue général; à doses faibles et répétées, il s'est montré doué d'une action stimulante. L'auteur a voulu appliquer ces propriétés au traitement des anémies et des leucémies. Il n'a obtenu dans le premier cas aucun résultat; chez deux leucémiques, la leucolyse, bien que notable, n'a pas persisté et la maladie a repris son cours quelques semaines après. De nouvelles recherches sont donc nécessaires.

Lésions des muscles striés dans la diarrhée cholériforme. — M. H. SLOBOZIANO s'est demandé si dans le choléra infantile les lésions stéatosantes sont limitées au foie et au rein ou si elles atteignent aussi les muscles striés. Il a trouvé dans 3 sur 6 cas la dégénérescence graisseuse aiguë généralisée des cellules myocardiques, lésions qui coïncident avec l'asphygmie, la bradycardie et la microsphygmie.

Les autres muscles striés (diaphragme, grand droit de l'abdomen et psoas) ont été trouvés atteints; sur 8 malades, 8 fois sur 13 muscles examinés. Ils présentaient la dégénérescence aiguë disséminée, la tuméfaction trouble ou l'état fibrillaire des cellules musculaires.

La dyspnée du choléra infantile peut trouver une part de son explication dans la lésion du myocarde et des muscles respiratoires.

Il paraît que la toxine du choléra infantile est soluble dans les substances grasses, qu'on trouve normalement en certaine quantité dans les muscles des tout petits enfants, solubilité qui favorise la lésion des cellules. Après la deuxième année les graisses deviennent beaucoup moins abondantes dans la composition cellulaire et la diarrhée cholériforme perd la plus grande partie de sa gravité.

La surinfection tuberculeuse chez le cobaye. Diminution rapide du nombre de bacilles dans le sang circulant après surinfection par voie cardiaque. — MM. Robert DEBRÉ et Jean PARAF ont montré précédemment que les cobayes injectés par voie sous-cutanée avec 1/100 de milligramme d'une culture de bacilles tuberculeux, puis surinfectés vingt jours après par injection intracardiaque de 1 mmg. de bacilles, évoluent comme s'ils n'avaient pas reçu le milligramme de bacilles avec lequel on les a surinfectés par voie cardiaque. Les auteurs ont étudié avec quel rythme les bacilles introduits en grande quantité dans le ventricule gauche disparaissent du sang circulant. Ils ont constaté que le processus était totalement différent de celui qu'on observe chez les animaux témoins ayant simplement reçu une injection intracardiaque; chez les animaux en expérience dès les premières minutes après l'injection intracardiaque une quantité considérable de bacilles disparaît du sang circulant; au bout d'une heure, il semble que les bacilles aient à peu près totalement disparu du sang circulant; de trois heures à soixante-douze heures après l'injection intracardiaque, le sang ne contient qu'une très petite quantité de bacilles : la bacillémie est alors de même ordre et de même forme que la bacillémie intermittente signalée par M. Calmette chez le cobaye inoculé simplement par voie sous-cutanée.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dermatologie usuelle, diagnostic, traitement, par le Dr Raymond BARTHÉLEMY, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, médecin de l'Hospice départemental de Nanterre. — Prix net : 7 fr. — Paris, Arnette.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 20 janvier. — Question donnée : « Rapports de la vessie chez l'homme. — Le chancre syphilitique de la verge. »

MM. Demerliac, 14 + 17 = 31; Bazert, 16 + 24 = 40; Blanchet, 14 + 18 = 32; Debray, 17 + 23 = 40; Florand, 16 + 23 = 39; Mathieu, 15 + 22 = 37; Wallon, 15 + 19 = 34; Terris, 13 + 19 = 32; Guérin, 13 + 20 = 33.

Séance du 23 janvier. — Question donnée : « Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne. — Signes et diagnostic de la sténose pylorique. »

MM. Lacomme, 11 + 25 = 36; Ameline, 14 + 21 = 35; Bourdillon, 13 + 21 = 34; Ducrohet, 10 + 16 = 26; Lanos, 16 + 27 = 43; Ebrard, 14 + 19 = 33; Mouton, 13 + 17 = 30; Broca, 17 + 23 = 40; Rachet, 10 + 16 = 26.

— Le total des notes obtenues par M. Desoubry est 29 et non 25.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Dr Crouzon, médecin chef de service à la Salpêtrière, est nommé membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, à Paris, en remplacement de M. Narcisse Fillot, décédé.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — Des médailles d'honneur des épidémies et des mentions honorables ont été décernées aux personnes ci-après désignées :

Médailles d'or. — MM. les Drs Raybaud (de Marseille) et Heckenroth (de Dakar).

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Acar Adib (de Dakar) et Lebœuf (du Gabon).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Odéyé (de Lesneven), Dhoste, des troupes coloniales; Dufossé (de Pnom-penh), Castueil (de Dakar), Lamort (de Thiès), Sibenaler (de Dakar), Basque (de Saint-Louis), Lajoanio (de Dakar), Delbreil (de Ziguinchor).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Guyot (de Châteaumeillant), Petit (de Vern), Rialland (de Pont-Scorff), Derien (de Rohan), Morin (de Paris), Salvat (de Tananarive), Boyer de la Giroday (de Nossi-Bé), Merlo (d'Ananalava), Rakotomahanina (d'Antsahadinta), Rabenandrasana (de Fenoarivo), Razafindrazaka (de Sainte-Marie), Razanamahenina (de Miarinarivo), Rajaobelina (de Tananarive), Ratoby (d'Ambohimanga), Collomb (de Rufisque), Tregan (de N'Diourbel), Baus (de Dakar), Bonrepaux (de Rufisque), Gana Dieng (de Dagana), Sarr-Amadou (de Tivaouane), Tressol (de Dakar), Amadou-Diaw (de Saint-Louis), Diallo-Ibrahima et Gueye (de Thiès), Lam-Malick et Nyasse (de Tivaouane), Ousmam (du Baol-Occidental), Diaw (de Tivaouane).

MM. Périsson, interne provisoire à l'hôpital Laënnec; Schwartz, externe à l'hôpital Cochin; Mordret, interne à l'hôpital Trousseau; Lebrun, interne à l'hôpital des Enfants-Malades; Blondin et Mlle Schulmann, externes à l'hôpital des Enfants-Malades.

Mentions honorables. — M. le Dr Chicancard, interne à l'hôpital Saint-Joseph à Paris; M. de Pétriconi, étudiant en médecine à Sainte-Marie-Poggio.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. le Dr Pierre Bazy a été élu, lundi, membre de la section de médecine et de chirurgie en remplacement du regretté professeur Félix Guyon.

HOMMAGE A M. DOLÉRIS. — Le samedi 5 février, à 10 h. 1/2 du matin, à l'amphithéâtre de la clinique Tarnier, les élèves et les amis de M. le Dr Doléris de l'Académie de médecine lui remettront une médaille-souvenir dûe au grand artiste graveur Ch. Pillet.

Les souscripteurs sont invités à assister à cette réunion.

Nous rappelons que toute souscription d'au moins 30 fr. donne droit à un exemplaire de la médaille.

Adresser les cotisations à M. Vigot, éditeur, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE (HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS, 74, rue Denfert-Rochereau). — M. le prof. Marfan fait son cours, les mardis à 10 heures.

Le samedi à 10 heures : Consultation de nourrissons.

Le mercredi à 10 h. 30 : Conférences complémentaires par MM. les assistants de la clinique.

Le jeudi à 10 heures : Enseignement pratique de la puériculture. (Institut de puériculture de la Ville de Paris et du département de la Seine.)

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

LIEN JURIDIQUE ENTRE LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX ET L'ASSISTANCE PUBLIQUE

I. Il a été plusieurs fois jugé que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne sont pas les préposés de l'Assistance publique, qui ne peut être considérée comme étant leur commettant; ils sont nommés au concours et avec l'approbation du ministre de l'Intérieur (art. 6 de la loi du 10 janv. 1849); dès lors l'Assistance publique n'est pas responsable des conséquences des fautes qu'ils auraient pu commettre. La 1re Chambre du Tribunal civil de la Seine vient d'affirmer, encore une fois, le principe dans un jugement du 14 décembre 1920.

Une dame N... avait formé contre l'Assistance publique une demande en paiement de 35.000 fr. de dommages-intérêts pour réparation du préjudice qu'elle disait avoir éprouvé à la suite d'une opération qu'elle avait subie pendant qu'elle était en traitement à l'hôpital Tenon; postérieurement à cette demande, elle mit en cause le Dr L..., chirurgien des hôpitaux, qui avait pratiqué l'opération, pour qu'il fût condamné solidairement avec l'Assistance publique au même chiffre de dommages-intérêts.

Le Tribunal écarta tout d'abord la demande formée contre l'Assistance publique.

« Attendu, dit-il, que la dame N... se plaint d'avoir subi contre son gré une opération dont les conséquences auraient été graves pour elle; que, par suite, le préjudice qu'elle prétend avoir subi proviendrait du fait du praticien qui l'a opérée; que la dame N... a d'ailleurs reconnu elle-même le fait en appelant en cause le Dr L...;

Attendu que les *médecins et les chirurgiens ne sont à aucun titre les préposés de l'Assistance publique au sens légal du mot*; que ceux-ci sont choisis au concours et que l'Assistance publique ne saurait être tenue des actes reprochés par la dame N... au Dr L...; que, dans ces conditions, il convient de mettre l'Assistance publique purement et simplement hors de cause. »

II. Le Tribunal avait à apprécier ensuite si le docteur avait encouru une responsabilité civile. Examinant la question, il a appliqué les principes dont nous avons déjà fait connaître plusieurs applications, à savoir que le médecin ou le chirurgien n'est responsable que s'il y a de sa part une faute lourde de diagnostic, de traitement ou d'opération, qu'il ne pouvait commettre dans l'état de la science, ou bien une impéritie ou une négligence évidentes.

Dans l'espèce soumise au Tribunal, la dame N... prétendait que, lorsqu'elle fut admise dans le service du Dr L..., on lui avait affirmé qu'aucune opération grave n'était nécessaire et qu'il ne s'agissait que d'une intervention sans importance; elle ajoutait que, contrairement à ces assurances et à sa volonté exprimée formellement et à plusieurs reprises, le Dr L... avait pratiqué sur elle sans nécessité l'opératiou de l'ovariotomie.

Le Dr L... n'eut pas de peine à démontrer que ces faits étaient controuvés; ils se trouvaient contredits par la fiche établie au nom de la dame N... par l'Assistance publique.

« Attendu, dit le jugement, que cette fiche relate toutes les déclarations qui ont été faites par la dame N... à son entrée à l'hôpital et toutes les constatations et investigations auxquelles s'est livré le Dr L... pour se rendre compte de son état; que la dame N... a notamment déclaré au Dr L... que depuis treize mois, date de la naissance de son enfant, elle ressentait des douleurs dans le ventre; que, mise en surveillance, elle fut l'objet d'examens suivis et que c'est après avoir constaté la nécessité d'une opération que le Dr L... l'a pratiquée à la date du 28 mars, soit plus de quinze jours après l'entrée de la dame N... à l'hôpital ;

Attendu qu'il est invraisemblable d'admettre que la dame N... n'a pas connu son état, dans les limites où une malade de son genre pouvait être renseignée ; qu'elle a été certainement prévenue qu'une opération était nécessaire (intervention sans importance, dit-elle) et qu'elle n'a pas manifesté la volonté de s'y soustraire, puisqu'elle s'est laissé chloroformer;

Attendu qu'il résulte de la fiche administrative que le Dr L... n'a pas procédé immédiatement à la laparotomie; qu'il a commencé par la colporraphie antérieure; qu'il a ensuite constaté que l'utérus était en rétroversion et qu'il existait, en outre, une dégénérescence kystique des deux ovaires ; à droite, l'ovaire avait le volume d'un petit œuf avec des kystes multiples ; à gauche, il y avait un kyste principal dont le volume était d'une poire ;

Attendu que c'est en présence de ces constatations que le Dr L... décida de faire l'hystérectomie supravaginale au lieu de l'hystéropexie projetée;

Attendu que l'opération réussit complètement et que la dame N... sortit guérie de l'hôpital le 18 avril suivant;

Attendu qu'on ne saurait mettre en doute les énonciations qui précèdent et qui sont consignées sur la fiche de la dame N..., étant donné qu'elles émanent d'un praticien de la valeur du Dr L..., chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, membre de la Société de chirurgie, chef d'un service d'hôpital depuis l'année 1912; que les notes n'ont pas été prises pour les besoins de la cause et qu'elles offrent à la justice toute garantie de véracité et de sincérité. »

Le jugement termine en disant que si les médecins peuvent être soumis à une responsabilité civile, et même pénale, quand il y a de leur part négligence grave, impéritie grossière, méconnaissance des règles de prudence courante, on est obligé de constater dans l'espèce soumise que non seulement le Dr L... n'a commis aucune faute dommageable dans la pratique de son art, mais qu'il a, au contraire, fait bénéficier la dame N... de ses connaissances scientifiques et d'une longue expérience. Il déclare, en conséquence, la demande qu'elle a formée dénuée de toute espèce de fondement.

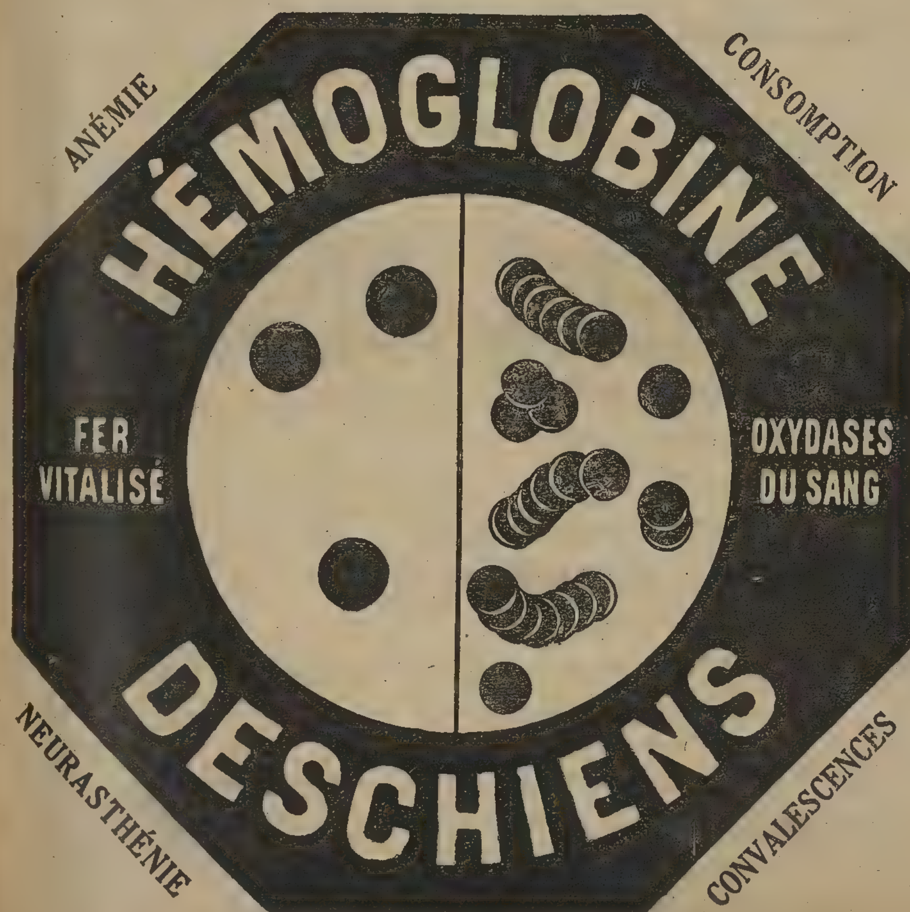
Le jugement qui vient d'être ainsi analysé offre un intérêt particulier au sujet du moyen de preuve sur lequel il s'appuie; on ne saurait trop recommander aux médecins et chirurgiens de noter ou de faire noter, dans les cas graves, les différentes phases ou différents incidents qui se produisent au cours de la maladie ou avant l'opération. Les procès ne naissent pas immédiatement après le fait qu'on prétend dommageable; et, dans des espèces semblables à celle qui précède, il est important que tous les faits soient précisés.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

566. — **TORPEDO 15 H P BERLIET 1920**, sortie usine octobre, pas roulé, complètement équipée, à vendre pour double emploi.

Dr CHARON, à Dury-lès-Amiens.



ANÉMIE
CONSOMPTION
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

NÉPHRITE, AORTITE,

EMBOLIES ARTÉRIELLES & GANGRÈNE PRÉCOCES

AU COURS D'UNE SYPHILIS MALIGNE

Par Ch. LAUBRY et L. MARRE.

Nous avons rapporté naguère (1) en la résumant brièvement, l'observation d'un malade que les circonstances nous ont permis de suivre pendant plusieurs années. Nous avons ainsi assisté, chez lui, à l'évolution complète d'une syphilis maligne, depuis l'apparition d'un chancre, identifié et soigné par nous, jusqu'à l'éclosion d'accidents des plus graves et des plus curieux, qui se sont terminés par une guérison définitive, c'est-à-dire qui s'est maintenue complète jusqu'à ce jour. Il nous paraît intéressant aujourd'hui d'insister sur le détail des manifestations auxquelles nous n'avons pu, lors de notre première note, ne faire qu'une brève allusion. Nous sommes, toutefois, dans l'obligation, étant donné la longue période embrassée par la maladie, qui ne dure pas moins de trois années, de grouper les symptômes d'une façon un peu schématique, sans troubler toutefois l'ordre chronologique de leur apparition. Celle-ci s'échelonne en quatre phases d'une netteté brutale : infection spécifique néphrite, aortite et gangrène, accident ultime qui tint longtemps la vie du malade en danger, mais qui fit place à une dernière phase de réparation et de guérison.

A. Phase initiale et banale d'infection spécifique. — Un homme de quarante-deux ans, sans antécédents pathologiques notables, contracte en octobre 1915, un chancre syphilitique, bientôt suivi de roséole. A partir du 6 décembre, moins de deux mois après l'apparition du chancre, le malade est soumis au traitement suivant :

D'abord 1g35 de novarsenobenzol en injections intraveineuses, 10 injections intraveineuses de cyanure de Hg à 0g01 ; ensuite 8 injections d'huile grise à 0g08 de Hg ; enfin deux pilules quotidiennes de Ricord pendant vingt jours par mois et pendant huit mois. Aucun accident ni incident durant cette période et notamment aucune manifestation cutanée.

B. Phase de néphrite. — En octobre 1916, un an après l'infection initiale, le malade constate un léger œdème des malléoles et vient consulter pour ce motif exclusivement ; il déclare ne ressentir aucun trouble subjectif. L'examen donne les résultats suivants :

Urines. — Claires et abondantes (2 litres environ par vingt-quatre heures), très fortement albumineuses (12 g. par 24 heures), assez pauvres en chlorures (8 g. par 24 heures), pas de sucre.

Urée sanguine. — 0g50 par litre ; constante d'Ambard, 0,09.

Tension artérielle. — Presque normale.

Oscillomètre de Pachon....	T. S. = 18 T. D. = 10
Dispositif Vaquez-Laubry...	T. S. = 15½ T. D. = 9

Aucun trouble apparent cardiaque, pulmonaire, hépatique, ni de la réflectivité ; pas de fièvre, aspect général très satisfaisant.

Il s'agit en somme d'une néphrite très vraisemblablement syphilitique, néphrite avec albuminurie massive et légère rétention chlorurée, mais sans rétention azotée et sans hypertension.

Sous la simple influence du repos au lit et du régime lacté, l'état s'améliore nettement pendant le premier mois de l'hospitalisation ; la quantité d'albumine diminue de moitié, 5 ou 6 g. par vingt-quatre heures, le poids baisse de 4 kg. environ, l'œdème disparaît. Durant le deuxième mois, une crise polyurique se produit avec réascension de la quantité d'albumine à 8 ou 9 g. par vingt-quatre heures.

A la fin du deuxième mois et au commencement du troisième, nous faisons un essai timide de traitement mercuriel : 13 injections de benzoate de mercure à un demi centigramme d'abord, à 1 cg. ensuite. En dépit de ce traitement, ou à cause de lui, la quantité d'albumine, mesurée par pesée, s'élève à 13 et même à 15 g. par vingt-quatre heures. Cela du reste sans que le malade accuse aucun trouble subjectif, sans que les autres éliminations urinaires soient notablement troublées, avec une tension artérielle normale (15-10).

C. Phase d'aortite thoraco-abdominale avec embolie. — Le 28 février 1917, l'état du malade se complique d'accidents pénibles d'angine de poitrine ; douleurs angoissantes dans la région sternale avec irradiation dans le membre supérieur gauche, facies douloureux, léger état fébrile. Ces symptômes persistent une semaine environ, s'atténuent peu à peu et semblent définitivement disparus, lorsque surviennent des accidents abdominaux particulièrement dramatiques.

Le 11 mars, vers huit heures du soir, le malade accuse brusquement des douleurs très violentes dans la fosse iliaque droite et présente des vomissements bilieux répétés. Le médecin de garde, appelé en toute hâte, constate, outre les signes précédents, du météorisme abdominal, une défense très accentuée de la paroi, un facies extraordinairement grippé, tout le tableau classique d'une crise d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Le chirurgien, appelé à son tour, fait le même diagnostic sans cependant vouloir intervenir sur le champ. Il prescrit seulement la diète absolue avec glace sur le ventre.

Nous voyons notre malade le lendemain matin 12 mars. A ce moment, les douleurs abdominales, un peu moins vives, sont généralisées, sans localisation prédominante. Les vomissements bilieux, qui ont duré toute la nuit, persistent encore. Ni selles ni gaz, seulement de faux besoins aboutissant parfois à l'*évacuation d'une petite quantité d'eau.* Le ventre est météorisé ; la matité hépatique, très réduite par ce météorisme, persiste néanmoins ; les deux fosses iliaques et les deux flancs sont sensibles à la palpation et la paroi abdominale présente encore une légère défense. Enfin, il existe, en même temps qu'une hypersonorité très nette de l'espace de Traube, un clapotage gastrique intense et étendu, que l'on peut provoquer jusqu'au niveau du pubis, tous symptômes liés vraisemblablement à une dilatation aiguë de l'estomac.

L'état des membres inférieurs lève tous les doutes sur la cause et la nature des accidents. Le membre inférieur droit, entièrement pâle avec quelques marbrures à la cuisse, est le siège de douleurs spontanées, vives et mal définies, sans modifi-

(1) Ch. Laubry et L. Marre. *Soc. méd. des hôpit.*, 1918.

cations thermiques appréciables. On y constate une hypoesthésie cutanée à la piqûre remontant jusqu'à mi-jambe, avec impossibilité de mouvoir le pied et les orteils. Le membre inférieur gauche est le siège de quelques fourmillements, mais, objectivement, à un examen superficiel, il paraît normal.

Le système artériel est cependant profondément modifié dans les deux membres inférieurs, puisque les battements artériels n'y sont perceptibles nulle part, sauf au niveau de l'anneau crural gauche où le pouls est particulièrement fort. Les modifications oscillométriques, observées à l'aide du Pachon, confirment et précisent les constatations précédentes: au niveau des deux jambes, il ne se fait aucune oscillation de l'aiguille sous aucune contre-pression. Cette absence complète d'oscillations et de battements le long des membres inférieurs contraste avec l'état du système artériel au niveau des membres supérieurs. Le pouls radial bat à 96 : il est fort et symétrique. La pression artérielle, mesurée au Pachon, donne les résultats suivants :

Poignet droit.............	21-10
Poignet gauche...........	22-10

oscillations égales, très fortes et brusques, dont l'amplitude maxima est de 13 divisions.

Dès l'apparition des symptômes d'aortite thoracique, nous négligeons délibérément les craintes que nous inspirait l'état rénal pour entreprendre un traitement énergique. Nous pratiquons tout d'abord des injections intraveineuses de cyanure de mercure à 0g01 par injection quotidienne. Après l'éclatement des accidents abdominaux, nous portons à 0g015 la dose quotidienne de cyanure injecté et nous faisons concurremment des injections intraveineuses hebdomadaires de novarsenobenzol aux doses successives de 0g45, 0g45, 0g45, 0g45, 0g60, 0g60, 0g60.

Ce traitement intensif est poursuivi sans arrêt, malgré l'apparition rapide d'hématuries, malgré l'oligurie (500 g. par 24 heures) et la suppression de l'élimination chlorurée, contrastant avec une élimination uréique suffisante; malgré l'augmentation du taux de l'albuminurie qui monte successivement et se maintient longtemps à 13 g., 14 g., 17 g., jusqu'à 22g50 par 24 heures, tous chiffres obtenus par la pesée.

Pendant trois semaines environ, à partir du déclenchement des accidents abdominaux, l'état demeure extrêmement inquiétant. Cependant, les phénomènes pseudopéritonéaux s'amendent peu à peu et disparaissent en une dizaine de jours. Au bout de trois semaines, la sécrétion urinaire devient plus abondante, les hématuries cessent, les chlorures réapparaissent dans l'urine, l'état général se remonte un peu et devient moins inquiétant quoique l'albuminurie reste formidable, aux environs de 20 g. par vingt-quatre heures.

Nous avons l'impression très nette d'avoir, par un traitement intensif, paré aux accidents menaçants d'aortite, et cela, en dépit de manifestations rénales extrêmement alarmantes.

D. Phase de gangrène. — Le membre inférieur gauche, dont le système artériel simplement affleuré n'a pas subi de modification profonde, revient très rapidement à l'état normal, en apparence tout au moins. En réalité, cependant, le pouls n'est perceptible ni à la pédieuse, ni à la fémorale, au triangle de Scarpa. L'aiguille de l'oscillomètre, après application du brassard au niveau de la jambe, continue à ne pas bouger; à la cuisse, on observe de très légères oscillations sous une contre-pression de 5 cm. de Hg. et sous cette contre-pression seulement. A l'anneau crural, les battements de la fémorale continuent à être forts.

Le membre inférieur droit évolue de façon toute différente; les douleurs deviennent très vives et l'impotence absolue. Puis le pied se momifie peu à peu, tandis que des placards de gangrène sèche apparaissent à la jambe, remontant haut, particulièrement sur la face externe. Il se produit finalement, à peu près à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la jambe, un sillon d'élimination à contours irréguliers. Ce sillon s'élargit peu à peu, en même temps que les parties gangrénées subissent une légère infection, malgré les lavages du membre à l'alcool et son embaumement dans la poudre de Lucas-Championnière.

Cependant, l'albuminurie persiste, encore qu'un peu diminuée, l'état général est profondément altéré, l'amaigrissement est considérable.

Le 23 mai 1917, après anesthésie lombaire à la stovaïne, M. Huguier, pratique l'amputation de la jambe droite gangrénée; amputation atypique au niveau du sillon d'élimination. Pas de suture du moignon, irrigation discontinue avec le liquide de Dakin. A la suite de cette intervention, aucun incident local, notable ; le lambeau, après élimination rapide de quelques éléments sphacélés en bordure, présente le bel aspect des plaies traitées par le Dakin ; le moignon se recouvre peu à peu.

Il reste néanmoins, à l'extrémité du tibia sectionné, un petit foyer d'ostéite qui entretient une fistule et persiste[1], malgré le curetage sous anesthésie locale, pratiqué le 5 novembre 1917. Le 31 janvier 1918, après anesthésie lombaire, M. Huguier résèque la portion séquestrée du tibia ainsi que l'extrémité du péroné ; toujours pas de suture, irrigation discontinue au Dakin; la plaie bourgeonne activement.

Enfin, le 12 mars 1918, toujours sous anesthésie lombaire, retouche définitive du moignon ; résection des tissus bourgeonnants, suture de la peau au fil de bronze et au crin, drainage. Le 30 avril 1918, la plaie opératoire est complètement fermée.

E. Phase de réparation et de guérison. — Entre temps, le traitement mercuriel (cyanure et benzoate de mercure) et le traitement arsenical (novarsenobenzol) ont été poursuivis, à fortes doses, sans aucun accident sérieux. De temps à autre, cependant, surtout après les injections de novarsenobenzol, nous avons eu quelques alertes de courte durée, telles que: malaise général, état subfébrile, oligurie, poussée éphémère d'hématurie et d'albuminurie. Toujours nous avons cru devoir négliger ces accidents, et poursuivre, quand même, le traitement.

L'état général du malade subit quelques fluctuations, après l'amputation du membre gangréné On note une légère élévation thermique à 38°, une oligurie à 500 g., puis le retour définitif à la normale. Inversement, la quantité d'albumine, qui était tombée à 4 g. par vingt-quatre heures, se relève à 10 g., puis à 13 g., et oscille pendant plusieurs semaines entre ces deux chiffres, avant de se mettre à descendre très lentement jusqu'aux chiffres de 2 à 3 g., puis de 1 g. par vingt-quatre heures, qui n'ont guère varié depuis trois mois. L'urée

sanguine se maintient sensiblement normale à 0gr53 par litre. La constante uréo-sécrétoire, recherchée seulement le 2 mai 1918, est légèrement élevée (0.12).

L'état général s'est, dans l'ensemble, progressivement amélioré depuis l'intervention et est maintenant très satisfaisant. L'alimentation ordinaire a pu être reprise et maintenue sans inconvénients. Le poids du malade, qui était normalement de 57 kg., n'est tombé qu'à 53 kg., malgré l'amputation de la jambe ; c'est dire qu'il a fort peu varié.

Les troubles circulatoires ne se manifestent plus maintenant, au niveau des membres inférieurs, que par de légères modifications oscillométriques, qu'il nous a paru intéressant d'inscrire dans le tableau suivant :

	CÔTÉ DROIT			CÔTÉ GAUCHE		
	Max.	Min.	Indice oscillo-métriq.	Max.	Min.	Indice oscillo-métriq.
Avant-bras........	15	8	4	15	8	4
Jambe (extr. inf.)..	amputé			10	4	3/4
Jambe (extr. sup.)..				10	4	2
Cuisse (extr. inf.)..	11	4	1/2	13 1/2	5	2
Cuisse (extr. sup.).	14	5	2	oscillat. imposs. à éteind.	8	4

Le doigt sent difficilement, mais indiscutablement, les battements de la fémorale des deux côtés et ceux de la pédieuse, à gauche. Aucun trouble subjectif.

On ne perçoit au niveau du cœur aucune autre anomalie, qu'un certain assourdissement des bruits. L'image orthodiagraphique cardio-aortique est normale.

Aujourd'hui. deux ans après la notation de ces particularités pathologiques résiduelles, l'état satisfaisant s'est maintenu et notre malade a repris sans trouble, sans souffrance, avec une albuminurie de 0,20 cg., ses occupations professionnelles.

*
* *

L'évolution favorable, malgré sa fertilité en incidents graves, d'un cas de syphilis maligne suffirait déjà à en justifier la relation. Il nous paraît légitime, en outre, d'insister sur deux points intéressants, l'un d'ordre clinique et pathogénique, l'autre d'ordre thérapeutique.

I. La néphrite syphilitique secondaire avec albuminurie massive, même l'aortite précoce, sont classiques. Moins connus et plus difficiles à interpréter sont les manifestations intestinales et les troubles circulatoires et gangréneux des membres inférieurs. S'agit-il d'une panartérite syphilitique étendue à tout l'arbre artériel, ayant déterminé au niveau du membre inférieur des accidents gangréneux, au niveau des artères mésentériques une ébauche des lésions étudiées par Parmentier et Chabrol (1)? S'agit-il d'une aortite limitée à l'aorte thoracique avec secondairement des embolies multiples ainsi qu'il en est relaté de nombreux cas dans les Revues générales de Gallavardin (2) et de Jacoulet (3)? Autant de problèmes à résoudre, dont la solution n'est simple qu'en apparence.

La brusquerie avec laquelle les accidents se sont déclanchés, la simultanéité de leur apparition au niveau de l'abdomen et des membres inférieurs nous firent émettre l'hypothèse d'embolies artérielles. L'existence, constatée au cours de l'amputation, d'un caillot peu adhérent dans la lumière de l'artère poplitée, confirma cette hypothèse. Enfin, l'examen histologique du fragment du paquet vasculo-nerveux qui put être prélevé donna toutes les précisions désirables. Cet examen a été très aimablement et très complètement pratiqué par M. Rubens-Duval qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

« L'artère a des parois sensiblement normales au-dessus et au niveau de l'oblitération. Celle-ci, à peu près complète, est effectuée par un caillot dont l'organisation en tissu de bourgeons charnus est réalisée presque jusqu'au centre. Les veines adjacentes à l'artère sont atteintes d'endophlébite oblitérante. Les filets nerveux périvasculaires, intéressés par la coupe, sont plus ou moins atteints de névrite, le tissu conjonctif du paquet vasculo-nerveux est le siège d'une certaine réaction inflammatoire.

Histologiquement, l'interprétation la plus plausible des faits est celle-ci : oblitération artérielle, non pas par artérite syphilitique dont on ne trouve aucune trace, mais par migration d'un caillot formé en amont ; oblitération par embolie d'une artère saine et non pas thrombose par artérite syphilitique. Les lésions constatées d'endophlébite oblitérante, de névrite, d'inflammation du tissu conjonctif du paquet vasculo-nerveux peuvent se rencontrer dans tous les processus inflammatoires subaigus d'ordre banal, évoluant vers la chronicité, processus dont rien ne permet de soupçonner — ni d'ailleurs non plus de nier formellement — la nature syphilitique. Il y a lieu d'admettre dans notre cas qu'elles sont secondaires à l'infection ou tout au moins aux résorptions toxiques ou irritantes qui se sont faites dans le membre gangréné. La syphilis a d'ailleurs pu les favoriser. »

Il est pour le moins à présumer que les accidents abdominaux, apparus en même temps et avec la même soudaineté, ne relèvent pas d'une autre pathogénie. Les douleurs vives, les vomissements, les faux besoins avec légère diarrhée séreuse, les signes d'occlusion et les phénomènes pseudo-péritonéaux représentent, à n'en pas douter, le premier stade de l'oblitération mésentérique. Plus complète et persistante, celle-ci eût provoqué ultérieurement la cyanose de l'intestin par dilatation veineuse, l'infarctus hémorragique, des ulcérations, la nécrose, enfin, d'un segment intestinal plus ou moins étendu ; elle se fut traduite cliniquement par de la diarrhée sanglante et surtout par la persistance et l'aggravation progressive de tous les troubles.

Les observations sont rares, il est vrai, d'un syndrome d'oblitération mésentérique à peine ébauché et aussi passager, alors que sont classiques, décrites et interprétées longuement, les observations typiques d'infarctus hémorragique de l'intestin. Elles sont rares précisément parce qu'elles répondent à des accidents peu nets, d'un diagnostic difficile ou impossible en l'absence de symptômes précis et de constatations nécropsiques. Est-ce à dire que le syndrome d'oblitération mésentérique passagère soit réellement plus rare que l'infarctus hémorragique ? Ce n'est pas probable. D'une part, en effet, il peut

(1) Parmentier et Chabrol. Infarctus hémorragique de l'anse sigmoïde par athérome artériel et thrombose veineuse, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, 1008, p 61.

(2) L. Gallavardin. Embolies et thromboses des vaisseaux mésentériques (oblitération des artères mésentériques et thrombophlébites mésoroïques, *Gaz. des hôpit.*, 1901, nos 97 et 100.

(3) Jacoulet. Infarctus hémorragiques de l'intestin, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 121.

se faire au niveau des mésentériques de petites embolies n'aboutissant qu'à une oblitération partielle, limitée ou passagère [cas de Lereboullet, Hirtz Moos, Finlayson, cités par Gallavardin, cas plus récent de Max Bernstein (1)]. D'autre part, la mésentérique supérieure n'est peut-être pas aussi fonctionnellement terminale que tendent à le démontrer le développement des infarctus et les expériences classiques de Litten et de Bégouin. Anatomiquement, l'artère est largement anastomotique. Fonctionnellement, les expériences plus récentes de Lagane (2) ont montré que, après ligature de la mésentérique supérieure, la circulation intestinale se rétablit à la condition que les troncs artériels voisins soient perméables et que les petites artérioles pariétales soient intactes. Lagane va même jusqu'à dire que, lorsque surviennent des accidents à la suite d'une simple embolie mésentérique, on est en droit de supposer l'existence de lésions angio-scléreuses.

Au surplus, l'embolus peut s'arrêter, quoique bien plus rarement, dans la mésentérique inférieure qui irrigue un territoire beaucoup moins étendu et qui n'a jamais été considérée comme terminale ni anatomiquement, ni fonctionnellement. Dans notre cas, nous ne saurions dire avec certitude dans laquelle des deux artères s'est faite l'embolie. La prédominance de la douleur à droite serait en faveur d'un arrêt dans la mésentérique supérieure; les faux besoins, le rétablissement rapide de la circulation indiqueraient plutôt un arrêt dans la mésentérique inférieure. Peu importe du reste.

Le point de départ des embolies semble devoir être, soit l'aorte thoracique, soit la partie supérieure de l'aorte abdominale. Mais reste à expliquer la suppression complète des battements fémoraux et des variations oscillométriques à la racine de la cuisse droite; restent à expliquer, en outre, les troubles atténués observés le long du membre inférieur gauche avec persistance normale des battements à l'anneau crural.

Deux hypothèses nous semblent devoir être soulevées et peut-être sont-elles vraies l'une et l'autre et se complètent-elles mutuellement : celle d'une oblitération incomplète et transitoire par embolie spéciale, par caillot prolongé ou par thrombose; celle d'un spasme artériel à laquelle en présence du rétablissement intégral de la circulation nous nous sommes arrêtés volontiers. On avouera que cet ébranlement d'une partie du système artériel, et ces réactions passagères ne sont pas les points les moins curieux de notre observation.

II. Au point de vue thérapeutique, nous soulignerons tout d'abord que la néphrite éclate un an après le chancre, sur un malade énergiquement soigné et étroitement surveillé. Elle éclate malgré le traitement et non comme on pourrait le penser à cause de lui; les accidents ultérieurs d'aortite, indiscutablement syphilitiques, en sont la preuve et témoignent qu'auparavant la malignité de la syphilis faisait seule l'impuissance de notre thérapeutique.

Grâce à ces mêmes accidents qui nous ont en quelque cas forcé la main, nous pouvons apporter quelques données sur le traitement toujours si discuté et si incertain de la néphrite aiguë syphilitique. Quand on enregistre les déplorables effets des premières injections mercurielles sur une albuminurie que semblent modifier le repos et le régime seuls on hésite et on temporise. Nous l'avons fait et c'est un grand tort. Nous savions cependant que d'autres avant nous avaient répété que, en dépit des apparences, la néphrite devait, comme tout accident syphilitique grave, être traitée avec énergie et persévérance. L'un de nous pourrait même évoquer un cas suivi à Saint-Antoine avec son regretté maître Mosny, et où la guérison, chez une femme atteinte de néphrite grave avec 30 g. d'albumine, ne fut obtenue après des fluctuations impressionnantes qu'après un long traitement mixte où l'iodure à doses élevées sembla jouer le principal rôle. Dans notre cas, l'apparition des accidents vasculaires qui n'autorisait aucune tergiversation, a été pour ainsi dire salutaire parce qu'elle nous a imposé la conduite à suivre et a entraîné la guérison parallèle de la néphrite.

Remarquons encore qu'à l'égard de la néphrite, comme de tout accident syphilitique, le choix du médicament spécifique est important. Nous ne parlons pas de l'élémentaire précaution d'éliminer toute médication dont l'action ne puisse instantanément être interrompue, c'est-à-dire d'éviter les injections de sels mercuriels insolubles. Mais il faut se rappeler que telle néphrite obéira au cyanure ou au biiodure, telle autre peu sensible au mercure s'améliorera par le traitement mixte ou ioduré, telle autre enfin ne réagira salutairement qu'au salvarsan. Chez notre malade c'est ce dernier (néosalvarsan) qui nous a donné les meilleurs résultats, et ce n'est pas un enseignement négligeable que des injections continuelles de néosalvarsan pendant plus de dix-huit mois, à forte dose, malgré certaines poussées transitoires, curatives immédiatement à chaque injection, ont fait rétrograder finalement, d'une façon presque complète, une néphrite et une aortite syphilitiques secondaires graves.

(1) Max Bernstein. Un cas d'embolie temporaire de l'artère mésentérique supérieure, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 15 fév. 1913, t. IX, n° 7; analysé dans la *Presse médicale*, 2 août 1913, n° 63.

(2) Lagane. Les artérites intestinales : étude clinique, anatomo-pathologique et expérimentale, *Th. de Paris*, 1911.

ACTUALITÉS

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE PESTE OBSERVÉS A PARIS

La Société médicale des hôpitaux de Paris vient de publier dans son dernier *Bulletin* de 1920 une série de communications concernant l'épidémie de peste bubonique, et uniquement bubonique, qui a sévi dans la région parisienne du mois de mai au mois d'octobre 1920, communications qui avaient été faites en *comité secret* aux séances du 25 juin et des 15 et 22 octobre 1920 (1).

Il est regrettable que les circonstances se soient

(1) *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1920, n° 41, p. 1723 à 1758 :

L. Guinon, Trousset et Mlle de Pfeffel. Quelques cas de peste bubonique chez l'enfant à l'hôpital Bretonneau.

Mlle de Pfeffel. Notes bactériologiques sur trois cas de peste observés dans les services de MM. Boulloche et Guinon, hôpital Bretonneau, déc. 1917 à juin 1920.

P. Halbron et J. Langle. Deux cas de peste à marche aiguë et à symptomatologie anormale.

F. Rathery et Paul Froment. Une famille de pesteux.

Ed. Dujardin-Beaumetz et Ed. Joltrain. Quelques cas de peste observés à Paris, mai-oct. 1920.

Léon Tixier. Note sur un cas de peste bubonique.

opposées jusqu'ici à la publication de ces travaux qui auraient certes beaucoup mieux éclairé les médecins praticiens que l'interpellation de M. Gaudin de Villaine au Sénat, au début de décembre, ou la trop brève note que l'administration leur a adressée il y a quelques semaines seulement.

L'épidémie a été fort heureusement très limitée et relativement bénigne, mais, et MM. Dujardin-Beaumetz et Joltrain le rappelaient très justement, la peste, maladie saisonnière, met de longues années à disparaître des pays où elle s'est implantée ; il y a donc lieu de faire quelques réserves au point de vue de l'avenir et il nous paraît d'autant plus nécessaire de bien mettre en relief les enseignements que comporte l'examen de faits trop longtemps cachés au public médical et dont nul ne peut se désintéresser aujourd'hui.

L'épidémie de Paris a été l'occasion de vérifier une fois de plus les faits bien mis en lumière par l'Ecole française, depuis la célèbre découverte de Yersin et les travaux de P.-L. Simond sur la propagation de la peste : transmission du rat au rat et du rat à l'homme par la puce, le plus souvent le *Xenopsylla cheopis* que l'on a pu retrouver sur certains rats de Paris. Mais elle a aussi montré, et ceci est d'un intérêt pratique, la difficulté parfois extrême du diagnostic des cas initiaux, les grands services que peuvent rendre les méthodes de laboratoire tant pour confirmer la clinique hésitante que pour dépister les formes bénignes, ambulatoires, la nécessité d'un traitement sérothérapique précoce et intensif, l'efficacité de la vaccination préventive, mais aussi la difficulté qu'il y eut de faire accepter les mesures prophylactiques indispensables à une population dont on avait cru devoir ne pas troubler la tranquillité morale.

Le *diagnostic* de la peste est toujours difficile à établir au début des épidémies; aussi ne saurait-on s'étonner qu'à Paris, où depuis trois siècles aucun cas de peste n'avait été constaté, des médecins distingués aient pu être déconcertés par les cas de septicémie mortelle qui furent observés tout d'abord.

C'est à l'hôpital Bretonneau, au milieu du mois de juin dernier, que M. Guinon et Mlle de Pfeffel diagnostiquèrent pour la première fois la peste bubonique chez une fillette de treize ans; le bacille de Yersin fut isolé par eux d'un bubon axillaire et définitivement identifié par M. Dujardin-Beaumetz à l'Institut Pasteur.

L'éveil était donné et l'enquête menée par MM. Dujardin-Beaumetz et Joltrain allait bientôt mettre en lumière l'existence de cas de peste ambulatoires et bénins et permettre en même temps d'établir rétrospectivement la nature pesteuse de septicémies dont l'origine était restée indéterminée. Chose curieuse, en effet, un certain nombre de malades atteints d'adénites suppurées ou d'adéno-phlegmons avaient été traités dès le mois de mai dans les services de chirurgie de divers hôpitaux et avaient succombé à des accidents septicémiques en apparence secondaires; l'enquête montra que ces cas avaient été l'origine de foyers de peste bubonique incontestable.

Les diagnostics les plus divers ont d'ailleurs été portés tout d'abord dans un grand nombre de cas, selon que prédominaient tels ou tels symptômes : fièvre typhoïde, méningite cérébro-spinale, rougeole confluente, angine ulcéro-membraneuse, etc., et ceci montre bien que la notion d'une épidémie pesteuse est nécessaire pour dépister la maladie.

Mais le point le plus intéressant de l'histoire clinique de cette épidémie est la fréquence des *formes bénignes ambulatoires* qui, plus que toutes autres, prêtaient à des erreurs de diagnostic : adénopathies survenant sans cause, presque sans trouble de l'état général, suppurant parfois, guérissant assez rapidement d'ordinaire. Ce sont ces cas ambulatoires qui, bien souvent, ont servi de chaînon intermédiaire entre des foyers épidémiques en apparence circonscrits et indépendants.

C'est pour faciliter la recherche de ces cas frustes que M. Joltrain eut l'idée d'instituer un séro-diagnostic de la peste, basé sur la recherche de la réaction de fixation de Bordet avec le bacille pesteux pris comme antigène (1), méthode qui a permis très souvent de faire un diagnostic rétrospectif.

Les *hémocultures* ont été très fréquemment positives dans les cas graves; à ce propos MM. Rathery et Froment signalent une cause d'erreur possible : la coexistence dans le sang de malades atteints de peste compliquée de pneumonie, du pneumocoque et du bacille pesteux, ce dernier beaucoup moins abondant et difficile à mettre en évidence.

Le *traitement sérothérapique* de la peste bubonique a fait ses preuves dès longtemps; il s'est toujours montré efficace, à condition d'être *précoce* (il faut le commencer le plus près possible du début des accidents, le 3e jour au plus tard) et *intensif :* la quantité de sérum à injecter doit être toujours forte; par voie sous-cutanée 150 à 200 cmc. chez l'adulte, 80 à 100 cmc. chez l'enfant, *par jour* et souvent plusieurs jours de suite. L'injection sous-cutanée de doses aussi considérables est douloureuse; ceci, joint à l'obligation d'agir le plus rapidement possible, a amené MM. Dujardin-Beaumetz et Joltrain à conseiller l'emploi systématique des injections intraveineuses; en ayant soin d'injecter très lentement les premiers centimètres, l'injection intraveineuse de sérum pur ne provoque aucun choc hémoclasique et les accidents sériques ne sont pas plus fréquents qu'avec les injections sous-cutanées.

La statistique suivante que publient ces auteurs est fort démonstrative : 91 cas confirmés, 40 cas non traités avec 32 morts, soit 80 p. 100; 52 cas traités avec 2 morts, soit 3,9 p. 100.

La meilleure méthode prophylactique, sans parler des mesures d'hygiène et d'assainissement, a été sans conteste la *vaccination anti-pesteuse.* La méthode classique consiste à faire plusieurs injections de 2 à 4 cmc. à quatre ou cinq jours d'intervalle. Mais en pratique, et devant l'hostilité trop souvent irréductible du public, MM. Dujardin-Beaumetz et Joltrain ont institué le système de l'injection unique : 2 cmc. au-dessus de dix ans, 1 cmc. au-dessous, 1/2 cmc. chez les nourrissons, en employant le vaccin chauffé de l'Institut Pasteur, titré à 2 milliards de microbes par centimètre cube.

Les réactions ont été le plus souvent nulles : à peine dans quelques cas un peu de douleur locale, sans troubles généraux.

Quant aux résultats ils sont venus confirmer les statistiques antérieures : *aucune morbidité chez les vaccinés*, dont l'immunité est de quatre mois environ, tandis que des sujets, qui appartenaient au même milieu épidémique et avaient refusé obstinément de se laisser vacciner étaient gravement atteints. On ne saurait imaginer expérience plus convaincante. LOUIS LE SOURD.

(1) Ed. JOLTRAIN, *Acad. des sciences*, 17 août 1920.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Le *commerce des produits pharmaceutiques* aux Etats-Unis, suivant les cas, tombe sous le contrôle de différentes autorités. Si le remède est préparé et consommé dans le même Etat, la surveillance est exercée par celui-ci et les municipalités. S'il passe d'Etat à Etat, ou s'il est importé, il devient sujet aux règlements du gouvernement fédéral. Aux sérums, toxines, virus et substances analogues (parmi lesquelles on a classé les produits pour injections intraveineuses, du type salvarsan et néo-salvarsan) celui-ci, par l'intermédiaire du *Public Health Service*, du département du Trésor, applique la loi de 1902. Aux substances narcotiques et causant l'accoutumance, le bureau de l'*Internal Revenue* (c'est-à-dire le bureau chargé du recouvrement des impôts), applique la loi Harrison de 1915. Aux liqueurs et à l'alcool non dénaturé, le même bureau applique la loi Volstead de prohibition. Aux autres produits pharmaceutiques, s'applique la loi de 1906, sur la pureté des produits alimentaires et médicinaux, qui ressort du département (ministère) de l'Agriculture. Enfin le département des Postes intervient accessoirement pour poursuivre ceux (et ils sont nombreux) qui se servent du service postal pour lancer des produits sans valeur ou frauduleux.

Dans ce système assez complexe de surveillance, l'importateur — et, par son intermédiaire, l'exportateur européen — ne vient en contact qu'avec le département de l'Agriculture et le *Public Health Service*, surtout avec le premier qui régit la grande majorité des produits. La loi de 1906 a pour but, d'assurer au médecin, au pharmacien et au malade, des noms et des affirmations véridiques. Quand un comprimé est déclaré contenir un certain poids d'une certaine substance, ce poids doit s'y trouver. Quand une capsule est déclarée contenir une certaine quantité de substance active, cette quantité doit s'y trouver *exactement*, et non pas approximativement, à moins que le fait de l'approximation, et les limites de variation de celle-ci, ne soient clairement indiqués sur l'étiquette. Quand une certaine substance est déclarée contenir une certaine proportion de principe actif, cette proportion doit s'y trouver en fait. La teneur en principe actif, en alcool, en produits narcotiques ou vénéneux, doit être indiquée exactement sur l'étiquette. Celle-ci ne doit porter *aucune affirmation de valeur thérapeutique ou promesse de guérison qui soit fausse ou frauduleuse.* Et c'est ici que le conflit commence, qui cause tant d'amères récriminations de la part de nombreux importateurs et exportateurs.

La nature humaine est ainsi faite qu'on ne saurait demander au fabricant d'un produit d'avoir, vis-à-vis de celui-ci, l'impartialité que d'autres peuvent exiger. Il y a, chez lui, une tendance inévitable — et bien excusable — à glisser rapidement sur ce qui n'est pas favorable, à fermer les yeux sur les échecs et, au contraire, à pousser ce qui est à l'avantage de son remède. Cela conduit à l'abandon de l'esprit critique au point de vue des résultats et à l'adoption comme arguments irréfutables de « preuves » cliniques, qui sont trop souvent basées, seulement, sur un *post hoc, ergo propter hoc*, le plus fallacieux raisonnement et la plus prolifique source d'erreur en médecine. Ce qui est bon devient excellent, souverain, idéal ; ce qui soulage certains symptômes devient un remède infaillible, un spécifique ; la liste des indications s'allonge constamment et, quelquefois de façon démesurée. Dans certains cas, il n'y a dans tout cela qu'une sincère autohypnotisation ; mais souvent, il y a autre chose. Il y a telle spécialité pharmaceutique — américaine ou européenne, n'importe — dont la littérature ne diffère pas essentiellement en principe d'une feuille que j'ai dans mon bureau où le *Turlington's Balsam of Life* — autrement dit, la teinture composée de benjoin — est déclarée guérir tout, depuis la fièvre quarte jusqu'aux pierres de la vessie. Seulement ladite feuille date de 1753 ! Il y a des maisons américaines (et aussi quelques européennes) qui adressent périodiquement aux médecins de petits traités dans lesquels les symptômes de toutes les maladies sont groupés de telle sorte que deux ou trois questions adressées au malade et une référence à une accolade vous fournissent un diagnostic tout fait, et un traitement, aussi tout fait, au moyen d'une spécialité. Les médecins d'Amérique ont l'esprit assez mal tourné pour ne pas savoir apprécier les intentions délicates des auteurs pour leur éviter des labeurs ardus ; il y a même des grinchus qui affectent de voir là une insulte à leur intelligence et à leur éducation professionnelle.

A vrai dire, il n'y a rien de très nouveau dans tout cela et, parfois, l'on s'explique mal l'attitude courroucée de certains, qui accusent l'Amérique de rigorisme déplacé, parce que l'opinion publique médicale a décidé que l'enthousiasme spontané ou de commande du marchand d'un produit ne constituait pas toujours une garantie suffisante. De fait, toutes les décisions du gouvernement, en ce qui se rapporte aux substances médicinales proprement dites, sont inspirées par l'intention de ne point empiéter sur la liberté du médecin d'employer tout agent qu'il juge à propos. Seules, les préparations nettement frauduleuses sont poursuivies. Une des principales difficultés rencontrées par le gouvernement est qu'il est à peu près toujours possible de déterrer dans la masse des livres médicaux légitimes, une ou plusieurs phrases vagues par lesquelles on peut prétendre justifier l'emploi de la drogue que l'on défend, si oubliée ou discréditée qu'elle soit. Le gouvernement ne fait de faveurs à personne. Il suffit d'ouvrir un numéro du *Journal de l'A. M. A.* pour y trouver de 6 à 12 condamnations de produits américains avec amende, confiscation et destruction.

En ce qui concerne les sérums, virus, toxines et substances analogues, le contrôle est plus sévère. Nul ne peut en fabriquer ou importer sans avoir, préalablement, obtenu un permis, lequel n'est accordé que sur preuve de la valeur du produit, suffisante pour satisfaire un observateur désintéressé. Lorsqu'il est possible d'obtenir, dans un délai raisonnable, des preuves expérimentales, le *Public Health Service* insiste toujours pour que celles-ci soient fournies. En cas d'urgence (par exemple, en cas d'épidémie d'influenza) un permis peut être accordé sans ces preuves, pourvu que l'innocuité du produit considéré, soit établie de façon concluante. Pour les produits biologiques à dosage plus incertain (sérum antipneumococcique, par exemple), les fabricants sont requis de faire certains essais et, si ceux-ci sont satisfaisants, d'en envoyer le compte rendu et des échantillons au laboratoire de Washington, qui refait les essais et accepte ou rejette la série examinée, d'après *ses* expériences. La même méthode est appliquée au salvarsan et produits simi-

laires. Nul permis n'est accordé sans que les autorités se soient assurées que le personnel et l'installation de la maison qui demande le permis sont suffisants à tous points de vue, pour assurer un produit satisfaisant au point de vue de la pureté et de l'efficacité.

Ce système de contrôle peut paraître rigoureux aux exportateurs de pays où les restrictions sont moindres, comme dans toutes les contrées européennes, ou même à peu près nulles, comme en Angleterre. Mais peut-on dire qu'il renferme rien qui exclue un produit de réelle valeur. Il n'y a que deux classes de produits pharmaceutiques : ceux qui ont de la valeur et ceux qui n'en ont pas. Il n'y a pas de groupe de milieu, de « douteux ». Telle est, du moins, la conclusion américaine.

Mais, en dehors de ce contrôle officiel, légal, inéluctable, il y a le contrôle officieux du *Council on Pharmacy and Chemistry*, de l'*American Medical Association*, dont j'ai déjà eu l'occasion d'esquisser les grandes lignes, il y a quelque temps (1). Il va sans dire que le Council adopte toutes les restrictions du contrôle officiel, mais il va plus loin. Par exemple, tandis que la loi ne s'occupe que des ingrédients vénéneux et du pourcentage d'alcool d'un produit, le Council demande la formule complète, y compris le véhicule et les préservatifs, s'il y en a. Tandis que la loi ne vise que la véracité des étiquettes, le Council rejette toute préparation qui est l'objet de réclame faite au public, soit *directement*, soit *indirectement*. Et sont considérés comme réclame indirecte : 1° les noms trop suggestifs — les noms descriptifs au point de vue clinique sont toujours préférés et sont ajoutés au nom spécialisé si le Comité le juge nécessaire; — 2° la liste des maladies sur l'étiquette; 3° le coulage du nom de l'article dans le verre de la bouteille. Enfin, le Council épluche très méticuleusement les prétentions thérapeutiques (beaucoup trop méticuleusement, d'après les fabricants et importateurs), n'accepte point les simples preuves cliniques qui n'ont pas été vérifiées par des observateurs désintéressés; et rejette toutes préparations dont la composition n'est pas jugée d'accord avec les données scientifiques : par exemple, toute mixture contenant à la fois de la pepsine et de la pancréatine. Ce sont surtout les questions de réclame indirecte et les objections aux preuves cliniques sans corroboration qui semblent irriter les fabricants français qui essayent d'obtenir l'inscription de leurs préparations sur la liste des N. N. R. Certains mêmes décident de s'en dispenser plutôt que de se soumettre aux conditions. Il est certain que, légalement, l'inscription parmi les N. N. R. n'est pas nécessaire. Mais les N. N. R. sont l'aristocratie des produits pharmaceutiques; les autres, la plèbe, aux yeux de 83.000 membres de l'A. M. A.

L'esprit critique du Council est tout aussi développé pour les produits américains que pour ceux d'origine étrangère. Ainsi, un des derniers numéros du *Journal A. M. A.* contient une étude sur les composés tanniques, tannigène, tannoforme, tannalbine, albutannine, protan, acétannine, etc., qui sont recommandés dans le traitement des diarrhées comme passant sans changement à travers l'estomac et, au contraire, étant décomposés avec libération de tannin, dans l'intestin grêle. Tous les produits, sauf un, acétannine (dont toutefois un seul échantillon put être examiné) furent trouvés solubles dans le suc gastrique dans des proportions variant de 33 à 95 p. 100, tandis que certains ne semblaient pas devoir libérer de tannin dans l'intestin. C'est là un exemple des travaux qui sont continués sans relâche par le Council, même sur les produits qui ont été admis aux N. N. R. La publicité la plus complète constitue un sûr garant d'impartialité. Inutile d'aller rendre visite aux membres du Comité : tout se fait par écrit de part et d'autre : c'est là la règle inflexible et invariable.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 73, p. 1159.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1920)

Le seuil de l'audition. — M. MARAGE : 1° Dans les recherches acoustiques, quand on emploie l'oreille comme récepteur, il faut déterminer le coefficient auditif de chaque écouteur, c'est-à-dire son acuité auditive pour les diverses vibrations : un sujet qui n'a pas la même acuité pour les deux oreilles ne peut déterminer la direction d'un son;

2° Quand il s'agit de vibrations très énergiques, on doit s'arranger de façon à diminuer leur intensité, car si l'œil est ébloui par une lumière trop vive, l'oreille est assourdie par un son trop intense et l'on ne peut plus se fier aux indications qu'elle fournit;

3° L'oreille entend mieux les sons aigus que les sons graves;

4° L'oreille est très sensible aux sons faux; on n'a donc pas besoin de les écouter pour les entendre.

Recherches expérimentales sur le colostrum. — MM. Ch. PORCHER et L. PANISSET.

Sur l'adsorption du virus aphteux. — MM. H. VALLÉE et H. CARRÉ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1921)

Les variations pathologiques de la vitesse de propagation de l'onde pulsatile artérielle et leur valeur sémiologique. — MM. Ch. LAUBRY, A. MOUGEOT et René GIROUX. Les auteurs exposent le résultat de leurs recherches sur la vitesse de propagation de l'onde pulsatile artérielle. Ils ont été amenés à formuler les lois suivantes : 1° La vitesse de l'onde pulsatile varie proportionnellement avec la tension artérielle et les modifications de la vitesse sont en rapport avec la tension systolique; 2° Lorsque le rapport entre la vitesse de l'onde pulsatile artérielle et la tension systolique est détruit, il existe presque toujours des signes de défaillance cardiaque. En d'autres termes le ralentissement de la vitesse, toutes choses étant égales par ailleurs doit être considéré comme un signe d'insuffisance ventriculaire gauche; 3° La perte de l'élasticité artérielle imprime à la vitesse des modifications si sensibles qu'il en résulte un asynchronisme radio-fémoral par précession fémorale, signe important pour le diagnostic des aortites abdominales; 4° Les modifications brusques et localisées du calibre artériel (rétrécissement artériel pur, anévrisme) exercent une influence nette sur la vitesse en la ralentissant; 5° Les rapports de la vitesse pulsatile artérielle avec le tonus vasculaire a été étudié chez les instables cardiaques, notamment chez les basedowiens. Les résultats sont inconstants : tantôt la vitesse est normale, tantôt les modifications varient dans un sens opposé et les auteurs expliquent l'inconstance des résultats en invoquant la pathogénie encore si confuse de la maladie de Basedow.

Deux cas d'encéphalite épidémique survenus dans le milieu hospitalier. — MM. H. CLAUDE et DE LAUBRIE. Il s'agit de deux malades qui présentent des symptômes d'encéphalite épidémique alors qu'ils étaient hospitalisés depuis

assez longtemps pour qu'on ne puisse invoquer aucune cause de contamination extérieure. Les auteurs insistent sur ce fait que depuis deux ans qu'ils observent des cas d'encéphalite rien de semblable ne s'était produit.

Pleurésie purulente cloisonnée à streptocoques guérie par la vaccinothérapie. — MM. H. Dufour et M. Debray. Le malade qui fait l'objet de cette communication présentait une pleurésie purulente post-grippale. Cinq injections de vaccin antistreptococcique de l'Institut Pasteur furent pratiquées à 4 ou 5 jours d'intervalle dans le tissu cellulaire souscutané. La température qui oscillait entre 37°5 le matin et 39°8 le soir baissa à la troisième injection et redevint normale après la dernière. La guérison s'est maintenue et confirmée. Le malade a reçu en tout 13 milliards de microbes tués par la chaleur. Ce cas semblait particulièrement favorable à l'action de la vaccinothérapie à cause de l'allure subaiguë et chronique de l'affection et en raison du bon état général de la malade. Dans les cas aigus un tel traitement ne saurait être préconisé mais même dans ces formes septicennoques la vaccinothérapie peut rendre de grands services pour hâter l'évolution de la streptococcie au décours de la phase aigue.

Immunité vaccinale. Maladie chronique. Guérison par la vaccinothérapie. (Etude expérimentale). — M. H. Dufour. Depuis plus d'un an l'auteur étudie expérimentalement le développement des formes chroniques des maladies infectieuses chez des animaux en état d'immunité contre les accidents mortels de ces mêmes infections et aussi la vaccinothérapie à opposer à ces états chroniques. Pour ses expériences il se sert d'un paratyphique B, virus très fixe qui tue invariablement le lapin par injection intra-veineuse à la dose de 1/10 de culture sur gelose de 24 heures diluée dans 10 cmc. de sérum artificiel. La vaccination contre la dose mortelle est obtenue par un procédé permettant le retrait du vaccin non encore absorbé. Il consiste à enfermer le vaccin dans un sac organique formé par un bout d'intestin de lapin normal ligaturé à ses deux extrémités et abandonné dans la cavité abdominale. Deux lapins ont été vaccinés par ce procédé et chez eux les sacs intestinaux n'ont pas été retirés. Six semaines après une vaccination ces lapins reçoivent dans les veines une dose de culture vivante mortelle; ils résistent parfaitement. Ce n'est qu'un mois après que l'on voit apparaître de l'amaigrissement et de la paralysie du train postérieur qui va en s'accentuant pendant un mois jusqu'au jour où ces animaux reçoivent de nouveau dans les veines une deuxième dose de culture mortelle. A partir de cette deuxième injection leur état s'améliore et ils guérissent. Un organisme sérieusement immunisé peut donc conserver des germes capables d'engendrer une maladie chronique et il peut en être débarrassé par une supervaccination. La déduction semble être la suivante : si, après guérison d'une maladie aiguë, des symptômes de maladie chronique apparaissent, la vaccination pourra dans certaines conditions être pratiquée à l'aide de vaccins vivants, plus actifs que les vaccins morts.

A propos de la contagion de l'encéphalite épidémique. Deux cas survenus chez deux élèves caporaux. — MM. H. Roger et A. Blanchard. Il s'agit de deux soldats appartenant au même peloton des élèves caporaux, couchant dans la même chambrée, ayant travaillé dans le même bureau ; le premier cas, terminé par la mort, appartenait à la forme algomyoclonique ; le second cas était une forme ambulatoire. Fait curieux, vers la même époque, cinq cas civils étaient constatés chez des individus ayant leur habitation ou leur travail dans le quartier avoisinant la caserne incriminée.

Exostoses ostéogéniques d'origine hérédosyphilitique larvée. — M. M. Pinard présente une jeune fille atteinte d'exostoses douloureuses occipitales, malaire, costale, tibiale et souffrant de céphalées. La ponction lombaire révélant une hypertension et une lymphocytose, d'ailleurs minime, de même, qu'un traitement à l'arsenobenzol qui a supprimé les douleurs tenaces et durant depuis plusieurs années, ont confirmé l'origine hérédosyphilitique des exostoses.

Encéphalite léthargique remontant à 5 ans, avec séquelles amyotrophiques du type Landouzy-Déjerine. — MM. Gutmann et Kudelski. Actuellement, après 5 ans, le malade présente une atrophie à type myopathique scapulo-huméral et légèrement facial ; il y a des troubles marqués de la contractilité électrique. Il s'agirait donc d'un cas sporadique antérieur, de 3 ans, au début de l'épidémie actuelle et qui apporte, par conséquent, un élément à la question, encore discutée, de la nature des séquelles dans l'encéphalite léthargique.

De la méthode d'orthopédie instrumentale. — M. G. Bidou (présenté par M. Merklen.).

Sténoses tuberculeuses multiples de l'intestin grêle. — MM. Oddo et de Luna (de Marseille).

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 6 janvier 1921)

Mouvements cloniques rythmés de l'hémiface droite, persistant pendant le sommeil chez un enfant de 7 ans 1/2, consécutive probablement à une encéphalite léthargique. — M. Jules Renault, Mme Athanassio-Bénisty et M. E. Libert présentent une fillette âgée de 7 ans 1/2 chez laquelle se sont installés il y a 9 mois, sans aucun épisode fébrile et sans paralysie antérieure, des mouvements cloniques rythmés intéressant tous les muscles dépendant du facial droit.

Ces mouvements surviennent au nombre de 60 environ à la minute, ne sont pas influencés par la volonté; les émotions, les mouvements actifs, les excitations électriques les accélèrent momentanément. Ils ne disparaissent jamais pendant le sommeil. On ne note aucun autre trouble organique du système nerveux à part une exagération manifeste des réflexes tendineux des membres inférieurs. Il existe en outre une instabilité motrice généralisée associée à une instabilité psychique; attention difficile à fixer, agitation, conversations bruyantes. La malade est en plus subfébrile et a diminué de poids d'une façon sensible. Aucun trouble des organes des sens. Légère lymphocytose rachidienne. Les auteurs se demandent s'il s'agit d'une iritation du facial dans son trajet intracranien ou plus probablement d'une forme myoclonique, d'une encéphalite léthargique.

La réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite léthargique. — MM. Georges Guillain et P. Lechelle rappellent les résultats obtenus par la réaction du benjoin colloïdal avec les liquides céphalo-rachidiens des paralytiques généraux et des syphilis évolutives du névraxe. Ils ont étudié cette réaction avec les liquides céphalo-rachidiens de deux malades atteints d'encéphalite léthargique aiguë et d'un troisième atteint d'une encéphalite remontant à deux années et ayant laissé des troubles du névraxe; dans ces différents cas la réaction du benjoin colloïdal a été absolument négative. Cette constatation présente un intérêt, car on sait que souvent certaines formes cliniques de l'encéphalite épidémique doivent être différenciées de certaines formes cliniques de la syphilis du névraxe; aux autres signes diagnostiques tirés de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans les deux infections il n'était pas inutile d'en ajouter un nouveau.

Continuité ou discontinuité de la douleur dans la névralgie faciale essentielle et rodicotomie retro-gasserienne. — MM. Sicard, Robineau et Paraf en rapportant leur statistique de sept cas de radicotomie bulbo-gasserienne pour névralgie faciale essentielle insistent sur les indications et les contre-indications opératoires. La continuité de la douleur faciale est une contre-indication opératoire formelle. Les seuls prosopalgiques justiciables de la radicotomie sont ceux dont la douleur faciale est discontinue avec accalmie complète dans l'intervalle des crises. La discontinuité douloureuse est le témoin de la réaction du trijumeau, la continuité douloureuse implique au contraire la participation du système sympathique cranio-facial, vis-à-vis duquel nous sommes à peu près désarmés thérapeutiquement.

M. Guillain demande comment le sympathique peut donner tant de douleurs au niveau de la face.

M. Sicard répond que c'est là une simple hypothèse.

M. DE MARTEL sur 17 neurotomies rétrogassériennes n'a vu d'insuccès total que 2 fois.

M. BAUDOUIN rappelle que depuis longtemps on fait la sympathectomie qui n'a rien donné.

Cushing dit que lorsque les malades souffrent d'une manière permanente, lorsque la douleur n'est pas exclusivement localisée au trijumeau, lorsqu'il existe un certain élément névropathique, il ne faut faire ni alcool ni traitement chirurgical.

M. LHERMITTE et M. FOIX disent que la douleur d'origine sympathique existe. Toute douleur continue n'est pas d'origine sympathique.

M. DE MARTEL indique que si l'injection d'alcool ne donne pas de résultats, il ne faut pas tenter la neurotomie rétrogassérienne.

Sur un syndrome clinique pyramido strié. — MM. LHERMITTE et CORNIL.

La pigmentation de la peau dans les blessures et les affections de la moelle. — M. André THOMAS.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1921)

La réaction du benjoin colloïdal dans la méningite tuberculeuse. — MM. Georges GUILLAIN, GUY-LAROCHE et P. LECHELLE ont étudié la réaction du benjoin colloïdal dans 11 cas de méningite tuberculeuse où le liquide céphalo-rachidien contenait des bacilles de Koch, présentait de l'hyperalbuminose et une lymphocytose accentuées. Ils ont constaté dans ces cas, contrairement à ce que l'on observe dans la syphilis évolutive du névraxe, l'absence de précipitation dans les premiers tubes de la série, mais, par contre, une précipitation qui commence au tube 5 et qui, entrecoupée ou non de phases, se poursuit souvent jusque vers les tubes 11 et 12. Ces constatations offrent un intérêt pour la diagnose des états méningés et il paraît légitime de décrire, à côté de la réaction « syphilitique » du benjoin colloïdal, la réaction « méningitique » très spéciale dans la méningite tuberculeuse.

Réaction émotive. — M. D. A. WALLER. En intercalant un corps humain dans un circuit électrique, muni de résistance et d'un galvanomètre, on peut, expérimentalement, se rendre compte que, chez certains sujets, l'émotion suffit à déterminer une modification dans la résistance du corps humain. On peut, à ce sujet, distinguer les *normaux*, pour lesquels la main est, l'avant-bras n'est pas sensible; les *sensitifs*, chez qui main et avant-bras sont sensibles; les *non-sensitifs*, dont ni main ni avant-bras ne sont sensibles.

L'épithélium intestinal de l'embryon. — M. PARAF. Cet épithéliome jouit de propriétés fort actives. Sur les coupes, il est rempli d'enclaves, offrant, en gros, les réactions de l'hémoglobine, abondantes, surtout, au sommet de la villosité, et que l'on retrouve dans le méconium. Sert-il à la résorption de ce produit, ou à sa sécrétion? C'est ce qu'il est encore impossible de dire.

Note sur le bacille de Morgan. — MM. BESSON et DE LAVERGNE. Le bacille rencontré par Morgan, dans les diarrhées estivales des enfants et désigné, par lui, sous le nom de bacille n° 1 a été retrouvé depuis, dans certains cas de dysenterie, mais il est loin d'être prouvé qu'il intervienne dans l'étiologie de cette infection.

Les auteurs donnent une description complète de ce microbe qui se distingue du bacille paratyphique B. en ce qu'il ne fermente pas la mannite et produit de l'indol en abondance. Il sécrète une endotoxine très active qui tue rapidement le lapin avec des lésions hémorragiques de l'intestin grêle, portant capitalement sur les plaques de Peyer, lésions identiques à celles que Besson et de Lavergne ont rencontré chez l'homme. Le bacille de Morgan constitue donc une espèce bien caractérisée et douée de propriétés biologiques et d'un pouvoir pathogène le séparant nettement des bacilles dysentériques.

Contribution à l'étude clinique de la tension veineuse. Technique et premiers résultats. — MM. Maurice VILLARET, Fr. SAINT-GIRONS et G. JACQUEMIN-GUILLAUME, pour mesurer la tension veineuse, ont réalisé une technique simple, en employant le manomètre de H. Claude, gradué en centimètres d'eau, et en le reliant, par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc trempé dans l'huile stérilisée, à une aiguille qu'on introduit dans une veine du pli du coude. Le chiffre normal est de 13 cm. d'eau chez l'homme, et 12 cm. chez la femme, c'est-à-dire environ 13 fois plus faible que le chiffre de la tension artérielle, qui est exprimé en centimètre de mercure.

La tension veineuse suit, en général, les variations de la tension artérielle, il est, cependant, des cas de dissociation dont les auteurs poursuivent l'étude.

Recherches stalagmométriques sur la cholurie saline. — MM. A. GILBERT, E. CHABROL et H. BÉNARD ont pratiqué près de 300 déterminations stalagmométriques sur les urines d'une centaine de malades, que l'on peut ranger en trois catégories :

1° Aux tensions superficielles très abaissées, comprises entre 700 et 850, correspondent 34 sujets, parmi lesquels figurent 31 hépatiques avérés (90 p. 100).

2° Aux tensions superficielles de 850 à 900 se rapportent 15 malades dont 9 étaient atteints d'une lésion manifeste du foie (60 p. 100).

3° De 900 à 1.000 se rangent 50 sujets dont 16 seulement étaient suspects d'une tare hépatique (32 p. 100).

Les auteurs concluent de leur statistique, qu'un abaissement de la tension superficielle, au-dessous de 850, constitue un élément précieux pour dépister la présence des sels biliaires dans une urine. Mais cet abaissement est loin d'être constant, au cours des maladies du foie, comme en témoignent certaines observations de foies cardiaques et de cirrhose veineuse.

Spirochétose ictérohémorragique chez le macaque. — G. J. STÉFANOPOULO. A condition d'injecter de très fortes doses de virus, il est possible de conférer au Macaque, la spirochétose ictérohémorragique. Faute de cette condition, les singes inférieurs ne s'infectent pas. L'intérêt de la présente observation, c'est de reproduire chez le singe, non point une infection suraiguë comme chez le cobaye, mais une maladie comparable à la maladie humaine. L'animal a présenté un ictère de gravité moyenne et a guéri après une convalescence assez courte.

— Réunion biologique de Lille :

L'épaisseur des lames osseuses chez l'homme et l'animal. — MM. J. LECLERCQ et M. MULLER, mesurant sur des os secs, l'épaisseur moyenne des lames osseuses délimitées par deux couches d'ostéoplastes publient les chiffres obtenus. Ils s'appuient sur près de 800 mensurations faites sur des os humains fœtaux et adultes à tous les âges et sur des os animaux pour en arriver aux conclusions suivantes : Chez l'homme, l'épaisseur moyenne de ces lames osseuses est peu variable suivant l'os, l'âge et l'individu, épaisseur moyenne toujours supérieure à 13mm4. Au contraire, chez l'animal, cette épaisseur moyenne est un peu plus variable, mais toujours inférieure à 12mm5. Cette méthode qui peut s'appliquer à l'os calciné, grâce à une technique spéciale est très importante en médecine légale puisqu'elle peut aider à la différenciation des os humains et animaux.

— Réunion biologique d'Athènes (15 mai 1920) :

Procédé simplifié de diagnostic bactériologique de la diphtérie. — M. G. PANKALOS. Une simplification importante dans le diagnostic bactériologique de la diphtérie est l'ensemencement sur milieu liquide (sérum non coagulé, avec 3 p. 100 de glucose et de teinture de tournesol) en y plongeant l'ouate qui a servi pour le prélèvement du matériel suspect. Les bacilles poussent après 6-12 heures, avec réduction du glucose. On peut se servir aussi d'un sérum thérapeutique (non antidiphtérique) dont une quantité sera versée dans un tube à essai brûlé.

M. CAWADIAS signale l'existence de l'encéphalite léthargique en Grèce et en étudie l'hématologie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS DE LA LITHIASE BILIAIRE[1]

B. **Cholécystite secondaire à la lithiase.** — La cholécystite constitue la forme la plus fréquente et la plus importante de l'infection biliaire post lithiasique. Elle est très fréquemment associée à l'angiocholite. Sa symptomatologie et son évolution varient beaucoup suivant que la cholécystite est aiguë, subaiguë ou chronique et suivant qu'il s'agit d'infection catarrhale, suppurée ou fibreuse.

Nous prendrons comme type de description la suppuration franche, aiguë, d'une vésicule antérieurement saine.

Trois symptômes caractérisent cette affection : la réaction thermique, les douleurs cystiques spontanées; la tuméfaction douloureuse de la vésicule biliaire.

a. *La fièvre* se présente avec les mêmes caractères que nous avons déjà décrits à propos de l'ongiocholète; il s'agit de fièvre à types : éphémère, intermittent, rémittent, ou continu. Nous n'y reviendrons pas.

b. *Les douleurs* de la cholécystite diffèrent des douleurs de l'angiocholite; elles sont aiguës, spontanées, pongitives, prédominant au niveau du point cystique, sous le foie, à l'intersection du muscle grand-droit et de la 10e cote. Cette dernière localisation est toute théorique car le foie étant augmenté de volume la région douloureuse se trouve abaissée plus ou moins de l'hypocondre droit dans le flanc droit. Il y a des irradiations vers l'épigastre ou dans le dos; les moindres mouvements tels que la toux, les efforts de la défécation, les grandes inspirations l'exagèrent.

c. *La tuméfaction cystique.* — A l'examen du malade, on découvre sous le foie une tuméfaction assez régulière, arrondie ou ovoïde, rénitente et mate. Sa mobilité verticale, son abaissement respiratoire sont d'une constatation, en général, facile. Son volume varie depuis celui d'une petite poire, à celui d'un poing. Il n'y a pas de contact lombaire, ni de mouvements latéraux. Dans les cas où la suppuration survient dans une vésicule scléreuse et rétractée, la tuméfaction est minime et la cholécystite suppurée ne se traduit que par la douleur, la fièvre biliaire et les troubles digestifs. Au contraire, quand la suppuration se produit dans un hydrocholécyste, la vésicule peut acquérir un grand volume et il est parfois possible de percevoir de la fluctuation.

En général, dans les cas de cholécystite aiguë, les phénomènes inflammatoires locaux sont très nets; il y a de la contracture des muscles grands droits; les troubles digestifs sont constants, langue saburrale, haleine fétide, vomissements pituiteux, souvent bilieux, constipation. Les symptômes généraux sont constants; à côté de la température élevée, le pouls s'accélère; les urines sont denses et dans certains cas, on a pu signaler un état d'*acétonémie* avec odeur acétonique de l'haleine et réaction de Gérard positive. Ces derniers symptômes ne relèvent pas, en général, des lésions hépatiques, mais plutôt de l'état de dénutrition de ces malades et de l'autophagie consécutive.

L'ÉVOLUTION peut se prolonger pendant plusieurs mois; si l'on n'intervient pas ou s'il ne survient pas de complications, le traitement médical (repos au lit, diète hydrolactée et vessie de glace localement) parvient à éteindre les accidents inflammatoires. Mais, en général, l'évolution est longue et prolongée et de temps à autre elle est interrompue par des rechutes, sortes d'épisodes aigus ou subaigus, fébriles et douloureux, qui aboutissent à des lésions irréductibles.

Abandonnée à elle-même, la cholécystite se complique fatalement de *péricholécystite fibreuse*; on ne saurait mieux comparer le processus inflammatoire autour de la vésicule biliaire qu'à celui qui se passe dans la fosse iliaque droite au niveau de l'appendice enflammé. La tuméfaction circonscrite et nette que nous avons décrite au début est alors remplacée par un empâtement diffus, mal limité, douloureux, qu'il est difficile d'explorer, du fait de la contracture des muscles de l'abdomen. La résolution de ces phénomènes infectieux peut se produire spontanément, mais le plus souvent, si l'on n'intervient pas, survient une complication intercurrente (fistulisation, sclérose atrophique de la vésicule) ou bien septico-pyohémie biliaire avec insuffisance hépatique.

C. **Complications des angiocholites et des cholécystites lithiasiques.** — Les complications qui peuvent survenir au cours de la lithiase infectée, sont très nombreuses. Des canaux biliaires, l'infection peut se propager au foie, au péritoine, à la veine porte; elle peut se propager aux organes voisins, à la plèvre et au poumon droit, aux viscères du voisinage (fistule biliaire); elle peut se généraliser enfin, passer dans le sang et donner lieu à une septico-pyohémie.

Tardivement, il peut se produire des séquelles : formation de brides, constitution de périviscérites qui peuvent léser les voies biliaires extrahépatiques, le pylore, le duodénum, l'angle colique droit.

I. COMPLICATIONS AIGUËS IMMÉDIATES. — a. *Abcès lithiasique du foie.* — Bien décrit par Chauffard, il constitue, non un volumineux abcès, mais une série de multiples petits abcès, disséminés dans le parenchyme hépatique au contact des canalicules biliaires (abcès alvéolaires de Chauffard). Ces abcès lithiasiques n'ont pas d'histoire clinique propre : leur formation ne se manifeste que par l'élévation de la température, l'aggravation de l'état général, l'augmentation du volume du foie; l'ictère est léger et inconstant; l'évolution est fatale et bien souvent ces abcès ne constituent qu'une découverte d'autopsie.

b. *Péritonite biliaire.* — La propagation et l'ouverture d'une angiocholécystite suppurée dans la cavité péritonéale est à l'origine de ces péritonites biliaires. Leur histoire est entièrement superposable à celle des appendicites; si la cavité péritonéale n'est pas protégée par des cloisonnements inflammatoires, l'infection se généralise et l'on se trouve en présence d'une péritonite aiguë, banale, par perforation. Si au contraire cette perforation se produit au milieu d'adhérences et de fausses membranes, il se forme une péritonite partielle, enkystée, périhépatique. Ainsi se trouve constitué, un *abcès sous-phrénique* ou *sous-hépatique*, suivant les cas, caractérisé surtout par une fièvre élevée, rémittente, des douleurs plus ou moins violentes, des troubles diaphragmatiques, une réaction du nerf phrénique. L'examen radioscopique et la ponction exploratrice, sous contrôle de l'écran, peuvent aider beaucoup à préciser le diagnostic de cette affection qui relève du traitement chirurgical.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 2, p. 31; n° 4, p. 63, et n° 6, p. 95.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies du cœur (1), par MACKENZIE; traduit sur la 3e édition anglaise, par le Dr FRAUXEN.

C'est le résultat de 25 ans d'observation et de pratique personnelle. L'apparition de la 3e édition montre le succès de cet ouvrage.

L'auteur étudie d'abord l'*insuffisance cardiaque*, « état dans lequel le cœur est incapable de maintenir une circulation régulière, lorsqu'il est appelé à soutenir les efforts nécessaires à l'existence quotidienne de l'individu. Ce lui est l'occasion d'étudier longuement la physiologie normale et pathologique du muscle cardiaque. Rythmes tachycardiques, bradycardiques réguliers et irréguliers sont, passés en revue. Puis ce sont les myocardites, le cœur sénile, les lésions valvulaires. Ces divers chapitres fourmillent d'aperçus originaux et que le cadre limité de cette analyse, ne nous permet pas de faire ressortir. La lecture de l'ouvrage de Mackenzie fournit une bonne vue d'ensemble de la pathologie cardiaque moderne.

F. LÉVY.

(1) Paris, 1920, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 24 janvier. — Question donnée : « Veine cave supérieure. — Signes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas. »

MM. Louet, 12 + 17 = 29; Foucault, 16 + 25 = 41; Le Rasle, 13 + 18 = 31; Engelhard, 14 + 21 = 35; Denoyelle, 18 + 25 = 43; Longepierre, 10 + 20 = 30; Potez, 14 + 23 = 37; Desprairies, 10 + 16 = 26; Le Clerc, 11 + 19 = 30.

Séance du 26 janvier. — Question donnée : « Tiers supérieur du fémur. — Œdème aigu du poumon. »

MM. Verger, 13 + 18 = 31; Cuvigny, 16 + 22 = 38; Cocault-Duverger, 13 + 20 = 33; Leroux, 17 + 24 = 41; Rémy-Néris, 11 + 20 = 31; Tierny, 12 + 17 = 29; Teurnier, 11 + 16 = 27; Deroche, 18 + 25 = 43; Duhail, 10 + 18 = 28; Aumont, 19 + 23 = 42.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Voici, d'après la *Vie médicale* (21 janv. 1921), la statistique des diplômes de docteur en médecine délivrés par les facultés françaises pendant l'année scolaire 1919-1920 :

FACULTÉS	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Université	TOTAL
Alger	47	»	47
Beyrouth	57 (a)	»	57
Bordeaux	237 (b)	4	241
Lille	47	»	47
Lyon	343 (c)	5	348
Montpellier	232 (d)	12	244
Nancy	33	»	33
Paris	547 (e)	29	576
Strasbourg	3 (f)	»	3
Toulouse	109	2	111
	1655	52	1707 (g)

(a) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(b) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Mawas.

(c) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Pinatzis.

(d) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Schuyten.

(e) Dont 4 avec dispense de la thèse : M. Avramoff, Mme Gréhant, MM. Kaminzer et Zeiliger.

(f) Régime français. Ne sont pas compris dans le tableau ci-dessus 72 candidats reçus à l'examen d'Etat (Staatsexamen) [régime allemand], ni 31 thèses de doctorat [régime allemand].

(g) Ce chiffre est le plus élevé qui ait jamais été atteint, soit 461 de plus que le chiffre maximum atteint jusqu'ici (1246 en 1898-1899).

Total des thèses : 1643.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le prof. Marion est nommé membre de la Commission de prophylaxie antivénérienne.

— Le jury du concours des médecins adjoints des asiles d'aliénés est constitué comme suit :

Président : M. le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs.

Membres titulaires : MM. le prof. Dupré (de Paris), le prof. agrégé Euzière (de Montpellier), les Drs Roy, Juquelier, Pasturel et Terrade, médecins chefs d'asiles publics.

Membres suppléants : MM. les médecins chefs Hamel et Capgras ; secrétaire : M. Horpin.

HOSPICE PAUL-BROUSSE. — Le Conseil général de la Seine, sur le rapport présenté par M. Jean Varenne au nom de la troisième Commission, vient de prendre une délibération portant qu'un crédit de 200.000 fr. serait mis à la disposition de l'administration pour l'installation à l'hospice Paul-Brousse d'un service de traitement du cancer.

HOSPICE DE BRÉVANNES. — Une place de médecin assistant au service des tuberculeux est actuellement vacante à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise).

Les candidats qui sont tenus de justifier du diplôme de docteur en médecine, devront se présenter à M. le Dr Baudouin, médecin chef du service des tuberculeux de cet établissement.

Les médecins assistants de l'hospice de Brévannes sont nommés pour 2 ans, et peuvent être réinvestis sur la proposition du chef de service pour des périodes de même durée.

Ils sont tenus de résider à Brévannes. Ils reçoivent une indemnité fixe de 6.000 francs par an, et une indemnité de nourriture de 3.000 francs. Ils sont logés à l'établissement ou reçoivent une indemnité de logement fixée à 2.000 francs par an.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Sous la présidence des professeurs Jeanselme et Ménétrier, le Congrès aura lieu du 1er au 5 juillet 1921, à la Faculté de médecine. Il comprendra trois sections : médecine, pharmacie, art vétérinaire.

Sont inscrits au programme : séances de communication le matin, conférences-promenades aux hôpitaux et musées l'après-midi, inauguration d'un musée d'histoire de la médecine et d'une exposition rétrospective médicale, excursion au château de Saint-Germain-en-Laye, réception à l'Hôtel de Ville.

Le bureau du Congrès prie vivement les confrères qui ont des pièces (instruments, médailles, gravures, tableaux, sculptures, livres, etc.), intéressant l'histoire médicale, de bien vouloir les prêter à l'exposition rétrospective temporaire.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Laignel-Lavastine, secrétaire général du Congrès, 12 *bis*, place de Laborde, Paris (VIIIe arrond. Téléphone : Wagram 21-08).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Dans sa dernière séance, la Société a discuté une communication importante de son président, le Dr Foveau de Courmelles, sur l'apprentissage au travail manuel dans les écoles primaires et les lycées.

A la suite d'un rapport de M. Emile Cacheux, sur l'encombrement des villes et l'augmentation de la mortalité dans les quartiers où se produit cet encombrement, la Société a adopté, à l'unanimité, un vœu destiné à être transmis au ministre de l'hygiène et tendant à réserver, lors de l'établissement de nouvelles voies ferrées ou fluviales, une zone de 200 mètres de terrain qui serait réservée à la construction d'établissements industriels ou agricoles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les prof. Bourquelot, de la Faculté de pharmacie, membre de l'Académie des sciences, vice-président de l'Académie de médecine, et Maurice Pollosson (de Lyon).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. — NOTIONS RÉCENTES SUR LES MALADIES DU FOIE, DES VOIES BILIAIRES ET DU PANCRÉAS. — Le cours de perfectionnement de Pâques commencera le 21 mars 1921, sous la direction de M. le prof. Gilbert et de M. M. Villaret, agrégé. Trente leçons. Durée : deux semaines.

Droit : 150 fr. S'inscrire à la Faculté, guichet 3, les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE BAUDELOCQUE (125, boul. de Port-Royal). — Cours public du dimanche pour les médecins praticiens. Exposé des questions à l'ordre du jour (accouchements, gynécologie, puériculture) tous les dimanches, à 10 heures, par M. le prof. Couvelaire, les Drs Le Lorier et Lévy-Solal, agrégés, et le Dr Lerant, accoucheur des hôpitaux.

Première leçon. — Dimanche 6 février, à 10 heures, M. Couvelaire : Les causes de la mortinatalité. Organisation médicale et sociale de la lutte contre la mortinatalité.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le Dr Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 13 février, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Antoine, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale de M. le prof. Chauffard, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une série de six conférences sur la *Radiothérapie des glandes endocrines et des glandes génitales*.

Dimanche 13 février : Les glandes à sécrétion interne et leur pathologie.

Dimanche 20 février : La glande thyroïde et la radiothérapie.

Dimanche 27 février : Le thymus et la radiothérapie.

Dimanche 6 mars : La glande pituitaire et la radiothérapie.

Dimanche 13 mars : La glande pinéale, les glandes surrénales et la radiothérapie.

Dimanche 20 mars : Les glandes génitales et la radiothérapie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ARTICLE 64 DE LA LOI DU 31 MARS 1919

M. Ruellan, député, expose à M. le ministre des Pensions que, depuis dix-huit mois, les médecins et les pharmaciens qui donnent des soins ou des remèdes aux malades et blessés de guerre, en application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, reçoivent des bons qui ne leur ont jamais été remboursés et que même aucun tarif des frais médicaux et pharmaceutiques n'a été établi, et demande : 1° Quand et comment ces médecins et pharmaciens seront payés des bons reçus par eux ; 2° quand le ministre se décidera à publier le décret établissant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques. (*Question du 27 décembre 1920.*)

Réponse. — 1° Les médecins qui ont donné des soins et les pharmaciens qui ont délivré des médicaments au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 seront payés dès qu'auront été déterminés, les tarifs des soins médicaux et pharmaceutiques applicables aux intéressés. Ce paiement sera effectué par les soins des préfets ; 2° les tarifs des soins médicaux et pharmaceutiques vont être incessamment fixés par un décret rendu en exécution de l'article 54 de la loi de finances du 31 décembre 1920, modifiant le paragraphe 5 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. (*J. O.*, 26 janv. 1921.)

CLINIQUE CHIRURGICALE ET IMPOT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

M, Grinda, député, demande à M. le ministre des finances, si une clinique chirurgicale appartenant à un chirurgien et ne servant qu'à ce chirurgien seul, pour soins donnés exclusivement à ses opérés, est assujettie à la taxe sur le chiffre d'affaires. (*Question du 28 décembre 1920.*)

Réponse. — Réponse négative ; le chirurgien qui a une clinique où il soigne exclusivement les malades qu'il a opérés, ne fait pas acte de commerce, la fourniture, à ses clients, des objets de consommation et du logement n'étant que l'accessoire des soins qu'exige leur position. (*J. O.*, 26 janv. 1921.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 1er février. — Jury : MM. Letulle, président ; Bezançon, Philibert et Guillain. — M. TARTROU (Michel). Contribution à l'étude de l'action de l'éther en injections intramusculaires. — M. QUEYROI (Xavier). L'examen radiologique dans les opérations de vissage du col fémoral. — M. RICHARD (Pierre). Les spirochètes de la bouche. — M. CHÉRON (Léon). Les ostéites typhiques.

Jeudi 3 février. — Jury : MM. Chauffard, président ; de Lapersonne, Achard et Carnot. — M. GERDIL (Pierre). Contribution à l'étude des troubles oculaires. — M. PERLIS (Jean). Sur les symptômes d'hyperthyroïdie et de dysthyroïdie dans le goitre. — M. BLANC (Charles). L'encéphalite épidémique en Anjou. — Mme VAN GEERTRUYDEN. Contribution à l'étude de l'action de l'hirudine sur les accidents anaphylactiques.

Vendredi 4 février. — Jury : MM. Hartmann, président ; Delbet, Couvelaire et Abrami. — M. TRICOT (Eugène). Traitement de la paralysie du deltoïde. — M. SOUPAULT (Jean). L'ostéosynthèse dans les fractures fermées et récentes du genou. — M. LAVIGNE (Léon). Fréquence et causes de la mort du fœtus pendant la gestation.

REVUE GÉNÉRALE

LES INFECTIONS A MÉNINGOCOQUES

ET

LEUR TRAITEMENT PAR LA BACTÉRIOTHÉRAPIE

Par MM. Léon TIXIER et ROCHEBOIS.

Il en est de la méningite cérébro-spinale et des différentes localisations dues au méningocoque comme de la plupart des maladies microbiennes, la guérison ne s'effectue que quand l'organisme est vacciné contre le germe qui l'a envahi.

Cette vaccination peut s'effectuer naturellement sans intervention d'une thérapeutique spécifique; c'est ce qui se passait dans les cas de guérison avant la découverte de la sérothérapie. Mais elle se fait d'une façon plus rapide lorsqu'on utilise la vaccination passive au moyen des injections de sérum antiméningococcique. La mortalité par infection à méningocoque a diminué comme on le sait d'une façon très importante depuis l'emploi du sérum : 10 à 20 p. 100 de mortalité au lieu de 30 à 80, suivant les épidémies, avant la sérothérapie (Dopter).

La vaccination peut être obtenue en introduisant dans l'organisme un vaccin microbien, véritable vaccination active ou bactériothérapie. Les auto-vaccins ou les stock-vaccins ont donné dans un certain nombre de cas des résultats inespérés après échec de la sérothérapie. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de résumer, en nous basant sur les faits publiés et sur notre observation personnelle, les conditions dans lesquelles les sérums antiméningococciques ne permettent pas d'obtenir la guérison. Les différentes causes anatomiques ou bactériologiques de l'insuccès du sérum constituent autant d'indications de la bactériothérapie. Nous donnerons ensuite un aperçu, d'après les travaux récents, de la technique et des résultats de cette nouvelle méthode.

*
* *

Causes des insuccès de la sérothérapie. — Parmi celles-ci, certaines nous sont connues, tandis que d'autres demeurent encore mystérieuses.

C'est ainsi que l'on sait que le sérum a d'autant moins de chances de donner des résultats décisifs qu'il est employé à une date plus éloignée du début de la maladie.

Par contre, il est des cas, et malheureusement ils sont certainement plus nombreux depuis une dizaine d'années, où la sérothérapie est faite d'une façon précoce, systématique, et, malgré cela, les accidents continuent d'évoluer; parfois même les symptômes s'aggravent nettement au cours du traitement; les signes d'une méningite sérique se superposant à ceux de la méningite microbienne.

Des causes anatomiques telles que les cloisonnements, empêchant la pénétration du sérum au niveau des ventricules cérébraux par exemple, constituent un obstacle de première importance à la guérison, si les méningocoques pullulent au niveau des cavités ventriculaires. La méningite ventriculaire est le type des cloisonnements, mais ils peuvent être multiples et exister aux différents étages de la cavité rachidienne, en différents points de la face externe ou de la base de l'encéphale.

Enfin, on peut se trouver en présence d'une localisation paraméningée (1) ou extraméningée qu'il s'agisse de septicémie ou d'une détermination du méningocoque en un point quelconque de l'organisme. Ce sont là, on le comprend, autant de conditions qui rendent la sérothérapie intrarachidienne insuffisante et inefficace.

Dans d'autres conditions, on se trouve en présence d'un méningocoque qui ne répond à aucune des variétés actuellement classées (A. B. ou C.). Pendant la guerre on observa un assez grand nombre de ces méningocoques atypiques. Le sérum est généralement sans grande action sur les méningites à paraméningocoques, de même son action est très incertaine dans les cas d'associations microbiennes (pneumocoque, streptocoque, staphylocoques, etc. (2).

Parmi les méningites cérébrospinales qui offrent à la sérothérapie une résistance particulière, il faut faire une place à la méningite du nourrisson. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la maladie est beaucoup plus grave pendant les deux premières années de la vie, en raison sans doute des difficultés d'un diagnostic précoce et surtout de la rapidité avec laquelle les cloisonnements s'effectuent. Dopter indique une mortalité de 48 à 50 p. 100, même si la sérothérapie a été utilisée.

Indépendamment des conditions précédemment énumérées, il semble d'une façon générale que les épidémies soient maintenant un peu plus graves qu'au début de la sérothérapie. Le fait a été noté en France pendant la guerre. Des remarques analogues ont été faites en Italie. De Cristina et Sindoni ont enregistré une mortalité faible à Palerme grâce au sérum de 1911 à 1916. Le traitement reste le même et ces auteurs observent une mortalité considérable en 1915-1916-1917, 54 p. 100 pour les enfants, 80 p. 100 pour les nourrissons.

*
* *

Bien que la sérothérapie doive rester le traitement de choix, le traitement immédiat d'une méningite cérébro-spinale, aussitôt qu'elle est diagnostiquée, il faut savoir que ce traitement peut échouer et qu'il faut alors s'adresser à d'autres moyens thérapeutiques. Parmi ceux qui ont été préconisés depuis quelques années, il semble que la bactériothérapie doive occuper une place prépondérante.

On a prétendu que l'immunisation active par le vaccin avait une action moins rapide que l'immunisation passive par le sérum. Cette observation n'est pas absolue puisque la température tombe parfois très vite dès les premières injections de vaccin. Par contre, une supériorité incontestable du vaccin c'est qu'il peut agir, même tardivement dans des cas considérés comme désespérés, après plusieurs semaines d'évolution de la maladie. Le sérum a, au contraire, d'autant moins de chances de donner des résultats qu'il est employé plus loin des accidents.

C'est à Boidin et à Weissenbach que l'on doit des indications précises sur la bactériothérapie, « médication adjuvante dans certaines formes de méningite cérébro-spinale » disent ces auteurs. Dans un cas de méningite cloisonnée, la maladie continuait à évoluer, malgré des doses journalières de 30 à 40^{cc} de

(1) Marcel Bloch et Pierre Hébert disent que les localisations paraméningées se font sans doute par le tissu cellulo-vasculaire des toiles et plexus choroïdes qui sont au contact du liquide céphalo-rachidien ventraculo sous-arachnoïdien sans s'y ouvrir directement.

(2) Nous ne parlons pas de l'association avec le bacille de Koch qui rend le pronostic fatal.

sérum intrarachidien. Trois injections d'auto-vaccin, puis un abcès de fixation assurèrent la guérison sans séquelles.

Boidin, l'année suivante, publie l'observation d'un malade qui, au cours du traitement sérothérapique est pris de douleurs lombaires atroces, le liquide céphalo-rachidien prenant une teinte jaune chartreuse. Bien que la vaccinothérapie n'ait pas paru donner un résultat décisif, Boidin estime qu'elle a favorisé l'action de l'abcès de fixation, fait ultérieurement, en accroissant le pouvoir opsonique et en rendant les germes plus facilement phagocytables.

De Cristina et Sindoni, au cours de l'épidémie de Palerme de 1917, signalent les résultats inespérés de la vaccinothérapie intraveineuse ; dans bien des cas, cette thérapeutique modifie tout à la fois l'état général et l'état local, provoquant une chute de la fièvre et produisant la clarification du liquide céphalo-rachidien (disparition des cellules inflammatoires et des méningocoques).

Florand et Fiessinger publient en 1918 un cas de méningite à méningocoque C compliqué d'orchi-épididymite guéri sous l'influence du vaccin. Dans deux cas de méningite, l'une due au méningocoque B, l'autre due au méningocoque A, la bactériothérapie constitua un précieux adjuvant de la sérothérapie.

Méry et Girard citent le fait d'une enfant atteinte de méningite cérébro-spinale fruste compliquée de méningococcémie. Le sérum améliore la méningite, mais il est sans action sur la septicémie. Dès les premières injections d'auto-vaccin l'enfant entre en convalescence.

Sergent, Pruvost et Bordet publient en 1920 une observation analogue ; une méningococcémie, sans réaction méningée, est rapidement guérie par la vaccinothérapie intraveineuse.

Dopter cite une observation de Warrencrowe où l'association de la sérothérapie et de la vaccinothérapie autogène aurait donné de bons résultats.

Dès 1917, Lewkowicz a eu recours, à Varsovie, aux injections de vaccin dans les cas graves, et il a enregistré un certain nombre de succès.

Voici le résumé d'une observation personnelle où la vaccination par auto-vaccin a été tentée chez un nourrisson atteint de méningite cérébro-spinale cloisonnée vingt-deux jours après le début de la maladie alors que son état pouvait être considéré comme désespéré.

Un nourrisson de quatre mois et demi est pris, le 10 juin 1920, d'un violent frisson suivi de vomissements avec température à 40°9.

Dès le lendemain, en raison de la persistance des symptômes, d'un mauvais facies et d'un pouls à 130, une ponction lombaire donne issue à 12 cmc. de liquide clair contenant polynucléaires et lymphocytes à parties égales, la culture reste négative.

Ce fut seulement le 12 juin que la ponction lombaire permit d'obtenir un liquide louche contenant uniquement des polynucléaires ; culture toujours négative ; on injecte 10 cmc. de sérum antiméningococcique polyvalent A, B, C.

L'état de l'enfant se modifie peu, bien que chaque jour on fasse une injection de sérum intrarachidienne, mais le liquide céphalo-rachidien est obtenu plus difficilement, on a l'impression qu'un cloisonnement s'est effectué.

Cependant, le 17 juin, sept jours après le début de la méningite, 14 cmc. de liquide céphalo-rachidien trouble sont facilement retirés ; les méningocoques sont rares sur les frottis ; la culture est positive ; il s'agit du méningocoque A ; 15 cmc. de sérum correspondant sont injectés.

Les signes de méningite s'accusent, de plus, malgré la continuation de la sérothérapie intrarachidienne et intramusculaire ; on note du strabisme, des contractures, des vomissements, de la fièvre à grandes oscillations.

Le 21 juin, l'affaiblissement est extrême, l'enfant est déshydratée, langue rôtie, muguet, Cheynes-Stokes, arythmie cardiaque, pouls incomptable, les pupilles ne réagissent plus à la lumière.

Pendant huit jours, du 21 au 29 juin, l'enfant demeure dans cet état voisin de l'agonie et se cachectise progressivement.

Le 29 juin on fait une ponction ventriculaire droite et on obtient 15 cmc. de liquide trouble, véritable bouillon de culture pure de méningocoques sans réaction cellulaire appréciable. Les cocci poussant rapidement sur gélose-ascite.

Le 1er juillet, deuxième ponction ventriculaire gauche, suivie d'injection de sérum, donnant les mêmes résultats cytologiques et bactériologiques que la première ponction.

Les résultats cliniques sont nuls, l'état demeure extrêmement inquiétant ; température 39°4.

C'est dans ces conditions, en présence de cet état presque désespéré, que l'on tente le 2 juillet la vaccination active au moyen d'injections quotidiennes d'un auto-vaccin fabriqué par le Dr Durupt en utilisant les cultures obtenues après ensemencement du liquide ventriculaire.

Six injections sont faites, la première de 1 milliard 500 millions, la dernière de 2 milliards 500 millions.

Les résultats ne se font pas attendre ; dès la première injection d'auto-vaccin, la température tombe de 39°9 à 38° pour osciller les jours suivants entre 36°6 et 37°8. L'amaurose disparaît la première, la langue devient humide, le bébé s'alimente plus volontiers ; les selles deviennent spontanées ; le pouls est encore rapide (130-150) mais mieux frappé. Les contractures s'atténuent.

Six jours après le début de la bactériothérapie l'alimentation est aisée, le pouls est à 90 et la convalescence s'effectue d'une façon normale. L'enfant a perdu environ le tiers de son poids qui est tombé à 4 kg.

Le 10 octobre, c'est-à-dire trois mois après le début de la maladie, l'enfant est bien portante ; elle pèse près de 8 kg. ; elle est gaie, éveillée, intelligente et ne présente aucune séquelle notable de méningite. Le fond de l'œil est normal, ni contractures, ni paralysie, ni atrophie musculaire, à l'exception toutefois d'une légère parésie des muscles de la nuque, et comme conséquence difficulté, mais de moins en moins marquée, de maintenir la tête droite.

*
* *

Nous résumons les notions indispensables à connaître pour mettre en pratique cette excellente méthode de traitement qu'est la bactériothérapie.

Préparation du vaccin. — On peut utiliser un stock-vaccin comme l'ont fait Sergent, Pruvost et Bordet, vaccin soit mono, soit polyvalent.

Mais il est bien préférable, autant que faire se pourra (1), de cultiver le méningocoque du malade et de préparer ainsi un auto-vaccin.

Voici la technique suivie par M. Durupt pour la préparation du vaccin qui nous a donné un si beau résultat :

a. Emulsion de la culture sur gélose-ascite dans du sérum physiologique stérile ;

b. Centrifugation de l'émulsion à 3.000 tours pendant cinq minutes ; le culot obtenu, composé de bacilles morts et de débris d'autolyse ou de milieu, est rejeté ;

c. L'émulsion, composée de bacilles vivants, est centrifugée

(1) De Massary fait remarquer que l'autobactériothérapie n'est souvent pas réalisable en raison de la difficulté avec laquelle pousse le méningocoque, lorsque le liquide céphalo-rachidien n'est pas ensemencé sur les milieux classiques, au lit du malade. Si l'on veut obtenir avec un maximum de chances de succès des cultures de méningocoques, il faut ensemencer largement en recueillant directement le liquide céphalo-rachidien dans un tube de gélose-ascite, capuchonner le tube et le mettre aussitôt à l'étuve à 37°. Il faut aussi, tant que le germe n'a pas poussé, faire un ensemencement à chaque ponction lombaire. Il n'est pas rare que le méningocoque ne se développe pas sur les tubes de la première ponction et qu'il pousse ultérieurement.

énergiquement à à 10.000 tours; le culot est émulsionné de nouveau dans du sérum physiologique stérile et les bacilles centrifugés sont de la sorte soumis à un lavage répété trois fois;

d. L'émulsion définitive, composée de bacilles vivants et lavés, est portée à 50° pendant une demi-heure;

e. La numération des germes est faite à la cellule de Thomas;

f L'émulsion mère est convenablement répartie en ampoules contenant 1 milliard 500 millions de germes par centimètre cube.

La majorité des auteurs fait subir un chauffage de la culture à 50° pendant une demi-heure. Ce temps est suffisant pour enlever au méningocoque, germe assez fragile, sa vitalité. Florand et Fiessinger stérilisent l'émulsion microbienne au moyen de l'iode suivant la technique de Ranque et Senez. L'avantage de ce procédé serait d'obtenir un vaccin plus actif et peu toxique.

Technique de la bactériothérapie. — Les doses initiales varient avec chaque auteur. Lewkowicz conseille comme doses de début :

Chez le nourrisson, 200 à 400 millions;
Chez les enfants, 500 millions à 1 milliard;
Chez les adultes, 1 milliard à 4 milliards.

Les doses maxima seraient :

Chez le nourrisson, 1 à 2 milliards;
Chez les enfants et les adultes, 40 milliards.

Lewkowicz estime d'ailleurs qu'il est souvent inutile d'atteindre des doses aussi élevées, 12 milliards, comme dose maxima, suffisent généralement. A un certain moment, le titre du sérum du malade en anticorps atteint un taux qui ne s'accroît pas malgré l'emploi de doses plus élevées; et même, dans quelques cas où l'on a dépassé les doses utiles, le malade entre dans une phase négative pendant laquelle les anticorps sont moins abondants.

Nombre et espacement des injections. — Les variations sont très importantes suivant les publications. Lewkowicz fait une injection chaque semaine aux doses précitées. Boidin conseille, à trois ou quatre jours d'intervalle, 200, 350, 500, 750 millions de germes tués. Méry et Girard se sont conformés à cette technique bien qu'ils aient atteint 5 milliards à la cinquième injection faisant en tout environ 9 milliards.

Nous avons fait chez notre petit malade des doses beaucoup plus élevées puisque nous avons pratiqué d'emblée une série de six injections, injections quotidiennes à doses progressives : 1 milliard 500 millions le premier jour, 2 milliards 500 millions le sixième jour, de telle sorte que, en six jours, nous avons injecté 12 milliards 500 millions.

On voit donc, étant donné l'excellent résultat que nous avons obtenu, qu'il n'est pas sans avantages de faire, sans hésiter, des doses fortes et répétées; ce qui nous a incité, dans la circonstance, à agir ainsi, c'est l'état désespéré dans lequel se trouvait notre petit malade, lorsque nous avons commencé la bactériothérapie.

Mode d'introduction du vaccin. — Dans la majorité des observations publiées, c'est la voie souscutanée qui a été utilisée. La région la plus tolérante est celle de l'omoplate.

Di Cristina et Sindoni se sont adressés à la voie intraveineuse et leurs résultats ont été excellents. Sergent, Pruvost et Bordet n'ont pas obtenu, dans un cas de septicémie à méningocoque C, de résultat bien net en introduisant le vaccin sous la peau, tandis que le succès a été rapide par la stock-vaccinothérapie intraveineuse. Ce serait, pour ces auteurs, « la méthode de choix à employer au cours des méningococcémies évoluant depuis plusieurs semaines ».

Lewkovicz estime qu'il y a avantage à diviser en 10 à 40 fractions la dose vaccinale et à les répartir en différentes parties du corps. Pour lui, ce serait le plus sûr moyen de prévenir les réactions locales intenses et l'altération trop profonde des tissus; d'assurer une production plus efficace d'anticorps, en rapport avec l'étendue du tissu atteint d'inflammation spécifique; d'avoir plus de chances pour que les microbes soient modifiés sur place, sans influence secondaire nocive sur les viscères.

Cette pratique, excellente théoriquement, serait à suivre, bien qu'elle soit un peu compliquée, s'il était prouvé que la vaccination est obtenue plus vite. La recherche et le dosage des anticorps, faits systématiquement, fourniraient, à cet égard, de précieuses indications.

Conséquences et résultats de la bactériothérapie. — Les réactions locales et générales sont nulles ou presque nulles en se conformant à la technique que nous avons indiquée. Dans un cas de Florand et Fiessinger, une légère rougeur suivie d'une poussée thermique transitoire, fut le prélude de la guérison. La douleur et la rougeur locales, les réactions thermiques et générales (agitation, vomissements, fièvre) ne s'observent que si les doses sont trop fortes ou si le sujet, arrivé à la limite de la vaccination, reçoit de très fortes doses et entre alors dans la phase dite négative.

Les *résultats* sont, suivant les cas, nuls, lents, ou bien rapides et excellents.

Parfois la vaccinothérapie ne donne aucun résultat, soit que l'injection de vaccin soit faite trop tardivement, soit que le sujet soit réfractaire aussi bien à la vaccination active qu'à la vaccination passive.

L'organisme ne triomphe d'une maladie microbienne, quelle qu'elle soit, que quand il est vacciné contre elle. Certains terrains sont réfractaires à la vaccination spontanée, comme à la vaccination thérapeutique. Pendant la guerre, nous avons vu mourir un certain nombre de typhiques sans complications; leur sérum n'agglutinait même pas au dixième le bacille qui était isolé de leur sang, après hémoculture. Il ne faut donc pas s'étonner que la bactériothérapie puisse demeurer sans effets dans un certain nombre de cas.

Girard donne comme la règle des résultats heureux, mais lents à se manifester. « L'action sur la fièvre n'est pas brutale, celle-ci baisse progressivement, tout en demeurant plus ou moins irrégulière, pour atteindre finalement 37°. Il arrive, parfois, qu'après la première injection de vaccin, les symptômes méningés s'accentuent, et que, même le liquide céphalo-rachidien devienne plus trouble; mais il n'en faut pas moins persister dans la thérapeutique vaccinale; quelques jours après le début du traitement, le liquide devient clair, peu albumineux, on ne trouve que des lymphocytes et les méningocoques ont disparu. »

Il n'est pas exceptionnel, comme chez notre petit malade, que la température tombe rapidement à la normale, en même temps que tous les autres symptômes s'améliorent, même ceux comme la surdité,

la cécité et qu'il ne subsiste aucune séquelle importante pendant la convalescence.

Mode d'action de la bactériothérapie. — S'agit-il d'une action spécifique ou bien les injections vaccinales et principalement les injections intraveineuses agissent-elles à la façon des injections de substances colloïdales en déterminant une crise hémoclasique. Telle est la question que posent Sergent, Pruvost et Bordet. Ces auteurs ont tendance à considérer comme spécifique, la réaction de l'organisme. Boidin croit plutôt à une réaction banale et estime, au contraire, que l'injection intraveineuse d'une bactérie banale (protéinothérapie), d'une albumine hétérogène eut sans doute donné le même résultat. Il pense qu'il s'est agi d'une question de choc; la guérison brutale étant bien plus dans les allures de ces procédés que dans celles des médications spécifiques.

Ce qui serait explicable quand, pour réaliser la vaccination, on emploie la voie veineuse, ne l'est plus du tout quand on emprunte la voie souscutanée, qui ne détermine aucun choc.

* * *

En présence des infections à méningocoques, convient-il de traiter ces malades, exclusivement, par la bactériothérapie. Nous ne le croyons pas; la sérothérapie doit rester le traitement de choix; le seul à mettre en œuvre, dès le début des accidents. Mais il faut bien savoir qu'il peut être impuissant pour déterminer, rapidement, une production suffisante d'anticorps et la vaccination du malade. Dans ces conditions, il sera indispensable de lui associer la vaccination active, sous forme d'injections de vaccin.

En pratique courante, il nous paraît indispensable, comme l'ont conseillé Boidin, Lewkovicz, de préparer un vaccin avec la première culture positive, lorsqu'on est en présence d'une méningite qui s'annonce comme particulièrement sévère, d'une méningite traitée tardivement ou d'une méningite du nourrisson dont la gravité est indéniable. Ce sera le meilleur moyen de mettre en œuvre la bactériothérapie, sans perte de temps, si l'on voit que la maladie n'est pas jugulée dès les premières injections de sérum.

Ces deux thérapeutiques, vaccination passive par le sérum et vaccination active par les auto ou par les stock-vaccins, loin de s'exclure l'une l'autre, doivent, au contraire, se prêter un mutuel appui, cherchant ainsi à réaliser dans le plus bref délai l'immunisation de l'organisme contre le méningocoque.

BIBLIOGRAPHIE

Boidin et Weissenbach. La bactériothérapie, médication adjuvante dans certaines formes de méningites cérébro-spinales, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 fév. 1917.

Boidin. Bactériothérapie et abcès de fixation, moyens adjuvants de la sérothérapie dans certaines formes de méningite cérébro-spinale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 mars 1918.

Di Cristina et Sindoni. Sur l'épidémie de méningite cérébrospinale développée à Palerme en 1917, *Pediatria,* avril 1918.

Florand et Fiessinger. La bactériothérapie comme adjuvant de la sérothérapie dans le traitement de la méningite cérébro-spinale et méningite cérébro-spinale à méningocoque C; guérison par la bactériothérapie, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 juillet 1918.

De Massary, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 juillet 1918.

Bloch et Hébert. Résistance du méningocoque au traitement sérique intrarachidien. Rôle probable des localisations paraméningées. Nécessité des injections sériques adjuvantes dans la circulation générale, *Presse méd.*, 4 juillet 1918.

Dopter. *Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale,* « Les Actualités médicales », 1918, J.-B. Baillière.

Boidin. Bactériothérapie et abcès de fixation, moyens adjuvants de la sérothérapie dans la méningite cérébro-spinale, *Journ. méd. franç.*, mars 1919.

Méry et Girard. Méningite cérébro-spinale et bactériothérapie, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1919, p. 284.

Lewkowicz. Le traitement spécifique de la méningite épidémique, *Arch. de méd. des enf.*, déc. 1919.

Sergent, Pruvost et Bordet. Septicémie à méningocoque C sans réaction méningée. Guérison par la vaccinothérapie intraveineuse, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1920.

Boidin. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1920.

Girard. La vaccinothérapie dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques, *Bull. méd.*, 27 mars 1920.

LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE

CHEZ L'ENFANT

Par le docteur A. LESAGE (1),
Médecin de l'hôpital Hérold.

SYMPTOMATOLOGIE *(suite)*

Psychisme. — A toutes les périodes de la croissance et même, dès la première année, on peut juger du degré de la débilité par l'étude du psychisme.

Comme dans bien des intoxications [opium, tuberculose (2)], les doses légères provoquent de l'excitation. A mesure que la débilité progresse et s'accentue, l'agitation fait place à l'euphorie et au calme.

Type excité. — Qu'il soit au sein ou au biberon, le nourrisson est agité, ne reste pas une minute en place, se tourne à droite et à gauche, veut qu'on le promène, ne s'intéresse qu'une minute au jouet qu'on lui présente pour passer immédiatement à un autre : c'est l'instabilité même. Il ne cesse de crier, tant qu'il n'est pas pris dans les bras : il est alors gai et souriant. A part quelques heures de sommeil de plomb le jour, il ne dort pas la nuit. Il fatigue toute la famille et l'empêche de dormir.

Type calme. — L'enfant est « trop sage », ne dit rien, reste figé là où on le met, les yeux ouverts, immobile, absorbé, ne tenant aucun compte du milieu extérieur. Ayant peu d'appétit, il regarde le sein avec mépris, y puise quelques gorgées à ses heures et reprend son « absentéisme », qui est suspendu quelques instants après toute excitation. Il ne dort pas, mais ici l'insomnie est calme; la garde ne peut dormir, car elle attend en vain que le sommeil vienne.

Période de sevrage. — Par suite du développement progressif du système nerveux, de nouveaux symptômes vont apparaître.

Excité, l'enfant continue à ne pas rester une minute en place, exige d'être sur les bras, puis une

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 981; n° 68, p. 1077; n° 79, p. 1253; n° 101, p. 1613, et 1921, n° 2, p. 21. (Leçon recueillie par M. Noël Cojan, interne des hôpitaux.)

(2) Lesage. Méningite tuberculeuse chez l'enfant, 1919.

seconde après sur les jambes. Il met dans la marche la même agitation, la même versatilité; pris de délire ambulatoire, il va vite voir un objet au bout de la chambre et revient de suite à son point de départ.

A peine possède-t-il un jouet, qu'il le laisse tomber et en désire un autre. Un jouet est vite « brûlé ». Et le père et la mère s'ingénient tous les jours à contenter ce tyran versatile, insatiable et inassouvi. Et c'est la chambre des jouets! Malgré cette agitation et cette insomnie, l'enfant ne paraît pas fatigué. Les parents disent « c'est un nerveux » et ils sont fiers, car ils confondent « nervosisme » et « intelligence ». Cependant, un point noir les chagrine : l'enfant n'apprend pas à parler, tant il est mobile et incapable du moindre effort d'attention. On lui serine le même mot : l'enfant pense à autre chose.

Les parents attribuent ce travers à un mauvais vouloir de l'enfant; ils le disent « têtu ». Ce qui est une erreur, car le têtu possède, au contraire, une exagération de volonté et d'attention. Notre enfant est incapable de la moindre attention et du moindre effort.

L'enfant calme reste impassible, plongé dans de profondes méditations, sérieux comme un « petit homme », alors que réellement il ne pense à rien. Il est décevant, car il ne bouge pas et est trop sage. Il n'a aucun appétit pour la marche : on le met debout à une chaise, il y reste accroché et n'essaye pas de faire un pas. C'est l'inertie musculaire jointe à l'inertie intellectuelle.

Le langage ne se fait pas : l'enfant n'apprend pas par inertie, indifférence, absentéisme. On le croit timide, ce qui est une erreur, la timidité est tout autre. Le temps passe, deux ans, trois ans arrivent et l'enfant marche à peine et ne sait que quelques mots. On serine des paroles nouvelles; cela ne l'intéresse pas, il est dans la « lune ». Aussi le langage est-il peu fourni.

Chez certains enfants, j'ai remarqué que pendant cet absentéisme, ils apprennent inconsciemment, si bien que, la crise terminée, ils sortent, comme par un tic explosif, toute une série de mots entendus et qu'ils n'ont jamais prononcés. Et fait curieux, ils retiennent des mots qui ont trait à un même groupement de choses qui les intéressent. L'enfant apprend donc, à ce moment, par la mémoire de l'inconscient et guidé par l'intérêt fait sans s'en douter une sélection de mots.

Certains ne retiennent pas, dans leur crise d'inertie, le langage parlé, mais des sons musicaux. Ils entendent le mot émis, sous une forme musicale. La mère chante sur l'air « au clair de la lune », les mots « cheval-bonnet » et l'enfant les retient en les chantant à son tour.

Ce dernier fait est surtout observé dans les cas intenses, qui frisent la débilité intellectuelle.

A chaque crise d'inertie, tout progrès s'arrête. Dès que l'état physique s'améliore, l'enfant complète son langage. On voit alors, qu'en dehors des crises, toutes les opérations de l'intelligence sont normales.

Enurèse. — Dès cet âge, normalement, l'enfant bien portant doit devenir propre et conserver selles et urines. Or, le débile ne devient propre que pour les premières. Il perd inconsciemment ses urines surtout pendant la nuit.

L'énurèse est un très bon signe de la débilité et persiste tant que l'enfant en est atteint, diminuant et disparaissant quand l'amélioration a lieu, s'aggravant quand l'affection progresse.

Elle apparaît, malgré toutes les précautions prises, par exemple, de faire uriner l'enfant, soit au coucher, soit à telle heure de la nuit.

L'énurèse met sur la voie du diagnostic de la maladie.

Seconde enfance. — L'enfant prend de l'âge. Le voici à quatre ans, cinq ans. L'école le guette; il y arrive avec plus ou moins de retard, avec un bagage intellectuel et un langage, en général, peu fournis. Tout dépend de la fréquence des crises d'absentéisme.

Agité, il semble précoce, parce qu'il apprend vite, mais comme il est versatile et inattentif, une nouvelle vision ou audition chasse la précédente. Il oublie aussi vite ce qu'il a appris aussi rapidement. Il apprend au vol, si bien qu'il finit par savoir peu de choses. Il a agité et perçu beaucoup de sensations qui n'ont pas laissé de traces : le cerveau a marché à vide et sans rendement. Il cause de tout, se mêle de tout, parle à tort et à travers, entend tout et répète tout comme un perroquet.

L'enfant a, normalement, l'éternel « pourquoi » à la bouche, écoute la réponse et y réfléchit. Notre agité, lui, n'attend pas, et critique la réponse, à peine émise. De même, dans une composition, il va trop vite et passe de suite à la conclusion avant de développer les prémisses.

Son travail mental est trop rapide par impossibilité de faire une série d'efforts. Il travaille en devinant.

L'enfant est fatigant par sa critique constante et rapide de tout ce qu'il voit et entend. Il devient grincheux, mécontent, toujours insatiable dans ses désirs. A peine possède-t-il une chose qu'il en veut une autre. A peine a-t-il ouvert un livre qu'en deux minutes il le parcourt pour le fermer à jamais. A peine est-il à un spectacle quelconque que de suite il pense au nouveau plaisir qu'il va demander.

Contrairement à l'état normal, cela ne l'intéresse pas de garder, de posséder : il ne sait plus ce qu'il a, tant il a possédé de choses. Il éprouve toute une série de désirs pour lesquels il se donne avec passion pendant quelques jours, c'est le délire de la possession de courte durée. Il ne tient pas à posséder pour son agrément personnel, mais surtout par orgueil, pour se faire remarquer.

Tout enfant a un peu ce travers, mais notre agité le possède au suprême degré.

Tout cela est dû à ce qu'il n'est capable que d'une série de petits efforts, qui ne donnent aucun rendement.

L'enfant excité peut rester excité ou devenir calme suivant l'évolution de la maladie.

L'enfant calme est plus malade que le précédent, quoique les apparences semblent indiquer le contraire. Il est dans l'incapacité totale de faire un effort un peu prolongé. Ainsi dans une composition, les premières lignes sont impeccables, mais dès la quatrième ou cinquième, cet effort tombe brusquement et alors s'accumulent les fautes de style, d'orthographe. De même dans un examen oral, la première réponse est bonne, puis tout s'effondre.

La débilité frappe donc sur l'effort volontaire, l'attention volontaire.

Calme et indifférent, l'enfant va en classe où il est d'une docilité et d'une douceur remarquables. Au moment de la crise, il est « dans la lune »,

« regarde les mouches voler », reste de longs temps les yeux flous, vagues, atones et dans le vide, ayant l'air d'écouter ou de lire à la même page. Il ne paraît ni entendre ni voir. Interpellé, il sort de son rêve et ne sait pas exactement où il en est. Il a entendu, car il n'est pas sourd, mais il n'a pas écouté, par suite de l'impossibilité complète de faire un effort d'attention.

Quand la crise cesse et quand la brume qui enveloppe le cerveau s'est dissipée, on est étonné de voir que l'enfant est intelligent, qu'il apprend bien, retient bien et qu'il a même des idées précises et nettes. Mais ces crises d'attention sont malheureusement moins fréquentes que les crises d'anéantissement cérébral : tout dépend de l'intensité de la débilité.

Les petits amis disent : « le petit un tel ne dit rien, il est bête et inintelligent ». Et la famille de prévoir cette impression en disant : « il est intelligent, il apprend bien quand il veut, mais il y a des moments où il est têtu et ne veut rien apprendre ». Les premiers ont tort et la famille a raison de faire valoir l'intelligence qui est normale, mais elle fait une erreur en le prenant pour un têtu : or l'enfant ne l'est pas, comme nous le verrons plus loin.

L'étude de ces crises d'absentéisme montre des faits intéressants.

L'enfant entend, mais n'écoute pas, voit, mais ne regarde pas : en un mot ne fait aucun effort volontaire et cependant il apprend et retient par automatisme : la mémoire naturelle, spontanée, non voulue, par réflexe, entre en jeu.

En effet, après un temps variable, l'enfant parle, comme par explosion, de faits qu'il a perçus pendant la crise de rêves. Ainsi, ayant suivi une leçon d'histoire pendant laquelle il eut une crise d'absence et après laquelle il lui fut impossible de dire en quoi avait consisté cette leçon, l'enfant après quelques mois, dans un moment où l'intelligence est parfaite, parle de faits qui ont été étudiés pendant cette leçon. Il a donc appris pendant la crise et cela sans effort et sans aucune attention.

Bien plus cette mémoire naturelle et instinctive est élective. L'enfant a retenu de l'histoire, parce que celle-ci l'intéresse et lui plaît d'une façon instinctive. Au contraire, il ne se souvient pas d'une leçon de mathématiques où il eut également une crise d'absenteisme : ces sciences ne lui procurant aucun plaisir.

L'enfant apprendra d'autant moins qu'il aura de crises fréquentes d'absence. Il sera d'autant plus en retard sur les camarades. Quand la débilité est accentuée, le bagage acquis est léger : le cerveau est peu meublé, les idées peu nombreuses, aussi l'enfant tendra-t-il au monoideisme par pauvreté.

Il présentera des sortes de fausses idées « fixes » dues à ce qu'il a peu d'idées qui reviennent constamment. Ceci est complètement différent de l'idée fixe vraie.

L'enfant recommence dix fois la même chose avec la même idée, de sorte qu'il a l'air d'avoir une grande patience, non pas voulue, mais due à l'impossibilité d'avoir la moindre impatience du fait de l'inertie intellectuelle. L'enfant est alors un rêveur qui vit avec une idée dans la crédulité et l'illusion. « L'illusion, dit Lasègue, s'appuie sur la réalité, mais elle la brode ». Cette illusion peut être prise par lui pour une réalité : il finit par croire qu'elle est vraie.

Illusionné, il vit heureux dans l'espérance. Mais fait intéressant, le jour où il est déçu dans ses espérances et qu'il s'aperçoit que son idée est fausse, l'enfant débile abandonne facilement et rapidement cette idée pour repartir d'ailleurs sur une autre idée, qui aura le même sort que la première.

L'enfant a la « sensation » qu'il ne peut faire d'effort intellectuel : aussi devient-il scrupuleux pour tout ce qui est accessoire et n'exige pas d'effort. Ainsi il a toujours peur d'être en retard en classe et arrive un quart d'heure avant tout le monde. Il a le respect et la crainte du règlement; il a la notion de l'ordre et du devoir. Il fait tout par automatisme; il devient esclave de l'habitude et de ce fait il est consciencieux par inertie, par défaut de personnalité. Vivant par automatisme intellectuel, en quelque sorte, il n'est pas paresseux.

Cette impuissance à faire un effort intellectuel existe également au point de vue physique. L'enfant se sent faible par rapport aux autres enfants : aussi se tient-il à l'écart des jeux, dans un coin de la cour. S'il joue, il le fait par automatisme, sans volonté et sans attention. Il est l'éternel soldat très obéissant, qui reçoit les semonces du capitaine et que l'on retrouve à la même place, ayant exécuté sa consigne scrupuleusement par inertie. C'est un prisonnier parfait. S'il joue au cheval, il sera dans les brancards, obéissant toujours et ne commandant jamais.

Par inertie, il n'essaye pas de lutter et donne de suite ce qu'il a. Poussé dans ses derniers retranchements par un camarade indiscret, il n'a plus d'autre ressource que de s'affaisser dans les pleurs ou de chercher secours, aide et protection auprès du surveillant.

La sensation que l'enfant semble avoir de son impuissance à l'effort, peut ne pas exister. Il peut en être inconscient. Ainsi ayant l'air d'être très maître de lui, il se campera devant un auditoire, commencera à causer et bientôt il ne saura plus quoi dire. Ce n'est pas une attitude voulue, une « contenance », mais une audace inconsciente due à l'inertie. Cette inconscience d'inertie peut être prise parfois dans la vie pour du courage et même de l'héroïsme.

A part ces travers d'esprit, l'enfant n'a aucun mauvais penchant, n'est pas pervers, ne fait pas de dénonciations calomnieuses, ne fait ni vols, ni fugues. Il n'est ni jaloux, ni envieux, ni cruel. Il est « quelconque ».

Conclusion. — Le psychisme dans la débilité arthritique consiste donc en :

1° La difficulté, en temps ordinaire, de faire un effort intellectuel, même de courte durée, de sorte que l'attention voulue est limitée et, de ce fait, la mémoire diminuée.

2° Quand la débilité augmente, par exemple, au moment des crises, cette difficulté devient une impossibilité. Tout travail intellectuel et tout ce qui constitue le psychisme supérieur disparaissent (attention voulue, volonté, mémoire voulue, détermination, réflexion, introspection, etc.). L'automatisme et le psychisme inférieur seuls sont en action.

On sait — et il suffit de lire le livre de Th. Ribot sur la « psychologie de l'attention (1) » — qu'à côté

(1) Th. Ribot. *Psychologie de l'attention.* (Bibl. de philos. contemp.).

de l'attention voulue et de la mémoire réfléchie, il existe une attention et une mémoire naturelle intuitive, spontanée, non réfléchie. « Cette attention spontanée, dit-il, a ses racines au fond même de notre être ». Elle existe seule avec son électivité pour certaines choses, qui ont l'heur de plaire à l'enfant. « L'homme, dit Ribot, comme l'animal, ne prête spontanément son attention qu'à ce qui le touche, à ce qui l'intéresse, à ce qui produit, chez lui, un état agréable, désagréable ou mixte. »

Dans cette mémoire instinctive, les perceptions ne sont pas proportionnelles comme intensité à l'intensité de la perception, mais, comme le dit E. d'Eichtal (1), « proportionnelles à l'intérêt qu'à tort ou à raison, l'être qui perçoit lui prête... considération de plaisir ou de souffrance. »

L'enfant, pendant ses crises d'absentéisme, a relativement peu de perceptions, d'où peu d'attention instinctive et emmagasinage léger d'idées.

Il acquiert donc peu chaque année et les retards annuels s'accumulent. Il apprend bien le peu qu'il apprend, car ayant peu de perceptions voulues successives, la mémoire a le temps de « fixer ». Il oublie peu, car il a peu perçu. Mais sa vie intellectuelle a de trop grands repos, de trop longues absences.

3° Le psychisme supérieur est normal dans toutes ses modalités (attention, mémoire, volonté, conscience, raisonnement, jugement, imagination).

L'enfant est intelligent, n'est ni fou, ni idiot, ni imbécile, ni arriéré, ni borné, ni déséquilibré mental, ni hystérique, ni épileptique. Il n'est ni un débile intellectuel, ni un diminué, ni un extatique, ni un obsédé, ni un déprimé, ni un mélancolique, ni un timide, ni un paresseux.

Je n'ai pas la prétention de découvrir un psychisme nouveau. Il est certain que bien des auteurs ont observé de ces faits (Maudsley, Philippe et Paul Boncour, Maurice de Fleury, Vigne et Bouchy). Je pense que l'on peut les rattacher à l'hérédité arthritique, car l'examen somatique vient montrer l'existence de troubles généraux qui relèvent de l'arthritisme. Il est désirable que les éducateurs connaissent ces faits, car ils prennent par erreur, les débiles arthritiques pour des paresseux, des têtus et les traitent comme tels. Ce sont, au contraire, des malades, qu'il faut soigner, car les méthodes pédagogiques n'ont d'action que le jour où le corps est lavé de sa tare. Il faut par un traitement rationnel, espacer les crises d'absentéisme et diminuer, de ce fait, les retards annuels.

Je compte réunir tous ces faits psychiques dans un travail plus détaillé.

Action sur la croissance. — Jusqu'à complet développement de l'enfant, la croissance en poids et en taille, évolue suivant des lois bien connues. A ce sujet, je ne puis mieux faire que de renvoyer le lecteur à l'excellent livre de Dufestel sur la « croissance » (2).

L'action de la débilité arthritique sur la croissance est variable. Au degré léger, elle est nulle ou à peine visible. Mais plus la débilité est évidente et intense, plus la croissance est atteinte suivant deux modes différents :

(1) E. d'Eichtal. *Rôle de la mémoire dans nos conceptions métaphysiques, esthétiques, passionnelles, actives.* (Bibl. de philos. contemp.) p. 21, 22.

(2) Dufestel. *La Croissance*, Paris, 1920, Doin.

1. Tantôt la taille augmente suivant le rythme normal, alors que le poids reste stationnaire ou à peu près. L'enfant débile obéit alors à la loi de dissociation physiologique, bien mise en lumière par Variot (1), « la taille et le poids n'augmentent pas simultanément ».

En ce cas, l'enfant est grand, allongé, maigre, de chétive apparence : il a la taille de son âge, mais il n'en a pas le poids.

2. Tantôt au contraire, taille et poids restent stationnaires ou n'augmentent que peu, si bien qu'en comparant le débile avec un enfant du même âge, dans les mêmes conditions de vie, on le trouvera petit, maigre, de taille et de poids inférieurs. La différence peut être telle que l'on peut prononcer le mot « nanisme ». L'enfant est en « raccourci », vu, comme le dit Meige, par le « gros bout de la lorgnette ». Toutes les parties du corps sont normales; toutes les proportions sont gardées : c'est une miniature d'enfant.

Quel que soit le type de la modification de la croissance, le squelette est grêle, les os sont minces, cependant la radiographie montre que la teneur en substances opaques est normale.

Voici quelques exemples d'action de la débilité sur la croissance :

Type à croissance dissociée :

Enfant de quatre ans. Poids : 11 kg. ; taille : 0m93.

Type à croissance très ralentie, sans dissociation :

Enfant de quatre ans. Poids : 10 kg. ; taille : 0m85.

L'étude de la croissance, pendant une année, montre qu'elle se fait, mais dans des proportions minimes si l'on compare à l'accroissement normal à chaque âge.

Ainsi un enfant de quatre ans, au lieu de gagner en un an, 1kg5 et 0cm5, croît seulement de 500 gr. et 1 cm.

De l'examen d'un grand nombre de faits, je puis conclure que plus la débilité est intense, plus la croissance est retardée, au point même de tendre à à l'arrêt.

Comme je l'ai déjà indiqué, l'action de la débilité sur la croissance peut apparaître à toutes les périodes de l'enfance.

Ainsi la débilité peut ne pas avoir d'influence sur la croissance avant quatre et cinq ans. Puis sans que l'on sache pourquoi, la croissance se ralentit ou s'arrête, pendant un certain temps. A quoi sont dues ces crises d'inhibition? Il y a là un point de pathogénie, qui est difficile à préciser et sur lequel la thérapeutique seule peut nous donner quelques renseignements.

Ainsi, il suffit, souvent, de faire prendre de la glande close hépatique, pour voir la croissance reprendre son évolution normale. Dans certains cas, cela ne suffit pas, l'adjonction de glande close thyroïdienne est indispensable.

Je reviendrai, dans la suite, sur ces faits.

On comprend, facilement, que si on laisse la débilité « mordre » sur la croissance, les retards annuels s'accumulent, si bien que l'écart avec la croissance normale devient de plus en plus intense. Ainsi un enfant de dix ans peut avoir le poids et la taille d'un enfant de six ans. Un enfant de six ans, ceux d'un enfant de quatre ans.

(1) Variot. *Traité d'hygiène infantile*, 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1921)

Revision de la loi de 1902. — Le rapport de M. Léon Bernard sur cette question a soulevé une discussion à laquelle prennent part MM. Sieur et Doléris.

M. SIEUR propose certaines modifications relatives à la déclaration des maladies transmissibles, à la désinfection, à la vaccination antityphoïdique, etc.

M. DOLÉRIS insiste sur la nécessité d'un choix spécial du personnel, de la composition des commissions des logements insalubres, des conseils d'hygiène.

Sur la vaccination antityphoïdique de la population civile. Remarques sur la vaccination obligatoire. — M. H. VINCENT a signalé les résultats pleinement favorables donnés depuis 1912 par la vaccination antithyphoïdique en France, dans la population civile. *Elle constitue le moyen le plus simple et le plus efficace de lutter contre les maladies typhoïdes.* L'immunisation des enfants présente un grand intérêt. La fièvre typhoïde est très commune déjà à partir de l'âge de 1 an (50,9 décès de 1 à 4 ans; 51,3 de 5 à 9 ans; 62 décès de 10 à 14 ans, pour 100.000). Il est d'autant plus utile de vacciner les enfants qu'ils sont, surtout dans les campagnes, des agents importants de dissémination du bacille parce qu'étant souvent atteints de formes légères ou larvées, ils déposent partout leurs déjections.

Dans toutes les épidémies qu'il a étudiées, la vaccination de la population civile a été faite sans inconvénients. M. Vincent a personnellement vacciné de très nombreux enfants de 2 à 13 ans, deux enfants âgés de 18 mois et même un nourrisson de 11 mois. *Les enfants supportent la vaccination mieux que l'adulte* et, avec de rares réactions.

Lorsque, dans les épidémies de famille, on néglige de vacciner l'un des membres, il contracte très souvent la maladie, quel que soit son âge. Il importe donc de prévenir la contagion directe, si fréquente en pareil cas, par la vaccination hâtive de tous les membres de la famille.

Les mêmes constatations, avec préservation remarquable des typho-vaccinés, ont été faites en Belgique, dans de nombreuses localités où régnait la maladie, en Serbie, en Italie, etc. En Espagne, M. le prof. Peset s'est fait l'apôtre de la vaccination dans la population civile et a obtenu des résultats prophylactiques admirables. A Torrente, il a vacciné 3.500 habitants. En 1918, 21.000 habitants de Séville et des environs avaient reçu l'éthéro-vaccin. Fait non moins instructif, un médecin (Dr Arnal) vaccina 700 habitants de la petite ville de Picana, *bien qu'il n'y eût alors aucun cas de fièvre typhoïde. Cet exemple est probablement le seul que l'on connaisse jusqu'ici*, et il serait vraiment désirable qu'on pût signaler, dans la population civile française des statistiques de vaccination aussi imposantes.

Ces médecins ont cité de nombreux épisodes qui témoignent de l'immunité considérable conférée par les vaccinations. Partout où elles ont été pratiquées, la fièvre typhoïde a disparu chez les vaccinés. Dans un ménage très pauvre, la mère ayant la fièvre typhoïde, on vaccina le père et les cinq enfants. N'ayant pas d'autre lit, le père continua à coucher dans le lit de la malade pendant toute la durée de la fièvre typhoïde! Il resta d'ailleurs parfaitement indemne ainsi que ses enfants.

Lors de l'épidémie de Tomares, les non vaccinés furent atteints dans une proportion effrayante. Dans certaines familles, tous les membres eurent successivement la fièvre typhoïde. Dans celles où l'on ne vaccina que quelques individus, les non vaccinés seuls, servant en quelque sorte de témoin, contractaient la maladie. Les exemples de ce genre furent très nombreux.

En se fondant sur l'ensemble des résultats donnés par la typho-vaccination, et portant sur des millions de vaccinés, on peut conclure que la typho-vaccination de la population civile est indiquée : 1° *dans les régions où la fièvre typhoïde est endémique ou épidémique*; 2° *dans les familles atteintes par la maladie*; 3° *lorsque, dans l'entourage, il existe un porteur de germes.*

Même pratiquée pendant la période d'incubation, la typho-vaccination peut atténuer ou même prévenir l'infection.

On peut vacciner à tout âge; l'immunité assurée chez les enfants est égale en valeur et en durée à celle de l'adulte.

La question peut se poser de savoir si, à l'exemple de l'armée, il n'y a pas lieu d'instituer la vaccination obligatoire des enfants dans les écoles ou celle des adultes dans la population civile. Cette vaccination est déjà obligatoire pour les infirmiers et infirmières de l'Assistance publique. Il est cependant un certain nombre de raisons qui ne permettent pas encore d'étendre légalement et obligatoirement aux populations cette mesure protectrice si profondément efficace. *Le jour où elle pourra être généralisée, les maladies typhoïdes disparaîtront pratiquement comme l'a fait la variole.*

Il est nécessaire d'entraîner la conviction de tous sur l'importance de cette mesure.

Dans les circonstances présentes, le moyen le plus objectif pour y parvenir, c'est de recourir à l'intervention du médecin dans les familles et dans les collectivités, et de solliciter sa propagande active. C'est grâce à ce moyen que pendant les épidémies de Puy-l'Evêque, de Paimpol, de Séville, de Belgique, du nord de la France, de l'Argonne, etc., des milliers d'habitants et, dans certaines localités, la presque totalité de ceux-ci ont demandé à être vaccinés.

La fièvre typhoïde est, avec la variole, la plus évitable de toutes les maladies.

M. CHAUFFARD tout en constatant les bons résultats signalés par M. Vincent, ne serait pas d'avis de préconiser la vaccination chez les jeunes enfants. Ainsi qu'il l'a proposé dans sa communication, M. Chauffard maintiendrait l'âge de 15 ans à 15 ans 1/2 par la vaccination antityphoïdique.

Symptômes d'occlusion intestinale chez une malade atteinte d'encéphalopathie léthargique avec contractions abdomino-diaphragmatiques très répétées.—M. MAUCLAIRE.

Les médicaments énergétiques. — M. G. BARDET. Les pharmacologues ont considéré les médicaments, au point de vue de leur action, en fonction de l'intensité des réactions chimiques provoquées au contact des tissus, intensité qui pouvait être étudiée en tenant compte de la dose utilisée. Ces idées furent la base de la théorie chimiotaxique.

En 1889, avec Dujardin-Beaumetz, M. Bardet a pu formuler une loi qui établissait que l'action de la série des corps aromatiques dépendait de la constitution chimique des médicaments, expliquant les propriétés analgésiques, hypnotiques ou antiseptiques par l'existence dans la molécule de certains radicaux. Ces prévisions furent confirmées par des recherches ultérieures et celles-ci devinrent la base de la chimiothérapie.

La découverte des substances radio-actives, l'étude des métaux colloïdaux introduits en thérapeutique par le professeur Albert Robin et par M. Bardet amenèrent à constater que les théories précédentes étaient devenues insuffisantes.

Dans l'utilisation par voie interne de ces préparations, la réaction singulièrement intense de ces produits n'est certainement pas d'ordre chimique car les effets obtenus ne correspondent pas aux propriétés connues des sels des substances employées. L'action est donc due à des causes nouvelles.

Les substances radio-actives émettent des radiations qui agissent par l'énergie qu'elles libèrent. Particules d'hélium positives, électrons négatifs, rayons Gamma, de vitesse variable, produisent des effets intenses, malgré l'infinie petitesse des masses en action.

Les métaux à l'état colloïdal, divisés en particules si petites qu'elles échappent à l'œil, même avec les plus forts grossissements, se rapprochent de l'état moléculaire. Les particules possèdent une charge électrique positive ou négative; comme les molécules gazeuses, elles sont en état perpétuel de vibration et exercent des pressions autour d'elles.

L'énergie obtenue est égale au demi-produit de la masse en action multipliée par sa vitesse élevée au carré.

Avec les composés chimiques la masse est considérable, mais la vitesse de réaction est infiniment faible. Donc la valeur de l'action dépendra de la masse tandis que la vitesse pourra être considérée comme nulle.

Avec les corps radio-actifs et les colloïdes, au contraire, la

masse en action est nulle, mais le facteur vitesse est d'une importance prodigieuse.

La différence est donc grande entre les phénomènes provoqués par ces deux groupes de substances, et ces derniers médicaments appartiennent à une classe nouvelle, celle des substances énergétiques, c'est-à-dire celles pour qui l'activité peut être attribuée à de l'énergie libérée et non pas à des réactions d'ordre chimiotaxique.

Les découvertes récentes de la chimie physique amènent les biologistes modernes à envisager leur science comme une branche de cette chimie physique. A ce point de vue nouveau, les corps organisés sont des masses colloïdales complexes qui doivent posséder toutes les propriétés des colloïdes et être impressionnées par les phénomènes électriques développés dans leur voisinage, fait qui permettrait de comprendre l'énorme intensité des effets occasionnés par l'introduction, dans ces milieux, de quantités infimes de corps animés d'une énergie considérable.

Les phénomènes électriques ne sont pas les seuls, bien d'autres forces sont en jeu : tension superficielle, pression osmotique. Aussi, même quand il s'agit des anciens médicaments susceptibles d'agir par leurs propriétés chimiotaxiques, il devient nécessaire de considérer les actions physiques. Par exemple, si l'héxaméthylène-tétramine ou urotropine, que MM. Trillat et Bardet (et non les Allemands) ont introduite dans la pharmacopée, a pu donner de si bons résultats dans le traitement des maladies infectieuses, c'est en raison des modifications d'ordre physico-chimique qu'elle exerce, grâce au noyau formolique qu'elle contient. La notion énergétique doit donc prendre, désormais, une grande place dans la pharmacodynamie.

L'action spéciale des substances radioactives et des métaux colloïdaux n'est pas la seule à envisager pour l'établissement d'une classe de médicaments énergétiques ; à côté d'eux, il est un certain nombre de corps, dont l'activité est formidable, par exemple, les toxines et antitoxines, les virus, les vaccins, les principes des sécrétions endocrines, les catalases, et les substances groupées sous le nom d'oxydases et enfin les ferments.

M. Bardet fournit un certain nombre d'exemples.

Comme on peut en juger par ces considérations, malheureusement, trop rapides, il existe un grand nombre de substances dont l'activité peut être attribuée à une action qui dépend de la physico-chimie et non plus de la chimie pure. On a donc le droit d'affirmer que l'on peut ouvrir pour elles, une nouvelle classe dans la pharmacopée, celle des médicaments énergétiques, étant entendu que cette désignation implique des propriétés dues à l'énergie libérée par le produit et non pas celle de stimuler l'énergie du sujet.

Essai de traitement de l'acidose des diabétiques. — M. Henri Labbé.

Du rôle des canaux semi-circulaires dans la marche. — M. Broca.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(séance du 18 janvier 1921)

Atrophie pectoromammaire et syndactilie. — MM. Apert et Vallery-Radot présentent un enfant atteint d'absence des faisceaux sterno-costaux du grand pectoral et du petit pectoral. Sur les 200 cas analogues décrits, dans 1/5e des cas, il y a en même temps, comme ici, syndactilie et atrophie du membre supérieur. La lésion semble due à une compression fœtale.

M. Veau rappelle que les syndactilies avec palmure sont beaucoup plus faciles à traiter, opératoirement, que celles qui ne sont pas palmées.

M. Jean Hallé croit que l'absence partielle du grand pectoral est assez fréquente, il en a vu trois cas chez des soldats.

Encéphalite léthargique. Rechute. — M. Apert présente un enfant qui a été atteint d'encéphalite léthargique et a conservé des troubles cérébelleux pendant plus d'un an. Or, depuis peu, il présente un peu de ptosis, de spasme de l'orbiculaire des lèvres et du facial, c'est une rechute.

Méningite cérébro-spinale avec pyocéphalée externe. — M. Blechmann chez un nourrisson atteint de méningite cérébro-spinale avec fontanelle extrêmement tendue, la ponction ventriculaire montre qu'il y a, outre la collection ventriculaire, du pus dans l'espace sous-arachnoïdien. Il faudra penser à cette localisation dans le cas résistant au traitement et où la fontanelle est très tendue.

Diphtérie grave; orchi-épididymite bilatérale au cours d'accidents sériques. — MM. Blechmann et J. Stiassnie. Dans le décours d'une diphtérie grave, soignée par de fortes injections de sérum, surviennent des accidents sériques nets. Au troisième jour de ces accidents, gonflement douloureux des testicules et des épididymes. Les jours suivants, œdème des bourses, funiculite, adénite inguinale. Le septième jour, diminution des accidents, qui disparaissent le dixième jour. Il semble bien que ces accidents soient liés au sérum.

Deux cas de méningite à micrococcus catarrhalis chez le nourrisson. — MM. Lemaire, Turquéty et Salès. Il s'agit de deux cas de méningite cérébro-spinale survenus chez deux nourrissons, nourris au sein. Les auteurs insistent sur la fréquence des méningites, chez les nourrissons, dues à des microbes dont le pouvoir pathogène est très atténué. Ils rappellent également l'échec de l'autovaccinothérapie qui, chez les sujets plus âgés, compte de nombreux succès.

Un cas de méningite à micrococcus catharralis chez le nourrisson. — M. Cassoute a observé à Marseille, en mai dernier, un cas analogue chez un nourrisson. L'enfant subit sans succès, six ponctions, avec injections de sérum antiméningococcique, puis quand la présence du micrococcus catarrhalis fut reconnue des injections répétées d'un autovaccin. Il mourut de cachexie, après un mois et demi de maladie.

Oreillon unilatéral de la parotide jugale. — Mme Nageotte-Wilbouchewitch. Chez une fillette de 13 ans, début assez brusque avec phénomènes généraux et tuméfaction dentaire. Le lendemain, l'œdème gagne le nez, le front, la paupière inférieure.

Le diagnostic est fixé par la découverte d'un bourrelet annulaire rouge à l'embouchure du canal de Sténon. Il s'agit donc bien d'une parotidite, siégeant, vraisemblalement, sur la parotide accessoire, décrite par Sappey, le long du canal de Sténon.

La rougeole aux Enfants-Malades (année 1920). — MM. Apert et Vallery-Radot. L'an dernier, dans une communication, M. Apert a montré la diminution considérable du nombre et de la gravité des cas de bronchopneumonie, qu'il avait obtenue, en faisant des injections préventives de sérum antistreptococcique et antipneumococcique à tous les entrants du pavillon.

En 1920, il a tenté la même expérience au pavillon de la rougeole, mais le succès a été bien moins net et la mortalité n'est pas descendue au-dessous de 13 p. 100, chiffre atteint, certaines des années antérieures.

L'examen de la provenance des cas décédés leur a montré qu'il s'agissait d'enfants entrés, avec leur broncho-pneumonie, soit du dehors, soit de la coqueluche, soit de la crèche ou d'un autre service.

Comme M. Variot, il conclut qu'il est difficile d'abaisser la mortalité à la rougeole au-dessous de 12 à 13 p. 100, si on n'améliore pas les services de la crèche et de la coqueluche.

Scoliose par malformation de la 5e vertèbre lombaire. — MM. Mouchet et Duhem présentent la radiographie d'une scoliose lombaire gauche apparue, seulement, vers 11 ou 12 ans, et qui s'est accrue, assez rapidement, au moment de la croissance. La radiographie montre une asymétrie congénitale nette de la 5e vertèbre lombaire.

Prolapsus traumatique de la moitié inférieure de l'intestin grêle après perforation du cul-de-sac vaginal. — M. Louis Rocher (de Bordeaux). Il s'agit d'une fillette de 6 ans, martyrisée par sa gardienne, celle-ci lui ayant enfoncé un bout de bois pointu dans le vagin, il se produit un prolapsus de l'intestin à l'extérieur. Laparotomie in extremis, réduction, décès, autopsie.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1921)

Remarques sur le forage de la prostate. — M. PASTEAU. Sous le nom de forage de la prostate, Luys confond et décrit deux opérations tout à fait différentes : l'incision du col vésical et la destruction par curage, par évidement, des lobes prostatiques.

La première opération peut donner des résultats fonctionnels quand il n'existe que des lésions légères. Toutefois, elle peut dans certaines circonstances, chez des infectés par exemple, se compliquer de phénomènes graves d'infection qui ont fait rejeter jusqu'ici cette façon d'opérer.

En tout cas, cette intervention ne peut pas avoir la prétention de supporter la comparaison avec la prostatectomie qui, elle, donne des résultats complets et assure des guérisons définitives.

La seconde opération, le forage proprement dit, doit être jusqu'ici considérée comme un peu illusoire, aucune pièce opératoire justificative n'ayant jamais été apportée.

M. Georges LUYS. Le mot de forage exprime bien l'opération indiquée, puisque ce procédé opératoire détruit les deux obstacles principaux qui empêchent la miction chez les prostatiques ; il fore la barre prostatique et il fore les lobes latéraux.

Il insiste sur la bénignité des accidents infectieux postopératoires puisque, sur 65 cas observés, il n'y a pas eu une seule mort opératoire.

Les manœuvres d'introduction de son cystoscope à vision directe sont infiniment facilitées lorsqu'on prend le soin de placer le malade, au moment de l'introduction, en position déclive.

En résumé, le forage de la prostate donne des résultats absolument admirables en permettant aux rétentionnistes d'origine prostatique d'avoir des mictions naturelles.

M. René BONAMY discute la valeur du **drainage à la suite des laparotomies pour inondations péritonéales dans les grossesses tubaires rompues.**

Contrairement à l'avis de beaucoup de chirurgiens, Bonamy draine toujours dans les grandes inondations péritonéales. Pour lui, l'asepsie ne peut être obtenue que par une étanchéité, un assèchement parfaits.

M. René BONAMY présente une pièce anatomique provenant d'une laparotomie faite pour tumeur du côlon transverse. La tumeur était constituée par un **cancer de la valvule de Bauhin** ayant provoqué une invagination de l'iléon dans le cæcum, et cette première invagination s'était compliquée d'une deuxième invagination de la tumeur cæcale ainsi constituée dans le côlon transverse, formant véritable télescopage intestinal. Résection du cæcum, du côlon ascendant. Guérison.

Malformation génitale; cloaque rectovaginal; hernie inguinale gauche d'un hémi-utérus et de ses annexes; cure radicale. — M. Pierre BARBET.

M. ROULLAND apporte sa statistique d'**applications de radium dans les cancers du col utérin.**

Depuis 1912, il en a traité 18 cas qui se répartissent comme suit : 10 cas très étendus ; 8 cas à la limite de l'opérabilité.

Sur les 10 cas très étendus, 1 cas a récidivé 6 mois après l'application de radium dans les ganglions pelviens ; 2 cas sont morts de récidive 8 mois et demi après la deuxième application ; 6 cas sont morts de récidive environ 1 an après la troisième application ; 1 malade est en pleine récidive, l'application de radium datant de février 1920 (10 mois).

Sur les 8 cas à la limite de l'opérabilité, 2 cas sont encore vivants. Le traitement uniquement au radium date de 1912 et 1913 (8 ans et 7 ans 1/2) ; 1 est morte en 1917 de la grippe sans traces de récidive depuis mars 1914.

Les 5 autres malades ont succombé à une récidive, l'une 2 ans après le traitement, les 4 autres moins d'un an après la dernière application de radium.

M. Roulland estime que le traitement du cancer utérin est essentiellement chirurgical, à condition que l'intervention soit très précise et très large.

M. MAYET communique un cas curieux de **chondromes très nombreux des extrémités des membres chez un adolescent de 15 ans.** On a pu en compter 53 : 25 à la main gauche, 9 à la main droite, 10 au pied gauche, 4 au pied droit, 1 à chaque tibia, 1 à chaque humérus, 1 au péroné gauche.

M. Mayet, qui les considère comme des tumeurs à évolution bénigne, en a fait l'extirpation aussi complète que possible en évitant de compromettre la continuité des diaphyses sur lesquelles elles s'étaient implantées et qu'elles avaient en quelque sorte pénétrées sur une certaine profondeur. Des cas semblables ont été publiés.

M. MAYET expose le résultat qu'il a obtenu en faisant soumettre à la radiothérapie pendant près de 18 mois un jeune malade auquel il avait enlevé chirurgicalement la plus grande partie d'un **névrome plexiforme** qui avait envahi la moitié interne de la cuisse, le creux poplité et la partie inférieure de la fosse iliaque interne. Les quelques masses qui persistaient après l'intervention chirurgicale et que M. Mayet avait dû ménager par suite de leur adhérence intime aux gros vaisseaux, les infiltrations diffuses musculaires qu'on avait été également obligé d'abandonner, ont complètement disparu.

Cette observation de guérison des masses et d'infiltration du névrome plexiforme par la radiothérapie est sans doute la première.

Fausse sténose du pylore par calcul biliaire. — M. V. PAUCHET. Il s'agit d'un calcul biliaire du volume d'une noix qui s'est éliminé par le duodénum et s'est arrêté au niveau de la deuxième portion, après perforation spontanée de la vésicule.

L'opération consiste en une gastro-entérostomie postérieure et l'extirpation du calcul par incision du duodénum scléreux, aminci, rétracté. La fermeture se fit par plicature sans points perforants.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1921)

Le salicylate de soude. Impuretés. Délire salicylé. Posologie maxima. — MM. G. CAUSSADE et P. CHARPY signalent les impuretés et la toxicité du salicylate de soude, sa meilleure élimination, si le sujet est soumis au régime végétarien, et cela grâce à la production de glycocolle. Ils ont remarqué que l'intolérance aux fortes doses est plus fréquente chez la femme, plus grande chez l'homme après trente ans. Il faut toujours compter avec l'idiosyncrasie (mort avec 6 g. en 24 heures). Ils distinguent cliniquement le délire salicylé et celui de l'encéphalopathie rhumatismale. Ils ont employé 10, 12, 14 g. dans des cas graves de rhumatisme articulaire, à condition de ne traiter ni des femmes, ni des enfants au-dessous de sept ans, ni des adultes de plus de trente ans, exigeant l'intégrité des reins et du foie, ces doses étant administrées en quatre ou six heures, jamais en une fois.

Six à huit heures après la fin de la prise, crise analogue à celles que l'on observe avec la méthode rasorienne. Après trois jours, guérison complète.

Les sels organo-métalliques de A. Lumière (de Lyon). — M. DE REY PAILHADE signale qu'ils peuvent être le point de départ de nombreuses recherches pharmacodynamiques.

Migraine et autohémothérapie. — M. Gaston DURAND relate un cas de migraine, à apparition tardive, à allures graves, guérie par cette méthode : quatre injections de sang total en huit semaines, les deux premières de 10 cmc., les deux suivantes de 2 cmc.

Hoquet épidémique et aspirine. — M. PETGES (de Bordeaux) a traité et guéri avec 1 g. d'aspirine des hoquets épidémiques. Il en conclut que la maladie est d'origine rhumatismale, a frigore et infectieuse tout à la fois.

Aérophagie accompagnatrice. — M. G. LEVEN décrit sous ce nom l'aérophagie qui accompagne des lésions graves, tout en dominant la scène morbide. D'où des erreurs de pronostic fâcheuses. Il cite un cas de sténose de l'œsophage, un cas de goitre plongeant, un cas de lésion cardiaque.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 27 janvier. — Question donnée : « Rapports du rein droit. — Signes et diagnostic du cancer du rein. »

MM. Mérot, 12 + 27 = 39; Bayle, 11 + 24 = 35; Viollet, 14 + 24 = 38; Mlle Ostwalt, 12 + 23 = 35; MM. Meignant, 15 + 21 = 36; Lefèvre (Bernard), 15 + 20 = 35; Andral, 12 1/2 + 21 = 33 1/2; Ravina, 18 + 18 = 36; Cayla, 10 + 20 = 30; Ménard, 10 + 16 = 26.

Séance du 28 janvier. — Question donnée : « Anatomie macroscopique de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur. — Pleurésies interlobaires. »

M. Dossot, 16 + 18 = 34; Mlle Pommay, 16 + 26 = 42; MM. Laurent (Marcel), 16 + 22 = 38; Périsson, 17 + 24 = 41; Magnillat, 10 + 17 = 27; Cordey, 16 + 23 = 39; Mouls, 14 + 17 = 31; Théodoresco, 18 + 23 = 41.

Séance du 30 janvier. — Question donnée : « Tronc de la veine jugulaire interne. — Phlegmatia alba dolens des accouchées. »

MM. Poincloux, 12 + 16 = 28; Leflaive, 15 + 20 = 35; Bidermann, 16 + 17 = 33; Castéran, 13 + 22 = 35; Dauptain, 16 + 20 = 36; Huet (Léon), 14 + 21 = 35; Pareux, 14 1/2 + 17 = 31 1/2; Velti, 18 + 22 = 40; Richon, 17 + 22 = 39; Lévy (Maurice), 14 + 21 = 35.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nancy. — Le concours de l'*internat* s'est terminé par la nomination de MM. Fourche, Pellier, Courtot, L. Mathieu, Joseph, Claude, Saur et Mourgue.

Externat. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Thomas, Michon, Laurent, Guibal, Baudot (Ch.), Colin, Arnoux, Simon (M.), Bloch (R.), Defoug et Corret.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Tillier est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale infantile.

M. Schwebel est nommé chef du laboratoire de clinique médicale.

— Nancy. — Ont été nommés chefs de clinique MM. Harnaut (clinique chirurgicale), Bénech (clinique médicale), Bretagne (clinique ophtalmologique), Huffschmitt (clinique dermatologique), Grandineau (clinique des voies urinaires), Vigneul (clinique médicale), Vermelin (clinique obstétricale).

— M. Guillemin a été nommé prosecteur, M. Cornu, aide d'anatomie.

— Toulouse. — M. Dalous, agrégé, chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique, est chargé, en outre, d'un cours de médecine légale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — M. Limon, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire.

M. Maréchal, suppléant de la chaire d'histoire naturelle est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— Marseille. — M. Costa est chargé d'un cours complémentaire de bactériologie.

— Reims. — M. Mire, suppléant de la chaire d'histoire naturelle est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

MÉDAILLE DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — M. Crauck (Jules-Adolphe), docteur en médecine à Paris. Du 20 août 1914 au 1er septembre 1915, professeur de travaux pratiques à l'école des infirmières françaises, a, comme président de la commission des examens, délivré plus de 600 diplômes à ses élèves infirmières, dont il avait fait gratuitement l'instruction de juin 1915 à octobre 1919. A ouvert une ambulance dispensaire chirurgicale dans son propre appartement de la rue Godot-de-Mauroi à Paris, où il soignait et hébergeait gratuitement de nombreux blessés, s'occupait aussi de leur famille. A rendu ainsi de très grands services à l'œuvre des réformés de la guerre, des soldats convalescents et des permissionnaires, avec un dévouement infatigable, malgré son grand âge (82 ans).

UNE ASSOCIATION DES EXTERNES DES HOPITAUX. — Un certain nombre d'externes qui veulent constituer un groupement des externes des hôpitaux de Paris se sont réunis le 31 janvier au Café du Globe, 8, boulevard de Strasbourg.

Le but primordial de la nouvelle association est de lutter pour la défense des intérêts des externes (augmentation de l'indemnité journalière dérisoire, concours, etc.).

On peut adresser les adhésions à M. Jean Crouzat, externe des hôpitaux, 17, rue d'Orléans (XIVe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr Francoz, ancien sénateur de la Haute-Savoie, décédé à Annecy.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours de médecine opératoire générale, pour 40 élèves, par M. le Dr Robert Gouverneur, prosecteur, commencera le lundi 14 février 1921, à 2 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.
Droit d'inscription : 100 fr. — Gratuit pour internes et externes. — Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, le lundi et le vendredi, de 2 à 4 heures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

L'Union des syndicats nous communique l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France, réuni le 16 janvier 1921, mis en présence de la modification, apportée par le Parlement, à l'article 64 de la loi des pensions, après étude des faits, croit nécessaire, afin de fixer les responsabilités encourues et d'expliquer les résolutions graves qu'il prend, de faire les remarques suivantes :

A. *Circonstances dans lesquelles la loi a été modifiée.* — C'est par surprise que la modification à l'article 64 de la loi des pensions a été obtenue, sans discussion sérieuse au Sénat, sans *aucune* discussion à la Chambre. Adroitement glissée dans une loi de finances, elle a été votée dans la hâte et le désarroi d'une fin de session, à la veille des élections sénatoriales.

Il s'agit donc là d'un véritable escamotage, vis-à-vis du Parlement, d'un manquement grave à l'égard des malades, blessés, mutilés de guerre et des médecins (avec lesquels le ministre était en pourparlers et qu'il s'est bien gardé de prévenir).

Ce geste du ministre des pensions confirme la volonté exprimée par l'administration, dès avril 1919, de ne pas appliquer l'article 64 de la loi des pensions.

Il est ainsi démontré que le Parlement doit s'incliner devant la volonté administrative, qu'une loi votée par le Parlement n'est exécutée que s'il plaît à l'administration.

B. *But visé par l'administration et conséquence de la modification.* — Le but visé par l'administration et qu'elle ne dit pas, c'est la suppression du libre choix du médecin, donné par la loi au malade.

La conséquence de la modification obtenue, c'est la suppression du libre choix.

Il n'est pas possible, en effet, de maintenir ce libre choix, sans une *entente* avec les syndicats professionnels, sans l'élaboration d'*un véritable service de soins* et la détermination des conditions du fonctionnement de ce service. Etablir un tarif, c'est créer une organisation de soins, un contrôle, etc.

Refuser de créer cette organisation, c'est rendre le *libre* choix inapplicable, c'est condamner d'avance la pratique du libre choix.

L'administration n'ose pas attaquer directement le libre choix. Elle n'ose pas dire qu'elle refuse au blessé de guerre, la liberté de confier le soin de sa santé chancelante au médecin qu'il choisira. Mais elle se refuse à discuter la création d'une organisation de soins.

Si cette organisation n'a pas été faite, c'est que l'administration n'en veut pas. Mise en face d'un projet, pressée de l'étudier, depuis un an et demi, elle a tergiversé et éludé la question ; elle a fait traîner en longueur, dès pourparlers qui devaient rapidement aboutir. Cela résulte, de façon évidente, des documents qui fixent son attitude.

Depuis avril 1919, l'attitude de l'administration ne vise qu'à jeter le trouble dans l'esprit des bénéficiaires de la loi, qu'à tromper l'opinion.

Encore une fois, l'administration est défaillante. Le syndicalisme médical, au contraire, en abordant le problème par son côté technique, défend les intérêts des malades, qu'il associe aux intérêts médicaux et aux intérêts publics.

DÉCISION. — Ces éléments orientent la décision du Conseil.

Le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France prend acte de l'attitude du ministre des Pensions, repousse toute taxation sur les honoraires médicaux et, conformément au mandat fixé par l'Assemblée générale de décembre 1920,

Décide : à partir du 1er février, aucun médecin ne devra reconnaître à aucun malade ou blessé venu le consulter, la qualité de bénéficiaire de la loi des pensions. Les blessés, malades ou mutilés de guerre, seront soignés comme des malades ordinaires. Ils paieront directement le médecin.

Le médecin traitant délivrera un reçu et aura soin d'établir son ordonnance sur son papier personnel.

Les médecins ne rempliront aucun bordereau, aucune feuille administrative.

Conscient de la gravité de la situation créée par le geste d'un ministre ignorant ou mal informé, le Conseil de l'Union, persuadé qu'en organisant la résistance, il défend les intérêts des bénéficiaires de la loi autant que les intérêts médicaux, fait un appel aux médecins pour qu'ils exécutent *sans faiblesse* la décision prise par leurs délégués directs, à l'Assemblée générale de décembre.

Il compte sur toute leur ténacité et sur toute leur énergie.

Pour le Conseil de l'Union des syndicats médicaux de France :
Le Secrétaire général,
Dr LAFONTAINE. »

— Le ministre des Pensions ayant répondu à l'ordre du jour de l'Union des syndicats médicaux de France, que la modification apportée à la loi des pensions n'entravait en rien le libre choix du médecin par le blessé, le Dr Lafontaine, nous adresse une note complémentaire, dont voici les passages essentiels :

« Le Conseil de l'Union des syndicats médicaux de France, pour éviter qu'une interprétation inexacte soit donnée à son attitude, tient à préciser que la modification apportée à la loi des pensions, introduite dans la loi de finances, sans étude préalable, en fin de session parlementaire et par surprise, a bien pour conséquence de supprimer le libre choix donné aux bénéficiaires de la loi.....

..... Des documents que le Conseil de l'Union a eu sous les yeux, il résulte que l'administration n'a jamais voulu envisager l'établissement d'une organisation de soins et qu'elle a toujours estimé devoir s'en tenir à un tarif de la visite ou de la consultation, prétendant pour le reste, envoyer les bénéficiaires de la loi à l'hôpital.....

Il ne s'agit donc pas aujourd'hui d'un conflit autour d'une question d'honoraires. La question d'honoraires a été à peine abordée ; elle est facile à trancher. Il s'agit d'un conflit à propos de la structure technique que doit revêtir une organisation de soins. L'administration s'en tient à son type d'assistance, avec libre choix inexistant ou très limité ; l'Union des syndicats médicaux, selon le texte et l'esprit de la loi des pensions propose une organisation complète, une structure dans laquelle le libre choix serait strictement respecté et qui prévoit des modalités d'application, un contrôle technique assurant aux blessés, à l'Etat et aux médecins, les garanties nécessaires.

Enfin, M. Maginot, en se faisant donner par le Parlement et, nous le répétons, par surprise, le droit d'établir, seul, un tarif, crée une taxation des honoraires médicaux.

Le corps médical n'accepte pas le principe de cette taxation que rien ne justifie. Depuis 22 mois, il donne, en effet, ses soins aux blessés de guerre, sans avoir touché aucun honoraire de l'Etat ; de ce fait, il a assuré, seul, l'application de la loi. »

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE LÉGALE = HYGIÈNE = THÉRAPEUTIQUE

Par MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS.

I. — MÉDECINE LÉGALE

Recherches toxicologiques sur l'alcoolisme aigu chez l'homme (dosage de l'alcool dans les humeurs et les viscères d'individus morts en état d'ivresse). (BALTHAZARD et Mlle LAMBERT. *Soc. de biol.*, 21 fév. 1920.) — Les auteurs ont montré que l'on pouvait avec profit doser l'alcool dans le sang, l'urine, les viscères, les muscles, même plusieurs jours après la mort, et qu'au début de la putréfaction la teneur en alcool ne s'abaisse pas encore d'une façon sensible. La recherche de l'alcool dans les humeurs et les organes des cadavres permettra donc de renseigner d'une façon précise sur l'imprégnation éthylique de l'individu au moment où la mort est survenue et de diagnostiquer ainsi l'ivresse, la mort survenant en général à la période où la teneur d'alcool est maxima.

La mort apparente dans l'empoisonnement par la morphine. (JOACHIMOGLU. *Med. Review*, avril 1920.) — L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui absorba le matin 1g50 de morphine par la bouche; on pratiqua le soir un lavage d'estomac. A 19 heures, arrêt du pouls et de la respiration. Disparition des réflexes. Respiration artificielle pendant toute la nuit. Injection de 3 mmg. de sulfate d'atropine et huile camphrée. Le jour suivant le malade est encore assoupi et commence à donner des renseignements sur son histoire. Le pouls et la respiration retrouvent leur rythme normal le second jour.

Cet exemple n'est pas le seul. On a rapporté l'histoire d'une femme qui resta 24 heures sans pouls ni respiration et put être considérée comme morte par un médecin. Il faut connaître ces cas pour ne pas donner trop vite l'autorisation d'inhumer.

Mort subite au cours d'une éthérisation. (RIEUX. *Soc. de méd. légale*, 11 oct. 1920.) — L'auteur attribue ce décès à un trouble fonctionnel pluriglandulaire, à l'émotion et à une disposition réflexe à la syncope cardiaque.

Cf. — Hernie diaphragmatique traumatique (présentation de pièces). (COURTOIS-SUFFIT et BOURGEOIS. *Soc. de méd. légale*, déc. 1919; voir *Gaz. des hôpit.*, 1919, no 81, p. 1282.)

L'ulcère de jambe suite d'accident du travail. (THIBIERGE. *Soc. de méd. légale*, 11 oct. 1920.) — Il est difficile pour le médecin expert, dans ce cas délicat, d'indiquer une solution équitable en raison des récidives fréquentes de l'ulcère, de sa plaie indéfinie, des excoriations dues au grattage, etc. Or, la législation française n'a pas prévu la solution de tels problèmes. L'auteur pense que, en attendant l'application d'une loi d'invalidité maladie, on peut accorder 10 p. 100 au blessé avec consolidation, avec ou sans cicatrisation dans les cas chroniques. Cet avis est également partagé par le prof. Broca.

Chancre simple du doigt chez un infirmier. Accident du travail. (THIBIERGE. *Soc. de méd. légale*, 14 juin 1920.) — L'auteur présente le moulage d'un chancre simple de l'extrémité du pouce gauche résultant d'une piqûre de bistouri chez un infirmier. La symptomatologie, l'étude bactériologique, l'évolution ont confirmé le diagnostic de chancre simple constituant un accident du travail.

Intoxication par les gâteaux à la crème.

Gâteaux à la crème et troubles paratyphiques B. (LESNÉ, VIOLLE et LANGLE. *Presse méd.*, 13 oct. 1920.) — Les accidents furent observés chez 28 personnes, le même jour, qui avaient toutes mangé des gâteaux (crème Saint-Honoré) d'une même pâtisserie. Les auteurs proposent, pour éviter de pareils accidents trop fréquents, l'interdiction de la vente de gâteaux à la crème crue, tout au moins en été. Le traitement de ces intoxications est purement symptomatique.

Intoxication par le véronal. (RENOUF. *Th. de Paris*, 1920.) — On a pu, dans des cas de tentatives de suicide par le véronal, étudier l'empoisonnement aigu par cette substance. Le symptôme principal est le coma qui peut durer de quelques heures à quatre jours. On observe également des phénomènes de défaillance cardiaque et de congestion pulmonaire. Les doses toxiques sont de 1g50 à 10 g. et plus. La mort survient dans 1/6 des cas avec les grosses doses.

II. — HYGIÈNE

Hygiène hospitalière.

Note sur les vapeurs toxiques qui prennent naissance dans l'atmosphère des salles d'opérations. (E. ANDRÉ, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon. *Evolution méd.-chir.*, 1920, no 2.) — Les vapeurs d'éther et de chloroforme dégagées pendant les anesthésies, entrent en réaction avec l'oxygène de l'air du fait de la température élevée qui règne dans les salles. Le chloroforme, en particulier, peut donner de l'acide chlorhydrique et de l'oxychlorure de carbone, gaz très toxique, qui était utilisé pendant la guerre comme gaz de combat. L'existence dans la salle d'opérations de brûleurs à gaz facilite encore ces réactions.

Dans l'intérêt de l'opéré et des opérateurs, il y a donc lieu, conclut l'auteur, d'éviter de répandre des vapeurs d'éther ou de chloroforme, de s'abstenir d'allumer aucun brûleur à gaz pendant les opérations.

Les « coupures » sont des agents de propagation de la tuberculose et de la diphtérie. (GUERBET. *Normandie méd.*, 15 mai 1920.) — L'auteur a examiné plus de 100 billets de 0 fr. 50, 1 fr., 2 fr. choisis parmi les plus sales, ce qui, dit-il, n'a présenté aucune difficulté! Chaque billet a été placé dans une boîte de Petri avec quelques centimètres cubes de liquide d'ascite stérile; avec ce liquide de lavage des billets on a inoculé des cobayes et ensemencé des tubes de sérum coagulé. Résultats : on a trouvé le bacille diphtérique dans 2 p. 100 des cas, le streptocoque dans 3 p. 100, le bacille tuberculeux dans 20 p. 100.

L'auteur estime qu'il y aurait lieu de remplacer ces billets par des jetons d'aluminium d'un prix de revient minime en France.

Bactéries et papiers-monnaie. (R. DURAND. *Bull. des sc. pharm.*, juillet 1920.) — L'auteur a recherché et dénombré sur des billets les aérobies et anaérobies. Les microbes les plus fréquents sont les bacilles du type mésentéricus, les staphylocoques, des bacilles proteus, coli, etc., tous ces germes appartenant à la flore intestinale.

Leur nombre peut dépasser 100.000 pour certains billets. On voit donc le danger que présentent ces papiers-monnaie comme agents de transmission de certaines maladies contagieuses.

Dépistage des sujets prédisposés à la diphtérie par l'intradermo-réaction à la toxine diphtérique. ses applications à la prophylaxie scolaire. (ARMAND-DELILLE et L. MARIE. *Acad. de méd.*, 8 juin 1920.) — Les auteurs ont appliqué la réaction de Schick sur 200 enfants des écoles et ont obtenu 37,5 p. 100 de résultats positifs, c'est-à-dire que un peu plus d'un tiers de ces enfants était seulement susceptible de contracter la diphtérie. Cette réaction étant inoffensive, les auteurs estiment qu'on devrait la pratiquer : à la rentrée des classes dans les écoles, à l'incorporation des recrues dans les

casernes; dans les hôpitaux pour effectuer la sélection du personnel hospitalier destiné aux services de diphtérie.

Prophylaxie des maladies transmissibles. Diphtérie. (Conclusions du rapport sur la prophylaxie de la diphtérie à la *Soc. de péd.*, 18 mai 1920.) — 1° Isolement rigoureux de tous les malades contagieux et convalescents qui ne seront rendus à la vie normale qu'après deux ensemencements négatifs sur mucus naso-pharyngé;

2° Déclaration obligatoire et précoce des diphtéries frustes ou confirmées;

3° Désinfection obligatoire des linges souillés, pendant et après la maladie;

4° Sérothérapie préventive, systématique chez enfants de deux à cinq mois en contact avec malades.

Cf. — Discussion et résumé du rapport sur la prophylaxie de la diphtérie à la Société de pédiatrie. (*Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 14, p. 221; n° 31, p. 494; n° 41, p. 653, et n° 50, p. 795.)

III. — THÉRAPEUTIQUE

I. — LES MÉDICAMENTS ET LES MÉDICATIONS

Adonis vernalis.

L'adonis vernalis dans les cardiopathies artérielles. (BIGNON. *Journ. des prat.*, 14 août 1920.) — Il faut employer la plante ou son suc total et non son glucoside qui s'altère trop vite.

Doses : 4 gr. de poudre de feuilles infusées dans 500 gr. d'eau, chaque jour, pendant une semaine. Puis, cinq jours de repos et reprendre.

L'auteur considère l'adonis vernalis comme bien supérieur à la digitale et comme capable de rendre des services là où la digitale ne peut plus être employée.

Arsenobenzol.

Une précieuse méthode pour l'emploi de l'arsénobenzol. (Oliver S. ARMSBY. *J. of. Amer. Med. Assoc.*, juil. 1920.) — Elle consiste dans l'emploi immédiat et répété 3 jours de suite de la dose thérapeutique d'arsénobenzol (et non de novar) 0gr60 pour un homme de 75 kil. Les injections d'arsenobenzol sont suivies pendant huit semaines d'une injection hebdomadaire de salicylate de Hg. Cette méthode répétée 3 à 4 fois par an selon les besoins serait, d'après son auteur, beaucoup moins dangereuse que les méthodes classiques. Les petites doses préparatoires paraissant plus nuisibles qu'utiles.

Aubépine et gui.

(H. LECLERC. *Journ. des prat.*, 31 juil. 1920.) — L'auteur après avoir étudié les simples qui peuvent, chez les artério-scléreux, favoriser les différents émonctoires, conseille l'emploi de deux hypotenseurs : l'aubépine : sous forme de teinture, à raison de XXX à XL gouttes par jour; l'extrait de gui à raison de 20 à 40 cgr.

Bétoine.

(Henri LECLERC. *Paris méd.*, 15 mai 1920.) — Décoction vineuse à 100 p. 1000.

Propriétés thérapeutiques : nettoyage et pansement des plaies infectées ou à cicatrisation lente. Traitement des ulcères variqueux.

Bistorte.

(H. LECLERC. *Courrier méd.*, août 1920.) — Succédané du ratanhia.

Posologie : poudre de racine : 2 à 4 gr.; extrait : 50 cgr. à 1 gr. Vin, par macération à 125 p. 1000.

Indications : le vin de Bistorte est indiqué dans la tuberculose à la dose de 50 à 150 gr. par jour.

Capucine.

(H. LECLERC. *Courrier méd.*, 10 oct. 1920.) — Cette plante posséderait d'après l'auteur, des propriétés particulièrement efficaces pour stimuler la vitalité du bulbe pileux et il propose une lotion composée de : feuilles et semences fraîches de capucine, feuilles fraîches d'ortie, de buis, stomates fleuries de serpolet à raison de 100 gr. de chaque pour 500 gr. d'alcool à 90°.

Cuscute.

(H. LECLERC. *Courrier méd.*, 16 mai 1920.)

Propriétés : légère action cholagogue et laxative.

Posologie : 20 à 40 cgr. par jour d'extrait sous forme de pilules de 60 cgr. ou de solution aqueuse à 2 p. 100.

Huile camphrée.

Tumeurs consécutives aux injections d'huile camphrée. (William H. MOOK et W.-G. WANDER. *Arch. of dermat. and syphil.*, mars 1920.) — Les auteurs apportent de nouvelles observations avec examen histologique des tumeurs qui offraient à la coupe l'aspect de fibromes alvéolaires ou spongieux dont les cavités étaient remplies d'huile, 17 à 30 mois après la piqûre. L'excision est le traitement idéal à moins d'infiltrations trop étendues. Le massage est à rejeter car il peut réveiller les phénomènes inflammatoires. La radiothérapie peut amener des troubles circulatoires. Le meilleur traitement est le traitement prophylactique : ne jamais employer d'huiles minérales dans la préparation des solutions huileuses injectables.

Opothérapie.

(HALLION. Les principes généraux de l'opothérapie. — COULAUD. L'opothérapie thyroïdienne et hypophysaire. — PRUVOST. L'opothérapie surrénale. *Bull. méd.*, 1920, n° 46) [n° spécial].

Passiflore.

Cf. — H. LECLERC. *Bull. Soc. de thérapeut.*, 12 mai 1920.

Propriétés : sédatif de l'insomnie post-grippale. Procure un sommeil à peu près normal.

Posologie : alcoolature de plante fraîche. XXX à L gouttes le soir au moment de se coucher.

Radis.

(H. LECLERC. *Courrier méd.*, 13 juin 1920.) — Remède populaire de la coqueluche. On creuse une racine de radis, on l'emplit de sucre candi. On obtient ainsi un sirop dont l'action est due à l'essence sulfo-azotée contenue dans le radis.

Sérothérapie.

(P. COURMONT. Les conquêtes de la sérothérapie. Problèmes et solutions. — P. DUFOUET. La sérothérapie dysentérique. *Journ. de méd. de Lyon*, n° 17, 1920) [n° spécial].

Autosérothérapie.

Traitement de l'urticaire à répétition, de la maladie de Quincke, du rhume des foins par l'autosérothérapie désensibilisatrice. (Ch. ACHARD et Ch. FLANDIN. *Soc. méd. hôpit.*, 21 mai 1920.) — Les auteurs rapportent des observations de malades guéris par injections de petites doses de leur propre sérum.

Sérothérapie. Vaccinothérapie.

(Claude GAUTIER. *L'Hôpital*, 1920, n° 29.) — Quelques acquisitions récentes concernant la thérapeutique des maladies infectieuses.

Sérum glucose hypertonique.

Valeur thérapeutique des injections intraveineuses de solutions hypertoniques de glucose au cours des néphrites azotémiques. (RATHERY et MOUCHERON. *Paris méd.*, 17 juillet 1920.) — Les injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique donnent d'excellents résultats chez les sujets dont les reins sont intacts; par contre, elles ne doivent pas être employées dans les néphrites urémigènes.

Silicate de soude.

Les injections intraveineuses de silicate de soude. (SCHEFFLER, SARTORY et PELLISSIER. *Presse méd.*, 1920.) — *Technique :* Injections intraveineuses. Solution optima : 5 mmg. par centimètre cube, 2 cmc. par jour. Séries de 10 injections, une tous les deux jours. Repos d'une semaine et reprise.

Indications : Artérioscléreux. Cardio-rénaux. Angineux.

Résultats : Baisse de tension artérielle. Viscosité sanguine se rapproche de la normale. Diminution de dyspnée d'effort. Résultats d'autant plus marqués que médication instituée de façon plus précoce.

Théobromine.

De l'allylthéobromine. Etude pharmacologique, physiologique et clinique. (Dr Richard-Saint-Yves. *Thèse de Lyon*, 1920.) — **Etude clinique et thérapeutique de l'allylthéobromine.** (André Jouisse. *Thèse de Paris*, 1920.) — L'allylthéobromine est une diurétique déchlorurante de la série xanthique de l'ordre de la théobromine. Peut être administrée par voie intramusculaire ou intraveineuse à dose quotidienne de 40 à 60 cg. Action supérieure à celle de la théobromine. Permet d'éviter les phénomènes d'intolérance à l'ingestion (vomissements). Permet d'agir vite.

Cf. — L'allylthéobromine. Etude pharmacodynamique. (G. Pouchet. *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 99, p. 1581.)

Vaccinothérapie.

Le vaccin de Delbet. Indications. Technique. Résultats. (Robert Dupont. *Progrès méd.*, 1920, n 46.) — L'auteur rapporte 49 observations desquelles il résulte que le vaccin de Delbet est capable de guérir plus vite et mieux que par les méthodes actuellement connues, presque toutes les infections à pyogènes.

Indications : Furoncles. Anthrax. Infections cutanées (echtyma, érysipèle, etc.). Infections sous-cutanées (phlegmons, adénites aiguës, abcès du sein, abcès dentaires). Plaies infectées, etc., et, en général, tous les cas où il y a, dans l'organisme, un foyer suppurant ou tendant à suppurer.

Contre-indications : Les infections générales septicémiques : Aucun résultat dans les septicémies puerpérales, en particulier.

Technique : Chez l'adulte : 4 cmc. en 3 injections, à 2 ou 3 jours d'intervalle. Chez l'enfant : 1/5 de centimètre cube à naissance, 1 cmc. à 4 ans, 2 cmc. à 10 ans, etc. Quelquefois réaction assez forte. Ne confère pas l'immunité.

Violette.

(H. Leclerc. *Paris méd.*, 25 sept. 1920.) — *Action vomitive*, en faisant bouillir et réduire de moitié, 10 à 12 g. de racine dans 300 g. d'eau.

Action expectorante avec 4 g. de racinc par 300 g. d'eau.

II. — LES TRAITEMENTS

Aortites.

Le traitement des aortites syphilitiques. (Vaquez, Laubry, Donzelot. *XIVe Congrès de médecine*, mai 1920, Bruxelles.) — Ce traitement comporte :

1° Cure arsenico-mercurielle : 7 à 8 injections intraveineuses de novarsenobenzol avec, dans l'intervalle, une injection de cyanure de Hg tous les 2 jours.

2° Une cure iodée : injections intramusculaires d'huiles iodées. Répétez ce traitement tous les 3 à 4 mois. Puis espacez peu à peu.

Dans les formes avec insuffisance cardiaque, il vaudra mieux s'abstenir des préparations arsenicales et n'utiliser que le mercure et l'iode associés aux tonicardiaques.

Bronchites chroniques.

Le gaïacol en thérapeutique pulmonaire. (M. Soubirou. *Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 17 oct. 1920.) — Soubirou a obtenu dans bronchites chroniques avec ou sans emphysème, avec cœur en bon état, des résultats très encourageants. De même dans les bacilloses, à la première période sans poussées fébriles.

Technique : Solution : gaïacol 10 g. ; huile lavée à l'alcool et stérilisée, 100 g. Injections intramusculaires journalières pendant 15 jours. Repos, 8 jours. Doses employées : progressives de 0g10 à 1 g. et retour à 0g10.

Broncho-pneumonies aiguës. (Rathery et Bonnard. *Courrier méd.*, août 1920.) — Les auteurs traitent les broncho-pneumonies graves avec température élevée, dyspnée, état général grave par les injections intratrachéales pratiquées au niveau de l'espace intercricothyroïdien : ils injectent de l'huile goménolée 5 à 10 cmc. ; très souvent une seule injection suffit.

Cf. — Les injections intratrachéales dans le traitement des affections broncho-pulmonaires aiguës. (J. Boirac. *Thèse de Paris*, 1920.)

Cholécystite chronique.

Traitement par les injections intraveineuses d'urotropine. (J. Minet et Dehove. *Journ. des prat.*, 1er sept. 1920.) — *Technique et doses :* Solution d'urotropine à 25 cg. par centimètre cube, à préparer extemporanément avec eau stérile, l'urotropine ne pouvant supporter stérilisation à 120°.

Dose : 50 cg. à 2 g. par jour, soit 20 g. environ, en 15 jours. Injecter lentement.

Résultats : Sédation rapide des accidents, tels que crises douloureuses, ictère, fièvre, troubles digestifs.

Coqueluche. Traitement. (Ausset. *Pédiatrie prat.*, 15 avril 1920.) — *Hygiène :* Garder la chambre, avec une pièce pour le jour et une pour la nuit. Entretenir une température de 16° à 18°.

Médications : Antisepsie des voies respiratoires.

Alimentation : Repas fréquents et peu abondants : viande crue râpée, jaunes d'œufs, etc.

Cf. — A propos du traitement de la coqueluche. (M. Miriel. *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 46, p. 730.)

Diabète.

Notes sur la chimiothérapie du diabète. (Dezwarte. *Arch. méd. chir. de province*, 1920, n° 8.) — On a proposé l'emploi, chez les diabétiques, d'eau de chaux à dose de 100 à 200 g. L'auteur utilise le phosphate et le carbonate de chaux, à la dose de 10 g. par jour. Ces produits produiraient, avec le sucre, du sucrate de chaux. Il en résulterait une diminution du sucre et une amélioration de l'état général.

Diarrhées aiguës. (G. Durand. *Médecine prat.*, oct. 1920.) — L'auteur recommande, dans les diarrhées aiguës entéritiques, les purgatifs salins (sulfate de soude) à doses laxatives, en solution étendue, administrés pendant plusieurs jours, en diminuant chaque jour la dose initiale (15 g.), de 2 à 3 g. par jour. Il emploie également l'oxyde de zinc, sous forme de pilules kératinisées de 0g20, à raison de 6 par jour dans les cas moyens et 12 dans les cas graves.

Durée du traitement : 4 à 8 jours.

Dysenterie.

Contribution au traitement de la dysenterie amibienne par les pansements rectaux à base de novarsenobenzol. (Taillandier. *Thèse de Paris*, 1920.) — A essayer quand la thérapeutique, par l'émétine, a échoué.

Technique : Délayer 10 g. de coréine dans un demi-litre d'eau à 40° en agitant. Incorporer 10 g. de carbonate de bismuth et une dose de novarsenobenzol variant de 0g30 à 1 g. préalablement dissoute dans quelques centimètres cubes d'eau.

Introduire cette émulsion à l'aide d'un bock, le malade étant couché sur le côté gauche. Sonde introduite à 6 à 8 cm. Le malade supporte facilement 500 cmc. Si besoin est ajouter quelques gouttes de laudanum pour faciliter la tolérance.

Faire prendre, ensuite, diverses positions ventrales, dorsales, etc. au malade, pour faciliter le contact du pansement avec tout le côlon.

A garder pendant 24 heures. A renouveler trois fois par semaine.

Empoisonnements.

Traitement des empoisonnements. (Cheinisse. *Presse méd.*, 27 nov. 1920.) — Pas de vomitif. Avant tout et le plus possible, lavage d'estomac. Technique de Klemperer et école de Prague : Chez tout malade qui se présente avec des symptômes d'empoisonnement et chez lequel l'ingestion du poison ne remonte pas à plus de 12 heures, on commence par faire un lavage prolongé de l'estomac, si toutefois il n'existe pas de signes d'irritation péritonéale indiquant une menace de perforation de l'estomac. Puis, on introduit dans l'estomac, 2 cuillerées à bouche de charbon animal pulvérisé avec 30 g. de sulfate de magnésie.

S'il s'agit d'empoisonnement par les acides ou les alcalins caustiques, il faut neutraliser, respectivement, avec de la magnésie calcinée ou de l'acide citrique ou acétique dilués.

Compléter cette thérapeutique locale par le traitement général approprié.

Epilepsie.

Le tartrate borico-potassique et la médication borée dans le traitement de l'épilepsie. (P. MARIE, CROUZON et BOUTTIER. *Presse méd.*, 9 oct. 1920.) — *Posologie :* Tartrate double borico-potassique : 20 g. dans 300 cmc. d'eau distillée, 3 cuillerées à soupe par jour. Cette dose étant susceptible d'être considérablement augmentée.

Contre-indications : A peu près nulles. Bien supporté par les enfants.

Résultats : Diminution du nombre des crises, transformation de ces crises en simples vertiges.

Erysipèle.

MODINOS (*Journ. des prat.*, 18 sept. 1920) traite l'érysipèle par la chaleur, en approchant de la joue malade, la tige du thermocautère et en la promenant pendant 8 à 10 minutes, à une distance de 1 cmc. de la peau.

Gale.

Traitement de la gale par le sulfate de cuivre. (WEBB. *Prescriber*, 1920, p. 42.) — L'auteur fait d'abord frictionner et baigner le malade, puis, lotion avec sulfate de cuivre à 4 p. 100 qu'on laisse sécher. La lotion est répétée pendant plusieurs jours. Dans les gales très étendues, frictionner par sections afin d'éviter l'absorption du sulfate de cuivre. A la fin du traitement, le malade prend un bain et revêt des vêtements désinfectés. Ce traitement, dit l'auteur, serait très efficace, propre, et ne déterminerait aucune irritation.

Goitres. (G. DE PARREL. *Journ. des prat.*, 1er mai 1920.) — *a.* Essayer, dans les goitres simples, le traitement iodé, x à xx gouttes de teinture d'iode par jour;

b. Dans le cas d'échec : énucléation par la technique de Sebileau.

Hémorroïdes. (H. LECLERC. *Bull. de la Soc. de thérap.*, 9 juin 1920.) — L'auteur utilise, pour le traitement des hémorroïdes, le cupressus : soit sous forme d'extrait fluide ou de teinture, à raison de XL à LX gouttes par jour; soit l'extrait mou à la dose de 15 à 20 cg.

Localement, il applique une pommade au 50/1.000 ou des suppositoires contenant 0,15 de principe actif.

Résultats : Atténuation des troubles inflammatoires et congestifs, affaissement des tumeurs hémorroïdales, diminution de la douleur et des spasmes sphinctériens.

Hoquet.

Le benzoate de benzyle contre le hoquet. (DAVID et MUCHT. *Med. Record*, 24 juillet 1920.) — Ce médicament en solution alcoolique au 1/5, à la dose de XX à XL gouttes, dans de l'eau ou du lait. Ce médicament permet de distinguer le hoquet d'origine centrale du hoquet d'origine périphérique, seul justiciable de ce remède.

Ictères.

Le goutte à goutte sucré urotropiné dans le traitement des ictères. (P.-E. WEILL. *Bull. méd.*, 12 juin 1920.) — *Technique :* Instillation goutte à goutte de solution de 1g50 d'urotropine avec 45 g. de sucre dans 1 litre d'eau.

Résultats : Nettement efficace dans les ictères bénins, infectieux ou toxiques. Dans les ictères lithiasiques, elle peut quelquefois permettre d'éviter une intervention chirurgicale. Elle échoue complètement dans les ictères des cirrhoses et des néoplasmes.

Œdèmes.

Cf. — Thérapeutique générale des œdèmes. (ACHARD. *Bull. méd.*, 1920, numéro spécial de mai.)

Paludisme.

Traitement du paludisme. (H. PAILLARD [de Vittel]. *Hôpital*, 1920, n° 27.) — *a.* Lors de la période d'invasion du paludisme, savoir faire le diagnostic et pratiquer sans retard un traitement quinique intensif.

b. Lors des fièvres intermittentes, pratiquer systématiquement la cure de blanchiment : traitement par la quinine associée à l'arsenic; entretenir ensuite, à une dose variable suivant l'intensité du paludisme, le malade sous l'influence de la quinine.

c. A la période des séquelles, savoir encore manier la quinine s'il en est besoin; pratiquer une thérapeutique fonctionnelle (anémie, troubles hépatiques, etc.).

d. Se souvenir que les injections sont rarement nécessaires; elles n'autorisent pas une moindre dose de quinine; elles peuvent avoir des inconvénients. L'ingestion de quinine suffit généralement.

Paralysie générale.

Du traitement de la paralysie générale par l'inoculation de certaines maladies fébriles. (Ph. PAGNIEZ. *Presse méd.*, 16 oct. 1920.) — Certains auteurs étrangers ont tenté d'arrêter l'évolution ou même d'essayer de guérir la paralysie générale par inoculation de maladies à grands accès fébriles : paludisme, fièvre récurrente. Dans certains cas les résultats ont été encourageants et devront être attribués à l'action stérilisante des hautes températures sur la vitalité du spirochète.

Pouls alternant. Sa fréquence, sa recherche clinique, sa grande valeur pronostique, son traitement. (C. LIAN et R. BOULOT. *Hôpital*, 1920, n° 27.) — Le pouls alternant (pulsations régulières, alternativement fortes et faibles), concluent les auteurs, est un symptôme assez fréquent chez les cardio-rénaux. Il est facile à découvrir par un examen purement clinique. C'est un signe de grande insuffisance ventriculaire gauche. Pronostic grave, la mort peut survenir quelquefois au bout de quelques mois. La survie ne dépassant pas, en général, 2 à 3 ans.

Le *traitement* : lutter contre l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale au moyen de la digitale et de la théobromine associées à des purgatifs, des émissions sanguines et la diète hydrique. Plus tard, régime hypoazoté. L'amélioration est souvent très notable.

Rhino-pharyngite des nourrissons. (NOBÉCOURT et PARAF. *Presse méd.*, 28 août 1920.) — Les auteurs emploient le mélange suivant : borate de soude, 3 g. ; chlorure de sodium, 0g75; eau bouillie, 100 g. Ils se servent de ce sérum boraté en instillation et considèrent les résultats obtenus comme bien supérieurs à ceux que l'on obtient avec l'huile goménolée ou eucalyptolée.

Rhume des foins.

Le traitement du rhume des foins par l'autosérothérapie désensibilisatrice. (Ch. FLANDIN. *Hôpital*, 1920, n° 28.) — La plupart des médecins considèrent le rhume des foins comme une manifestation de l'anaphylaxie, et Achard et Flandin ont montré que le sérum des malades atteints de rhume des foins acquérait des propriétés toxiques et que, en faisant disparaître cet état d'autotoxicité, on pouvait améliorer et même guérir les formes les plus graves.

Technique : Prise de sang dans une des veines du pli du coude, en plein état de crise. Dès que le sang est coagulé, on décolle le caillot et on conserve le tube dans un endroit frais. Décanter le sérum au bout de 6 à 12 heures. On injecte alors sous la peau du bras : 3/10 à 5/10 de centimètre cube; le lendemain, 0,5 à 1 cmc.; les jours suivants, 1 à 2 cmc. au maximum.

Résultats : Dès la 1re piqûre les accidents s'atténuent, en général; plus rarement il faut continuer pendant plusieurs semaines.

Incompatibilités : Les médicaments analgésiques et en particulier l'antipyrine empêchent l'action de l'autosérothérapie désensibilisatrice.

Spasmes du pylore. (Félix RAMOND. *Presse méd.*, 5 mai 1920.) — a. *Régime alimentaire :* Manger lentement, bien mastiquer, éviter les viandes bouillies, les graisses, les sauces, les épices, l'alcool et le café; instituer le régime lacto-végétarien avec, de temps en temps, des œufs, un peu de viande rôtie ou grillée. Boissons chaudes non alcoolisées.

Repos après le repas; ne pas fumer.

b. *Médicaments :* Le sirop de belladone est l'antispasmodique de choix et, dans les cas graves, l'atropine à la dose de 1 mmg. et plus si besoin est. On peut également essayer la médication bromurée.

c. *Traitement local :* Pansements gastriques bismuthés ou à la gélose-gélatine. Compresses chaudes sur l'épigastre.

Syphilis.

Traitement de la syphilis du nourrisson par les injections intraveineuses de novarsenobenzol. (CASSOUTE et TEISSONIÈRE. *Soc. de péd.*, 18 mai 1920.) — *Technique* : Injection intraveineuses dans les veines épicraniennes après nettoyage des téguments au xylol.

Doses : 1 cg. par kilogramme d'enfant à la 1re injection; 1 cg. 1/2 pour la 2e; 2 cg. pour la 3e, etc., sans dépasser 10 cg.

Résultats : Encourageants malgré quelques échecs. Cette thérapeutique arsenicale ne doit pas exclure, du reste, la thérapeutique mercurielle.

Syphilis médullaire. (St. CHAUVET. *Journ. de méd. de Paris*, 20 avril 1920.) — Le traitement doit être pratiqué dès le début des accidents sans perdre de temps. Technique : injections de novarsenobenzol et de cyanure de Hg intraveineuses. Il y a intérêt à employer le novarsenobenzol à petites doses : 0,10 pour la 1re ; 0,15 pour la 2e; 0,20 pour les 3e, 4e et 5e; 0,30 pour les 4 dernières. Dans l'intervalle des injections de novarsenobenzol faire, tous les 2 jours, une injection intraveineuse de cyanure de mercure jusqu'à concurrence de 15 injections. En cas d'intolérance au cyanure, suspendre le traitement pendant quelques jours et reprendre ensuite.

Traitement de la syphilis nerveuse par les injections novarsenicales à petites doses répétées et prolongées. (SICARD. *Presse méd.*, 8 mai 1920.) — *Technique* : Injections intraveineuses ou sous-cutanées quotidiennes et répétées, 0g15 dissous dans 1 cmc. d'eau par voie sous-cutanée (tiers supérieur de cuisse). Injection peu douloureuse.

Sicard a pu ainsi atteindre des doses annuelles de 28-30 g. de novarsenobenzol chez des paralytiques généraux; 20 à 25 g. chez des tabétiques.

Cette méthode ne donnerait aucune des complications signalées au cours de l'emploi des procédés classiques.

Les injections intrarachidiennes de novarsenobenzol dans le traitement des syphilis nerveuses. (RAVAUT, ARBEIT et RABEAU. *Paris méd.*, 13 nov. 1920.) — C'est actuellement le mode de traitement le plus actif lorsqu'il s'agit de lésions méningées ne s'accompagnant pas encore de signes cliniques graves se traduisant seulement par des réactions plus ou moins intenses du liquide céphalo-rachidien.

Cf. — Un antisyphilitique : le diiodobrassidate d'éthyle hydrargyre, composé iodo-mercuriel organique. (J. LABORDERIE. *Progrès méd.*, 1920, no 50.)

Tuberculose pulmonaire.

La guérison de certaines formes de tuberculose pulmonaire par le séro-vaccin et le vaccin de Bruschettini. (St. CHAUVET. *Hôpital*, 1920, no 28.) — Le séro-vaccin de Bruschettini est contenu dans des ampoules de 1 cmc. et résulte du mélange de 1 partie de sérum obtenu avec des chevaux immunisés et de 2 parties de vaccin. Le vaccin est obtenu avec des bacilles tuberculeux qui ont été maintenus longtemps en contact avec des leucocytes et des extraits bacillaires.

Injections intramusculaires. Région fessière.

L'auteur utilise ce traitement dans les formes suivantes :

a. *Formes initiales* : Tuberculose pulmonaire fermée Une injection de séro-vaccin tous les 3 ou 4 jours pendant 20 injections ; puis tous les 4 à 5 jours ensuite. Après chaque série de 10 injections, repos de 10 jours.

b. *Formes pulmonaires du 2e degré* : Alterner le séro-vaccin et le vaccin curatif à intervalles de 4 jours puis de 5 jours.

c. *Formes du 3e stade* : Alterner le vaccin curatif avec un vaccin antipyogène polyvalent également préparé par l'auteur.

D'une façon générale, Bruschettini estime qu'il faut faire une soixantaine d'injections de séro-vaccin : une quarantaine d'injections alternées de séro-vaccin et de vaccin curatif; 25 injections de vaccin curatif seul ou associé à l'antipyogène polyvalent.

St. Chauvet a expérimenté uniquement le séro-vaccin et termine son étude par les conclusions suivantes : Sans prétendre aucunement qu'il s'agisse là du sérum définitif de la tuberculose, il est indéniable que le séro-vaccin et le vaccin de Bruschettini sont susceptibles de rendre, dans un certain nombre de cas, de signalés services et qu'ils méritent d'être sérieusement étudiés.

Tuberculose.

Traitement des infections tuberculeuses chroniques par les sels de terres cériques. (H. GRENET et H. DROUIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai 1920.) — *Indications* : Adénites, lupus, tuberculose verruqueuse, lupus érythémateux, tuberculose pulmonaire.

Technique : Sulfates de samarium, néodyme et praséodyme en solution à 2 p. 100. Doses : 2 à 5 cmc. en injections intraveineuses pendant 20 jours avec repos de 15 à 20 jours; 2 à 3 séries semblables.

Résultats : Lents. Guérisons dans les tuberculoses externes. Améliorations considérables dans la tuberculose pulmonaire chronique apyrétique.

Cf. — Actions thérapeutiques des sels de terres rares de la série du cérium. (H. GRENET et H. DROUIN. *Gaz. des hôpit.*, 1920, no 33, p, 521.)

Varices.

Traitement des varices par les injections intravariqueuses de carbonate de soude. (SICARD et PARAF. *Soc. méd. des hôpit.*, 12 nov. 1920.) — *Technique* : Solution de carbonate de soude à 10 p. 100, 10 à 20 cmc. Injection strictement intravariqueuse; 5 à 20 injections sont ordinairement nécessaires pour une cure de varices d'intensité moyenne. Pas de douleur.

Résultats : Jamais d'accidents. Traitement ambulatoire. Le malade continue à vaquer à ses occupations. Disparition des douleurs variqueuses dès le début du traitement.

LIVRES NOUVEAUX

Consultations pour les maladies des voies digestives (2), par le Dr Gaston LYON.

On n'a pas oublié le grand succès obtenu par le *Traité de clinique thérapeutique* de M. Gaston Lyon. C'est un livre aujourd'hui classique qui a rendu et rend tous les jours de véritables services aux médecins praticiens. Le nouvel ouvrage de M. Lyon est conçu dans le même esprit pratique. Souvent témoin des hésitations du praticien lorsqu'il est appelé à démêler les symptômes parfois contradictoires des affections des voies digestives, l'auteur s'est attaché à résoudre d'une façon claire et essentiellement pratique les principaux problèmes cliniques et thérapeutiques qui se présentent dans la pratique journalière.

Son livre jouera souvent, nous en sommes convaincus, le rôle d'un consultant auprès des praticiens isolés, surtout à la campagne. C'est dire sa grande utilité. L. G.

La thérapeutique en vingt médicaments [5e édit.] (1), par le Dr Ch. FIESSINGER, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Il serait de mauvais goût de notre part de tenter l'éloge de ce volume dont le succès s'affirme trop manifestement pour qu'on cherche à le souligner. Pour praticiens et étudiants, il est devenu classique, d'autant qu'il renferme beaucoup de notions que l'école dédaigne de fournir à ses élèves. Nous nous contenterons donc d'indiquer que cette nouvelle édition a été largement complétée, en ce qui concerne notamment la colloïdothérapie, la sérothérapie et la vaccinothérapie. La critique avertie de l'auteur lui a permis de dire le nécessaire. Donc pas de discussion académique ni d'efforts d'érudition, simplement le résultat d'une expérience longue et approfondie. D'où la grande valeur et la renommée fortifiée de cet ouvrage. J. L.

(1) In-8. — Prix : 16 fr. net. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-12 carré de la Bibliothèque des praticiens : *Comment guérir?* — Prix broché : 12 fr. — Paris, Maloine.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE

1° Alimentation : Au premier déjeuner, 350 g. de lait et 30 g. de pain. — A midi, 200 g. de viande sans sel, 250 g. de légumes sans sel, fruits cuits, 80 g. de pain. — A 4 heures, tasse de lait. — Au dîner, bouillie sucrée, un œuf, 60 g. de pain. — Eau comme boisson.

2° Médications : 20 jours par mois, un cachet de 0g50, deux à trois fois par jour, de Théosalvose pure ou phosphatée. Les dix autres jours, chlorure de calcium (0g50 pro die) ou extrait de feuille de noyer (2 g. pro die en sirop).

3° Hygiène : Massages, frictions sèches au gant de crin, port de flanelle.

NOTES POUR L'INTERNAT

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS
DE LA LITHIASE BILIAIRE [1]

c. *Pyléphlébite calculeuse.* — On en distingue deux variétés : la *pyléphlébite adhésive* et la *pyopyléphlébite.*

La *pyléphlébite adhésive* est l'infection propagée des voies biliaires au tronc de la veine porte par contiguité ; elle se caractérise par une pertubation de la circulation dans le territoire porte (hématémese, mæléna, ascite, circulation collatérale, splénomégalie, cachexie). Le pronostic est toujours des plus graves et le malade meurt d'hémorragies gastro-intestinales et de cachexie surajoutée.

La *pyopyléphlébite* résulte de l'ouverture par effraction d'un abcès biliaire dans la veine porte. Il en résulte des symptômes d'infection générale qui se confondent d'ailleurs avec ceux de l'infection biliaire causale. Il y aurait des vomissements, une diarrhée séro-sanguinolente, souvent même dysentériforme.

d. *Complications pleuro-pulmonaires.* — La pleurésie sèche, diaphragmatique est presque constante au cours de la périhépatite. La pleurésie séreuse est également fréquente et sa cytologie montre une réaction inflammatoire banale (mononucléaires, polynucléaires, placards endothéliaux). Bien plus graves sont les pleurésies purulentes, fréquemment diaphragmatiques et les abcès de la base du poumon droit. Leur début est, en général, insidieux ; l'auscultation attentive, la ponction exploratrice, l'examen radioscopique permettront de les déceler. Ces dernières complications sont très graves.

e. *Fistules biliaires.* — La perforation des voies biliaires à la paroi abdominale est à l'origine des fistules biliaires externes ; la communication avec les organes voisins constitue les fistules biliaires internes.

Dans les *fistules biliaires externes* ou cutanées, le pus se fait jour à travers la perforation de la vésicule dans une poche isolée de la cavité péritonéale, laquelle s'ouvre à la peau par un trajet sinueux à travers la paroi abdominale. Cette évolution vers la perforation cutanée peut être très lente ; elle se produit généralement à droite de l'ombilic, plus rarement dans la fosse iliaque droite. Il s'écoule par cette fistule du pus jaunâtre et ultérieurement de la bile et parfois des calculs. La guérison spontanée se trouve ainsi réalisée. Il faut redouter l'érysipèle, la lymphangite, l'infiltration biliaire des tissus.

Les *fistules biliaires internes* s'ouvrent par ordre de fréquence dans le duodénum, le côlon, l'estomac. Il s'agit bien plus souvent de fistules vésiculaires que de fistules cholédociennes. Plus rarement, on a signalé leur ouverture dans la veine porte, le bassinet, l'uretère, la vessie, l'utérus, le vagin et les bronches (vomiques calculeuses). L'ouverture d'un abcès biliaire dans le tube digestif, se caractérise par l'affaissement de la tuméfaction sous-hépatique et par une débâcle intestinale de pus, de sang, de bile, de calculs. Ces symptômes s'accompagnent d'une amélioration passagère qui se renouvelle chaque fois que la collection sous-hépatique se vide à nouveau. On comprend que ces lésions relèvent d'une intervention chirurgicale.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 2, p. 31 ; n° 4, p. 63 ; n° 6, p. 95, et n° 8, p. 127.

2. Complications tardives chroniques. — Nous signalerons simplement les *cirrhoses biliaires* et les lésions cicatricielles secondaires aux réactions fibreuses et qui entraînent des accidents mécaniques tardifs. C'est ainsi que le rétrécissement cicatriciel du cholédoque ou sa compression par des brides réalise un ictère par rétention.

C'est ainsi que les brides, les adhérences qui se constituent à la longue entre le vésicule, le grand épiploon, le duodénum, le pylore, l'angle droit du côlon, entraînent des troubles mécaniques qui peuvent aller jusqu'à la sténose plus ou moins complète et donner lieu à des troubles de l'évacuation fonctionnelle de ces organes, douloureux et mécaniques. C'est là tout un chapitre d'accidents tardifs qu'il serait trop long de décrire et, que des auteurs récents ont réunis sous le nom de *périviscérites* sous-hépatiques ou de la région du carrefour ; les examens méthodiques du tube digestif aux rayons X nous ont appris à les connaître. Il faut signaler également des *hémorragies occultes* que l'examen chimique découvre dans les fèces. On comprend comprend combien il peut être difficile dans ces cas de différencier ces lésions des ulcères pyloroduodénaux.

3. Septicémies biliaires. — L'infection biliaire en se généralisant, peut provoquer une septicémie éphémère ou durable qui peut se traduire par des grands accès de fièvre biliaire, les abcès viscéraux à distance, l'endocardite ulcéro-végétante.

Leur histoire clinique n'a rien de spécial ; elles sont caractérisées par la prédominance de l'insuffisance hépatique, par leur courbe thermique, par des signes locaux de cholécystite suppurée et les suppurations à distance.

4. Cancérisation secondaire dans la vésicule biliaire. — Chauffard attire l'attention sur la coexistence assez fréquente de ces 3 éléments : lithiase biliaire, cholécystite chronique et cancer de la vésicule. Il insiste pour qu'on examine toujours attentivement une vésicule lithiasique que l'on enlève chirurgicalement, pour arriver à dépister cette cancérisation. Il n'y aurait donc là qu'un cas particulier d'une loi générale (états précancéreux de Ménétrier).

Traitement. — 1° **Lithiase non infectée.** — Nous ne voulons pas décrire ici, le traitement médicamenteux, diététique et hydrominéral de cette affection.

Quant au traitement chirurgical, certains auteurs ont pu conseiller l'opération précoce. Il semble cependant qu'il ne faut envisager cette thérapeutique d'exception que lorsque le traitement médical a échoué. L'intervention ne pourra être conseillée que si les crises douloureuses se répètent très fréquemment chez les malades qui sont obligés de travailler et ne peuvent se soigner longtemps.

2° **Lithiase infectée.** — Au cours de cette étude, le traitement médical a été indiqué ; il se résume : en repos, glace, lait écrémé, instillations rectales glucosées et urotropine.

L'ictère chronique par lithiase du cholédoque ou de l'hépatique relèvera de la chirurgie, chaque fois qu'il persiste au delà de 2 à 3 mois ou lorsque l'état général s'aggrave rapidement (cholédocotomie).

Les cholécystites relèvent toujours de l'intervention chirurgicale (cholécystectomie), mais après leur refroidissement. Sinon elles donnent lieu toujours à des accidents récidivants.

Enfin le traitement des angiocholites paraît relever surtout des soins médicaux. Cependant dans certains cas graves et prolongés ou a dû avoir recours au drainage de la vésicule biliaire (cholécystostomie).

En résumé, on doit dans ces cas, faire une exploration systématique de toutes les voies biliaires et le drainage de l'hépatique assure directement leur désinfection.

Bibliographie. — Chauffard. *Leçons sur la lithiase biliaire*, Masson 1919. — Linossier. La diarrhée prandiale des biliaires. *Arch. app. dig.*, 1907 — Parturier. La colique vésiculaire, *Th. de Paris*, 1910. — Villard et Cotte. *Revue de chir.*, janv. 1906. — Chauffard. La lithiase du cholédoque, *Semaine méd.*, janv. 1906. — Quénu. Iléus biliaire, *Bull. méd.*, 1909, p. 843. — Maingot. Radio-diagnostic de la lithiase biliaire, *Th. de Paris*, 1909. — Cotte et Bresse. Tr. dyspeptique d'origine biliaire, *Rev. de chir.*, 1912.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 31 janvier. — Question donnée : « Quadriceps fémoral. — Symptômes et diagnostic de l'ostéomyélite juxta-épiphysaire aiguë des adolescents. »

MM. Fatou, 14 + 23 = 37; Largeau, 13 + 19 = 32; Veil (Prosper), 11 + 23 = 34; de Peretti della Rocca, 13 + 21 = 34; Godard, 16 + 21 = 37; Chauveau, 12 + 17 = 29; Gueullette, 19 + 19 = 38; Raiga, 14 + 21 = 35.

Séance du 1er février. — Question donnée : « Artère de la jambe. — Causes, signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

MM. Froment, 14 + 23 = 37; Laffaille, 10 + 16 = 26; Flot, 12 + 20 = 32; Haye, 14 + 17 = 31; Chavany, 13 1/2 + 23 = 36 1/2; Wickam (Roger), 11 + 15 = 26; Renard, 11 + 16 = 27; Leplat (G.), 10 + 19 = 29.

Séance du 2 février. — Question donnée : « Les échancrures sciatiques. — Signes et diagnostic de la coxalgie. »

MM. Surmont, 10 + 19 = 29; Roullet, 15 + 20 = 35; Jacquet, 15 + 21 = 36; Huas, 12 + 15 = 27; Lepaumier, 10 + 20 = 30; Ollivier (J.), 18 + 23 = 41; Maleysson, 16 + 20 = 36; Béclère, 14 + 21 = 35; Jousseaume, 14 + 22 = 36.

— Internat en pharmacie. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1921 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 14 mars 1921, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le jeudi 10 février jusqu'au samedi 26 février inclusivement.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Geay de Couvalette.

Au grade d'officier. — MM. les médecins en chef Bonnefoy et Cairon.

Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — M. Gautier, doyen de la Faculté de pharmacie.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Curtis et Lemoine, professeurs à la Faculté de médecine de Lille.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Elections. — L'Académie a procédé à l'élection d'un membre de la section de chimie, en remplacement de M. Armand Gautier. Avaient été présentés : en première ligne, MM. Béhal et Urbain; en seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Blaise, Colson, Delépine et Lebeau. L'Académie à l'unanimité avait adjoint à cette liste M. Matignon.

Au premier tour de scrutin, M. Béhal était proclamé élu par 37 suffrages sur 59 votants. M. Urbain recueillait 10 voix, M. Colson 10 et M. Matignon 3.

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE. — MM. Gustave Mesureur, ancien directeur de l'Assistance publique, et Meillère ont été élus vice-présidents pour 1921 du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

A PROPOS DE LA LOI DES PENSIONS (1). — Pour répondre à une nouvelle note officieuse de M. Maginot, le Dr Lafontaine nous adresse le communiqué suivant :

« *a.* Les médecins n'ont pas refusé de soigner gratuitement les bénéficiaires de la loi des Pensions au cas où ceux-ci — ce qui sera exceptionnel — seront dans une situation matérielle d'indigence.

L'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux a prévu ce cas et fixé, le 3 décembre dernier, l'attitude des médecins par le texte suivant : § *g.* « Dans les cas où la situation du malade ne lui permettrait pas d'honorer le médecin, le malade recevra néanmoins les soins médicaux. Son nom sera communiqué au Syndicat médical local à fin d'enquête. »

b. Les médecins — le ministère des Pensions ne peut l'ignorer — ont, jusqu'ici, fait crédit à l'Etat. Ils ont donc

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 10, p. 146.

donné leurs soins, depuis bientôt deux ans, sans avoir jusqu'à maintenant touché aucun honoraire de l'Etat.

c. Ils ont donc décidé qu'ils ne feraient plus crédit à l'Etat à partir du 1er février. Ce ne sont pas, en effet, les médecins qui doivent des soins aux mutilés, c'est l'Etat.

d. Le communiqué officieux risque de laisser croire que le conflit entre les médecins et le ministère des Pensions a pour cause unique une question de prix. Ce n'est pas exact.

Le désaccord porte sur la façon dont on doit envisager une organisation de soins. Le règlement des honoraires n'est qu'une question secondaire.

Le ministère des Pensions ne conçoit qu'une structure, celle de l'Assistance, dans laquelle sont prévues seulement visite et consultation, tarif kilométrique; mais dans laquelle, en dehors de cela, le malade est envoyé à l'hôpital. Le libre choix, dans ces conditions, est limité; il est retiré, précisément dans les cas les plus graves.

Les médecins demandent qu'une organisation sérieuse de soins soit créée, comprenant la détermination des multiples cas qui peuvent se présenter, établissant les règles d'une collaboration médicale, aujourd'hui nécessaire, si on se place au point de vue technique.

Cette organisation doit comprendre un contrôle.

Toutes les raisons persistent donc, pour les médecins, de conserver l'attitude qu'ils ont prise, c'est-à-dire soigner les bénéficiaires de la loi comme des malades ordinaires et ignorer le ministère des Pensions, et cela à partir du 1er février. »

TRAIT D'UNION MÉDICAL. — Les adhérents à la Société coopérative « le Trait d'union médical » sont priés d'envoyer leurs noms et adresses au Dr Dewevre, président du Syndicat médical de Dunkerque.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La prochaine séance de la Société de pathologie comparée aura lieu mardi prochain, 8 février, à 4 h. 3/4, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

CHRONIQUE

UN DERNIER ÉCHO DES FÊTES DU CENTENAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

LES BIENFAITEURS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Parmi les discours qui figuraient au programme des fêtes du centenaire, il en est un qui n'a pu être prononcé, faute de temps, c'est celui de M. Hanriot, sur les bienfaiteurs de l'Académie. S'il ne chante pas la gloire de l'Académie, il exprime du moins, et dans les meilleurs termes, la gratitude de la compagnie. A ce titre il mérite d'être signalé autrement que par une simple mention.

L'article 7 de l'ordonnance de 1820 spécifie que : « L'Académie royale de médecine pourra accepter, en se conformant aux lois et règlements, des legs et donations destinés à favoriser les progrès de la science. » Le gouvernement fut son premier donateur. Les prix étaient au nombre de quatre : un pour la médecine, un pour la chirurgie, un pour la pharmacie, un pour des sujets d'intérêt commun aux diverses sections. De ces quatre prix, il n'en reste plus qu'un de 1.000 francs.

L'Académie fixait chaque année le sujet des prix mis au concours. Un même candidat, nous dit M. Hanriot, habile metteur au point, put obtenir un prix 4 fois en 5 ans. « Ne croyez pas, ajoute-t-il, qu'un lauréat à connaissances si variées fût un Bichat ou un Laënnec. Il n'est connu que de moi seul, je ne trahirai pas son nom. »

Les prix sur questions posées, ne pouvait faire avancer sérieusement les sciences médicales, deux membres de l'Académie, ses deux premiers bienfaiteurs, adoptèrent une formule plus large : En 1821, Moreau donnait ses livres à distribuer à l'élève qui aurait montré le plus de connaissances dans la littérature et la philosophie médicales. En 1833, Portal donnait le portrait de Vésale par le Titien, le portrait de Lasserre et une somme de 12.000 fr., destinée à la fondation d'un prix annuel pour le meilleur travail sur l'anatomie médicale.

« On a souvent contesté, écrit M. Hanriot, l'utilité des libéralités faites aux académiciens, surtout quand elles sont destinées à fonder des prix. Un humoriste a même pu dire que les prix de vertu avaient été créés par des personnes qui voulaient se renseigner sur ce que pouvait bien être la vertu. »

On ne pourra faire semblable critique aux prix de l'Académie de médecine qui, pour la plupart, ont été fondés par ses membres.

Le nombre des bienfaiteurs de l'Académie est assez considérable. Nous en comptons 114. Leurs noms sont inscrits en lettres d'or, avec ceux des présidents, dans la salle d'honneur.

Des mentions spéciales sont faites par M. Hanriot, pour les donations de Mme Audiffret (une rente annuelle de 24.000 fr.), de Mme d'Irsuski qui a légué à l'Académie, la totalité de sa fortune (1.100.000 fr.). Ce fut la première ébauche de la Maison du médecin, continuée par la donation Huchard.

En passant, M. Hanriot signale les richesses de la bibliothèque presque uniquement constituée par les dons des membres de l'Académie.

Après les prix sur questions posées dont M. Hanriot a indiqué les multiples inconvénients, après la forme de prix inaugurée par Portal, vint une troisième formule encore plus large. Mais ces diverses formules ne répondent pas, selon M. Hanriot, aux exigences de la science moderne.

Déjà le regretté Blanchard, dans ses rapports annuels, avait fait cette observation que, les prix, tels qu'on devait les décerner, d'après la volonté du donateur, ne répondaient plus aux progrès de la science.

C'est donc un appel pressant que M. Hanriot adresse aux futurs donateurs pour qu'ils fassent confiance à l'Académie de demain, s'en rapportant à elle pour récompenser les chercheurs les plus méritants, quel que soit le point des sciences médicales qu'ils aient abordé.

Sans doute, la crise économique que nous traversons a beaucoup diminué la valeur matérielle des prix. Mais à côté de la valeur matérielle, il y a le prestige moral qui s'attache à ces prix. Aussi le titre de lauréat est-il toujours très recherché.

« Tantôt, dit M. Hanriot en terminant, ce sont des médecins qui ont partagé leur temps entre une vaste clientèle et des recherches scientifiques dont ils viennent soumettre les conclusions au jugement de l'Académie; tantôt, ce sont des personnages illustres qui reçoivent avec une légitime satisfaction une de nos médailles. Tous considèrent comme un honneur justement apprécié de recueillir ainsi les suffrages de notre Compagnie.

D'où vient ce lustre tout particulier qui s'attache au titre de lauréat de l'Académie de médecine? Il est né du juste renom scientifique que celle-ci a su conquérir par ses travaux mémorables, par les illustrations dans les diverses branches de l'art de guérir qui ont marqué dans son sein les étapes du progrès au cours de tout un siècle.

Le prestige du titre de lauréat est dû à cette haute compétence et à l'intégrité indiscutée des juges qui se sont toujours efforcés de l'accorder au plus digne.

Ce patrimoine de science et d'honorabilité, légué à l'Académie par nos devanciers et conservé par tous avec un soin jaloux, donne aux décisions de l'Académie leur force dans le monde médical, et leur autorité auprès des pouvoirs publics; il contribue à maintenir la réputation mondiale de notre pays dans le domaine des sciences expérimentales.

Gloire à nos aînés qui nous ont légué un tel patrimoine. Eux aussi sont les bienfaiteurs de l'Académie de médecine. »

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

LES PLAIES VASCULAIRES SÈCHES

Par J. FIOLLE,
Professeur à l'École de médecine de Marseille,
Chirurgien des hôpitaux.

Définition. — Les plaies que j'ai signalées et décrites en 1916 sous le nom de « plaies vasculaires sèches » sont *celles qui, ouvrant la lumière d'un tronc artériel ou veineux, ne s'accompagnent cependant ni d'hémorragie externe, ni d'hémorragie interne, ni d'hématome : le vaisseau est ouvert, et le sang ne coule pas*.

Il a fallu l'expérience immense acquise pendant la guerre pour que nous connussions ces lésions, en apparence paradoxales. Certes, il était possible de trouver dans la littérature médicale un fait de cet ordre, rapporté à titre de curiosité : Larrey cite le cas d'un soldat chez qui une blessure de l'humérale était obturée par le projectile qui l'avait produite. Mais nul ne savait, en 1914, que les plaies vasculaires sèches existaient vraiment avec les diverses modalités décrites depuis lors, qu'elles seraient observées en si grand nombre et sur de si gros vaisseaux, qu'elles prendraient en pathologie une telle importance.

De plus, il est maintenant avéré que leur intérêt n'est pas épuisé par la fin de la guerre. La *pratique civile*, depuis que l'attention est attirée sur elles, a permis d'en constater plusieurs exemples : tel, celui que rapporte Zwirn, d'une plaie sèche de l'artère fémorale par balle de révolver de petit calibre.

M. Potherat, à la réunion médicale de la 4e armée, en juillet 1916, avait cité des observations de plaies vasculaires sans hémorragie externe, mais avec hématome : « L'obstacle qui suspend l'hémorragie, qui masque la lésion, c'est un épanchement, fortement bridé par des muscles, des aponévroses; l'*hématome fait tampon.* » (C. r. de la *Presse méd.*) : ce n'était pas tout à fait encore, on le voit, la véritable plaie sèche.

Au contraire, tout épanchement de sang faisait défaut dans les 9 observations qui sont à la base du travail que j'ai adressé à la Société de chirurgie en 1916, et sur lequel M. P. Duval a fait un rapport. Le terme de *plaies vasculaires sèches*, que j'ai proposé dans cette communication, paraît avoir été généralement adopté. On peut dire aussi avec M. Potherat : *plaies étanches*.

Par la suite, les observations se sont multipliées (Planson, Lenormant, Kirmisson, A. Martin, etc.), au point d'être considérées comme des faits d'ordre fort banal.

Récemment enfin, les plaies vasculaires sèches ont fait l'objet d'un important rapport de Fasano au congrès italien de chirurgie.

Etiologie. — *A.* Il est difficile de dire quelle est, par rapport à l'ensemble des plaies vasculaires, la proportion des plaies sèches. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est qu'elles sont loin d'être rares. Pendant la bataille de la Somme, en 1916, j'en ai, à moi seul, observé plus de vingt. Il n'y a probablement pas de chirurgien qui n'en ait rencontré plusieurs au cours de la guerre.

Les lésions par projectiles de guerre sont d'ailleurs parmi celles qui favorisent le plus la production des plaies vasculaires sèches, parce qu'elles agissent, nous le verrons plus loin, en étirant et dénudant les vaisseaux. Et parmi ces lésions, ce sont celles que provoquent les *projectiles explosés* qui sont surtout en cause. La proportion des cas où il s'agit de *balles* atteint à peine deux sur dix.

Cependant, des balles de révolver, même de petit calibre, peuvent faire des plaies vasculaires sèches. On en voit même après des sections nettes par *coup de couteau* : c'est ainsi qu'un homme opéré par Lecène avait eu l'artère axillaire tranchée net, sans qu'il fut possible de constater la moindre hémorragie, le moindre hématome. J'ai le souvenir d'un sujet, blessé d'un coup de couteau profond au thorax, qui, après une période d'absolue latence, succomba brusquement le dixième jour, et chez qui l'autopsie montra une large entaille latérale de l'aorte.

On peut dire que les plaies vasculaires sèches n'ont paru rares jusqu'en 1914, que parce qu'on négligeait trop souvent de les rechercher.

B. De tous les vaisseaux, c'est l'*artère humérale* qui est le plus souvent intéressée (si l'on met à part, bien entendu, les tout petits vaisseaux, tibiales, radiales, péronières, dont l'hémostase spontanée est facile à concevoir). Voici les chiffres que je relève dans mon article de la *Revue de chirurgie* de 1916 :

Artère humérale	5	observations
Artère fémorale	4	—
Vaisseaux poplités	4	—
Artère axillaire	4	—
Veine jugulaire interne...	3	—
Carotide primitive	1	—

Dans les observations que j'ai recueillies plus tard, et dans celles qu'ont publiées d'autres chirurgiens, l'atteinte de l'humérale est encore plus fréquente. Il est vraisemblable que cette constatation s'explique par les conditions de la guerre de tranchées, qui exposaient davantage aux projectiles la partie supérieure du corps. Notons que tous les vaisseaux peuvent être le siège de plaies sèches : on en a vu sur les carotides, la jugulaire interne et même l'aorte.

Mécanisme et lésions. — *A.* Il est facile de comprendre pourquoi les armes blanches produisent moins souvent que les projectiles des plaies vasculaires sèches.

Les éclats d'obus, et même les balles, ne déterminent pas, en effet, des coupures nettes des parois vasculaires. Lorsqu'un projectile arrive sur un vaisseau, il se présente à lui par une surface mousse et parfois assez large; le vaisseau, élastique, est *entraîné*, allongé; il est même violemment *étiré comme cela se passe dans un arrachement;* et il ne se rompt que lorsqu'il arrive à la limite de son élasticité. De sorte que sa tunique interne se recroqueville à l'intérieur de la lumière vasculaire, tandis que la tunique externe s'effile en une longue pointe. Ce mécanisme a été souvent constaté au cours des opérations.

Cela nous explique aussi pourquoi l'absence d'hémorragie est plus fréquente après une section artérielle totale qu'après une ouverture latérale. Il n'est cependant pas exact que l'hémostase spontanée et complète soit impossible dans ce dernier cas : il s'agit en effet de plaies latérales dans le tiers environ des observations publiées. D'ailleurs, cette proportion suffit à confirmer l'opinion classique, d'après laquelle ces dernières plaies sont plus graves, parce

que la rétraction des bouts ne peut y jouer comme dans les sections complètes.

Comme toutes ces considérations ne peuvent expliquer toutes les plaies sèches, on a invoqué divers mécanismes :

1º De Fourmestraux pense que le vaisseau est entraîné par le projectile, et qu'il est pris entre ce projectile et un plan osseux voisin; il y aurait alors un véritable *écrasement*, comme par un angiotribe. Je pense que très peu de cas relèvent de cette pathogénie, parce que beaucoup de plaies sèches siègent sur le trajet de sétons qui sont très éloignés des plans squelettiques. Elle n'est admissible que dans les cas où l'on trouve, en même temps que la lésion vasculaire, une lésion osseuse.

2º Planson, Léo, font intervenir la *chaleur du projectile* comme élément d'hémostase. Cette explication est plausible pour les éclats d'obus, qui conservent un certain temps une forte température. Elle perd toute sa valeur quand il s'agit de balles de révolver et surtout, naturellement, d'armes blanches.

3º Leriche, dont on connaît les beaux travaux sur la sympathectomie péri-artérielle, accorde un rôle important aux *lésions des plexus sympathiques qui entourent le vaisseau.* Quand on dénude une artère, on la voit se contracter, parfois d'une façon très violente. Il est infiniment probable que l'agent vulnérant agit de la même façon, surtout si la plaie s'accompagne de forte contusion. De fait, on voit souvent, dans les plaies sèches, le vaisseau contracté, réduit de volume en amont et en aval de la blessure.

4º Les *liquides* qui s'écoulent des *tranches de section musculaires* ont une action coagulante. Peut-être faut-il tenir compte de cet élément, qui n'est certainement pas constant, en tous cas, puisqu'on voit des plaies vasculaires sèches en dehors d'atteintes importantes des muscles.

5º Il est hors de doute que dans certaines plaies, latérales surtout, c'est le *projectile lui-même qui obture la lumière vasculaire,* réalisant une hémostase complète; au moment où le chirurgien retire le corps étranger, le sang jaillit. Ce mécanisme a été constaté très fréquemment en chirurgie de guerre. Tantôt le corps étranger est fiché dans le vaisseau, tantôt il le comprime extérieurement sur une large surface.

6º On aperçoit quelquefois, dans les bouts vasculaires, un *petit caillot* qui les ferme comme un *bouchon :* c'est le schéma des livres classiques; seulement, il ne s'agit plus d'une artériole, mais d'une fémorale ou d'une poplitée.

7º Parfois, enfin, on ne voit *rien* qui explique l'hémostase. Il est à présumer qu'il doit exister alors une *rupture* de la tunique interne, non pas au niveau même de la blessure, mais *en amont,* et une obturation par caillot intravasculaire non visible.

B. Beaucoup de ces causes, en somme, se rattachent à l'existence d'une forte *contusion :* contusion réalisant un arrachement, ou une sympathectomie, ou une rupture à distance de la tunique interne.

C'est pourquoi les plaies vasculaires sèches ne sont qu'exceptionnellement régulières et nettes. Presque toujours il y a un certain degré d'*attrition;* l'ouverture présente des bords effilés, ou déchiquetés et mâchés, dans lesquels les tuniques ont perdu leur aspect normal; une infiltration sanguine leur donne parfois une couleur violacée ou noirâtre. Leur vitalité risque ainsi d'être compromise, et c'est pourquoi ces plaies se prêtent assez mal à la suture.

La *lésion simultanée de l'artère et de la veine satellite* est assez fréquente; l'exemple le plus extraordinaire que j'en aie observé est une double section de la carotide primitive et de la jugulaire interne, dont les quatre bouts se présentaient béants, sans qu'il y eût la moindre hémorragie.

C. En même temps que la lésion vasculaire, il est habituel de constater des *lésions de voisinage :* muscles, os, nerfs. Le médian et le cubital sont parmi les nerfs le plus souvent atteints; parfois il s'agit de sections complètes, mais plus fréquemment de contusions, d'éraillures ou de sections partielles.

Signes et diagnostic. — Le caractère essentiel des plaies vasculaires sèches, c'est, par définition même, l'absence de manifestations, au moins pendant un certain temps. Elles ne saignent pas au dehors, ne produisent pas de tuméfaction par épanchement interstitiel, et ne s'accompagnent d'aucun des signes habituels de l'hémorragie. On risque donc de les laisser passer inaperçues et de les laisser sans traitement, ce qui constitue, nous le verrons plus loin, un grave danger : car la plaie vasculaire peut ne pas rester sèche indéfiniment.

Pour diagnostiquer cette lésion, il faut la soupçonner, il faut en connaître la possibilité et la fréquence. Il est certain qu'elle a été souvent méconnue autrefois, simplement parce qu'on ne songeait pas à la rechercher. Et certaines hémorragies tardives que l'on croyait d'origine septique, devaient relever des plaies vasculaires sèches.

A. On soupçonnera l'atteinte vasculaire, en l'absence de tout épanchement sanguin, TOUTES LES FOIS QUE LE TRAJET D'UNE PLAIE PARAIT CROISER LE TRAJET D'UN PAQUET VASCULAIRE. — Quand il s'agit d'un projectile, il faut étudier soigneusement la direction de son parcours; c'est chose assez facile, s'il y a eu séton, un peu plus complexe, s'il n'y a qu'un orifice; dans ce dernier cas, un repérage radioscopique exact donne des renseignements approximatifs.

L'étude du trajet n'a pas, cependant, une valeur absolue. On sait que certains projectiles n'ont pas un trajet rectiligne dans l'épaisseur d'un membre, où ils peuvent être déviés, en particulier, par la rencontre d'un os. J'ai vu une lésion de la fémorale chez un soldat qui présentait un séton : la ligne droite réunissant les deux orifices passait loin du paquet vasculaire ; mais il y avait aussi fracture du fémur, et j'ai la certitude que le projectile avait ricoché sur l'os. Mais ce sont là des exceptions.

Tel est le premier élément de diagnostic, celui qui doit éveiller l'attention, et engager le chirurgien à rechercher d'autres signes. Quand un trajet de plaie se trouve dans le voisinage d'un tronc vasculaire, on ne négligera jamais d'étudier les symptômes suivants :

B. ETAT DU POULS AU-DESSOUS DE LA PLAIE. — Lorsqu'il s'agit d'une artère, les indications essentielles sont celles que fournit l'étude du pouls. Mais ces indications sont fort variables et causeraient des erreurs, si l'expérience n'avait permis d'en pousser assez loin l'analyse.

La règle habituelle, c'est que le pouls est *supprimé ou diminué en aval* d'une plaie de l'artère principale d'un membre. Cette règle correspond à 85 p. 100 environ des plaies artérielles d'après les chiffres que j'ai sous les yeux. C'est dire qu'il faut, en cas de doute, non seulement rechercher l'exis-

tence du pouls, mais encore faire la *comparaison avec le côté sain :* on remarque ainsi des diminutions dans l'intensité des pulsations, qui n'eussent pas attiré l'attention sans le contraste fourni par l'artère similaire.

Mais il ne s'agit, encore là, que d'une règle générale, comportant beaucoup d'exceptions. En effet. voici les deux grandes causes d'erreur à relever :

D'une part, le pouls peut persister sans diminution appréciable au-dessous d'une plaie artérielle.

D'autre part, l'abolition ou la diminution du pouls est observée en dehors de toute plaie des vaisseaux.

Examinons en détail, ces deux propositions :

1° *Le pouls est normal malgré la plaie artérielle.* — J'ai communiqué, le 16 janvier 1918, trois observations de ce genre à la Société de chirurgie : dans deux observations, le pouls était simplement un peu diminué, dans la troisième, il était égal à celui du côté opposé. Ces trois cas comprenaient : une section complète et deux plaies latérales. J'ai invoqué, pour expliquer la persistance du pouls, la permanence de la perméabilité vasculaire dans les plaies latérales, et, dans la section complète, le rétablissement très rapide de la circulation par les collatérales.

Je ne me suis d'ailleurs pas fié à la seule impression que fournissait le palper de l'artère. Dans un cas typique de plaie de l'humérale, j'ai prié M. G. Dumas de prendre la tension avec l'*appareil de Pachon*, dont l'emploi, en pareille circonstance ne saurait être trop recommandé. Au poignet gauche (côté intéressé), les oscillations se produisent de 11 à 6, avec maximum à 9. Du côté droit, elles vont de 21 à 7, avec maximum à 13. Elles sont beaucoup plus amples du côté sain. Ces indications ont été précieuses, car elles marquent beaucoup plus de différence qu'on n'en avait trouvé à la palpation des radiales.

M. Jeanneney, auteur d'intéressants travaux sur l'oscillomètre de Pachon, a eu également l'occasion (*Progrès méd.*, 6 juillet 1918), d'étudier avec cet appareil le pouls au-dessous de plaies vasculaires. Le signe de l'oscillomètre était positif dans 84 p. 100 des cas, négatif dans 16 p. 100. Encore l'auteur fait-il observer que ces cas négatifs se rapportent à des lésions d'artères relativement petites, les tibiales par exemple. Dans une seule observation, il a constaté ce fait étonnant que la courbe oscillométrique était plus grande du côté où l'humérale était sectionnée d'une façon complète que du côté indemne.

Donc, on peut dire que, pratiquement, la diminution ou la disparition des oscillations au Pachon donne de très fortes présomptions en faveur de l'atteinte artérielle, et que la similitude des courbes prises de chaque côté indique la probabilité, mais non pas la certitude, de l'intégrité vasculaire. Et retenons que, si l'appréciation digitale du pouls ne fournit que des différences minimes et par cela même douteuses, il faut employer l'oscillomètre, dont les indications ont une précision beaucoup plus grande.

2° *L'abolition ou la diminution du pouls n'est pas due à une plaie artérielle.* — Voici maintenant une plaie qui croise un paquet vasculo-nerveux. Le sang ne coule pas, il n'y a pas trace d'hématome, mais le pouls n'est pas perceptible au-dessous de la lésion. Affirmerons-nous, cette fois, que la plaie vasculaire sèche n'est pas douteuse? Nullement, car deux autres lésions sont capables de donner de pareils symptômes : la contusion et le spasme artériel.

a. La *contusion artérielle* avec rupture plus ou moins complète des tuniques provoque l'arrêt de la circulation dans le tronc intéressé ; c'est là une notion classique, sur laquelle nous n'avons pas à insister.

Le diagnostic avec la plaie vasculaire sèche est à peu près impossible. Dans la contusion, dont les effets se font sentir plus loin en raison des thromboses étendues et des embolies possibles, les phénomènes cliniques s'accusent plus rapidement; la suppression du pouls est plus radicale ; des suffusions ecchymotiques se montrent à distance ; la gangrène est plus fréquente. Mais il ne faut jamais attendre que cette évolution se produise, et, au début tout au moins, le seul moyen de diagnostic certain, c'est la découverte chirurgicale et l'examen direct du vaisseau.

b. On peut en dire autant pour ce qui concerne le diagnostic de cet état si curieux que Viannay (de Saint-Etienne) a décrit le premier (1), sous le nom de *stupeur* artérielle, que j'avais nommé *inhibition segmentaire*, et qu'il est plus juste d'appeler *spasme artériel* (c'est, en effet, ce dernier terme qui paraît être adopté partout à l'heure actuelle).

Dans le spasme artériel, le vaisseau est anatomiquement indemne ; il ne présente ni plaie, ni rupture de tunique, ni coagulation de sang dans sa lumière. Il est simplement contracté, réduit de volume au niveau où a porté le traumatisme, et cette diminution de calibre empêche totalement ou partiellement le passage du sang. Il est fort probable qu'ici encore, il faut invoquer l'action du sympatique périartériel ; le corps vulnérant n'a pas atteint l'artère, mais seulement les plexus nerveux qui l'entourent ; et il se produit exactement ce qui se produit dans la sympathectomie que Leriche réalise en dénudant l'artère : un spasme violent du vaisseau sur une hauteur variable.

Le spasme est suffisant pour supprimer les pulsations en aval ou pour les rendre plus faibles, et il dure parfois assez longtemps pour faire croire à une lésion anatomique grave, rupture ou plaie vasculaire sèche. Comme on ne peut pas attendre que l'évolution tranche le diagnostic, car ce serait là une imprudence, force est donc de recourir, ici encore, à l'exposition du vaisseau. Il n'y a pas, en somme, de signe clinique permettant, dans les heures qui suivent le traumatisme, de différencier le spasme artériel de la plaie vasculaire sèche. On peut seulement songer qu'il y a plus de probabilités en faveur de la plaie sèche, parce que cette lésion est infiniment plus fréquente que le spasme. Mais la certitude ne peut être fournie que par l'intervention.

C. Douleur et paralysie. — M. Sencert pense que les plaies vasculaires sèches peuvent être révélées par deux signes : l'impotence fonctionnelle du membre et la douleur. Il est classique, en effet, d'admettre que la ligature d'un gros tronc artériel détermine, dans certaines conditions, de la paralysie, et il y a longtemps que l'on a décrit la claudication intermittente par oblitération artérielle.

(1) Lorsque, en juin 1918, j'ai fait, à la Société de chirurgie, ma communication sur l'inhibition segmentaire des artères, j'ignorais le travail antérieur de mon ami Viannay. C'est à lui, incontestablement, que revient la priorité. Je suis heureux de le faire remarquer ici.

Mais les signes de paralysie, aussi bien que les signes douloureux, ont été souvent en défaut, ou encore ont perdu toute valeur parce qu'il existait, en même temps que la lésion artérielle, des lésions des nerfs voisins. Au membre supérieur surtout, il est bien difficile de savoir si l'impotence n'est pas due à des lésions du cubital et du médian, comme j'en ai observé des exemples chez plusieurs blessés. Au membre inférieur, la différenciation est plus aisée, s'il s'agit, d'une part, de la fémorale commune, et, d'autre part, des muscles innervés par le sciatique.

Mais, je le répète, la paralysie dans la lésion isolée d'un tronc artériel est loin d'être constante. Un de mes opérés fait à pied, très aisément et sans souffrances, 400 mètres pour se rendre au poste de secours : l'opération permet de découvrir une double plaie sèche de l'artère et de la veine fémorales sous l'arcade crurale.

Quant aux troubles de la sensibilité en rapport avec l'atteinte isolée des vaisseaux, ils existent souvent, mais plutôt vagues, atténués. Si je mets à part un soldat qui souffrait atrocement du fait de son oblitération fémorale, je n'ai relevé que des sensations de pesanteur, des fourmillements.

On peut conclure que la douleur et la paralysie sont à coup sûr des signes intéressants à noter, mais que leur valeur diagnostique est assez réduite.

D. Refroidissement du membre. — Ce signe est exceptionnel. Je ne l'ai noté qu'une seule fois sur une vingtaine de plaies sèches. Nous avons vu, d'ailleurs, que l'oscillomètre indique généralement la persistance d'une pression sanguine dans le segment de membre sous-jacent.

C'est qu'il n'y a pas, ici, d'infiltration de sang, pas d'hématome, et, par suite, pas de compression des collatérales.

En résumé, aucun des signes cliniques que nous venons de passer en revue n'est infaillible. Quand il y a doute, le seul moyen d'être renseigné exactement sur l'état des vaisseaux dans une plaie, c'est l'exploration chirurgicale.

Evolution. Complications. — Un gros tronc vasculaire a été ouvert, et le sang, pendant le temps qui s'est écoulé depuis la blessure, n'a pas coulé. Que peut-il advenir de ce vaisseau? Comment se comportera le segment de membre sous-jacent à la plaie sèche?

Quatre modes de terminaison ont été observés.

A. Guérison spontanée. — La guérison spontanée des plaies vasculaires sèches est possible : des exemples probants en ont été publiés. C'est ainsi que Fasano, au Congrès italien de chirurgie de 1919, rapporte l'observation d'un homme chez qui on découvrit, longtemps après la blessure, une section de l'artère axillaire à l'occasion d'une recherche de lésion sur le plexus brachial; le vaisseau était solidement cicatrisé, l'hémostase était aussi définitive qu'après une ligature.

Cette constatation, et d'autres pareilles, donnent à penser que nombre de plaies sèches ont été à jamais méconnues. La condition de cette latence assez durable pour conduire à la guérison est l'*asepsie*, au moins relative, de la lésion. Toute infection atteignant le vaisseau a les plus grandes chances de déterminer une hémorragie tardive ou plutôt retardée.

B. Hémorragie retardée. — L'hémorragie est le plus grave des dangers qui menacent un porteur de plaie vasculaire sèche : la cause qui empêchait l'issue du sang venant tout à coup à faire défaut, la plaie cesse d'être une plaie sèche. C'est, tantôt un corps étranger qui, primitivement fiché dans une paroi veineuse, se déplace; tantôt, un bouchon cruorique que chasse de la lumière vasculaire une poussée artérielle; tantôt, une paroi dilacérée et contuse qui se sphacèle ou s'infecte.

L'hémorragie externe qui se produit alors est plus ou moins tardive. Quelquefois la plaie n'est restée sèche qu'un temps très court. J'ai vu deux blessés, classés au poste de secours parmi les blessés légers parce qu'ils n'avaient aucun signe hémorragique, et qu'on avait fait asseoir dans l'auto sanitaire; ils avaient succombé à l'arrivée à l'ambulance et ils étaient baignés de sang; dans les deux cas il s'agissait de plaies de l'humérale.

Par contre, l'accident peut survenir fort longtemps après la blessure : les blessés de Kirmisson, de Planson ont eu des hémorragies après une latence de plus d'une semaine. Le degré d'infection de la plaie est ici un facteur de première importance.

C. Anévrismes diffus. — Si l'agent d'hémostase provisoire cède subitement dans une plaie profonde, sans communication directe avec l'extérieur, c'est un hématome pulsatile qui se produit. Il faut, de toute nécessité, invoquer l'existence d'une plaie vasculaire primitivement sèche pour expliquer l'apparition tardive et cependant assez brusque de certains anévrismes diffus. L'accident se produit comme dans le cas précédent, mais l'épanchement est bridé, contenu et reste interstitiel.

D. Gangrène du membre. — La gangrène est très rare, à la suite des plaies vasculaires sèches. Lorsqu'elle se produit, c'est presque toujours par lésions surajoutées (muscles, nerfs, etc.) et surtout par infection. Quand intervient ce dernier élément, la gangrène est généralement gazeuse : la lésion vasculaire ne suffit pas à la provoquer, mais en favorise certainement l'apparition. Une seule fois, dans une plaie sèche de la poplitée traitée par la ligature, j'ai vu une plaque de sphacèle de caractère nettement ischémique se montrer au niveau du pied.

Traitement. — *Toute plaie vasculaire sèche exige, dans le délai le plus bref, une intervention qui consiste à découvrir la lésion et à assurer l'hémostase définitive.* Tel est le principe universellement admis et sur lequel ont insisté, à juste titre, tous ceux qui se sont occupés de la question, MM. Duval, Potherat, Tuffier, Lenormant, Sencert, A. Martin, etc.

Mais les applications de ce principe ne sont pas toujours très simples, car il faut prendre en considération les circonstances où l'on se trouve, « l'âge » de la plaie sèche, l'importance du tronc lésé, etc.

A. Sur le lieu de l'accident. — Lorsque les circonstances permettent d'opérer sur place, dans de bonnes conditions, l'intervention immédiate est la solution la meilleure.

Pendant la guerre, mon frère et moi avions été parmi ceux qui préconisaient la création de postes chirurgicaux avancés répondant à des nécessités de ce genre. En pratique civile, les conditions sont parfois assez analogues : la chirurgie sur le lieu de l'accident n'est pas toujours possible.

Le blessé doit être alors *dirigé en toute hâte vers*

un milieu chirurgical. La question du garrot ne se pose presque plus ici. Le garrot, dont on ne peut contester les services, est cependant un pis-aller. Pendant la guerre, il fallait bien recourir à ce moyen, malgré ses inconvénients. A l'heure actuelle, les mêmes nécessités n'existent plus, et il est toujours possible de faire accompagner le blessé, dans son voyage, par une personne capable de surveiller le pansement et d'appliquer, en cas de suintement, une bande élastique.

Mais l'essentiel est de ne pas perdre de temps, et d'amener très rapidement le blessé au chirurgien.

B. DANS UN MILIEU CHIRURGICAL. — Ici, l'hémostase doit être assurée d'une façon définitive. Cependant, à ce propos, une question se pose : si la plaie est déjà ancienne, la lésion vasculaire n'est-elle pas spontanément et pour toujours cicatrisée? C'est là, question de temps. Au bout de quinze jours ou trois semaines, il vaut mieux opérer, à coup sûr, puisqu'on a eu à déplorer des hémorragies tardives. Au bout de six mois, par contre, il est bien évident, que l'opération est plus que discutable. Restent les cas intermédiaires : la seule affirmation valable, c'est que, si l'on a le moindre doute, l'exploration chirurgicale s'impose comme un acte de prudence.

On ne peut pas dire, pourtant, que la mise à nu, précoce ou non, d'un paquet vasculaire, constitue toujours un acte inoffensif et insignifiant. Dans quelques sétons par balle, sans contusion des tissus, il y a parfois avantage à toucher le moins possible aux plaies. Mais ce sont là des faits assez rares. Et de plus, les inconvénients d'une exploration vasculaire ne peuvent être mis en balance avec les graves dangers d'une lésion vasculaire non traitée. La règle est donc formelle : il faut intervenir. De quelle façon?

Dans la plupart des cas, on utilise l'orifice ou les orifices produits par l'agent vulnérant; il y a avantage à adopter cette conduite, qui permet de traiter non seulement les vaisseaux, mais la plaie tout entière. Mais si les orifices sont trop éloignés du trajet vasculaire, c'est par une incision particulière, aussi directe que possible, qu'on découvre les vaisseaux, en se donnant un large jour. Voici donc la plaie sèche, mise à nu. Il nous reste à savoir comment nous allons la traiter.

1° *Ligature.* — La ligature convient à la très grande majorité des plaies sèches. Pour les vaisseaux de petit calibre, elle s'impose; pour les gros troncs, elle a d'incontestables inconvénients, mais demeure souvent la seule ressource, car l'état déchiqueté et contus des parois est aussi peu favorable que possible à la suture.

Il y a des cas où l'hésitation ne peut même exister. Une humérale, par exemple, a été sectionnée totalement; la plaie date de quatre ou cinq jours; et le membre a conservé toute sa vitalité : il est certain qu'une adaptation est déjà faite. La ligature ne peut présenter que des avantages. J'ai lié sans inconvénient la carotide primitive et la jugulaire interne sectionnées.

Mais il n'est pas douteux qu'au niveau de la fémorale commune, du tronc tibio-péronier, du carrefour carotidien, la ligature est dangereuse et qu'il y a lieu, lorsque la chose est possible, de chercher à faire mieux.

2° *Suture.* — La suture est applicable aux plaies sèches des troncs « qui en valent la peine », et qui ne sont pas trop dilacérés : ceux, par exemple, qui ont été blessés par un instrument tranchant. Mais les plaies sèches à bords nets sont rares ; en chirurgie de guerre, je n'ai fait qu'une suture de plaie sèche : une veine poplitée sectionnée sur sa demi-circonférence postérieure.

Dans l'état habituel des lésions contuses, il faudrait, pour exécuter une suture correcte, exciser toute la paroi vasculaire, déchirée, recroquevillée, thrombosée. C'est dire que la suture est ici une méthode d'application restreinte.

3° *Intubation.* — On peut appliquer aux plaies sèches des gros troncs artériels, quand la suture en est irréalisable, la méthode de M. Tuffier : un tube, de calibre inférieur à celui de l'artère, unit les deux bouts. Ce tube livre passage au sang, mais d'une façon réduite; de sorte qu'au moment où on l'enlève et où on lie les deux bouts (vers la 50e heure), une adaptation collatérale s'est ébauchée, et la suppression du flux artériel n'a pas été brutale. MM. P. Duval, Gatellier, et d'autres, ont obtenu par cette méthode d'excellents résultats. Il faut savoir, cependant, que la mise en place du tube n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire a priori. En outre, les opérés doivent rester sous la surveillance constante du chirurgien, car le tube peut se détacher et une hémorragie grave se produire si l'artère, dilacérée et friable, vient à céder en un point.

La ligature des deux bouts reste donc l'opération de choix pour le plus grand nombre de plaies vasculaires sèches.

BIBLIOGRAPHIE

CAMERA. Lésions des gros troncs vasculaires, *Clinica chirurgica*, juillet 1919.

CONSTANTINI et VIGOT. Traitement des blessures des gros vaisseaux du cou et de leurs branches, *Presse méd.*, 31 janv. 1918.

CONSTANTINI. Traitement des plaies des gros troncs vasculaires du cou, de l'aisselle et du médiastin sus-cardiaque, *Journ. de chir.*, t. XVI, n° 2.

CONFÉRENCE CHIRURGICALE INTERALLIÉE. *Blessures des vaisseaux*, Paris, 14-19 mai 1917.

DE FOURMESTRAUX. Quatre observations de plaies étanches des vaisseaux, *Réunion médicale de la IVe armée*, 12 janv. 1917.

FASANO. Les plaies sèches des gros vaisseaux, *Congrès de la Soc. ital. de chir.*, Trieste, 2-5 oct. 1919, in *Riforma med.*, Naples, 18-25 oct. et 1er nov. 1919, p. 931.

FIOLLE. Les plaies sèches des gros vaisseaux, *Soc. de chir.*, 10 oct. 1916. Rapport de Pierre Duval. Discussion : Sencert; — Les plaies vasculaires sèches, *Journ. des prat.*, 23 déc. 1916; — Les plaies vasculaires sèches, *Revue de chir.*, 1917, nos 9 et 10; — Causes et traitements des hémorragies tardives, *Journ. des prat.*, 8 déc. 1917; — La persistance du pouls périphérique dans les plaies sèches des gros troncs artériels, *Soc. de chir.*, 22 janv. 1918. Rapport de Pierre Duval; — Le garrot, *Journ. des prat.*, 13 avril 1918; — L'inhibition segmentaire des artères, *Soc. de chir.*, 5 juin 1918. Rapport de Pierre Duval; — Sur neuf observations personnelles de plaies vasculaires sèches, *Marseille méd.*, 1er juillet 1918; — Les notions nouvelles de chirurgie vasculaire, *Marseille méd.*, 1er janv. 1920.

FIOLLE (en collaboration avec J. DELMAS). *La Découverte des vaisseaux profonds par des voies d'accès larges.* Un volume, Masson, édit.

JEANNENEY. Oscillomètre et lésions artérielles traumatiques, *Progrès méd.*, 6 juillet 1918.

KIRMISSON. Discussion sur les plaies vasculaires sèches, *Soc. de chir.*, 1916.

LAPOINTE. L'extraction sous écran des projectiles à situation variable, *Presse méd.*, 5 juillet 1917.

LECÈNE. *Précis de pathologie chirurgicale des neuf agrégés*, 1920, 3e édition, Masson, édit.

LERICHE. La sympathectomie péri-artérielle, *Presse méd.*, 1917.
LENORMANT. Sur les plaies sèches des vaisseaux, *Soc. de chir.*, 8 nov. 1916. Observation de Planson.
MAKINS. Les lésions vasculaires dans les blessures de guerre, *Brit. Journ. of surg.*, 1916, n° 11.
MARTIN (André). Les plaies sèches des artères, *Réunion médico-chirurgicale de la IIIe armée*, 19 juillet 1917, in *Presse méd.*, 6 août 1917.
MAURER. Les plaies vasculaires de la face, du cou et des membres dans les formations sanitaires de l'avant, *Th. de Paris*, 1918.
OKINCZYC. Les plaies vasculaires en chirurgie de guerre, *Journ. de chir.*, 1917-1918, n° 5.
POTHERAT. Plaies des vaisseaux, *Réunion médicale de la IVe armée*, juillet 1916; — Les plaies étanches des gros vaisseaux, *Soc. de chir.*, 15 nov. 1916. Discussion : Routier, Bazy, Tuffier, Duval.
REVEL. La prophylaxie des hémorragies secondaires par l'exploration systématique d'emblée et directe des gros troncs vasculaires, *Presse méd.*, 6 déc. 1917.
SENCERT. *Les Blessures des vaisseaux*. Un volume, « Collection Horizon », Masson, édit.; — *Lyon chir.*, 1917; — Les blessures des gros troncs vasculaires de la base du cou et leur traitement chirurgical, *Journ. de chir.*, 1918, t. XV.
VEAU. La stupeur artérielle. Rapport à la *Soc. de chir.* sur des observations de Viannay, Lacoste et Ferrier, 17 juillet 1918.
VIANNAY. Stupeur artérielle, in *Conférences à l'hôpital de Bouleuse*, 1917.
ZWIRN. Plaie sèche de la fémorale par balle dans la pratique civile. Ligature. Guérison, *Marseille méd.*, 15 sept. 1919.

CANCER & OPOTHÉRAPIE

Par le Dr NAAMÉ (de Tunis).

J'ai publié, en 1919, un petit volume sur la pathogénie et le traitement du cancer (1).

Selon ma conception, celui-ci tient d'une part à une nutrition déficitaire locale, et d'autre part à une viciation des sécrétions glandulaires, dites eutrophiantes.

D'après cette conception, l'opothérapie aura pour double but de combattre la viciation sécrétoire des glandes, cause de l'anarchie cellulaire, ainsi que l'hypocytopoïèse locale, cause de la détermination du siège du cancer.

Ce qui amène à dire que les sécrétions glandulaires intactes assurent l'harmonie entre la cytolyse et la cytopoïèse et donnent naissance à des cellules normales, tandis que leur viciation rompt cette harmonie et provoque la formation de cellules atypiques ou cancéreuses.

Autrement dit, et pour schématiser ma pensée, à de bonnes sécrétions correspondent des cellules normales, et à des sécrétions viciées, des cellules atypiques.

Cette conception explique la récidive opératoire, l'opération ne pouvant supprimer la dyseutrophie glandulaire, la cachexie cancéreuse, celle-ci étant simplement glandulaire et assimilable jusqu'à un certain point à une cachexie paludéenne ou strumiprive. D'ailleurs, les cas de guérison par l'opothérapie que je rapporte appuient fortement ma thèse.

Dans ma *Dyscytogenèse*, j'ai signalé deux cas de guérison du cancer du sein où tous les symptômes cliniques dénotaient un néoplasme malin. L'opothérapie thyro-mammaire a agi efficacement et guéri mes deux malades. Mais on m'a objecté l'absence d'examen histologique; il m'était difficile d'exiger une biopsie, d'autant qu'il s'agissait d'un néoplasme à son début et qu'une ablation avait été décidée par le chirurgien.

(1) La *Dyscytogenèse ou cancer*. Maloine et fils, Paris.

Voici deux observations de cancer de la face, chez deux vieilles femmes, traitées et guéries par l'opothérapie thyro-*ovarienne*. L'examen histologique en a été obligeamment fait par M. Ch. Nicolle, l'éminent directeur de l'Institut Pasteur de Tunis. Et je me hâte d'ajouter que si j'avais eu à soigner deux vieillards, j'aurais employé l'opothérapie thyro-*orchitique*.

*
* *

OBSERVATION I. — Femme sicilienne, âgée de 80 ans (fig. 1, 2 et 3). Présente depuis un an, dit-elle, au niveau de l'espace

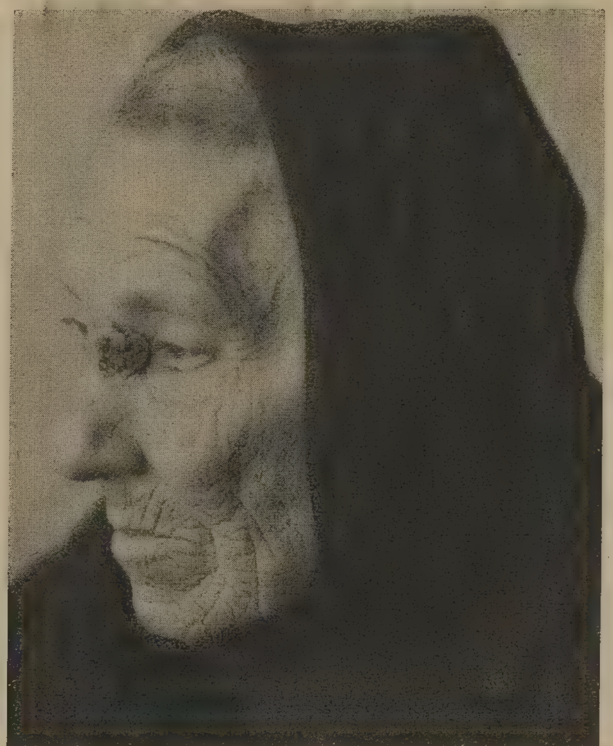


FIG 1. — Épithélioma pavimenteux lobulé corné.

naso-oculaire gauche, une tumeur sessile, épanouie en chou-fleur, à bords élevés et contournés.

Je la vois le 18 janvier 1920 et la soumets à l'opothérapie thyro-ovarienne, à la dose de 60 cgr. de thyroïdine et 3 gr. d'ovarine, en 4 cachets, à prendre 2 le matin et autant le soir, avant les repas.

Le 15 avril suivant, un tiers de la tumeur, du côté du nez était cicatrisé, mais celle-ci s'est avancée et a envahi légèrement les deux paupières; la conjonctive oculaire est devenue rouge et s'est tuméfiée.

Cette évolution capricieuse m'étonne et, après enquête, j'apprends que ma malade prend irrégulièrement ses cachets, car étant pauvre, elle craint d'être trop tôt guérie et de ne plus recevoir le petit subside que je lui ai alloué. Je la tranquillise.

Le 1er mai, je baisse la dose de thyroïdine à 50 cgr., et le 1er juin à 40 cgr., en maintenant la même dose d'ovarine.

La guérison et la cicatrisation se produisirent de la façon suivante : une sorte d'eschare, s'étalant en croûte, se formait et recouvrait la tumeur. Au bout de quelques jours, l'eschare devenait de moins en moins adhérente et se détachait assez facilement; puis une autre eschare se formait et tombait, et ainsi de suite.

En juillet, ma malade, quoique amaigrie, était guérie; mais

il persistait une fistulette au coin de l'œil. Celle-ci est actuellement, en septembre 1920, complètement guérie.

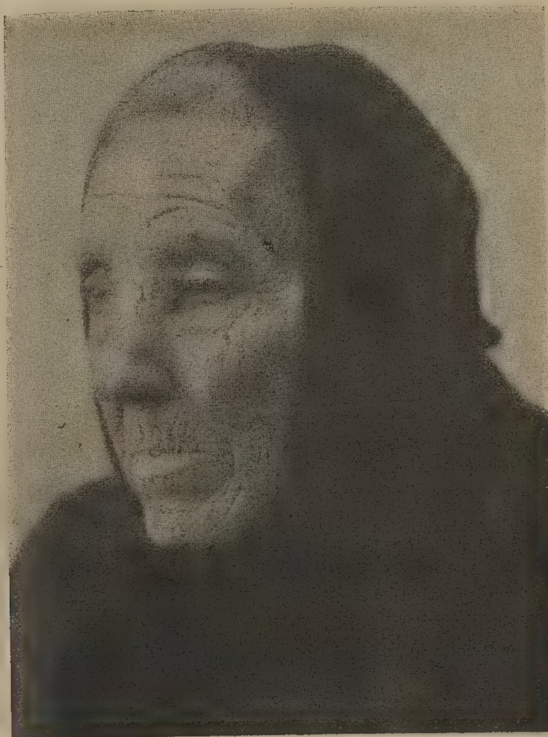


Fig. 2. — Un mois après le traitement. Présence de l'escharc.

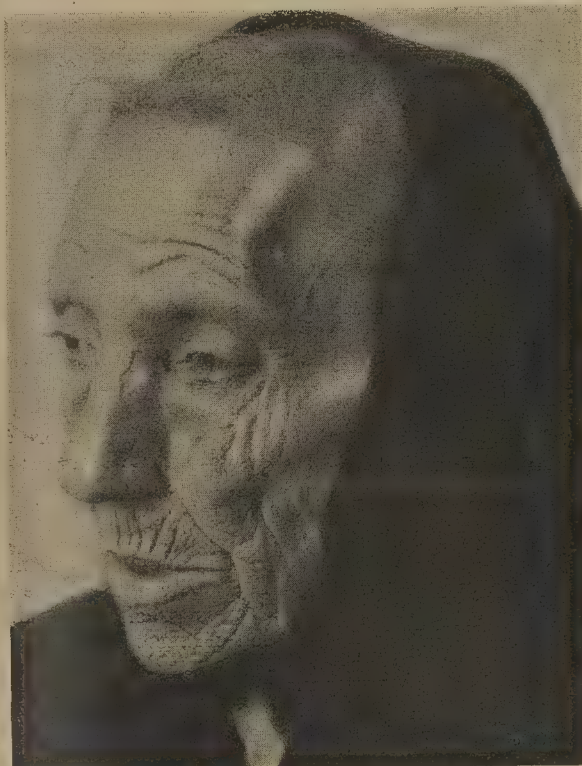


Fig. 3. — Guérison. Cicatrice lisse, nacrée.

A la place de l'ancienne tumeur, il y a une cicatrice lisse, nacrée, bordée de peau brune se détachant légèrement sur elle.

Obs. II. — Femme également sicilienne âgée de 80 ans (fig. 4 et 5). Atteinte d'une ulcération naso-frontale, à bords durs, surélevés, à contenu sanieux. Cette ulcération, suivant son dire et celui des siens, remonterait à 10 ans. Cela s'explique, car l'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma associé à des *lésions inflammatoires sous-jacentes*, celles-ci constituant un moyen de défense de l'organisme contre le cancer (Rubens-Duval).

A partir du 21 février 1920, j'ai soumis ma malade à une dose de 50 cg. de thyroïdine et 3 g. d'ovarine, en quatre



Fig. 4. — Épithélioma avec lésions inflammatoires sous-jacentes.



Fig. 5. — Guérison. Cicatrice chéloïdale.

cachets, à prendre avant les repas. L'ulcération était lavée à l'eau bouillie et poudrée de thyroïdine.

Comme pour la précédente malade, des eschares en forme de croûtes, se produisaient et se détachaient successivement jusqu'à la guérison, qui eut lieu en juillet 1920.

La cicatrice est chéloïdale, un peu verruqueuse. Cela tient, très probablement, à la présence de cellules inflammatoires dans l'épithélioma.

Une dose quotidienne, comme pour la malade de la première observation, et cela à titre préventif, est administrée : 15 cg. de thyroïdine et 1g50 d'ovarine.

OBS. III. — Dame française, âgée de 83 ans, vue le 15 mai 1920. Vient de sortir de l'hôpital civil où on lui a fait une application de radium. Ignore à quelle époque remonte son mal, croyant à des hémorroïdes.

A l'examen : cancer ano-rectal ; bourgeons néoplasiques faisant saillie à l'extérieur de l'anus. Ganglions à l'aine gauche où un très gros existe. Evacuations involontaires de glaires sanguinolentes, mélangées parfois à des matières, 25 à 30 fois dans les 24 heures. Douleurs violentes. Se meut péniblement dans son lit, qu'elle garde depuis deux mois. Le suintement anal provoque au niveau de la région et dans le sillon interfessier, un intertrigo intense et de petites ulcérations.

Je l'ai soumise à l'opothérapie thyro-bilio-pancréatique, en lui donnant 6 cachets par jour, 2 avant chaque repas, de la formule suivante :

Extrait biliaire sec	0g25
Thyroïdine	0g05
Pancréatine	0g30

pour un cachet n° 6.

Au bout d'une semaine, à ma grande surprise, une amélioration s'en suivit : diminution des douleurs, évacuations réduites à 5 ou 6, et devenues volontaires ; elle se lève et fait quelques pas dans sa chambre. En juin, elle fait de petites promenades à pied. Malheureusement, elle suit très irrégulièrement le traitement, sous prétexte que son mal étant inguérissable, les médicaments ne serviront qu'à la prolonger. Néanmoins, elle se sentit assez vaillante, fin juillet, pour prendre le bateau et rentrer en France, où elle succomba deux mois plus tard.

A une prochaine occasion plus favorable, je reprendrai mon expérience.

*
* *

Il résulte de mon expérience passée et des recherches en cours, que la thyroïdine est indispensable dans le traitement de tout cancer, mais que, suivant le siège et aussi le *sexe*, il y aura lieu d'adjoindre la mammelline, la surrénaline, l'*ovarine* ou l'*orchitine*, etc.

Je me hâte d'ajouter que la symptomatologie glandulaire — tel que je l'ai établi pour le cancer du sein — présentée par les différents néoplasmes, déterminera l'emploi de tel ou tel extrait organique, c'est-à-dire que la mammelline, par exemple, pourrait être indiquée en dehors du cancer du sein, et la surrénaline en dehors d'un néoplasme surrénal. J'espère pouvoir en fournir la démonstration prochainement.

En somme, il s'agit d'user d'intuition pour, en faisant de l'endocrinologie clinique, aboutir par l'opothérapie à une heureuse application thérapeutique.

La reproduction expérimentale du cancer serait à souhaiter, mais s'il est facile de créer une méiopragie locale, il n'est pas possible actuellement de provoquer une altération des sécrétions glandulaires.

Néanmoins, si l'opothérapie maintient et étend ses succès, la reproduction expérimentale du cancer n'aura que moins d'intérêt pratique.

Enfin, j'ai lu avec infiniment d'intérêt le compte rendu des recherches expérimentales de Korenchevsky (*Société belge de biologie*, 23 mai 1920), sur le rôle des glandes endocrines et l'action de leurs extraits sur la genèse et l'évolution du cancer.

Je regrette qu'il n'ait pas fait mention de mes recherches, dont je tiens à marquer ici la priorité. En effet, c'est au début de 1919 que j'ai développé, avec des arguments cliniques et thérapeutiques, ma conception glandulaire de la genèse et de la guérison du cancer (1).

(1) Voir *Dyscytogenèse*, chap. I.

P. S. — Le professeur R. G. Hoskins (de Baltimore) avec qui je fais partie de « The Association for the study of internal secretions », et qui m'a fait l'honneur d'analyser mes travaux sur le cancer, dans *Endocrinology*, est au courant de mes dernières recherches.

Malgré la symptomatologie caractéristique du cancer, et en dépit de la grande autorité du Dr Ch. Nicolle, qui a porté le diagnostic *histologique* d'épithélioma, je me suis laissé prendre au scrupule de R. G. Hoskins, qui a cru pouvoir diagnostiquer une syphilide de la face, et j'ai fait faire la réaction de Wassermann, laquelle se montra négative.

Mais, je me sépare nettement de lui, quand il déclare que l'extrait thyroïdien, par sa contenance en iode, a été susceptible d'influencer favorablement la soi-disant syphilis de mes malades.

Voici, en effet, ce qu'il m'a écrit : « ...is led to suspect that you are dealing not with a cancer but with a syphilide which responded favorably to iodine medication in the thyroïd material utilized. »

J'aurais donc, sans le savoir, découvert une thyroïdothérapie antisyphylitique !

Enfin, le professeur Sajous (de Philadelphie) m'a fait savoir par R. G. Hoskins que ses travaux sont antérieurs aux miens. Mais Sajous a une théorie *surrénale* des néoplasmes. Il les traite par l'adrénaline *in situ*, ou bien, concurremment au radium ou aux rayons X, il administre l'extrait surrénal et celui thyroïdien (1).

Comme on le voit, ma conception, plutôt *thyroïdienne associée*, diffère notablement de la sienne, d'autant que la mienne a à son actif des cas de guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1921)

Diabète et glycémie. — MM. H. BIERRY et F. RATHERY. Des recherches faites sur 45 diabétiques, les auteurs tirent les conclusions suivantes : 1° chaque diabétique a un indice glycémique de tolérance qui lui est propre ; 2° un chiffre élevé de cet indice est en rapport avec un pronostic réservé ; 3° la valeur de l'indice glycémique protéidique qui n'avait pas été envisagée jusqu'ici, paraît revêtir un intérêt tout particulier ; 4° l'étude de l'indice glycémique donne le moyen de suivre des modalités de diabète que le simple examen des urines ne permet pas d'envisager. Dans la pratique courante, une seule prise de sang, faite dans les conditions précitées, permet de caractériser l'indice glycémique de tolérance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1921)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de M. Bourquelot, et, en signe de deuil, lève la séance.

(1) SAJOUS. *Internal Secretions and principles of medicine*, 1920, vol. II, p. 1413 et 1831. — Ce sont les Etablissements Carnrick (de New-York), qui, très obligeamment en janvier 1921, m'ont fait un envoi gracieux du beau livre de Sajous. Je remercie vivement M. Carnrick de sa délicate attention.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1921)

Sclérodermie généralisée. Influence du froid. Amélioration par le réchauffement continu. — MM. H. DUFOUR et M. DEBRAY présentent une malade de 28 ans atteinte de sclérodermie du type généralisé, se traduisant : 1° par l'existence de déformations des doigts, qui sont effilés, recourbés par rétraction des tendons fléchisseurs, porteurs d'ulcérations cicatrisées ; 2° par un état de sclérème et d'œdème dur des avant-bras, lesquels étaient enserrés comme dans une gaine de cuir lisse et sans souplesse ; 3e par une multitude de télangiectasies de la face éparpillées sous forme de macules vasculaires, tellement nombreuses qu'on croirait, à distance, à l'existence d'une éruption ; 4° par l'amincissement des tissus et du nez. Rapprochant cette sclérodermie de ce que l'on observe chez les prématurés et les débiles atteints de sclérème et d'œdème des nouveau-nés et appliquant le traitement qu'en 1908, l'un des auteurs (H. Dufour) a préconisé, en pareil cas, lequel a eu pour résultat, de rayer ce syndrome de la pathologie du nourrisson, les auteurs ont tenu enveloppés, les avant-bras de leur malade, dans de l'ouate recouverte de taffetas gommé. Ce réchauffement continu a transformé l'état des téguments ainsi soustraits à la déperdition de calorique. La peau a repris sa souplesse normale ; c'est là un nouvel exemple de l'influence du froid sur la genèse de certains syndromes.

Arrêt de certains hoquets par compression d'un nerf, qui paraît être la 5e racine cervicale gauche. — M. Clovis VINCENT. Dans deux cas de hoquet graves, dont l'un incoercible et certainement organique, l'auteur a pu arrêter instantanément la crise, si violente soit-elle, par compression d'une branche nerveuse qui a la situation anatomique de la 5e racine cervicale gauche. On n'est sûr que cette racine a bien été atteinte que si le sujet accuse, en même temps, une sensation douloureuse dans le pouce gauche. Le repère anatomique le meilleur est constitué par l'hiatus interscalénique et la première côte.

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1921)

Zona de la région anale. Début de méningite aiguë. Polynucléose puis lymphocytose rachidiennes. — MM. L. RÉNON et BLAMOUTIER ont observé un cas de zona rigoureusement localisé autour de la marge de l'anus avec intensité anormale des signes méningés ayant précédé l'apparition du zona formant un vrai syndrome de méningite aiguë (rachialgie, signe de Kernig, exagération des réflexes tendineux). La leucocytose rachidienne qui n'existait pas au début de l'affection s'est développée par la suite ; la lymphocytose qui succéda à la polynucléose persista trois mois après la guérison du zona.

Syphilis de la région du mésencéphale et du mésocéphale simulant l'encéphalite épidémique. — MM. G. GUILLAIN, JACQUET et LÉCHELLE insistent sur la tendance actuellement trop fréquente, en présence des syndromes nerveux les plus divers, de diagnostiquer l'encéphalite épidémique; ils se demandent si l'on n'exagère pas parfois les formes monosymptomatiques de l'affection De tels diagnostics cliniques trop faciles, souvent en l'absence d'une réaction biologique spécifique, peuvent conduire à des erreurs de thérapeutique. Même dans les cas où les paralysies oculaires existent, l'éventualité de la syphilis du névraxe doit être envisagée. C'est ce que démontre l'observation d'une malade qui s'améliora progressivement par le traitement arsenical et mercuriel.

Réaction méningée syphilitique secondaire avec troubles mésocéphaliques simulant l'encéphalite léthargique. — MM. G. GUILLAIN, JACQUET et LÉCHELLE présentent un malade atteint de troubles rappelant l'encéphalite épidémique : léger ptosis, paresthésie dans le domaine du trijumeau, troubles objectifs de la sensibilité dans l'hémiface gauche, douleurs céphaliques, asthénie physique. L'ensemble symptomatique peut être rapporté à la spécificité secondaire ainsi qu'en témoigne l'analyse du liquide céphalo-rachidien montrant une hyperalbuminose, une lymphocytose très accentuée, une réaction de Wassermann positive, une réaction du benjoin colloïdal positive. De plus, la réaction de Wassermann est positive dans le sang. Le malade a eu un accident primitif il y a quatre mois pour lequel un traitement arsenical a été commencé et non continué. Les auteurs considèrent que ce cas doit inciter toujours aux enquêtes les plus minutieuses, aux investigations les plus complètes avant de conclure d'emblée à l'existence de l'encéphalite épidémique.

Péricardite urémique avec frottement dorsal terminée par guérison. — MM. A. CHAUFFARD et J. HUBER rapportent l'observation d'une malade âgée de 33 ans ayant présenté, au cours d'une néphrite chronique et d'une tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit, une péricardite sèche avec frottement dorsal transmis sous l'oreille jusqu'au niveau de l'aisselle droite. Les auteurs attirent l'attention sur le fait tout à fait exceptionnel que leur malade a guéri de sa péricardite comme l'examen histologique a permis ultérieurement de le vérifier. En outre l'autopsie a montré que le cœur n'était pas hypertrophié, condition qui, jusque-là, semblait nécessaire à la production dorsale des frottements péricardiques. La condensation pulmonaire liée à l'évolution tuberculeuse réalisait à elle seule dans ce cas la propagation du frottement; l'absence d'hypertrophie du cœur semblant devoir être due à la nature tuberculeuse de la néphrite.

Kystes hydatiques multiples du foie. — MM. COYON et DE MASSARY rapportent l'observation d'un jeune homme de 25 ans atteint de neuf kystes hydatiques volumineux du foie ayant évolué silencieusement et découverts à l'occasion d'un accident pleural d'origine bacillaire. Le cas est intéressant en raison de cette multiplicité de grosses poches kystiques et surtout par la constatation extrêmement nette du frémissement hydatique à la percussion de l'une des plus superficielles. A l'opération ce kyste frémissant contenait des vésicules filles abondantes et un liquide très hypertendu tandis que ses deux voisins qui ne renfermaient rien de semblable ne donnaient aucun frémissement à l'examen clinique. Même rapprochement fut fait pour un autre kyste plus profond énuclé en entier par le chirurgien.

Anticolloïdoclasie sérique par le carbonate de soude intraveineux. — MM. SICARD et PARAF. Les sujets soumis au sérum de cheval restent à l'abri des réactions sériques si l'injection de carbonate a précédé celle du sérum. Dans les cas de sensibilisation antérieure du sujet il est plus prudent de répéter l'injection carbonatée sodique pendant deux à trois jours après la dernière injection de sérum de cheval. Le carbonate de soude intraveineux est absolument inoffensif. Des recherches nous établiront si le carbonate de soude donné en ingestion ou en lavements à doses suffisantes possède les mêmes propriétés anticolloïdoclasiques préventives ou curatives que le carbonate de soude intraveineux.

L'insufflation rectale du côlon par l'acide carbonique dans l'exploration radiologique du foie et de la rate. — MM. FAURE-BEAULIEU et H. BÉCLÈRE font la critique des méthodes usitées pour augmenter la visibilité radiologique de ces organes et en particulier du pneumo-péritoine récemment préconisé qui leur paraît amener une perturbation trop brutale de la statique des viscères abdominaux. Ils exposent les résultats favorables que leur a donné l'insufflation rectale du côlon faite non avec l'air ou l'oxygène selon la technique habituelle mais avec l'acide carbonique. Le gaz injecté est alors si rapidement résorbé que l'on n'a pas à craindre les inconvénients qui peuvent résulter de la rétention d'une masse gazeuse sous forte pression quand l'évacuation colique pour une raison quelconque se trouve gênée. Tous les malades ainsi explorés provenaient d'une consultation d'hôpital ; chacun d'eux le matin même où il était venu consulter a pu extemporanément subir l'exploration radiologique et s'en retourner aussitôt chez lui exempt de tout malaise imputable aux manœuvres auxquelles il venait d'être soumis, c'est dire toute la simplicité, l'innocuité et la rapidité de la méthode.

Présentation d'un sphygmométrographe. — M. AMBLARD (présenté par M. QUEYRAT) présente un appareil destiné à

l'étude du pouls sous des contrepressions variables et mesurées et à la mesure clinique des tensions artérielles maxima et minima d'une façon très précise par la méthode de l'auteur dite « des oscillations » corrigée par un brassard spécial. Les notations sont obtenues par l'étude visuelle des oscillations d'une aiguille manométrique et fixées par un dispositif inscripteur qui en assure la conservation et élimine toute erreur dans l'appréciation des chiffres enregistrés.

Des relations étiologiques entre l'encéphalite léthargique et le hoquet épidémique. — M. LEMOINE (de Lille).

Traitement de l'asthme par la vaccinothérapie. — M. J. MINET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1921)

M. LE PRÉSIDENT POTHERAT, en prenant possession du fauteuil, remercie ses collègues du grand honneur qu'ils lui ont fait, et rend un légitime hommage à son prédécesseur, M. Lejars, qui a apporté dans ses fonctions, un tact, une conscience, une impartialité dont on ne saurait trop le louer. M. le Secrétaire général et MM. les Secrétaires annuels ont reçu leur part de félicitations.

M. LE PRÉSIDENT croit être l'interprète de ses collègues, en félicitant M. Bazy, de son élection à l'Académie des sciences, en remplacement de son maître Guyon.

M. BAZY, en remerciant M. le Président, fait observer qu'il s'estime heureux que cette place, à laquelle il a été appelé, soit, de nouveau, occupée par un chirurgien.

Le vaccin de Delbet. — M. DELBET fait un rapport verbal, sur trois communications de MM. Miriel (de Clamart), Philippe et Lebouc qui ont obtenu d'excellents résultats de l'emploi de la vaccinothérapie dans le traitement de diverses infections : appendicite à chaud, phlegmons diffus, anthrax, qui ont toutes été guéries, en quelques jours, après trois injections et sans aucune intervention chirurgicale.

Un cas de tétanos au Creusot. — M. LAPOINTE fait un rapport sur une très intéressante observation de M. Lagoutte (du Creusot). Il s'agit d'un cas de tétanos mortel, survenu chez un garçon de 20 ans, après une blessure dans les ateliers. M. Lagoutte n'a jamais fait de sérothérapie préventive au Creusot. Or, sur 100.000 blessés, tous blessés à l'atelier, il n'a pas eu à constater un seul cas de tétanos, ce qu'il explique par ce fait que, d'abord, il s'agit de blessures à l'atelier et non à la ville ou dans un champ et qu'ensuite tous ces blessés, sans exception, ont reçu les soins chirurgicaux immédiats qui s'imposaient. Cet unique cas de tétanos observé chez un garçon qui, avant de venir à l'atelier, avait peut-être travaillé à la terre, va-t-il pousser M. Lagoutte à changer sa manière de faire? cela est possible. Quoi qu'il en soit, il paraît prouvé qu'il n'y a pas lieu d'ériger la sérothérapie préventive du tétanos en méthode générale et que l'acte chirurgical précoce et opportun conserve toute sa valeur pour empêcher l'infection tétanigène.

Occlusion intestinale. — M. LAPOINTE fait un second rapport sur une observation d'occlusion intestinale, consécutive à un décollement épiploïque pour une gastro-entérostomie, adressée également par M. Lagoutte.

Cette observation a donné lieu à une discussion assez confuse à laquelle prennent part MM. Savariaud, Dujarier, Duval, Lardennois, Souligoux, Lapointe, Hartmann.

Fracture du radius avec énucléation totale du semi-lunaire. — M. JACOB fait un rapport sur une observation de M. Courty. Il s'agit d'un jeune soldat qui, dans une partie de football, tombe sur la main. Il en résulte une fracture du radius. Le poignet reste gonflé et la radioscopie montre que le semi-lunaire se trouve sur la face antérieure du radius. Il fallut enlever ce semi-lunaire et un fragment supérieur du scaphoïde.

M. Jacob rapproche de ce fait, un autre fait absolument superposable, adressé par MM. Hardy et Cenoy ; il s'agit dans ces deux cas d'énucléation vraie du semi-lunaire, affection très rare.

L'épilepsie traumatique. — M. LENORMANT revient sur ce sujet, à propos de l'observation de M. Tuffier, dans laquelle la trépanation a produit une amélioration considérable et durable.

De ce fait, M. Lenormant rapproche une observation de M. Julliard (de Genève), dans laquelle il s'agit de crises épileptiformes spontanées, attribuées à la présence d'une tumeur cérébrale : une jeune fille de 16 ans est atteinte de crises épileptiformes ; celles-ci, vont en augmentant et deviennent subintrantes. La ponction lombaire ne donne aucun résultat. On trépane en pleine crise de haut mal. Il s'agit donc, ici, d'une trépanation décompressive. Il n'y a plus eu de crises depuis 8 mois.

Ces faits semblent bien en faveur de l'intervention dans les cas de crises répétées d'épilepsie jacksonienne.

M. SAVARIAUD rapporte le fait suivant : Un permissionnaire est bousculé par un taxi-auto. Il semble avoir été peu atteint, rentre chez lui. Il meurt dans la nuit, en pleine crise épileptique. La veuve fait un procès à la Compagnie des taxis. Mais celle-ci provoque une enquête, d'où il résulte que cet homme, trois ans auparavant, avait reçu, dans le crâne, un éclat d'obus. Que faut-il accuser de la mort, cet ancien éclat d'obus ou le taxi?

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1921)

Recherches analytiques sur la composition en corps gras et lipoïdes des antigènes employés dans la réaction de Wassermann. — M. P. LEMELAND : 1° La composition en lipoïdes d'antigènes préparés par la même méthode, à partir de matériaux supposés comparables, est extrêmement variable;

2° L'antigène le meilleur a la plus forte teneur en cholestérine. Dans les antigènes examinés la cholestérine est presque entièrement à l'état libre;

3° La quantité de substances insaponifiables autres que la cholestérine, et non précipitables par la digitonine (X Substanzen de Kumagawa et Suto) est d'autant plus grande par rapport à la cholestérine totale, que l'antigène est plus mauvais. Les rapports sont en effet de 2,2, — 2,1, — 1,6, — 0,81;

4° Les teneurs en acides gras présents à l'état de savons varient beaucoup, suivant la qualité des antigènes;

5° La valeur d'un antigène est déterminée bien moins par la quantité absolue des différents lipoïdes qu'il contient, que par les rapports quantitatifs qui existent entre certains d'entre eux.

Action anticoagulante des injections intra-veineuse d'arsénobenzènes. — MM. Ch. FLANDIN et A. TZANCK. L'injection intra-veineuse d'une dose thérapeutique d'arsénobenzène abaisse immédiatement le temps de coagulation pour un temps variant de 1 à 24 heures.

Cette action anticoagulante ne paraît pas fonction de la dose injectée. Elle semble sans rapports avec les accidents cliniques consécutifs à l'arsénothérapie non plus qu'avec les signes de la crise hémoclasique.

L'injection sous-cutanée n'a pas cette action.

Incoagulabilité in vitro par les arsénobenzènes. — M. A. TZANCK. L'addition au sang au moment où il est recueilli, d'une dose, même très minime d'un composé arsenical organique, amène une incoagulabilité de ce sang prolongée ou définitive suivant les doses. Les applications de ce fait en clinique et au laboratoire peuvent être nombreuses.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 3 février. — Question donnée : « Anatomie macroscopique du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal. — La colique hépatique. »

MM. Larget, 16 + 22 = 38; Chevallier, 12 1/2 + 24 = 36 1/2; Lonjumeau, 15 1/2 + 16 = 31 1/2; Duchon, 13 + 18 = 31; Marty, 12 + 17 = 29; Valière-Vialeix, 17 + 25 = 42; Marassi, 14 + 19 = 33; Mme Génin, 14 + 20 = 34; MM. Rousseau (Pierre), 17 + 25 = 42; Laurent (Pierre), 13 + 20 = 33.

Séance du 5 février. — Question donnée : « Rapports de la trachée. — Signes, diagnostic et complications de la coqueluche. »

MM. Bouchard, 13 + 18 = 31; Grenaudier, 12 + 20 = 32; Lévy (Max), 10 + 19 = 29; Génin, 15 + 17 = 32; Vigneron, 17 + 21 = 38; Dayras, 15 + 22 = 37; Ferrier (Louis), 19 + 25 = 44; Le Chaux, 15 + 22 = 37.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Bernard, Béthoux, Mlle Déjerine, MM. Coste, Oury, Bonnecaze, Isch-Wall, Ferrier (Louis), Deroche, Lanos,

11. Denoyelle, Valière-Vialeix, Basch, Aumont, Rousseau (Pierre), Mlle Pommay, MM. Marchal, Lelong, Hermet, Théodoresco,

21. Leroux (Maurice), Desnoyers, Tisné, Périsson, Chabanier, Foucault, Ollivier (Jean), Girot, Weissmann, Broca,

31. Delmas, de Brun du Bois-Noir (Roger), Bazert, Debray, Phelippes de la Marnierre, Niel, Velti, Richon, Dujarrier; Cordey,

41. Grellety-Bosviel, Florand, Mérot, Brian-Garfield, Turpin, Courtin, Larget, Vigneron, Solente, Viollet,

51. Laurent (Marcel), Metzger, Lefèvre (Paul), Cuvigny, Hillemand, Gueullette, Godard, Walser, Aris, Vesselle,

61. Le Chaux, Lebée, Lestocquoy, Fotez, Froment, Fatou, Dayras, Bonnet (Louis), Mathieu (Pierre), Chevallier (Henri),

71. Chavany, Jousseaume.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Dauptain, Marceron, Jacquet, de Brun du Bois-Noir (Pierre), Maleysson, Lacomme, Dessaint, Ravina, Meignant, Engelhard,

11. Lefèvre (Bernard), Bayle, Ducuing, Berthon, Robin (Victor), Roullet, Leflaive, Lafourcade-Cortina, Roland, Tassin,

21. Raiga, Ameline, Castéran, Mlle Ostwalt (H.), MM. Doiteau, Ferru, Maduro, Lévy (Maurice), Durand (Paul), Béclère,

31. Huet (Léon), Wallon, Guérin, Veil (Prosper), Barreau, Mme Genin, MM. de Peretti de la Rocca, Bourdillon, Piot, Bonnot,

41. Andral, Bartet, Laurent (Pierre), Ebrard, Cocault-Duverger, Marchand, Bidermann, Marassi, Cournand, Genin,

51. Derville, Terris, Lautman, Favory, Flot, Carrega, Largeau, Blanchet, Grenaudier, Baranger (Jacques),

61. Olry, Pareux, Lonjumeau, Le Rasle, Bouthillier, Pollet, Duchon, Granet, Bouchard, Verger (Georges),

71. David, Rémy-Néris.

MM. Weill (René), Renardier et Crétin qui ont, respectivement, 36, 35, 34 points, n'ont pu être dans la liste des internes provisoires, ayant terminé leur temps réglementaire d'externat.

— *Avis.* — La liste des places vacantes pour les internes en médecine sera affichée le 10 février, celle des externes sera affichée le 15 février, à l'Administration centrale.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Le Havre. — Après concours sont nommés :

Médecins adjoints : MM. les Drs Romain, Sebald et Nadal; médecin suppléant : M. le Dr Tulasne; chirurgiens adjoints : MM. les Drs Le Nouëne et Hurel; accoucheur adjoint : M. le Dr Perrigault; accoucheur suppléant : M. le Dr Dubois; oculiste adjoint : M. le Dr Garach; oculiste suppléant : M. le Dr Percot; laryngologiste adjoint : M. le Dr Sauve.

— Marseille. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par la nomination de MM. Brahic, Zucarelli, Gros, Arnaud, Bec, Parrocel, Gautier, Crémieux et Paoli.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par

la nomination de M. Nisus, Mlles Viaud, Langlois, Griffoni, M. Sanfranchi, Mlles Bon, Jullien, Perrimond, M. Poncel, Mlle Rathelot.

— Le concours de chef de laboratoire à la Conception qui devait avoir lieu le 10 janvier, ainsi que nous l'avons annoncé en décembre, a été supprimé.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le Dr Netter, membre de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — M. le Dr Pierre Bazy, membre de l'Institut; M. le prof. Desgrez.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Moncorgé (du Mont-Dore), Plichon (de Créteil), Salmon (de Lille), Schwaab (de Paris).

MARINE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins de 1re classe Quentel, Penaud, Fournis, Veillet, Polack, Rouche.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Rendall Stanley Morton, sujet britannique et Smith, dit Halley Smith, citoyen américain.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET DE SPORT. — La Société médicale d'éducation physique et de sport, dont M. le prof. Langlois a bien voulu accepter la présidence, a tenu sa réunion constitutive le 17 janvier.

Le Conseil d'administration a été constitué de la façon suivante :

Président : M. le professeur Langlois.

Vice-présidents : MM. les Drs Boigey et Heckel.

Secrétaire général : Dr A. Richard ; trésorier : Dr Pierre Minelle.

Archiviste : Dr Garrelon.

Membres : MM. les Drs Bellin du Coteau, Cornet, J. Dedet; Dufestel, P. H. Lucas-Championnière, Mme Houdré.

La prochaine réunion aura lieu le lundi 21 février.

Pour tous renseignements écrire à M. le Dr André Richard, 53, avenue Trudaine, Paris, 9e.

JURISPRUDENCE

LES CHIRURGIENS-DENTISTES ET LA DÉLIVRANCE DE CERTAINES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

LOI DU 12 JUILLET 1916 ET DÉCRET DU 14 SEPTEMBRE 1916

Nous avons antérieurement signalé que la loi du 12 juillet 1916, relative à l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, avait été suivie d'un décret en date du 14 septembre 1916, qui dispose, dans son article 1er, que les substances vénéneuses sont, en ce qui concerne l'importation, l'achat, la vente, la détention et l'emploi, soumises à des régimes distincts selon qu'elles sont classées dans les tableaux A, B ou C annexés au décret (1).

Le Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France avait formé un recours au Conseil d'État tendant à annuler : 1° Le décret du 14 septembre 1916, dans celles de ses dispositions qui visaient les chirurgiens-dentistes; 2° un arrêté en date du 22 mai 1917 par lequel le ministre de l'Intérieur avait fixé la liste des substances vénéneuses susceptibles d'être délivrées aux chirurgiens-dentistes ou sur les ordonnances.

Le syndicat soutenait que, par ses articles 19, 17, 28, 40 et 42, le décret restreignait les droits des chirurgiens-dentistes, en ce sens notamment qu'ils ne pouvaient détenir et recevoir que certaines substances déterminées par arrêté ministériel. Il invoquait que les chirurgiens-dentistes tenaient de la loi du 30 novembre 1892, le droit d'exercer dans sa plénitude l'art dentaire ; or, la thérapeutique des affections dentaires nécessite l'emploi de tous les médicaments, et il est indispensable également que les chirurgiens-dentistes possèdent, *en nature*, certains produits portés au tableau B. D'autre part, il critiquait l'arrêté, parce qu'il ne permettait la délivrance de certains produits, aux chirurgiens-dentistes, qu'additionnés de matières colorantes, alors que cette disposition ne s'appliquait pas aux docteurs médecins. En outre, il faisait valoir que c'était en violation de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, que l'arrêté autorisait les dentistes dits *patentés*, c'est-à-dire non pourvus de diplômes, à recevoir toutes les substances figurant à l'article 3, alors que, parmi celles-ci, il s'en trouvait, comme la stovaïne et le chlorhydrate de cocaïne, qui sont destinées à l'anesthésie.

Le Conseil d'État, dans son arrêt du 24 décembre 1920, n'a pas admis la thèse du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France. Il déclare :

« *En ce qui concerne le décret du 14 septembre 1916.* Considérant que la loi du 12 juillet 1916 reproduisant, sur ce point, la loi du 15 juillet 1845, reconnaît au gouvernement, dans ses termes les plus généraux, le pouvoir de réglementer la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses ;

« Considérant qu'en disposant par ses articles 19, 28 et 40 que, parmi les substances inscrites aux tableaux A et B, les pharmaciens ne pourront délivrer aux chirurgiens-dentistes ou sur les prescriptions de ces derniers que celles qui sont énumérées par un arrêté du ministre de l'Intérieur, et en interdisant aux pharmaciens de délivrer en nature aucune des substances du tableau B, le décret du 14 septembre 1916, portant règlement d'administration publique, n'a pas excédé la limite de la délégation législative, en vertu de laquelle il est intervenu ; que, par suite, et sans qu'il soit besoin de rechercher si, comme le soutient le pourvoi, les chirurgiens-dentistes jouissaient antérieurement, par application de la loi du 30 novembre 1892, de droits plus étendus que ceux qui ressortent, pour eux, des articles ci-dessus visés, le syndicat requérant n'est pas fondé à soutenir que le décret attaqué est entaché d'excès de pouvoir :

« *En ce qui concerne l'arrêté du ministre de l'Intérieur du 22 mai 1917.* Considérant, d'une part, qu'en décidant, dans le but de protéger la santé publique, que certains collutoires ne seraient délivrés aux chirurgiens-dentistes qu'additionnés d'une matière colorante, le ministre de l'Intérieur n'a porté aucune atteinte aux droits de ces praticiens.

« Considérant, d'autre part, que s'il résulte de l'article 4 de l'arrêté attaqué que certaines substances, susceptibles d'être employées comme anesthésiques, pourront être également délivrées aux dentistes, non pourvus du diplôme institué par la loi du 30 novembre 1892, cette disposition n'a pas eu pour but et ne saurait avoir pour effet, de lever, même partiellement, l'interdiction qui est faite à ces derniers par l'article 32 de la dite loi, de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé ; qu'il suit de là, que le syndicat requérant n'est pas fondé à demander l'annulation de la disposition attaquée, comme prise en violation des prérogatives appartenant aux chirurgiens-dentistes diplômés. »

Bien que la double demande formée par le syndicat des chirurgiens-dentistes de France, ait été écartée, la décision ci-dessus rapportée contient une disposition très importante, c'est celle qui fait l'objet du dernier considérant relativement aux prérogatives appartenant aux chirurgiens-dentistes diplômés. Le Conseil d'État, sur les autres points, s'est placé au point de vue de l'intérêt général pour dire que le ministre de l'Intérieur n'avait pas excédé ses pouvoirs.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 44, p. 688, et 1920, n° 70, p. 1115.

SUR UN CAS DE SARCOME CUTANÉ DE LA FACE

Par MM. A. CANGE et R. ARGAUD,
Professeurs à la Faculté de médecine d'Alger.

Voici une tumeur qui, par son siège, son volume, sa nature, par les enseignements anatomo-cliniques qu'elle comporte, mérite, pensons-nous, d'être publiée.

Un indigène de 52 ans, originaire des environs d'Alger, entre à la clinique ophtalmologique de la Faculté, le 30 décembre 1918, pour y être opéré d'une tumeur de la région nasale, mais l'inspection du sujet décèle, à première vue, que celle-ci constitue seulement la lésion dominante et qu'il existe, au voisinage de la masse principale, des îlots néoplasiques distincts, de moindre volume, occupant les régions palpébrale inférieure et jugale du côté gauche.

Après de nombreuses variations et muni de renseignements malheureusement incomplets, nous avons pu reconstituer, de la façon suivante, l'évolution de l'affection. Elle a débuté, il y a 18 mois environ, sur le versant gauche de la racine du nez, au voisinage immédiat du canthus interne, par une petite nodosité arrondie, du volume d'un pois, parfaitement mobile, sans que nous puissions préciser, d'ailleurs, si cette mobilité s'effectuait réellement sous la peau, ou si la peau se déplaçait avec elle. Prurigineuse à son début seulement, elle était absolument indolore et devait conserver ce caractère, pendant toute sa période d'accroissement, ce qui fait que le malade ne s'en est préoccupé que tardivement et alors qu'elle avait revêtu l'aspect d'une monstrueuse difformité. De fait, cette tumeur a grossi d'une façon constamment progressive et, en même temps qu'elle augmentait de volume, elle s'étendait en surface et sa forme se modifiait. Son extension s'est effectuée simultanément dans le sens vertical et dans le sens transversal ; en outre, elle s'est déformée, a perdu son aspect régulier initial, pour prendre une configuration bosselée. Quant aux lésions palpébrale et jugale, de date moins ancienne, elles seraient apparues, la tumeur palpébrale, six mois après la tumeur nasale, et la tumeur jugale, trois mois environ après cette dernière. Les photographies ci-jointes, prises le lendemain même de l'entrée du malade à la salle Panas, donnent une idée exacte du siège, de l'étendue et de la forme des tumeurs.



Ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte, la presque totalité du nez est envahie par une masse du volume global d'un gros œuf de dinde, qui commence en haut, au niveau de la dépression glabellaire et qui s'arrête en bas, au niveau du sillon naso-lobulaire. Les deux versants latéraux du nez sont envahis en totalité jusqu'au sillon naso-jugal correspondant. Du côté gauche, la tumeur empiète même sur la région commissurale interne, surplombant les voiles palpébraux qu'elle dissimule en grande partie dans l'examen pratiqué de face : cette tumeur est irrégulière, mamelonnée, soulevée par une douzaine de bosselures arrondies ou ovalaires dont la grosseur varie du volume d'un pois à celui d'une grosse noisette. A la périphérie, la peau a conservé un aspect sensiblement normal ; toutefois, par les orifices agrandis des glandes sébacées, s'expriment de fins filaments vermicellaires et des vaisseaux nombreux turgescents et sinueux convergent, en s'amoindrissant, vers le centre de la masse néoformée. Au centre, la peau est amincie, fragile, de coloration gris-violacée, surtout aux points culminants des nodosités les plus volumineuses. En saisissant en totalité le néoplasme, on se rend compte qu'il est mobile dans tous les sens et qu'il ne tient nullement aux plans osseux ou cartilagineux sous-jacents ; par contre, la peau est partout intimement adhérente, cassante et comme parcheminée. La consistance de cette tumeur est également variable suivant les points : elle est plutôt fibreuse, mais par endroits, surtout du côté gauche, les bosselures se laissent déprimer sous la pression du doigt qui recueille la sensation que procurent les kystes sébacés de moyen volume.

La tumeur, développée au niveau de la paupière inférieure, siège immédiatement au-dessus du sillon orbito-palpébral qu'elle déborde inférieurement. Elle est lisse, arrondie, régulière du volume d'une grosse noix : on dirait un chalazion géant et aberrant, mais la tumeur est indépendante du tarse sur laquelle on la mobilise aisément dans tous les sens ; par contre, l'adhérence à la peau, qu'il faut rechercher avec attention, n'en est pas moins certaine.

Plus bas, au niveau du sillon jugo-labial gauche, les lésions sont plutôt diffuses et donnent la sensation d'une plaque dure, irrégulière, blindant la face profonde du revêtement cutané.

Toutes ces lésions sont indolores spontanément ou à la pression : elles ne déterminent d'autre gêne fonctionnelle que celle qui résulte d'un obstacle à la vision surtout de l'œil gauche, du fait de la saillie exagérée de la tumeur, plus proéminente de ce côté. C'est en raison seulement de la difformité qu'elle entraîne que le malade est venu réclamer nos soins.

Mentionnons encore qu'il n'existe aucun retentissement adénopathique régional comportant une signification pathologique véritable : que le côté droit est partout absolument indemne et qu'il existe, du côté gauche seulement, un tout petit ganglion sous-angulo-maxillaire, dur, régulier, indolent, d'une excessive mobilité, relevant d'une petite zone de macération siégeant au contact des deux tumeurs nasale et palpébrale. Ajoutons enfin, pour terminer cet exposé clinique, qu'il n'existe ni diathèse évidente, ni d'autres tares viscérales profondes que celles résultant d'une évidente usure organique anticipée, à moins, toutefois, que l'état civil octroyé à cet indigène ne corresponde pas à son degré réel de décrépitude. Il n'y a aucun vestige de tuberculose ou de syphilis récente ou ancienne; la réaction de Wassermann est toutefois positive.

L'intervention chirurgicale fut pratiquée, sous-anesthésie chloroformique, le 7 janvier 1919. Tout d'abord, une longue incision curviligne, embrassant dans sa concavité tournée à gauche la base de la tumeur, fut rapidement conduite de la région intersourcillière jusqu'à la partie médiane du lobule du nez, en suivant, à un demi-centimètre de distance, le versant droit du néoplasme. Malgré une abondante hémorragie et une hémostase difficile, on parvient rapidement sur un plan de clivage dont l'existence, cliniquement prévue, devait faciliter les temps ultérieurs de l'opération. Dès lors, par un mouvement de bascule vers la gauche combiné à une délicate dilacération de la masse connective sous-jacente, on sépare la presque totalité du bloc néoplasique du plan osseux sur lequel il repose. Bientôt même, il ne tient plus que par une bande de peau extrêmement friable, qui se laisse déchirer sous l'influence d'une traction modérée. Pour plus de sécurité, nous incisons, même à l'aide de ciseaux, une bande cutanée de 1 cm., pendant qu'un tamponnement énergique assure l'hémostase du foyer opératoire.

Une incision transversale conduite sur son milieu permet d'aborder la tumeur palpébrale qui s'isole facilement de l'atmosphère celluleuse ambiante « comme un ganglion chroniquement enflammé ».

L'ablation du foyer jugal, à laquelle on procède enfin, est rendue laborieuse du fait de l'absence de délimitation nette

des lésions et aussi de l'adhérence étendue et intime de la peau elle-même altérée. Il faut, en effet, dans les parties périphériques, disséquer attentivement celle-ci, la sculpter, pour ainsi dire, car elle se déchire à plusieurs reprises sous la traction même modérée de la pince comme elle se coupera plus tard lors de la striction des fils à ligature.

La réunion par première intention des plaies palpébrale et jugale fut recherchée et obtenue. Par contre, la vaste brèche opératoire de la région nasale fut abandonnée à la cicatrisation spontanée. Avec une activité surprenante, elle se recouvrit de bourgeons charnus de bonne nature, rouge vif, bien vivants, régulièrement et étroitement tassés. La sécrétion à peine marquée permit aussi d'espacer les pansements, si bien qu'un mois après l'intervention, la plaie était à tel point rétrécie qu'elle n'était plus représentée que par une étroite bande cruentée de 3 cm. de long sur 1 cm. de large coupant le dos du nez. Un placard cicatriciel de bon aspect, lisse, adhérent, de teinte légèrement violacée, semé de quelques arborisations vasculaires, marquait seul, surtout sur le flanc gauche du nez, l'ancien emplacement de la tumeur.

Mais déjà une particularité pathologique attirait notre attention. Au-dessous et en dedans du grand angle de l'œil gauche, dans une zone qu'avait respectée le trauma opératoire, une légère tuméfaction se dessinait. La palpation décelait à ce niveau une sorte d'empâtement diffus qui ne tardait pas à se préciser, à s'isoler des tissus ambiants et à prendre la forme d'un pois mobile, mais légèrement adhérent à la peau. Son développement prenait une allure tellement rapide que le malade, pourtant pressé de sortir de l'hôpital, finit par consentir à son ablation. Cette seconde intervention, pratiquée le 15 février, eut pour but d'enlever en bloc la tumeur et une zone ovalaire de peau qui la recouvrait. Il est inutile d'insister sur les détails de cette petite opération. Bornons-nous à dire que nous retrouvâmes ici une tumeur de même aspect sarcomateux, de même consistance, de même friabilité que précédemment et que l'hémorragie opératoire fut relativement plus considérable.

Le malade quittait le service le 21 février 1919, complètement débarrassé de ses tumeurs et pleinement satisfait du résultat de nos interventions.

Au mois de juin 1920, d'après les renseignements qui nous étaient parvenus, la guérison se maintenait.

Examen histologique. — A la surface d'une coupe macroscopique, on aperçoit déjà des nodules dont les dimensions varient de celles d'un pois à celles d'une noix et qui tranchent, par leur aspect nacré, sur la coloration sarcoïde de la néoplasie.

Des fragments sont prélevés dans le but d'un examen histologique :

a. Au niveau du revêtement cutané;

b. Dans la partie profonde du derme ;

c. Au niveau des nodules.

Ces fragments sont fixés par le Bouin ou par le liquide de Morel; la plupart sont colorés en masse par l'hématoxyline cuivrique; les autres, débités en coupes sériées, sont ultérieurement traités par l'hémalun-lichtgrün.

a. *Fragment prélevé dans la région cutanée.* — Les papilles habituelles sont effacées; la couche de Rémy devient méconnaissable avec des éléments métaplasiques effondrés et disposés presque parallèlement à la membrane basale. Les cellules malpighiennes, laminées, sont revêtues de couches parakératinisées, etc.

Toutes ces altérations sont fonction d'une pression énorme exercée sur l'épiderme par l'hypertrophie humorale sous-jacente. De nombreux éléments fusiformes infiltrent le derme.

b. *Fragment prélevé dans la partie profonde du derme.* — Les fibres-cellules, souvent en cinèses actives, apparaissent de plus en plus nombreuses à mesure que l'on s'éloigne de l'épiderme et finissent par constituer, en se mélangeant avec des fibres collagènes, un entrelacement étroit de faisceaux diversement orientés. Çà et là, serpentent des vaisseaux néoformés par l'accolement de cellules néoplasiques.

c. *Fragment prélevé au niveau des nodules.* — Un tassement extrême des mêmes éléments conditionne l'aspect nacré des nodules. La texture ainsi réalisée est nettement pathognomonique du sarcome fasciculé.

Enfin, l'examen d'un nodule périphérique plus récent montre de nombreuses proliférations métastatiques intravasculaires.

Tous ces faits permettent de porter le diagnostic de sarcome fuso-cellulaire fasciculé.

Il s'agit donc, l'examen histologique dont nous venons de donner les résultats l'établit d'une façon péremptoire, d'un sarcome fasciculé chez un indigène algérien, et chaque terme de cet énoncé appelle quelque développement.

Sarcome fasciculé, avons-nous dit. De fait, il y a lieu d'établir ainsi que l'a indiqué Darier, une distinction fondamentale entre les sarcomes tumeurs et « certaines formes de sarcomes qui ont assez de fixité dans leur mode de développement, d'évolution et de généralisation pour s'élever au rang de maladies, et qui tels le sarcome pigmentaire multiple (type Kaposi) et le sarcome généralisé hypodermique (type Perrin) semblent à l'heure actuelle constituer des types morbides légitimes ».

La sarcomatose cutanée, généralisée, primitive, n'a pas encore été signalée, à notre connaissance du moins, chez les musulmans de l'Afrique du Nord. Immunité de race? Nous ne le pensons pas. Erreurs de diagnostics?... Négligence dans les publications?... Peut-être. Nous ferons observer toutefois, qu'au cours des longues années que notre regretté collègue le prof. J. Brault a passées à la clinique dermatologique de l'hôpital civil de Mustapha, il n'a pas eu l'occasion, semble-t-il, d'en observer un seul cas. Cette affection n'aurait certainement pas échappé à sa sagacité clinique, et il en aurait rapporté les observations avec d'autant plus d'empressement que son attention était depuis longtemps attirée sur ce point particulièrement intéressant de la pathologie algérienne. Nous devons ajouter pourtant que les sarcomatoses maladies n'ont pas été davantage signalées chez les Européens d'Algérie, et notamment chez les individus de race française qui conservent et partagent les mêmes aptitudes morbides que leurs frères de la métropole.

Bien que les sarcomes tumeurs constituent « un groupe assez confus de formes néoplasiques un peu disparates », le cas que nous venons de rapporter nous paraît cependant assez facile à classer. Il rentre dans le groupe des « sarcomes cutanés primitifs non mélaniques à foyer unique ». Nous retrouvons, en effet, du sarcome les caractères cliniques [volume, lobulation, consistance, vascularisation, etc. (1)], la structure fasciculée de beaucoup la plus fréquente, la tendance à l'accroissement sur place, à la dissémination régionale, à la repullulation locale jusqu'au jour, proche ou lointain, où la généralisation, ou une métastase viscérale grave viendront mettre un terme à la scène morbide.

Dans notre cas particulier, il apparaît que la tumeur a déjà franchi la première étape. Au stade de localisation initiale, a succédé une seconde période, non pas de métastase lointaine, superficielle ou profonde, mais d'essaimage régional, d'ensemencement périphérique discontinu, puisque des nodules secondaires se sont développés à son voisinage immédiat : le sarcome est devenu diffus. Ici également, nous

(1) La vascularisation ne serait pas pathognomonique des sarcomes mais se rencontrerait dans toutes sortes de tumeurs conjonctives. A. et H. Malherbe écrivent, en effet, que la peau « finit cependant par s'amincir et par se recouvrir de grosses veines gonflées de sang; mais c'est là un signe commun avec toutes les tumeurs qui ont acquis un volume considérable; nous l'avons observé même dans le lipome ».

nous sommes trouvés en présence d'une prompte repullulation locale, dans une zone saine en apparence, intermédiaire à deux foyers opératoires et respectée par le trauma chirurgical. C'est d'ailleurs un fait bien établi aujourd'hui que ces récidives peuvent survenir, particulièrement à la suite d'exérèses incomplètes ou d'ablations parcimonieuses; la récidive se produit alors dans un viscère important, dans la peau sous forme de noyaux discrets ou d'éruption tumultueuse (sarcomatose généralisée secondaire non mélanique); mais parfois aussi elle s'effectue obstinément sur place, autorisant dès lors des interventions répétées.

Le problème des tumeurs malignes *primitives* de la peau chez les musulmans de l'Afrique du Nord est entré maintenant dans une phase décisive.

Dans une première période qui remonte aux temps qui suivirent immédiatement la conquête, tout, en pathologie cutanée, est incertitude et imprécision. On parle indistinctement « d'ulcères cutanés primitifs », « d'ulcères chancreux », « de cancers cutanés », etc. C'est la période de *confusion clinique*.

Plus tard, vers 1860, praticiens et chercheurs veulent découvrir quelque chose, et si quelques-uns d'entre eux croient encore au « cancer », d'autres s'ingénient à attribuer aux téguments de nos indigènes une immunité ou des aptitudes morbides spéciales. C'est alors que se fera jour cette conception surprenante, que les tumeurs malignes de la peau sont rares chez eux, que l'épithélioma est pour ainsi dire inexistant et que seuls les sarcomes s'observent avec une fréquence d'ailleurs toute relative. Mais les examens histologiques font défaut ou ne présentent pas les garanties suffisantes dans le double domaine de l'identification et des compétences : c'est la *période d'imprécision anatomo-pathologique*.

En 1905, commence avec le prof. J. Brault la période actuelle, où la clinique et le laboratoire vont s'apporter un mutuel et profitable appui : c'est la *période d'observation clinique et de contrôle anatomique*. Dans l'espace de 18 ans, de 1895 à 1913, J. Brault pouvait facilement rassembler 45 cas d'épithéliomas de la peau recueillis dans son service et confirmés par l'examen microscopique (1). Depuis, un de ses élèves, le Dr Montpellier, rassemblait dans l'espace de 2 ans, 18 observations nouvelles appuyées par l'étude histopathologique (2). Et en ce moment, nous observons dans notre service, trois cas indubitables d'épithéliomas de la face : un épithélioma ulcéreux du cantus externe de l'œil gauche, chez un indigène de 60 ans; un épithélioma végétant, envahissant le grand angle de l'œil gauche, le versant gauche et le dos du nez, une grande partie de la paupière inférieure et de la joue du même côté chez un indigène de 40 ans, et enfin une tumeur épithéliale de la paupière supérieure gauche, chez une femme kabyle de 65 ans.

La question de l'épithélioma est donc jugée; reste celle du sarcome. Son existence n'a jamais été mise en doute, mais la notion de sa fréquence est à notre avis aussi infondée que l'était celle de l'inexistence des tumeurs épithéliales. Les constatations qui précèdent celles que nous allons produire, renversent même complètement les proportions admises jusqu'ici sans contrôle, et nous donnent de la fréquence respective de ces deux sortes de tumeurs une notion plus exacte et conforme d'ailleurs, aux enseignements de la pathologie générale. Dans une thèse toute récente consacrée aux tumeurs malignes de la peau chez les indigènes de l'Afrique du Nord (Alger, 1919), le Dr Marchand rassemblait 10 observations de sarcomes cutanés primitifs, et encore ne sont-elles pas, quelques-unes du moins, à l'abri de toute contestation. De fait, peut-on considérer comme valables les deux cas de Legrain (de Bougie), lesquels ayant récidivé après l'exérèse chirurgicale, cédèrent à de simples applications locales de goudron brut de genévrier. Cet auteur n'a d'ailleurs pas répondu au pressant appel que lui adressait Paul Reclus (1) « et cependant ce n'eût pas été une médiocre conquête, dût-il le tenir des empiriques, que celle d'un remède guérissant une maladie contre laquelle nous sommes encore désarmés. » Des deux observations de Vincent, une seule doit être retenue, celle d'un sarcome plexiforme, développé dans la peau de la région inguino-abdominale respectant, ainsi que l'a démontré l'intervention, les plans musculo-aponévrotiques sous-jacents. Quant à la seconde observation reproduite dans les *Archives des hôpitaux d'Alger* (fasc. VII, 1906) elle est en vérité par trop succincte; c'est simplement la photographie d'un « sarcome de l'épaule » qui occupe en réalité la région claviculaire moyenne; rien ne nous dit que l'os n'en est pas le point de départ, et l'examen histologique n'a d'ailleurs pas été pratiqué. Le cas rapporté par Cambillet (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1910) est rangé à tort parmi les sarcomes cutanés : les caractères cliniques qu'il lui attribue, le dessin qu'il en donne, doivent le faire rentrer dans le cadre des ostéo-sarcomes. Le malade observé par Brault (2) et Tanton (3), était porteur d'un sarcome mélanique fuso-cellulaire du talon avec transformation fibreuse de son pédicule; les auteurs qualifient eux-mêmes cette tumeur de « paradoxale ». Gros (4) a rapporté trois observations de sarcomes fuso-cellulaires de la peau, dont un mélanique, et il reconnaît volontiers qu'on peut lui objecter au moins pour deux d'entre eux « qu'il ne s'agit pas de véritables cancers, mais de tumeurs inflammatoires simulant le sarcome ». Le cas rapporté par Montpellier (5) a trait à un « sarcome à cellules polymorphes, avec substratum fibro-conjonctif minime ».

Tel est le bilan, plutôt modeste, des cas de sarcomes cutanés observés chez nos musulmans d'Algérie. Il est donc intéressant de reprendre la question et de réaliser pour cette variété de néoplasme, ce que l'on a fait pour l'épithélioma; mais il faut, avec des descriptions cliniques détaillées, des examens anatomo-pathologiques approfondis : car rien n'est plus difficile parfois que le diagnostic histologique du sarcome : le simple bourgeon charnu, le banal chalazion, les néoplasies syphilitiques ou tuberculeuses peuvent prêter à confusion.

Un dernier mot : le traitement de la vaste perte de substance résultant de l'ablation de la tumeur nasale nous plaçait dans l'alternative de laisser à la nature le soin d'en effectuer le comblement ou de recourir à une réparation autoplastique d'emblée.

(1) BRAULT. *Bull. Soc. pathologique exotique*, 1913.
(2) MONTPELLIER. *Bull. Soc. pathologique exotique*, 9 avril 1919.

(1) RECLUS. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 21 juillet 1896.
(2) BRAULT. *Soc. de méd. d'Alger*, mai 1911. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1912, p. 119.
(3) TANTON. *Arch. de méd. expérimentale*, mai 1905.
(4) GROS. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1902.
(5) MONTPELLIER. *Bull. Soc. pathologie exotique*, 9 avril 1919.

C'est à la première solution que nous nous sommes arrêtés. L'intervention autoplastique avait indiscutablement l'avantage de réduire au minimum la durée de la guérison opératoire et de recouvrir la surface cruentée d'une couverture de peau, saine, épaisse, d'aspect régional; mais elle avait par contre l'inconvénient d'être longue et laborieuse. Et nous ne pouvions pas, pensons-nous, chez un homme âgé et usé, allonger impunément l'acte chirurgical, prolonger l'anesthésie et accroître la perte de sang. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit, précédemment, la guérison par bourgeonnement s'est effectuée à une allure plutôt rapide, sans rétraction inodulaire notable, sans entrave fonctionnelle pour les organes voisins. Sans doute, il existe sur le dos du nez, un placard cicatriciel adhérent, de teinte un peu violacée, mais qu'est-il en comparaison de la hideuse difformité auquel il a succédé? Et puis, dans le problème de nos déterminations opératoires, le facteur de l'esthétique du patient n'intervient qu'en proportion du besoin qu'il en a.

HOMŒOTHÉRAPIE BACTÉRIENNE

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

RÉSULTATS GÉNÉRAUX (250 observations)

Par ROUSLACROIX,
Chef du laboratoire des cliniques à l'École de médecine de Marseille,
Médecin des hôpitaux.

Dans une première communication à la Réunion biologique de Marseille en juin 1914, j'ai proposé une terminologie nouvelle pour désigner la thérapeutique qui se propose de combattre une infection déclarée par l'injection de cultures tuées ou d'émulsions du germe même qui a provoqué la maladie. Les termes de *vaccin*, de *vaccinothérapie* dérivés de vacca = vache, rappelant la plus illustre et la plus ancienne des pratiques prophylactiques, me paraissent en effet devoir s'appliquer uniquement aux méthodes d'immunisation préventive. Seul le traitement de la rage, par l'utilisation géniale d'une période d'incubation exceptionnellement longue, réalise une véritable vaccinothérapie.

Pour tous les autres cas et notamment en ce qui concerne la fièvre typhoïde, il me semble plus logique et plus simple d'employer l'appellation générale d'*homœothérapie bactérienne*; aussi bien l'homologie phonétique de cette désignation n'est-elle pas très loin de susciter un rapprochement légitime avec la doctrine d'Hahnemann et sa fameuse loi des semblables. Nous reviendrons sur ce point en donnant notre opinion sur l'interprétation physiologique des résultats.

Dans le même ordre d'idées, j'ai proposé d'englober sous le terme d'*immunigènes*, les préparations bactériennes employées dans un but *curateur*, sans préjuger la question de savoir si le résultat est obtenu par un processus d'immunisation strictement spécifique.

Les propriétés d'un vaccin préventif et d'un immunigène curateur ne sont d'ailleurs pas forcément identiques; le second pouvant contenir un nombre de germes plus considérable, proportionné à un degré de puissance plus élevé ou susceptible d'entraîner des réactions générales et locales qui le feraient condamner comme vaccin.

L'immunigène typhoïdique que nous avons préparé et employé durant les années 1914, 1915 et 1916 consiste en cultures B. d'Eberth sur bouillon de viande non peptoné, chloruré à 7 p. 1000, phosphaté à 0,50 p. 1000; cultures poussées jusqu'à épuisement du milieu, c'est-à-dire au moment où quelques grumeaux bactériens tombent au fond des vases, où un début de voile se forme à la surface.

Avec une technique de préparation bien réglée (1), on arrive assez facilement à obtenir un taux de concentration bactérienne homogène, correspondant sensiblement à 600 millions de germes par centimètre cube (à 50 millions près) numérés par le procédé de Wright.

Le bouillon employé doit être d'un jaune très clair et limpide. Les cultures sont tuées par douze heures de chauffage entre 58° et 60° *en présence de mercure métallique* qui est ajouté dans la proportion de 20 p. 100 en volume. Ce mercure dont la stérilisation est assurée par la conservation sous une courbe d'alcool à 95° et le flambage superficiel dans une capsule de porcelaine au moment de l'emploi, permet, par brassages réitérés durant la chauffe, d'assurer la destruction et la réduction des bactéries en fines particules pulvérulentes.

Nous ajoutons au milieu eberthien, 20 p. 100 d'un mélange de cultures de Para A. et B. stérilisées et émulsionnées par le même procédé.

On obtient ainsi un immunigène d'activité maxima dit n° 1. Par addition de moitié ou tiers de sérum physiologique à 7 p. 1000 les immunigènes n°s 2 et 3 permettent une échelle très étendue de concentration bactérienne.

Dans la pratique je crois d'ailleurs que l'on peut se contenter, pour la plupart des cas, d'une concentration moyenne, celle du n° 2 correspondant à 300 millions par centimètre cube. Il convient de se rappeler qu'en 1914 le vaccin curatif de Chantemesse était dosé à 65 millions de bacilles par centimètre cube.

Les manipulations sont facilitées par l'emploi d'éprouvettes ou de ballons repérés et jaugés; le vaccin, mis en ampoules de verre jaune, présente un temps de conservation supérieur à celui que j'avais primitivement estimé; des ampoules du n° 2 ont encore montré une activité certaine au bout de 3 ans.

Les injections, toujours sous-cutanées, pratiquées à la partie supéro-externe des cuisses s'accompagnent la plupart du temps d'une forte réaction locale et générale.

A. Réaction locale. — Elle apparaît de 7 à 8 heures après la piqûre et consiste en rougeur, chaleur, douleur variable au point même de l'injection. Les phénomènes s'accentuent le jour suivant et entraînent l'hypertrophie des groupes ganglionnaires inguino-cruraux; parfois ils peuvent revêtir un aspect œdémateux, ecchymotique. Mais, fait remarquable, vers le 3e jour l'inflammation diminue et tout disparaît spontanément.

Il n'y a jamais de suppuration, sauf dans les formes très graves, hyperthermiques où d'ailleurs l'homœothérapie bactérienne est contre-indiquée; et même dans ces cas, la piqûre d'immunigène ne suppure pas plus facilement qu'une banale injection d'huile camphrée pratiquée dans son voisinage.

B. Réaction générale. — Forte élévation de tem-

(1) Pour les détails de préparation, voir la thèse de mon interne, M. Amaladassou, Montpellier, déc. 1920.

pérature accompagnée d'un léger frisson, se produisant subitement 8 à 10 heures après l'injection; cet accès fébrile cède très rapidement et sans antithermiques, pour faire place en général dès le lendemain à un abaissement notable de la fièvre; en même temps l'état général est d'ordinaire nettement amélioré après l'accès; nous en avons souvent recueilli l'affirmation de la bouche même des malades qui la veille étaient très abattus et déprimés.

Au point de vue des *doses* il convient de se baser à la fois sur l'état général des malades et le degré de la température.

Voici le schéma pour les *cas moyens* à prostration modérée, bon état cardio-vasculaire, températures oscillant autour de 39°5.

1re injection	1 cent. cube	n° 3	(200 millions)
2e —	1 cent. cube	n° 2	(300 —)
3e —	1cc5	n° 2	(450 —)
4e —	1 cent. cube	n° 1	(600 —)

Les injections sont espacées de 2 ou 3 jours environ mais : *Règle générale très importante*, si la température s'abaisse au-dessous de 38°, *attendre pour pratiquer une nouvelle injection que le degré thermique, vérifié toutes les 4 heures, ait dépassé 38°.*

Dans les *cas graves* hyperthermiques, septicémiques, si l'on décide d'avoir recours à l'homœothérapie il conviendra de débuter par des doses beaucoup plus faibles et de les augmenter progressivement.

Avant d'exposer les résultats généraux de ce traitement essayé dans 255 observations de fièvres thyphoïdes toutes confirmées par le sérodiagnostic ou l'hémoculture, je tiens à remercier profondément mes maîtres ou amis MM. les prof. Laget, Alezais, Oddo, Boinet, Audibert, Mattei, Payan, qui ont bien voulu m'ouvrir si largement les portes de leurs services et essayer l'immunigène sur leurs malades.

A vrai dire, l'interprétation des résultats cliniques dans une maladie d'allures et de gravité si variables que la fièvre typhoïde, dans un milieu aussi défavorable que le milieu hospitalier, où les sujets arrivent rarement au début de leur infection, est des plus difficiles et laisse toujours une large place, au doute ou au scepticisme. Pour avoir peut-être manqué d'esprit critique, la signification apparente donnée aux premiers résultats, avait fait naître des espérances, que certains insuccès devaient changer ensuite en un pessimisme également exagéré.

Pour juger une méthode thérapeutique, rien ne vaut, en effet, comme la comparaison avec des cas analogues, pris au même moment et non traités par cette méthode. Or, cette comparaison, effectuée sur une cinquantaine de typhiques contemporains, ne permettait pas d'attribuer, d'une façon *certaine*, à l'homœothérapie bactérienne, une influence sur l'évolution de la maladie : si nous avions l'impression très nette que, dans un grand nombre de cas, l'immunigène avait amélioré l'état général et amené une défervescence rapide, nous trouvions, d'autre part, dans les cas *non traités*, toute la gamme des formes si diverses et parfois si déconcertantes de la fièvre typhoïde : formes abortives, formes primitivement graves et tournant court brusquement, formes à accès suivis de défervescences rapides, lysis précoces, chutes de température en palier, sans stade amphibole, etc. De sorte, qu'il était impossible de tirer des déductions, pour ou contre la méthode, du seul examen de l'évolution clinique.

Restait l'influence sur la *mortalité* qui, seule, pouvait apporter un élément d'appréciation moins contestable.

En comparant les statistiques de mortalité de nos malades traités, d'abord avec l'ensemble de la mortalité, par fièvre typhoïde, dans les hôpitaux, durant toute l'année antérieure, puis avec la mortalité des cas contemporains non traités par homœothérapie, il sera permis de tirer une première conclusion.

Pendant l'année 1913, dans les hôpitaux de Marseille, ont été soignés : 805 cas de fièvre typhoïde, avec 140 décès, soit une mortalité de *17,3 p. 100.*

Les 255 malades, soignés et traités par l'immunigène typhoïdique, ont donné 17 décès, soit une mortalité de *6,66 p. 100.*

Pour être rigoureusement comparable, notre statistique doit peut-être comprendre, également, un certain nombre de décès, concernant les cas absolument désespérés, ceux des malades qui entrent à l'hôpital pour y mourir dans les deux ou trois jours qui suivent, et chez lesquels, aucune tentative de traitement n'est possible. Huit cas rentrent dans cette catégorie, élevant ainsi le nombre des typhiques à 263, celui des décès à 25 et le pourcentage de mortalité à 9,5 p. 100.

Donc, même en chargeant notre statistique de ce poids lourd, nous arrivons encore à un pourcentage de mortalité sensiblement réduit.

En ce qui concerne les sujets contemporains *non traités* que j'ai pu recueillir, je relève 52 cas avec 9 décès, soit une mortalité de 17,3 p. 100.

Dans ces conditions, je crois qu'il est permis de dire, que le traitement de la fièvre typhoïde, par *homœothérapie bactérienne*, plus habituellement dénommée *vaccinothérapie*, amène un *abaissement notable de la mortalité générale* dans cette maladie. Cette diminution de mortalité se produit-elle à toutes les étapes du mal, dans toutes les formes de l'infection? C'est ce que nous allons tenter de déterminer.

S'il est établi que l'immunigène typhoïdique a fait tomber le chiffre des décès, nous serons autorisés maintenant à parler d'une influence favorable sur l'évolution clinique, de même que nous aurons des résultats interprétés, *cliniquement*, comme *douteux* et d'autres comme *nuls*. En aucun cas, on n'a observé d'aggravation pouvant être attribuée à cette thérapeutique.

Dans les deux tableaux ci-après, ont été groupés les résultats, d'abord en tenant compte de la gravité apparente de l'infection, ensuite du début du traitement par rapport à l'époque de la maladie.

Les formes, considérées comme *régulières*, ne sont pas des formes bénignes, puisque, au surplus, un certain nombre d'entre elles, ont succombé; elles comprennent les cas offrant à leur arrivée et durant la majeure partie de leur évolution, un caractère de moyenne gravité.

L'examen attentif de ces tableaux montre d'une façon assez évidente :

1° Que le traitement a une influence d'autant plus favorable qu'il est commencé plus précocement. Passé le quinzième jour le nombre des résultats *douteux* et *nuls* atteint 70 p. 100 dans les formes régulières et 87 p. 100 dans les formes graves.

2° Dans les formes de gravité moyenne *mais traînantes*, de celles dont la température s'éternise autour de 38° sans que ni les antithermiques ni la suppression du régime lacté puissent l'abaisser d'une façon durable, une injection d'immunigène

Tableau A. — *Formes régulières de gravité moyenne.*

Époques du traitement	Décès	Guérison	Résultat apparent: Favorable	Douteux	Nul
1er au 10e jour......	1 (3 p. 100)	30	19 (63 p. 100) (durée moy. : 16 jours)	3 (10 p. 100)	8 (27 p. 100)
11e au 15e jour..... et		39	17 (44 p. 100) (durée moy. : 20 jours)	14 (36 p. 100)	8 (20 p. 100)
16e au 20e jour.....	3 (4 p. 100)	37	11 (29 p. 100)	13 (35.5 p. 100)	13 (35.5 p. 100)
21e au 25e jour.....	0	18	12 (66 p. 100)	4	2
Après le 25e jour...	0	20	17 (85 p. 100)	1	2
	4	144	76	35	33
Total.........	148 cas — 4 décès. Moyenne de mortalité 2.7 p. 100.				

Tableau B. — *Formes graves ou compliquées.*

Époques du traitement	Décès	Guérison	Résultat apparent: Favorable	Douteux	Nul
1er au 10e jour......	1 (6 p. 100)	15	4 (26.6 p. 100) (durée moy. : 21 jours)	5 (33.3 p. 100)	6 (40 p. 100)
11e au 15e jour..... et		43	11 (25.5 p. 100) (durée moy. : 25 jours)	11 (25.5 p. 100)	21 (49 p. 100)
16e au 20e jour.....	9 (12 p. 100)	23	3 (13 p. 100)	7 (30.5 p. 100)	13 (56.5 p. 100)
21e au 25e jour.....	3 (50 p. 100)	6	1	0	5
Après le 25e jour...	0	7	1	1	5
	13	94	20	24	50
Total.........	107 cas — 13 décès. Moyenne de mortalité 12.1 p. 100.				

amène d'ordinaire très rapidement, souvent en 24 heures, l'apyrexie définitive (85 p. 100 le 25e jour).

3° En sélectionnant les cas pour les grouper en formes régulières et formes graves, les pourcentages de mortalité deviennent respectivement :

A. Formes régulières.... 2,7 p. 100
B. Formes graves....... 12,1 —

* * *

Pouvons-nous maintenant tenter d'interpréter le mode d'action de l'homœothérapie bactérienne? S'agit-il véritablement d'un processus d'immunisation spécifique, de la production en pleine évolution d'une infection générale, d'un contingent supplémentaire d'anticorps spécifiques, ou bien devons-nous rattacher les faits observés à des réactions organiques de défense d'un ordre plus général?

La première explication se heurte à notre avis à ce fait que durant toute la période d'état de la fièvre typhoïde, la septicémie est certaine; le sang charrie des milliers de bacilles et se charge d'anticorps spécifiques, d'opsonines spécifiques, mais le pouvoir leucoactivant, phénomène intimement lié à l'activité leucocytaire générale reste très abaissé. La guérison ne se produit que lorsque la leucopénie diminue et que le pouvoir leucoactivant se relève.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que dans la pratique des vaccinothérapies, chaque injection de vaccin au cours de l'infection est suivie d'une poussée de leucocytose. Nous-mêmes nous observons : 1° au lieu d'inoculation une lésion locale accompagnée d'adénopathies de voisinage; 2° simultanément un accès de fièvre et la production d'une leucocytose pouvant aller jusqu'à 15.000 ou 20.000 globules blancs.

L'homœothérapie bactérienne n'exerce une influence favorable sur l'évolution du mal qu'à la faveur de cette réaction, et *seulement lorsqu'elle peut se produire* c'est-à-dire au début ou dans le cours de la maladie. A la période d'état, dans les formes ataxo-adynamiques, lorsque l'abattement des forces et l'échelle élevée des températures, ne permet plus d'enregistrer l'ascension thermique, *résultats nuls* ou *très douteux*.

En regard d'hypothèses, de rupture possible de l'équilibre ferment — antiferments, de choc anaphylactique — déjà difficile à admettre si, comme le veut Danysz, la période d'état dans la fièvre typhoïde est elle-même entretenue par l'anaphylaxie, ce fait seul de la leucocytose consécutive aux injections est bien établi. A Mauté a obtenu des résultats pleinement comparables à ceux de l'homœothérapie en injectant une émulsion d'un saprophyte isolé d'une eau de source.

Pourquoi rejeter sans débat, ainsi que le fait cet auteur, l'influence de l'hyperleucocytose? (*Presse médicale*, 1917, p. 361).

La question appelle évidemment des recherches de laboratoire précises, mais pour l'instant, nous nous rallions pleinement à l'ingénieuse théorie de Weill-Hallé résumée par H. Paillard (*Journ. méd. Français*, juin 1920) qui rattache l'enchaînement favorable des faits à la *mise en réaction de départements lymphatiques quiescents*.

Ainsi ramené à une réaction leucocytaire d'ordre inflammatoire, ce mode de traitement ne serait peut-être que l'exemple le plus brillant de la thérapeutique par la fièvre. Si les succès de la sérothérapie ont donné aux doctrines homœopathiques un démenti sensationnel, cette orientation nouvelle de la médecine tend au contraire à opposer symptôme à symptôme, selon les idées si combattues d'Hahnemann. L'apôtre du vitalisme n'estimait-il pas, ainsi que l'écrit mon excellent maître M. le prof. Boinet : « que le médicament, prescrit à des doses aussi faibles que possible, n'avait pas d'action directe sur la maladie, mais suscitait simplement des mouvements organiques curateurs? » (1).

(1) *Les Doctrines médicales, leur évolution*, Flammarion, édit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1921)

Le décollement colo-épiploïque. — La discussion se poursuit sur cette question quelque peu ardue. Dans la dernière séance, M. Lardennois soutenait que la lame épiploïque directe ou antérieure n'avait pas de vaisseaux et que son décollement était facile. M. Descomps qui a étudié spécialement l'anatomie de cette région soutient, au contraire, que cette lame directe a des vaisseaux. Il est vrai, dit-il, que cette vascularisation est minime. Cette lame et la lame postérieure ont des circulations différentes. Quoiqu'il en soit, la partie de la lame directe décollable est très restreinte. M. Descomps fournit des détails précis sur l'anatomie de toute cette région. Il signale, entre autres, ce fait, que les deux anses côliques sont loin d'être symétriques et, que l'anse côlique cæcale est beaucoup plus rapprochée de la ligne médiane que l'anse sigmoïde.

M. Rouvillois apporte au débat un fait qu'il a observé avec M. Lardennois.

La ligature des carotides primitives dans le traitement de l'exophtalmos. — M. Robineau fait un rapport sur une observation de M. Cauchois. Il s'agit d'un homme qui, après une chute grave sur la tête, tombe dans le coma, dont il ne sort que 2 ou 3 jours après. Il présenta alors un gonflement de la paupière supérieure droite, bientôt après apparaissait un exophtalmos.

La compression digitale, d'abord de la carotide primitive droite, puis de la carotide primitive gauche, puis des deux, n'ayant pas amené de résultats bien appréciables, M. Cauchois se décida à pratiquer successivement la ligature des deux carotides primitives et obtint un résultat satisfaisant.

M. Cauchois fait suivre cette observation de réflexions qui constituent un véritable mémoire sur les ligatures des carotides dans le traitement de l'exophtalmos.

La ligature unilatérale de la carotide primitive a donné 6 p. 100 de mortalité et a amené la guérison dans 65 p. 100 des cas. La ligature simultanée de la carotide primitive et de la carotide externe n'a rien donné de spécial. La ligature de la carotide interne ne semble pas avoir provoqué plus d'anémie cérébrale que la ligature de la primitive. Il résulte des statistiques relevées par M. Cauchois que la ligature de la carotide interne n'a aucun avantage sur celle de la carotide primitive.

La ligature bilatérale des carotides primitives est considérée comme dangereuse. Il ne semble pas qu'elle soit beaucoup plus dangereuse que la ligature unilatérale.

Un chirurgien aurait lié les deux carotides primitives dans une même séance. Le malade est mort 2 heures après. Sur 15 cas de ligature bilatérale des primitives à 5 ou 6 semaines de distance, il y a eu 3 insuccès, 4 améliorations presque immédiates. 6 améliorations progressives et 2 guérisons complètes. Il y a eu 7,14 p. 100 de mortalité.

M. Cauchois a étudié aussi les effets des ligatures veineuses et il apporte quatre faits dans lesquels la ligature veineuse a suffi pour guérir l'exophtalmos.

Un nouveau procédé de cure radicale de la hernie ombilicale. — M. Lenormant fait un rapport sur une communication de M. Moure. Voici le procédé qu'il a employé dans 10 cas avec succès : Large excision elliptique permettant de dégraisser le malade, ouverture du ventre en dehors du collet de la hernie, attraction en haut, à l'aide de quatre pinces de Museux, des bords de l'incision, une grande compresse introduite dans le ventre, refoulant les intestins ; pendant que l'aide maintient en haut les bords de l'incision et retire peu à peu la compresse, suture en masse du bouchon fibreux à l'aide de fils de bronze. Ce procédé offre les avantages suivants : simplicité, rapidité, solidité. Des 10 opérées de M. Moure, une seule a éliminé son fil.

M. Tuffier fait observer que, dans ces cas, c'est le temps qui juge la question.

M. Savariaud approuve l'emploi des fils non résorbables. Il se sert de crins de Florence.

M. Dujarier, dans la cure des hernies ombilicales, a recours à l'incision transversale et à la suture de haut en bas. Depuis qu'il emploie ce procédé, il n'a jamais constaté de récidives.

M. Anselme Schwartz recourt également à ce procédé qui permet de faire moins de sacrifices de tissu cutané.

M. Lecène craint que cette ligature en masse ne facilite l'ischémie des tissus contenus dans la ligature qui peut amener le sphacèle du bouchon central. Aussi se gardera-t-il d'employer le procédé de Moure dans les grosses hernies ombilicales ou dans les hernies étranglées.

M. Quénu partage l'opinion de M. Lecène sur les dangers du sphacèle et, comme procédé, préfère la réunion transversale.

M. Lenormant tout en défendant le procédé de Moure pour sa simplicité et sa rapidité, reconnait aussi les grands avantages de la réunion transversale.

Deux cas de volvulus. — M. Savariaud apporte deux observations. La première a trait à un officier qu'il opéra, à Verdun, en 1915. Cet officier présentait un ballonnement du ventre et, depuis plusieurs jours, ne rendait ni selles, ni gaz. M. Savariaud fit une incision à droite et établit un anus cæcal. Secondairement il fit une laparotomie médiane et trouva un volvulus avec une gangrène progressive qui emporta le malade. Dans le second cas il s'agissait d'un permissionnaire, qui était très mal et qu'il opéra d'un énorme volvulus qu'il excisa entre deux ligatures. Le malade guérit. Conclusion : Il faut faire un diagnostic précoce du volvulus et intervenir immédiatement.

Anastomoses intestino-intestinales. — M. Okinczyc fait un rapport sur une observation de M. Mercadé. Il s'agit d'une malade qui à la suite d'une opération d'appendicite grave. avait depuis deux ans une fistule de la fosse iliaque. Survinrent des accidents d'occlusion; M. Mercadé pratiqua une ileo sigmodostomie termino-terminale; suites bonnes; dans une seconde intervention, libération et résection du segment ileo-cæcal, siège de la fistule; enfin dans une troisième intervention, colectomie totale. Guérison. Dans ce cas, M. Mercadé avait constaté une atrésie du gros intestin, survenue par suite de sa longue inactivité fonctionnelle.

M. Montprofit a souvent eu recours à ces opérations secondaires à la suite d'appendicectomies graves, opérations nécessitées par des phénomènes d'occlusion, et consistant, soit dans l'abouchement de l'iléon au côlon ascendant, au côlon transverse, par anastomose termino-latérale ou en anastomoses ileo-sigmoïdiennes, M. Montprofit déclare qu'après ces anastomoses on peut laisser en place l'anse exclue sans grand inconvénient.

M. Duval se demande pourquoi M. Mercadé, au lieu de faire sa colectomie secondaire en deux temps, ne l'a pas faite en un seul temps. A M. Montprofit, M. Duval fait observer que l'anastomose termino-terminale est préférable à l'anastomose termino-latérale.

M. Souligoux vient de revoir un de ses malades auquel il a pratiqué, il y a 18 ans, une iléo-sygmodostomie latéro-latérale et qui, depuis, n'a jamais cessé de se très bien porter, sans qu'il ait été nécessaire de lui faire de colectomie secondaire.

M. Duval dit qu'il serait à désirer que M. Souligoux fît radioscoper son malade pour s'assurer qu'il ne se fait pas de refoulement des matières dans son anse exclue. Si ce refoulement ne se fait pas, alors M. Duval fera amende honorable à M. Souligoux.

M. Souligoux répond à cela que peu lui importe s'il se fait du refoulement dans le côlon puisque son malade va très bien depuis 18 ans.

M. de Martel préfère le bouton aux fils pour les anastomoses termino-terminales.

M. Montprofit ne s'est jamais servi pour traiter des anastomoses que de l'aiguille et du fil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1921)

MM. M. LABBÉ, H. LABBÉ et NEPVEUX étudient les **proportions respectives des corps acétoniques éliminés par les urines au cours des acidoses.** L'acide β obutyrique n'a pas été rencontré d'une manière constante dans les urines des sujets normaux.

A l'état pathologique, le rapport de l'acide diacétique a l'acide β obutyrique n'est pas constant.

La quantité d'acide β obutyrique est, dans la moitié des cas, 20 fois plus forte que celle de l'acide diacétique. Il ne fait jamais défaut quand les autres corps acétoniques sont présents et parfois il est éliminé seul. C'est donc le corps qui permet le mieux d'apprécier la gravité d'une acidose pathologique et d'en suivre les variations.

Recherches sur « l'épreuve de la synthèse hippurique » comme moyen d'exploration des fonctions rénales. — M. P.-L. VIOLLE (de Vittel). Des observations que l'auteur a pu faire, il semble déjà se dégager :

1° Que les renseignements fournis par l'épreuve de la synthèse hippurique ont toujours été corroborés, plus ou moins étroitement, par l'épreuve du bleu de méthylène et les autres méthodes d'exploration rénale ;

2° Que l'hypertension artérielle semble être assez intimement en rapport avec l'état rénal tel qu'il a pu être révélé par l'épreuve de la synthèse hippurique dans les cas observés ;

3° Que l'azotémie et l'albuminurie évoluent par crises alors que les modifications observées dans la synthèse hippurique semblent plutôt être le reflet de troubles fonctionnels lentement modifiables ;

4° Enfin, que les troubles hépatiques, lorsqu'ils ne sont pas accompagnés de troubles rénaux, n'apportent pas de modifications dans la synthèse hippurique expérimentale qui semble donc bien être purement rénale.

Les cellules pancréatiques de l'embryon. — M. PRENANT, au nom de M. HOWASSE. Dans les cellules aciniques du pancréas d'un embryon de têtard, se trouvent des parasomes à l'intérieur desquels apparaît une gouttelette d'huile qui grossit au point de remplir la cellule et de refouler le noyau. Sont-ce là des phénomènes tératologiques ou ne s'agit-il pas là d'une fonction transitoire dans la larve de batracien ?

Reproduction expérimentale de placenta maternel. — MM. RETTERER et VORONOFF.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1921)

Rapport annuel du secrétaire général. — M. Paul BLONDIN.

Discours du président sortant. — M. MOUCHET.

Discours du président pour 1921. — M. GASTOU.

Deux cas d'anaphylaxie à l'acide borique. — M. HARTENBERG, chez deux épileptiques traités à l'acide borique, a observé des accidents qu'il attribue, non à une simple intolérance médicamenteuse, mais à une sensibilisation secondaire et acquise de nature anaphylactique. Chez les deux sujets, les 3 gr. d'acide borique par jour, d'abord bien supportés, ont amené au bout de 10 à 12 jours, une éruption : la médication est suspendue. Deux à trois mois plus tard, éruption généralisée avec prurit intense en moins de 2 heures, après ingestion d'un seul gramme d'acide borique : c'est donc là un cas net d'anaphylaxie. M. Hartenberg se croit donc autorisé d'ajouter l'acide borique aux substances non albuminoïdes, susceptibles de donner lieu, comme les protéines, au phénomène de l'anaphylaxie.

Quelques résultats obtenus avec le vaccin de Delbet. — M. R. DUPONT rappelle que ce vaccin est composé de cultures vieilles et chauffées de streptocoques, staphylocoques et pyocyaniques : il s'adresse à toutes les infections à pyogènes, avec ou sans suppuration. Aucune action sur les septicémies. Dose maniable 4 cmc., qui correspondent à 13 milliards de microbes. Le traitement comprend trois injections à 3 jours d'intervalle. Les injections sont souvent suivies d'une forte réaction générale et locale. Injecté de bonne heure, ce vaccin fait, en général, avorter l'infection. Plus tard, il améliore toujours l'état général et rend bénin ce qui était grave. Il a toujours une action sur la douleur. L'auteur rapporte 21 observations (érysipèle, abcès du sein, adéno-phlegmon du cou, abcès de l'aisselle, panaris, plaies infectées, ostéomyélite, appendicite, etc.) avec guérison plus ou moins rapide.

Résultats éloignés du traitement des tuberculoses externes par l'héliothérapie. — M. CAZIN présente une série de documents photographiques relatifs aux résultats éloignés obtenus par le Dr Rollier dans le traitement des tuberculoses externes au moyen de l'héliothérapie, associée à la cure de travail manuel. Contrairement à ce que l'on a souvent prétendu, les guérisons sont parfaitement durables. Dans la plupart des cas, il s'agit de malades arrivés à Leysin dans un état presque désespéré, et qui, partis guéris, ont été revus 10, 12 et 15 ans plus tard, en parfait état, exerçant même des métiers particulièrement fatigants.

Cette question des résultats éloignés est d'autant plus intéressante qu'elle est étroitement liée à celle de l'avenir des tuberculeux chirurgicaux, trop souvent négligé, alors que, au lieu d'en faire des êtres inutiles en les condamnant à l'oisiveté absolue, il convient de les préparer progressivement, par un travail manuel bien réglé, à reprendre contact avec la vie active et normale.

Traitement des phlébites. — M. BLIND rappelle son travail de 1908 sur le traitement des phlébites superficielles par des injections paraveineuses d'argent colloïdal. Il l'a employé avec un succès constant dans des phlébites infectieuses, typhoïdiques, pneumococciques, grippales, staphylococciques, pyohémiques, rubéoliques ou variqueuses, jamais il n'a vu d'accidents emboliques, la veine thrombosée étant facile à éviter. Dans les phlébites profondes, il faut avoir recours aux injections intraveineuses de collargol au pli du coude, selon la méthode de Brouardel (1918).

NOTES DE PRATIQUE

TRAITEMENT DES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR UN ÉTHER GLYCÉRO-GAIACOLIQUE (1).

Ce nouveau médicament a été employé avec succès par M. Leroy (de Nice) dans les affections des voies respiratoires en général et plus particulièrement la tuberculose pulmonaire. L'éther glycéro-gaïacolique ou résyl est un éther de la glycérine et du gaïacol, soluble dans l'eau, dont la formule brute est $C^{10}H^{14}O^{4}$, qui n'a pas les inconvénients de la créosote et du gaïacol. Par son action antiseptique sur la flore bactérienne des organes respiratoires, il combat avec efficacité les diverses affections broncho-pulmonaires ; son usage continu entraîne une diminution sensible de la bronchorrhée, suivie de la raréfaction des bacilles tuberculeux, puis d'une amélioration constante de l'état général avec atténuation progressive des signes sthéthoscopiques.

Les doses auxquelles il convient d'administrer le résyl varient entre 0g05 à 0g20 par voie buccale et 0g10 par injection intramusculaire. Ce dernier mode d'administration est préférable d'après l'auteur, pour les cas graves, à condition qu'il soit pratiqué en séries de piqûres réparties avec des périodes de suspension : soit série de 20 piqûres tous les deux jours, puis quinze jours ou un mois de repos.

(1) In *Journ. des prat.*, 1er janv. 1921.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge (1), par A.-B. Marfan.

Peu de sujets présentent plus d'importance pratique que ceux qui ont trait à l'alimentation du jeune enfant. Celui-ci n'est-il pas le père de l'homme? La santé de l'individu ne dépend-elle pas, pour une large part, de la manière dont il a été nourri les premiers mois? L'avenir de la race n'est-il pas lié, en grande partie, aux soins dont on entoure les tout petits?

Peu sont, pourtant, aussi largement ignorés. Ils n'intéressent pas le grand public, race moutonnière et routinière. Ils commencent à peine à attirer l'attention du législateur. Et c'est pourquoi, depuis Hérode, les massacres d'innocents n'ont pour ainsi dire jamais cessé... Sait-on bien qu'en France, au début du xxe siècle, sur 1.000 enfants qui naissent, il en meurt 160 dans la première année, alors que la mortalité générale est de 22 pour 1.000 vivants et celle des adultes de quarante ans seulement de 11 p. 1.000? Les feuilles n'ont-elles pas publié, ces jours-ci, des chiffres effrayants sur la mortalité des enfants du premier âge pour 1919? Ils devaient bien être exacts, puisqu'ils ont été officiellement démentis...

Au médecin de remplir avec ardeur son devoir social, de propager de saines notions sur l'allaitement, de répandre les connaissances nécessaires, de redresser les erreurs, de faire la guerre aux préjugés. C'est pour lui permettre de remplir cette tâche, utile entre toutes, que le prof. Marfan a rédigé son *Traité de l'allaitement* dont la première édition a paru en 1898, la seconde en 1902 et dont l'édition actuelle, tout en conservant le plan primitif, s'est enrichie de quelques nouveaux chapitres, tandis que d'autres ont été profondément remaniés. Dans cet ouvrage magnifique, fruit d'une expérience de trente années, l'auteur fait preuve des brillantes qualités qui, de tout temps, ont fait le succès de son enseignement : clarté dans l'exposition, vigueur dans l'argumentation, puissance dans la dialectique. Impossible de lire ces pages éloquentes, et souvent inspirées, sans songer à leur appliquer la belle formule : l'éclat sur la profondeur. N'y trouve-t-on pas toutes les données qui permettent de réduire au minimum l'influence néfaste exercée sur l'organisme si frêle du nouveau-né par les tares héréditaires, de diriger convenablement l'allaitement au sein, si souvent abandonné au hasard, de parer aux inconvénients et aux dangers de l'allaitement artificiel? N'indiquent-elles pas au médecin la conduite à tenir, selon qu'il s'agit d'un nourrisson sain, débile, anormal ou malade? Grâce à elles, il sera, désormais, donné à tout praticien de faire franchir aux bébés les plus périlleuses étapes et de donner ainsi à la France, appauvrie par cette guerre où a coulé à flots son sang généreux, les hommes dont elle a besoin pour l'accomplissement de son grand destin.

L. BABONNEIX.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (2), par E. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. T. XVI : les *Infections à germe méconnu*.

Sous le nom d'*Infections à germe méconnu,* ont été groupées certaines maladies, scarlatine, rougeole, variole, typhus exanthématique, suette, grippe, rhumatismes infectieux, oreillons, coqueluche, rage, etc., dont les germes demeurent ignorés ou, du moins, fort mal connus. C'est le cas, notamment, pour la coqueluche, malgré la découverte de Bordet et Gengou, publiée en 1906. Beaucoup d'autres infections, scarlatine, variole, grippe, sont attribuées à des virus filtrants, sur le compte desquels nous sommes mal renseignés, ce qui justifie leur entrée dans le cadre de ce volume. Chaque maladie est étudiée avec soin au point de vue clinique et par un spécialiste en la matière, ce qui assure une excellente mise au point. Ce volume est assurément digne de ceux qui l'ont précédé dans cette belle collection.

J. L.

(1) In-8 de 926 pages. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8, 25 fig. — Prix : 25 fr. — Paris, Maloine.

Formulaire des milieux de culture en microbiologie (1), par le Dr Déribéré Desgardes, ancien élève de l'Institut Pasteur.

Grouper en un manuel pratique, de lecture facile, les formules indispensables à tous ceux qui, pour des raisons diverses, font l'étude des microorganismes : bactéries, champignons, levures, protozoaires ; tel a été le but que s'est proposé l'auteur, et l'on peut dire qu'il a atteint ce but puisque dans un ouvrage court, concis et de prix minime, il a pu grouper tous les renseignements que peut raisonnablement demander le bactériologiste praticien, celui de la grande industrie laitière, celui de la brasserie, comme celui qui applique cette même science à la biologie en général et plus particulièrement à la médecine.

Ce volume n'est pas seulement un volume pratique du fait qu'il ne donne que des renseignements d'ordre pratique, mais surtout parce que tous les renseignements que fournit le Dr Déribéré Desgardes sont des faits dont il a personnellement reconnu la valeur au cours de ses travaux.

L. GAYARD.

Les Nouvelles théories alimentaires (2), par R. Lecoq, docteur en pharmacie.

La découverte des vitamines a bouleversé la science de l'alimentation. Peut-être même exagère-t-on maintenant quelque peu, comme on a exagéré quand il s'agissait de calories et d'isodynamie. Reconnaissons que la brochure de M. R. Lecoq met les choses au point. La question est prise dès le début, à partir des besoins dynamiques et plastiques de l'homme, et poursuivie jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'aux formules d'alimentation générale basées sur la valeur des aliments usuels. Une grande place a été faite à l'expérimentation, dont de nombreux graphiques indiquent les résultats. Voici donc un excellent travail que tous ceux qui s'occupent un peu sérieusement de diététique ont intérêt à connaître, d'autant que l'ouvrage est court, clair et bien documenté.

J. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 10 février. — Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Nobécourt et Lereboullet. — M. Lavaux (René). Contribution à l'étude des arseno-mercuriels (novarsenobenzol et cyanure de mercure). — M. Ardillier (René). Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. — M. Rabreau (Louis). Contribution à l'étude d'une forme rare de lupus. — M. Destouches (Dantès). L'hydrophilie des colloïdes cellulaires : leur action dans certaines dermatoses qu'améliorent les traitements internes. — M. Basset (Joseph). Contribution à l'étude clinique des endocardites latentes.

Jury : MM. Gilbert, président ; Marfan, Besançon et Philibert. — M. Tristan (Pierre). Contribution à l'étude de la grippe. — M. Stiassnie (Henri). Etude sur l'éruption cutanée provoquée chez l'homme. — M. Prévot (Pierre). La néphrite atrophique chronique de l'adolescent avec infantilisme. — M. Legay (Georges). Signes pleuro-pulmonaires des hernies.

Jury : MM. Brindeau, président; Brumpt, Gosset et Lecène. — M. Loubière (Maurice). Cure radicale des hernies inguinales, obliques externes. — M. Gauthier (Joseph). Etude des fractures de la branche horizontale de la mâchoire inférieure. — M. Anderson (Charles). Réactions néoplastiques provoquées par les helminthes. — M. Laemmer (Marcel). Contribution à l'histoire de la peste en France au xviie siècle.

(1) In-18. — Prix : 4 fr., franco 4 fr. 40. — Paris, Le François.
(2) In-8 avec graphiques. — Paris, Vigot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. — Tuberculose (2 tomes) : 1er tome (t. XVII), in-8, 1920, 16 fig., 2 pl. en couleurs. Prix : 20 fr.; — 2e tome (tome XVIII), in-8, 1920, 48 fig., 9 pl. en couleurs. Prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU MAL DE POTT DORSO-LOMBAIRE

Le mal de Pott est la tuberculose des vertèbres et en particulier du corps des vertèbres. La localisation dorso-lombaire constitue le type anatomo-clinique le plus fréquent de la tuberculose vertébrale répondant à sa localisation aux dernières dorsales et aux premières lombaires.

La symptomatologie de cette affection est extrêmement riche et peut se manifester par des troubles douloureux, des déformations (gibbosité), des troubles nerveux (paraplégie) et des abcès.

DÉBUT. — Insister sur l'irrégularité du début du mal de Pott. Chez l'enfant, il s'agit bien souvent de troubles douloureux ou de troubles de la marche : enfant vite fatigué, dérobement des jambes. Chez l'adulte, l'apparition d'un abcès froid est bien souvent le premier symptôme.

En réalité, le début reste latent, pendant une phase plus ou moins prolongée, jusqu'à ce qu'apparaisse un des symptômes cardinaux que nous avons signalés. Mais en général, les premiers symptômes varient suivant que les lésions prédominent sur la colonne lombaire ou la colonne dorsale.

a. *Colonne lombaire :* les mouvements de flexion et d'extension du rachis se passant normalement à ce niveau, on verra apparaître de la contracture, des attitudes vicieuses, des troubles de la marche.

b. *Colonne dorsale :* ici ce sont les symptômes douloureux qui ouvrent la scène : douleurs à type radiculaire, exagération de la douleur par la toux, les éternuements.

c. Enfin dans certains cas, ces diverses lésions coexistent.

I. **PÉRIODE DES DOULEURS.** — *A.* DOULEURS SPONTANÉES. — Elles sont soit locales, soit à distance :

a. *A distance.* — Ce sont les plus fréquentes. Il s'agit de douleurs en ceinture ou fulgurantes au niveau des membres inférieurs (névralgies crurales, lombaires, sciatiques doubles). Les douleurs *bilatérales* ont une grande valeur diagnostique. Ces douleurs sont en général continues ou par accès, parfois très intenses, ou bien marquées par des fourmillements, brûlures, piqûres, rebelles au traitement médicamenteux. Dans quelques cas, on peut observer que ces douleurs sont calmées, atténuées par le décubitus, et exaspérées au contraire par la station debout prolongée.

En examinant avec soin le malade, on s'aperçoit qu'il s'agit de pseudo-névralgies d'origine radiculaire (Charcot); elles ont une distribution à type métamérique et l'on ne trouve pas en général de points douloureux sur le trajet des nerfs périphériques. Elles traduisent donc la compression des racines nerveuses rachidiennes.

M. Delbet appelle l'attention sur 2 symptômes :

1° La discordance entre la localisation de la douleur et la topographie des nerfs (compression des racines rachidiennes et non des nerfs périphériques);

2° L'exagération des réflexes du côté malade, alors que ces réflexes sont diminués dans toutes les névrites périphériques.

b. *Douleurs locales.* — Elles apparaissent au niveau de la lésion vertébrale, à l'occasion des mouvements brusques, ou lors de la station assise, ou bien, la nuit, elles réveillent le malade. La contracture disparaissant pendant le sommeil, il se produit des contacts osseux douloureux.

B. DOULEURS PROVOQUÉES. — L'existence de pareils troubles fonctionnels doit faire soupçonner un mal de Pott. On examinera alors soigneusement le malade (sensibilité et mobilité de la colonne dorso-lombaire).

Le malade, déshabillé, est placé debout, le dos tourné vers le médecin qui l'examine. On recherche si la ligne des apophyses épineuses est bien régulière. On recherche par la pression douce et profonde, puis par la percussion pratiquée au marteau, sur toutes les apophyses épineuses de haut en bas, si l'on ne réveille pas une douleur au niveau d'une ou de plusieurs vertèbres. C'est là un symptôme de grande valeur, si la douleur est localisée et constante.

Examiner ensuite les apophyses transverses et les gouttières vertébrales. En outre le malade ne peut respirer fortement, pour éviter les expansions étendues du thorax. Si on commande à l'enfant de se baisser pour ramasser un objet, on constate que le segment vertébral suspect et douloureux reste contracturé et plan, et est indépendant du mouvement de flexion. Bien souvent, le malade fléchit les hanches et les genoux et s'accroupit au lieu de fléchir le tronc. Enfin, si l'on fait pencher le malade en avant, en arrière et latéralement, on voit que ces mouvements sont très limités. Les masses musculaires des gouttières vertébrales sont contracturées. Dans certains cas, on peut avoir recours à certains mouvements que l'on imposera au malade. L'enfant étant couché à plat ventre, le médecin saisira les membres inférieurs et les soulèvera de manière à provoquer des mouvements d'hyperextension et de latéralité. Déjà à cette période, on trouvera une exagération des réflexes nette et parfois un certain degré d'amaigrissement et de fébricule vespérale. Cette période des troubles douloureux peut durer plus ou moins longtemps. Puis apparaissent les symptômes cardinaux de la période d'état : gibbosité, troubles moteurs et abcès par congestion. Ces trois symptômes sont rarement réunis chez le même sujet, et si chez l'enfant on voit plus souvent la gibbosité, chez l'adulte au contraire on observe plus fréquemment des abcès.

II. **GIBBOSITÉ.** — 1° Le *début* est tantôt brusque, même en l'absence de symptômes de la période précédente; elle apparaît à l'occasion d'un effort violent ou d'une chute. Mais, dans la règle, le début est progressif et insidieux, et c'est peu à peu, lentement, que se produit l'effondrement des corps vertébraux. Ce qui amène des déformations variables sur la ligne médiane ou latéralement, et intéressant une ou plusieurs vertèbres;

2° *Caractères de la gibbosité.* — Il s'agit d'une saillie angulaire et médiane, dorso-lombaire. Plus rarement, la saillie est arrondie, lorsqu'il y a atteinte de plusieurs vertèbres à la fois. Les apophyses épineuses font fortement saillie (bourses séreuses à leur niveau) et si on les explore systématiquement de bas en haut, on percevra un ressaut net. Pour déterminer le nombre de vertèbres détruites, il faut savoir que toutes les apophyses épineuses, qui appartiennent nettement à la courbure de la bosse, correspondent à des vertèbres dont le corps est détruit. Plus rarement, on constate une déviation latérale, soit isolée, soit combinée à la déviation postérieure. Le plus souvent il n'y a qu'une seule gibbosité, exceptionnellement deux, dues à la présence de deux foyers tuberculeux vertébraux;

3° *Conséquences de la gibbosité.* — *a.* Pour la *colonne vertébrale :* il se produit des courbures de compensation au-dessus et au-dessous de la gibbosité, dans le sens antéro-postérieur, plus rarement dans le sens latéral.

b. Pour le *thorax :* alors que dans le mal de Pott dorsal supérieur, le thorax est aplati latéralement et le sternum projeté en avant (thorax de polichinelle), dans le mal de Pott dorso-lombaire, le thorax est élargi et globuleux.

c. Pour les *organes thoraciques :* cette déformation osseuse entraîne rapidement des troubles : l'aorte est parfois comprimée. Le poumon est mal à l'aise dans le thorax déformé, car la capacité thoracique est restreinte, le diaphragme étant refoulé en haut. Il en résulte pour le poumon des poussées de bronchite à répétition et pour le cœur des crises d'asystolie.

d. Pour le *bassin :* les déformations du bassin peuvent avoir une grande importance pour la femme. La partie supérieure du sacrum se porte en arrière, tandis que la pointe se porte en avant. Les ailes iliaques sont rejetées en dehors. Il en résulte une déformation du bassin dans son ensemble : c'est le *bassin cyphotique* ou bassin en entonnoir : le détroit supérieur est agrandi dans tous les sens, surtout d'avant en arrière. Le détroit moyen est rétréci toujours : le diamètre bi-ischiatique est le plus diminué. Enfin le détroit inférieur est rétréci dans tous ses diamètres. Le bassin est en plus dévié en antéversion (Bonnaire), en rétroversion (Demelin).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le lundi 23 mai s'ouvrira un concours pour la nomination de deux médecins des Hôpitaux de Lyon.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 14 mai 1921, à 11 heures du matin.

— Le lundi 6 juin 1921, s'ouvrira un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 28 mai 1921, à 11 heures du matin.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à l'Administration centrale des Hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, bureau du personnel.

— MARSEILLE. — Un concours pour deux places de médecin adjoint, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu le 9 mai 1921. S'inscrire avant le 25 avril.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Le concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, qui devait avoir lieu le 25 juillet 1921 devant la Faculté de médecine de Nancy, est reporté au 7 novembre 1921.

— CAEN. — Un concours s'ouvrira, le 7 novembre 1921, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour dix places d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires des asiles d'aliénés de la Seine et de l'infirmerie spéciale à la Préfecture de police s'ouvrira à Paris, le lundi 21 mars 1921.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service des aliénés, 1re section, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 21 février au 1er mars 1921.

Les candidats seront convoqués par lettre ; néanmoins l'administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — Il sera ouvert le 4 avril 1921, à Alger, un concours pour trois places de médecin adjoint dans les hôpitaux de Constantine, Bône et Oran. Pour être admis à prendre part à ce concours, les candidats devront justifier : 1° Qu'ils sont Français, jouissant de leurs droits ; 2° qu'ils sont docteurs en médecine d'une Faculté française.

Ils devront adresser au gouvernement général de l'Algérie (Intérieur, 2e bureau) en même temps que leur demande et avant le 4 mars 1921, terme de rigueur : 1° Leur acte de naissance dûment légalisé ; 2° leur diplôme de docteur en médecine ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs ayant moins de 3 mois de date.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — (Active.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur Allain.

(Réserve.) MM. les médecins inspecteurs Sanglé-Ferrière et Boisson ; le médecin principal Dommartin.

(Active.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux Conte, Rieux et Rouvillois ; les médecins-majors Andrieu, Ayrolles, Baumelou, Beaufort, Bonjean, David de Brezigue, Demonet, Dickson, Fonvielle et Lajoiano ; le médecin principal de l'armée coloniale Greignou.

(Officiers rayés des cadres.) *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors Rosenblat et Bousquet.

(Active.) MM. les médecins-majors Amouroux, Dubois, Duffau, Faur, Freydier, Gallard, Gardey, Gauthier, Heuraux, de Lagoanère, Marmotton, Pambet, Saulnier, Talpain, Vantey, Welsch, Audouy, Baudet, Bergès, Billiet, Boissau, Bourgeois, Coffiney, Costedoat, Cros, Delaage, Estève, Ferot, Ginestet, Givry, Grosjean, Guyonnet, Laban, Laveine, Malinas, Mayer, Paulet, Pierron, Poy, Ravoux, Renard, Romain, Toureng.

Troupes coloniales (active). — MM. les médecins-majors Laveau, Rouvier, Le Calvé, Simon, Robert, Le Bourhis, Augé.

(Réserve.) MM. les médecins-majors Abram, Auffret, Beix, Bourgeau, Bousquet, Brechoteau, Brock, Cannac, Duché,

Frilet, Gautier, Girard, Jalabert, Lebrun, Malet, Mary, Monprofit, Morlot, Mouret, Nadaud, Pappas, Philbert, Pignet, Pintaud-Desalles, Poulain, Quémet-Bancel, Raulot-Lapointe, Sellerier, Stepowski, Touyéras, Treille, Tussau, Vignal, Aubert, Babin, Bachelet, Barbare, Boudot, Boutellier, Chaix, Charles, Combes, Debray, Delestre, Digeon, Dupuy, Favory, Fogt, Foubert, Fresney, Froge, Gambillard, Girot, Goldzeiguer, Gornouec, Gory, Grenier, Guillet, Kesseler, Laugier, Lhomme, Marchal, Martin, Mayolle, Métivet, de Perretti della Rocca, Picard, Prévost, Portes, Rasis, Ricolfi, Rivalier, Rousseau, Rouyer, Royole, Sagot, Vigouroux, Winaver, Wessembach.

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Paul Issautier (de la Réunion).

COMMERCE ET INDUSTRIE. — *Au grade de chevalier.* — M. Castanet, vice-président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, à Paris.

MÉDAILLE MILITAIRE. — (Active.) MM. les médecins sous-aides-majors et médecins auxiliaires Capart, Cherfils, Cochard, Esnault, Fabre, Foix, François, Joly, Lafue, Layet, Mauchet, Raymond, Ribollet, Sevez, Trotot, de Verbizier, Villard, Reynes.

(Réserve.) MM. les médecins sous-aides-majors et médecins auxiliaires Dalsace (Jean-Charles), Girou, Godart (Jean), Gueugnon, Henry (J.-R.), Lacroix, Lefèvre, Manson, Passarini, Puech (Jules) et Servel.

ÉTUDIANTS NON SURSITAIRES DE LA CLASSE 1919. — Le *Journal officiel* du 5 février public, p. 1632, une instruction concernant les étudiants non sursitaires de la classe 1919 qui vont être renvoyés dans leurs foyers en mars prochain.

ASSOCIATION MUTUELLE DU CORPS DE SANTÉ DE L'AVANT. — Sous ce titre s'est constituée récemment en accord avec l'Association des médecins combattants, dont les 500 membres ont fait immédiatement adhésion, une Société de secours mutuels qui a pour but :

1° De venir en aide aux mutilés et réformés de guerre du corps de santé de complément dont la situation est lamentable;

2° De porter secours aux veuves, orphelins, ascendants de camarades du corps de santé tués à l'ennemi ou décédés des suites de leurs blessures ou des fatigues subies au cours de la campagne 1914-1918.

Cette nouvelle association s'adresse autant aux médecins, pharmaciens, dentistes des formations sanitaires de l'avant, qu'aux éléments du service de santé des régiments.

Le Comité directeur est ainsi composé :

Président : Dr Clovis Vincent, médecin des hôpitaux de Paris, Légion d'honneur, cinq citations, deux blessures.

1er vice-président : Dr Th. de Martel, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre. Grand blessé.

2e vice-président : Dr G. Fassina, Légion d'honneur, Croix de guerre. Mutilé de guerre.

Secrétaire général : Dr de Médevielle, Légion d'honneur, trois citations, deux blessures. Mutilé de guerre.

Membres du bureau : Dr Meurisse, Légion d'honneur, Croix de guerre, 46 mois de bataillon d'infanterie; Dr Schneider, Légion d'honneur, Croix de guerre. Mutilé de guerre; Dr E. Sainte-Rose, médaille militaire, Légion d'honneur. Aveugle de guerre.

Pour renseignements et adhésions, secrétariat général : 16, rue de Téhéran (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des Drs Laurent Sardou (de Breil) et L. A. Bonnal (de Nice).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — Le cours de médecine opératoire générale, pour 40 élèves, par M. le Dr Robert Gouverneur, prosecteur, commencera le lundi 14 février 1921, à 2 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 100 fr.; gratuit pour internes et externes.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, le lundi et le vendredi de 2 à 4 heures.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU TRAITEMENT DU CANCER PAR L'OPOTHÉRAPIE

Blois, le 7 février 1921.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux.*

Cher et honoré confrère,

Dans votre numéro du 5 février, j'ai lu, avec beaucoup d'intérêt, un article du Dr Naamé (de Tunis) exposant le rôle des glandes dans la genèse du cancer et relatant les résultats qu'il avait obtenus par une certaine opothérapie appliquée aux cancéreux.

A ce propos, je suis persuadé que M. Naamé ignore la priorité de mes travaux qui ont été déposés, ce dont il est facile de se rendre compte, dès 1914 à l'Académie des sciences sous le n° 8.214, puis en 1917 sous le n° 8.470.

En juillet 1918, j'ai prié l'Académie de prendre connaissance de ces dépôts, ce qui a été enregistré dans le procès-verbal de la séance du 29 juillet, ainsi qu'en témoigne le *Bulletin de l'Académie des sciences* du 5 août de la même année.

Enfin, en janvier 1920, j'ai fait publier à la librairie Maloine une brochure intitulée : *Quelques considérations sur la genèse et le traitement rationnel du cancer*, dans laquelle, à l'encontre de toutes les théories pathogéniques, je considère comme je n'ai cessé de le faire depuis 1914, que le cancer est une affection générale dont la localisation n'est que la conséquence. Le point initial de cette affection réside dans les altérations des glandes physiologiques internes d'ordre anatomique (dégénérescence cellulaire) et d'ordre fonctionnel (troubles sécrétoires). D'après ces principes, j'ai établi une thérapeutique du cancer, essentiellement causale, grâce à laquelle les guérisons que j'ai obtenues ne sont plus à compter.

Permettez-moi de regretter, avec M. Naamé, que M. Korentchevsky, de l'Institut Pasteur, n'ait pas mentionné nos travaux bien antérieurs aux siens, tant à la Société de biologie belge que dans un article du journal *Le Matin*, paru en septembre dernier, où il est question de ses recherches sur l'importance du rôle des glandes à sécrétion interne dans les affections cancéreuses des animaux et faisant prévoir une application pratique à l'être humain, alors qu'elle existait déjà.

Je compte, Monsieur le Rédacteur en chef, sur votre impartialité et votre courtoisie habituelles pour faire insérer dans votre journal cette lettre rectificative, et je vous prie de croire à mes sentiments très distingués.

Dr BARONAKI,
Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 16 février. — Jury : MM. Roger, président; Letulle, Cunéo et Léri. — M. LAGARDE (Robert). Contribution à l'étude de l'évolution des greffons osseux après transplantation. — M. BRILLET (René). Quelques faits et quelques théories récents, relatifs à l'épilepsie. — M. BUCHARD (Gustave). Contribution à l'étude clinique des pyonéphroses. — M. TOPOUSKHAN. Technique histologique du tissu osseux.

Jeudi 17 février. — Jury : MM. Chauffard, président; Marfan, Jeanselme et Gougerot. — M. VALLERY-RADOT (Pierre). Dysthyroïdies familiales et héréditaires. — M. TOCMANN (Leiba). Considération sur l'histoire de l'affection ourlienne en général. — M. VASLIN (Paul). Quelques formes de dermo-épidermites microbiennes.

Jury : MM. Ménétrier, président; Lejars, Prenant et Besançon. — M. D'OLIVEIRA (Joâs). Contribution à l'étude des amputations du pied. — M. BRZEZICKI (Charles). Le processus histologique de l'oblitération du canal artériel. — M. CHARPENTIER (Jean). Des procédés d'autoplastie orbitaire. — M. TZANCOFF (Nicolas). Contribution à l'étude du traitement des hémoptysies tuberculeuses.

REVUE GÉNÉRALE

PLAIES DE L'URETÈRE

Par le Dr Sp. N. ŒCONOMOS,
Chef du Service d'urologie à la Polyclinique d'Athènes,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

Définition. — On désigne sous le nom de *plaies de l'uretère, toute solution de continuité de ce conduit produite de dehors en dedans et accompagnée de plaie des téguments* (peau ou muqueuse). Cette définition élimine de ce cadre les *ruptures de l'uretère*, qui ne sont pas accompagnées de lésions des téguments et les *fausses routes de l'uretère*, qui sont déterminées de dedans en dehors.

Historique. — L'histoire des *plaies opératoires* de l'uretère est née pendant les trente dernières années. En effet, ils étaient rares les chirurgiens qui, avant l'ère de l'antisepsie, osaient ouvrir un péritoine; aussi la littérature médicale était-elle assez pauvre jusqu'en 1890. A l'heure actuelle, malgré le perfectionnement de la technique, le nombre des plaies opératoires de l'uretère a augmenté. Ainsi, Maubert, dans sa thèse parue en 1902, réunit 62 cas de blessures opératoires de l'uretère. Plus récemment encore nous autres en avons réuni 159 cas (voir Œconomos. Blessures opératoires de l'uretère et leur traitement, *Th. de Montpellier*, 1914). Cette augmentation du nombre des plaies opératoires de l'uretère tient à la plus grande fréquence des opérations abdominales dommageables pour l'uretère et, en particulier des hystérectomies pour cancer du col utérin. Aussi les travaux sur les blessures opératoires de l'uretère sont-ils très nombreux. Nous citerons ainsi ceux de Simon (1869), de Nusbaum (1876), de Hégar (1877), de Muller (1878), de Lannelongue (1885), de Schopf (1886), de Gluck et Seller (1881), de Navaro, de Poggi (1887), de Tuffier et Rasidmowski, de Paoli et Busachi (1888), de Pozzi (1890), de Trekaki (1852), de Morestin, de Küster et van Hook, de Chaput, de Krause, de Boari, de Legueu et d'autres. Plus récemment Proust et Buquet dans le *Journal de chirurgie* de 1913, étudient la technique de l'urétéroraphie circulaire et Séjournet dans son excellente thèse passe encore tous les procédés utilisés pour la suture urétérale. Enfin les deux très intéressants articles de mes maîtres, professeur Forgue (fistules urétérales) et M. Jeanbrau (plaies urétérales) publiés dans l'*Encyclopédie d'urologie*, mettent à point toute la question telle qu'elle doit être comprise à l'état actuel.

Quant aux *plaies accidentelles de l'uretère*, celles-ci sont encore de date beaucoup plus récente. En effet, avant la dernière guerre européenne, il n'existait que quelques cas de plaies de l'uretère par arme blanche, dues à Le Fort, Demons et à Nepveu et deux cas seulement de plaies par armes à feu, la première était l'observation célèbre de Mgr Affre, archevêque de Paris, tué en 1848 et la seconde est celle publiée en 1905 par Vaughan. Aujourd'hui, les cas observés ne sont pas aussi rares; en outre, grâce à la création des centres d'urologie, les plaies urétérales furent mieux étudiés au point de vue diagnostique et thérapeutique.

Anatomie chirurgicale de l'uretère. — Pour bien comprendre les plaies de l'uretère il est indispensable de connaître l'anatomie chirurgicale de ce conduit, et, surtout ses rapports dans toute son étendue, depuis le bassinet jusqu'à la vessie.

I. Généralités. — L'uretère est un conduit musculo-membraneux qui s'étend du bassinet à la vessie. Mesuré en place, l'uretère présente une longueur de 22 à 25 centimètres. Si l'on introduit une sonde dans le conduit, la longueur augmente de 2-3 centimètres, car on redresse ainsi les flexuosités : enfin, complètement détaché, l'uretère présente une longueur encore augmentée de 2-3 centimètres à cause de son extensibilité. *Ces notions de longueur sont d'une importance pratique capitale parce que c'est sur elles que se base la possibilité de réséquer une portion de l'uretère.*

II. Topographie de l'uretère par rapport au squelette. — La radiographie de l'uretère après injection de collargol a permis de préciser un peu la topographie de l'uretère par rapport au squelette. Ainsi, *le plus souvent*, l'uretère descend au-devant des *apophyses costiformes lombaires* en restant à *un travers de doigt en dedans de leur sommet.* Il croise successivement les trois apophyses inférieures puis arrive sur l'aileron du sacrum *en dedans de l'articulation sacro-iliaque*, enfin il croise l'*interligne sacro-iliaque* dans sa partie inférieure et repose un instant sur l'os iliaque avant de plonger dans le petit bassin. Suivant la paroi latérale du bassin, l'uretère vient croiser la base de l'épine sciatique et quitte enfin le plan osseux pour gagner la vessie. L'uretère gauche est, en général, plus rapproché de la ligne médiane que le droit.

III. Topographie de l'uretère par rapport a la paroi abdominale antérieure. — La projection de l'uretère sur la paroi abdominale antérieure n'a jamais été étudiée de façon précise.

La direction générale de l'uretère serait donnée par une *ligne commençant sur l'arcade crurale à l'union du tiers interne et du tiers moyen et montant verticalement jusqu'à l'extrémité libre de la 12e côte prolongée horizontalement.* Le point le plus fixe de l'uretère c'est la flexura marginalis au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Ce point est situé sur la ligne unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures à l'union du tiers externe avec le tiers moyen (d'après Schede) ou bien à 4cm5 de la ligne médiane ou bien sur l'entrecroisement de la verticale montant de l'épine du pubis avec la ligne bis-iliaque d'après Hallé.

IV. Rapports de l'uretère lombaire. — En arrière l'uretère repose sur le *psoas* (dans l'intérieur duquel se trouvent le *plexus lombaire* et les *artères* et les *veines lombaires*, séparées de l'uretère par une forte épaisseur de tissu musculaire), sur les *apophyses costiformes* (transverses) *des IIIe, IVe et Ve lombaires* et sur la *masse sacro-lombaire.* Entre le psoas et l'uretère glissent deux rameaux du plexus lombaire; ce sont le *génito-crural* qui longe le bord interne de l'uretère, puis sa face postérieure et le fémoro-cutané qui sort du psoas, mais en dehors de la IVe lombaire. En avant l'uretère est recouvert par le *péritoine*, renforcé par le *mésocôlon* primitif accolé; il adhère à la séreuse et se décolle avec elle. Il est séparé du *péritoine* par un certain nombre d'organes sous-péritonéaux, c'est-à-dire le *duodénum*, les *vaisseaux spermatiques* et *utéro-ovariens* et par les *artères coliques*, qui croisent l'uretère; à droite le segment préréinal du *duodénum* descendant jusqu'à la IVe lombaire, cache la

partie supérieure de l'uretère. A gauche la quatrième portion et l'angle *duodéno-jéjunal* peuvent recouvrir l'uretère, mais ils restent souvent en dedans de lui. EN DEHORS, l'uretère est en rapport avec l'*extrémité inférieure du rein* derrière lequel il se trouve, et la *portion verticale des côlons*. L'uretère droit est en rapport direct avec le côlon ascendant qui, à l'état de distension vient presque le recouvrir, tandis qu'à gauche le côlon reste toujours à une distance de 2-3 travers de doigt en dehors de l'uretère. EN DEDANS, l'uretère est contigu aux *gros vaisseaux prévertébraux;* à droite, la *veine cave*, qui touche à l'uretère; à gauche, l'*aorte abdominale* qui est plus éloignée de l'uretère correspondant. Enfin ces gros vaisseaux sont entourés à ce niveau par les *ganglions lymphatiques abdomino-aortiques.*

V. RAPPORTS DE L'URETÈRE SACRO-ILIAQUE. — EN ARRIÈRE l'uretère repose sur l'aileron sacré, la symphyse sacro-iliaque et l'os iliaque dont il est séparé par les vaisseaux iliaques et le muscle psoas. D'abord appliqué sur l'*artère iliaque primitive*, l'uretère arrive progressivement sur le tronc *iliaque externe*, qu'il croise à *1 centimètre à peine au-dessous de son origine* pour se placer ensuite sur la *veine iliaque externe* et, enfin, sur l'*artère hypogastrique*. D'après Luschka, l'uretère droit croise l'iliaque externe, tandis que l'uretère gauche croise l'iliaque primitive. EN AVANT, les rapports sont complètement différents à droite et à gauche. *A droite*, l'uretère est croisé par la portion *terminale du mésentère*, avec l'épanouissement des *vaisseaux mésentériques supérieurs* et la *fin de l'iléon* compris entre ces deux feuillets, le *cæcum* reste en dehors de ce conduit à l'état de vacuité; mais lorsqu'il est distendu, il vient le recouvrir complètement. Quant à l'*appendice*, il n'entre en rapport intime avec l'uretère que s'il se trouve en position latéro-cæcale interne ou fixé en dedans par des adhérences ou encore dans certaines formes rétro-cæcales remontant en haut et en dedans. *A gauche*, l'uretère est recouvert par le *mésosigmoïde* contenant les *artères sigmoïdes* et répond à la paroi postérieure de la *fossette sigmoïde*.

VI. RAPPORTS DE L'URETÈRE PELVIEN. — Il convient de l'étudier séparément chez l'homme et chez la femme.

A. **Uretère pelvien chez l'homme.** — Il se divise en deux segments : pariétal et viscéral. A. *Segment pariétal*. L'uretère chemine contre la paroi pelvienne latérale tapissée par les muscles pyramidal, obturateur interne et releveur de l'anus et par l'aponévrose pelvienne. Entre cette dernière et l'uretère cheminent des branches de l'artère hypogastrique (l'ombilicale, l'obturatrice et la prostato-vésicale) et de la veine hypogastrique, le nerf obturateur et les ganglions lymphatiques du groupe iliaque externe. En dedans l'uretère est recouvert par le péritoine auquel il adhère et au cul-de-sac recto-pariétal occupé à droite par les anses grêles et perforées par le cœur et l'appendice et à gauche par le côlon segmoïde. Quand le rectum est plein il peut venir en contact avec l'uretère, quand il est modérément distendu il se trouve à 2 cm. de l'uretère, dans tous les cas l'uretère est trop haut pour être atteint par le toucher rectal. B. *Segment viscéral*. L'uretère abandonne la paroi pelvienne et se porte en avant et en dedans en cheminant au-dessus du plancher pelvien, puis au-devant et au-dessus de l'ampoule rectale, il croise les replis recto-vésicaux et gagne enfin la face postérieure de la vessie.

B. **Uretère pelvien chez la femme.** — Au point de vue topographique l'uretère pelvien, chez la femme, est également divisible en segment *pariétal* et *viscéral*, mais ce dernier se divise à son tour en segment *intraligamentaire* et *préligamentaire*. *α. Segment pariétal* (rétroligamentaire). Appliqué contre la paroi pelvienne, le segment *rétroligamentaire* descend le long du bord postérieur de la fossette ovarienne formée par une dépression du péritoine entre les artères iliaques interne et externe. L'uretère présente donc des rapports importants avec l'*ovaire*, la *trompe*, l'*artère utérine* et le *pédicule vasculaire utéro-ovarien*. On comprend ainsi comment *une poussée inflammatoire dans l'ovaire ou la trompe, entraînant par la suite des adhérences, pourra exposer l'uretère à une blessure chirurgicale* et *comment l'uretère est exposé à être lié à son entrée dans le bassin, en même temps que le pédicule utéro-ovarien*. β. *Segment intraligamentaire*. L'uretère, abandonnant la paroi pelvienne, pénètre dans la base du ligament large, à 2-3 cm. du plancher musculaire pelvien. Il parcourt la base du ligament large un peu obliquement de dehors en dedans, occupant le milieu de la distance qui sépare la paroi pelvienne de l'utérus, c'est-à-dire *à 2 cm. de l'utérus et de la paroi pelvienne*. Dans le ligament large l'uretère a l'*artère à son côté antérieur et la plupart des veines à son côté postérieur*. γ. *Segment préligamentaire*. Etendu entre le ligament large et la face postérieure de la vessie, il se rapproche peu à peu du *cul-de-sac latéral* dont il reste séparé par une distance de *1 cm. 1/2* environ, pour arriver sur le *cul-de-sac antérieur*, où il chemine sur une étendue de 15 à 20 mm. et se termine dans la vessie.

Étiologie. — Les plaies de l'uretère sont dues tantôt à un traumatisme accidentel, tantôt à une opération chirurgicale d'où la division qui s'impose, en *plaies urétérales accidentelles* et *plaies opératoires*.

A. PLAIES ACCIDENTELLES. — Exceptionnelles, avant la grande guerre de 1914, ces plaies sont devenues moins rares et surtout mieux étudiées depuis 1914. Les cas publiés jusqu'ici en France sont au nombre de 15 environ, mais ce chiffre est bien au-dessous de la réalité, car beaucoup n'ont pas encore été publiés, et d'autres n'ont pas même été diagnostiqués, cachés par les lésions associées graves. Les agents traumatiques pouvant déterminer les plaies accidentelles sont nombreux.

1° **Les plaies par instruments piquants** sont rares. La *piqûre typique* n'existe pas, la *piqûre avec contusion* est rare. Zaayer a publié l'observation d'un enfant de 9 ans qui tomba sur une barrière garnie de pointes de fer. Une des pointes pénétra dans l'abdomen et perfora l'uretère gauche. L'urine s'écoulait à la fois dans la cavité péritonéale et au dehors, par la plaie d'entrée de l'agent vulnérant. Après néphrectomie, l'enfant finit par guérir.

2° **Plaies par instruments tranchants** (poignards) sont exceptionnels puisque dans toute la littérature nous n'en avons pas trouvé un.

3° **Plaies par armes à feu.** Jusqu'en 1914 il n'y avait que deux observations authentiques de plaie urétérale par armes à feu. La première était celle de l'Archevêque de Paris qui fut tué en 1848 par un projectile dans la région lombaire droite. La balle avait

traversé la 3e vertèbre lombaire divisant la queue de cheval juste au-dessus de son origine et l'uretère gauche près du bassinet. L'urine s'écoula par la plaie et le blessé mourut 18 heures après. Dans le second cas publié par Vaughan en 1905 le projectile fut trouvé sous la peau de la région sacrée, sur la ligne médiane. Par l'orifice d'entrée et par l'orifice de sortie l'urine s'échappa. Depuis la guerre de 1914 les cas de blessure de l'uretère par armes à feu sont devenus plus nombreux, quoique plus rares que ceux du rein et de la vessie. D'après la statistique des chefs de centres urologiques on n'aurait observé qu'une quinzaine de cas seulement. Nous croyons que ce nombre est bien au-dessous de la réalité parce que d'une part on n'a pas encore publié tous les cas observés (pour notre part nous en avons observé deux cas inédits à Montpellier) et d'autre part il y a beaucoup de cas mortels, où la blessure de l'uretère passe inaperçue, cachée par les blessures multiviscérales.

B. PLAIES OPÉRATOIRES. — Il faut d'abord signaler les *blessures obstétricales* dues à une déchirure ou bien à des lésions secondaires consécutives à la chute d'escarres dans les accouchements dystociques, dans les applications du forceps sur des bassins ticiés et dans des compressions prolongées des parties maternelles par le fœtus. Mais ces lésions sont exceptionnelles en comparaison de la fréquence relative des *blessures gynécologiques*, qui ont été observées au cours d'interventions par *voie vaginale* et par la laparotomie. (Nous en avons réuni 159 cas dans notre thèse [Montpellier 1914] et depuis nous en avons observé deux autres cas personnels).

I. **Opérations vaginales.** — α. L'*hysterectomie vaginale* pour *cancer* ou pour *fibrome* ou pour *prolapsus irréductible* est considérée comme la cause principale des lésions urétérales. Rarement le conduit est blessé par les ciseaux; presque toujours il est étreint dans une pince placée sur les ligaments larges. L'uretère ainsi pincé pendant 48 heures se sphacèle et l'escarre tombée, une fistule urétérovaginale s'établit. En effet l'hystérectomie vaginale donne un jour limité; le placement des pinces, surtout à *droite de la malade*, est difficile. Aussi Tuffier rapporta-t-il en 1895 quarante fistules urétérovaginales consécutives à cette opération. Sur *27 cas* où le côté blessé était indiqué, Tuffier relevait *20 fistules* droites.

β. *Dans la cure de certaines fistules vésicovaginales latérales.*

γ. *Dans la simple colpotomie pour pyosalpinx très volumineux* on peut blesser les uretères, car dans ce cas l'uretère est déplacé en dehors et vers le cul-de-sac postérieur, sans jamais arriver sur la ligne médiane. Il en résulte qu'en *prenant le col utérin pour repère et en ne s'écartant pas de la ligne médiane on évite sûrement la blessure urétérale pendant la colpotomie.*

II. **Interventions abdominales.** — L'uretère peut être blessé au cours d'une laparotomie pour cancer utérin, pour fibrome utérin, pour annexite, pour tumeurs intraligamenteuses, pour kystes et tumeurs de l'ovaire et plus rarement pour hernies de l'uretère dilaté. Ces hernies de l'uretère sont très rares puisque en 1904 Carli n'en réunissait que 11 cas, 6 hernies inguinales, 5 hernies crurales. Parmi les hernies inguinales, deux fois seulement la vessie n'accompagnait pas l'uretère. Elles sont dues presque toujours à l'atrésie congénitale du méat urétéral qui entraîne secondairement la dilatation du canal et son déplacement à la suite d'un sac herniaire. Au cours de l'opération l'uretère dilaté est pris pour un kyste du cordon (cas de Meissner) pour un diverticule du sac (cas de Reichel) ou bien pour une grosse veine (cas de Hartwelle).

III. **Quel est le mécanisme des blessures opératoires?** — Si on examine les conditions dans lesquelles on observe les plaies opératoires de l'uretère, on trouve qu'elles sont très variables pouvant se diviser en deux catégories : *blessures volontaires* et *blessures involontaires.*

A. *Les sections et résections volontaires de l'uretère* sont pratiquées de plus en plus couramment, depuis qu'on sait les bons résultats de l'anastomose urétérovésicale et d'interurétérale. Dans un cas de *sarcome proliférant de l'ovaire*, Noble réséqua le conduit sur une longueur de 4 cm. Dans un cas de *fibrome utérin* très vasculaire et adhérent à l'intestin, Kelly dut enlever, avec la tumeur les 16 cm. de l'iléon, une partie du cœcum et 9 cm. de l'uretère droit dilaté. Dans l'*hystérectomie élargie de Wertheim* pour cancer utérin et malgré la *notion de la rareté de l'envahissement de l'uretère par le cancer utérin*, les chirurgiens sectionnent trop souvent les uretères de propos délibéré. Sur 735 opérations de Wertheim pratiquées par cet auteur, Weibel a noté 11 résections volontaires de l'uretère (1,5 p. 100) accompagnées de greffe urétérovésicale, avec 10 guérisons opératoires dont 7 avec rétablissement de la fonction. Mais, sur ces 10 guérisons opératoires, un seul est demeuré sans récidive après un an.

B. *Les blessures involontaires sont dues à plusieurs causes* : 1° *A une faute opératoire.* Certaines blessures sont dues à une insuffisance de l'opérateur et non, comme on est trop souvent tenté de le dire, à une anomalie de situation ou d'aspect de l'uretère.

2° *A la négligence des trois conditions suivantes* considérées par Latzdo, très importantes, et qui sont :

a. Eviter la blessure de la gaine urétérale qui contient les vaisseaux nourriciers du conduit;

b. Eviter les traumatismes un peu violents de l'uretère au cours de l'intervention;

c. Réduire au minimum le temps de tamponnement et le drainage de l'espace sous-séreux.

3° *Aux modifications des rapports et de l'aspect de l'uretère.* — Dans ces cas, l'uretère ne suit plus son trajet habituel, il est déplacé soit en avant, soit en dehors, soit en arrière par une tumeur solide ou liquide qui a dédoublé les ligaments larges. Mais de plus, l'uretère a perdu son aspect normal; il est étiré, aplati, et ressemble à une grosse veine avec laquelle on le confond d'autant plus facilement que la tumeur est elle-même recouverte de gros sinus veineux et qu'il se trouve en situation anormale.

4° Exceptionnellement, la lésion urétérale est due à une *anomalie* de ce conduit : tels ces cas de *duplicité* de l'uretère observés par Fullerton, par Wertheim, par Violet et Murard. Il en était de même chez une de nos malades opérée par mon regretté maître Lapeyre (de Montpellier).

Anatomie pathologique. — SIÈGE. — Le siège des blessures de l'uretère est variable. Les *blessures accidentelles* siègent surtout au niveau de la région lombaire, moins protégée que les autres aux agents extérieurs; par contre, les *blessures chirurgicales*

sont plus fréquentes au niveau des régions iliaques et pelviennes.

NATURE. — La blessure de l'uretère peut se présenter sous plusieurs aspects. On distingue ainsi :

1° *Des sections partielles.* — Lorsqu'elles sont d'origine *opératoire*, elles constituent des plaies à bords nets, non déchiquetés et peuvent être longitudinales, obliques ou transversales. Lorsqu'elles sont *accidentelles*, elles présentent des bords déchiquetés. Dans tous les cas, un pont de paroi empêche les deux bouts de se rétracter et la guérison spontanée est possible.

2° *Des sections complètes* présentent aussi la même variabilité de caractère suivant qu'elles sont d'origine *opératoire* ou *accidentelle*. Les deux bouts de l'uretère s'écartent, mais ils peuvent être rapprochés et suturés avec succès.

3° *Des résections ou arrachements* qui s'accompagnent de perte de substance plus ou moins considérable pouvant aller jusqu'à 12 cm. et plus.

4° *Des perforations* par une tige vulnérante ou par une balle.

5° *Des éraflures et des dénudations* qui consistent dans une solution de continuité entamant l'adventice et la musculeuse, la muqueuse demeurant intacte (éraflure) ou bien l'adventice seule (dénudations).

6° *Des écrasements par une pince* pendant un temps plus ou moins long, qui entraînent la formation d'une escarre qui tombe entre le 7e et le 18e jour et laisse une fistule urétérale. Suivant que l'écrasement a intéressé tout ou une partie du contour urétéral, l'escarre sera plus ou moins grande.

7° *Etranglement d'un uretère dans une ligature* est fait le plus souvent au cours de l'hémostase du pédicule vasculaire, utérin ou utéro-ovarien; en effet, dans son segment vaginal, l'uretère est au milieu des veines utérines dilatées; on lie tout le paquet et l'uretère se trouve compris dans la ligature. D'autrefois la ligature est faite sur l'uretère isolé pris pour une veine ou un repli péritonéal.

Evolution. — L'évolution des plaies urétérales est différente, suivant qu'il s'agit d'une déchirure de la gaine urétérale, d'une section partielle ou d'une section totale de l'uretère.

DANS LES DÉCHIRURES DE LA GAINE URÉTÉRALE, les vaisseaux nourriciers de l'uretère étant lésés, il se produit une nécrose partielle du conduit avec fistule latérale consécutive. Plus tard, la fistule s'oblitère spontanément par l'intermédiaire du grand épiploon qui vient s'appliquer sur l'orifice urétéral et sert de base à la greffe des cellules épithéliales superficielles de la muqueuse urétérale.

DANS LES SECTIONS PARTIELLES, il faut distinguer les plaies *longitudinales* et les plaies *transversales*. Ces dernières, abandonnées à elles-mêmes, déterminent une fistule. Au contraire, les sections longitudinales peuvent se cicatriser spontanément et sans sténose consécutive, la preuve en est fournie par les guérisons rapides qui suivent l'urétéro-lithotomie sans suture : une ouverture longitudinale de 1 cm. 1/2 et même plus, pratiquée pour extraire un calcul, non suturée, laisse passer l'urine pendant quelques jours, puis la plaie se ferme et l'uretère se cicatrise sans modification notable de son calibre par l'intermédiaire du grand épiploon qui vient adhérer aux lèvres de l'incision du conduit et sert de base à la greffe des cellules épithéliales superficielles de la muqueuse urétérale, comme l'ont démontré les travaux expérimentaux de Cornil et Carnot.

Quant AUX SECTIONS COMPLÈTES, abandonnées à elles-mêmes, les deux bouts se rétractent, le segment inférieur s'oblitère, le bout supérieur laissant couler l'urine dans les tissus. L'épanchement urineux augmente au fur et à mesure que le rein sécrète. Tout autour le tissu conjonctif refoulé réagit suffisamment pour former une pseudocapsule qui entrave la résorption et par suite l'intoxication urineuse. Le *pseudokyste urinaire*, a pu être toléré pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois sans accidents, chez des sujets dont l'appareil réno-urétéral n'était pas infecté. Mais il peut aussi s'infecter et aboutir soit à simple abcès péri-urétéral soit à une péritonite plus ou moins généralisée. Quant au rein, il finit par s'atrophier.

Symptomes. — I. PLAIES ACCIDENTELLES. — Lorsque le phénomène de shock (plus ou moins intense suivant la nature du traumatisme, les lésions splanchniques associées et la nervosité du sujet) se sont dissipés, les premiers symptômes en date sont : 1° douleur lombo-iliaque ; 2° hématurie ; 3° empâtement de la région lombaire ou iliaque suivant le siège de la blessure ; 4° écoulement d'urine en dehors ou dans la cavité péritonéale. Plus tard, si le blessé survit, il persiste une fistule urétéro-cutanée.

1° *La douleur lombo-iliaque* est constante, mais son intensité est variable suivant les cas. Elle siège surtout au niveau de l'orifice cutané, mais elle s'étend sur une étendue plus ou moins considérable suivant la nature des lésions urétérales et associées et s'accompagne souvent de *contracture réflexe de la paroi*, ce qui rend d'ailleurs infructueuse la palpation de la région.

2° *L'hématurie* est *peu abondante* et *de courte durée* lorsque la blessure est totale, parce que le bout inférieur se rétracte et s'obstrue. Elle se prolonge au contraire et se répète à la suite d'une marche par exemple, lorsque la blessure est partielle. Dans tous les cas, elle est toujours peu abondante.

3° L'*empâtement de la région lombo-iliaque* existe seulement lorsque les lèvres musculo-cutanées de la plaie abdominale se sont rapprochées. Cet empâtement dû à l'épanchement de l'urine dans le tissu péri-urétéral se forme, en général, *lentement* et progressivement, remplit la fosse lombaire ou la fosse iliaque, constituant une masse rénitente à surface lisse, mate à la percussion. Si la plaie urétérale est large, l'urine s'épanche *rapidement* et en grande abondance dans les tissus où elle forme une vaste tumeur, mal limitée, diffuse et empâtée. La suppuration s'en empare vite si le foyer s'infecte ; les téguments à son niveau prennent une coloration rouge, livide ; des phlyctènes, puis des escarres s'y forment, qui à leur chute mettent en communication le foyer traumatique avec l'extérieur. Parallèlement à ces phénomènes locaux se développent des phénomènes généraux sur l'intensité et la gravité desquels il n'est pas besoin d'insister.

4° L'*écoulement de l'urine par la plaie tégumentaire* se fait lorsque celle-ci est assez large et directe.

II. PLAIES OPÉRATOIRES. — Les blessures opératoires de l'uretère se présentent sous deux aspects symptomatiques différents, suivant que l'opérateur s'aperçoit de la blessure pendant l'intervention, ou bien la lésion urétérale passe inaperçue.

A. *La constatation de la blessure a été faite au cours de l'intervention.* — Dans certains cas, l'opérateur peut s'apercevoir de la section de l'uretère pendant l'opération (immédiatement après la section ou à la fin de l'intervention); il voit un canal entr'ouvert, avec un orifice spacieux, à parois épaisses et blanchâtres. Cet orifice ne laisse suinter aucune goutte de sang, ce qui éloigne aussitôt l'hypothèse d'un vaisseau sanguin sectionné; en outre, il constate parfois un léger suintement d'urine, symptôme pathognomonique, mais presque toujours masqué par la présence de sang dans le fond de la plaie. Enfin, ce qui permet de se convaincre que c'est bien l'uretère, c'est la possibilité d'introduire dans l'uretère sectionné une petite sonde.

B. *La blessure de l'uretère a passé inaperçue pendant l'opération.* — Dans un second groupe de cas, on méconnaît la plaie de l'uretère qu'on a faite; on referme le péritoine et la paroi abdominale.

Alors deux faits peuvent se produire suivant que l'intervention a été faite dans un milieu septique (pyosalpinx adhérent, kyste suppuré) ou dans un milieu aseptique.

a. Dans le premier cas, l'urine qui s'écoule par le bout supérieur de l'uretère sectionné favorise l'infection péritonéale et la malade meurt, emportée par la péritonite.

b. Si l'opération ne s'est pas faite dans un milieu septique ou même, dans ce dernier cas, si la malade a guéri opératoirement, il résulte de la plaie urétérale, la formation d'une fistule qui peut être *urétéro-vaginale*, mais le plus souvent est urétéro-abdominale. La fistule peut être *primitive* s'établissant quelques heures à peine après la blessure ou bien *secondaire*, lorsqu'elle résulte non plus d'une section mais de la chute d'une escarre produite par les mors d'une pince laissée à demeure, ou du sphacèle d'un segment urétéral privé de ses vaisseaux nourriciers. Dans le dernier cas, la fistule survient entre le 7e et le 18e jour, le plus souvent du 7e au 11e, d'après Wertheim. On s'aperçoit de la formation d'une fistule à la présence d'un exsudat pelvien et à l'élévation de la température. A ce moment, l'examen cystoscopique montre que l'orifice urétéral n'émet plus d'ondes urineuses. Quant à la sonde urétérale, elle butte à 2 ou 4 cm. au-dessus de l'embouchure vésicale de l'uretère. L'écoulement d'urine se fait alors par le vagin, d'une manière continue, quelle que soit la position de la patiente.

Diagnostic. — I. Diagnostic positif. — Le diagnostic des plaies urétérales est toujours difficile, même lorsqu'il y a issue de l'urine, ce liquide pouvant provenir du bassinet, de la vessie. Cependant dans les *blessures accidentelles*, les anamnestiques, le siège de la blessure, la nature, la longueur, la direction de l'instrument pourront faire naître de vagues présomptions, mais n'entraînent jamais la certitude. Le cathétérisme de la plaie, qu'on pourrait être tenté de pratiquer, ne fournira jamais de renseignements bien précieux, et comme il pourrait devenir dangereux, mieux vaut s'en abstenir. Seule l'exploration sanglante permettra de reconnaître et de localiser la plaie urétérale. *Dans les blessures opératoires* l'opérée est *continuellement* mouillée pas l'urine, les mictions sont normales, mais la quantité d'urine émise est moindre que normalement. A l'examen on reconnaît l'existence d'une fistule urinaire s'ouvrant au niveau de la plaie abdominale ou vaginale.

II. Diagnostic différentiel. — Il consiste à différencier surtout la fistule urétérale de la fistule vésicale. Pour résoudre ce problème, il existe plusieurs méthodes que nous grouperons, avec Adrian, en trois catégories : méthodes indirectes, méthodes directes et méthodes combinées.

A. Méthodes indirectes. — Elles permettent de conclure à l'existence d'une fistule urétérale par exclusion de la fistule vésicale et sont au nombre de trois :

1° L'*injection dans la vessie d'un liquide coloré* (lait, solution de permanganate de potasse, bleu de méthylène, etc.) constitue une méthode très ancienne. Dans le cas de *fistule vésico-vaginale*, ce *liquide apparaîtra dans le vagin.* Cependant cette méthode peut se trouver en défaut dans certains cas (fistules vésico-vaginales haut situées ou associées aux fistules utérines).

2° L'emploi de *deux substances chimiques différentes*, déposées l'une dans la vessie et l'autre en dehors et susceptibles, par leur réunion au niveau de la fistule vésicale, de donner naissance à une coloration particulière. Ainsi Lefort (en 1885), pour les fistules cutanéo-vésicales, déposait du *nitrate de plomb* en dehors, et de l'*iodure de potassium* dans la vessie; il observait la formation d'*iodure de plomb.* Küster (en 1908) imprègne le vagin de *perchlorure de fer* et injecte, dans la vessie, de l'*eau phéniquée;* il obtient une *coloration verte.* D'autres enfin utilisent la réaction bien connue d'*amidon* en injectant la solution d'*empois* dans la vessie et en tamponnant le vagin à la *gaze iodée,* ils obtiennent une coloration *bleu sombre.* Les objections dont cette méthode de deux colorations est passible sont les mêmes que celles qui atteignent la première.

3° Schauta (1907) introduit une sonde métallique dans la vessie et une autre dans la fistule; si on peut les amener au contact, c'est qu'il s'agit d'une vraie fistule vésico-vaginale. Mais il n'est pas toujours possible de sonder la fistule.

B. Méthodes directes. — Elles mettent en lumière la plaie urétérale, en injectant ou en faisant ingérer un liquide coloré et en constatant son apparition soit par le cathétérisme vésical, soit par la cystoscopie soit par le cathétérisme urétéral, ainsi :

Fritsch (1897) administre du *bleu de méthylène* et ferme le vagin bien sec avec de la gaze iodoformée et introduit une sonde dans la vessie. Dans les cas de *fistule urétérale, le tampon vaginal est coloré.*

D'autres, après injection sous-cutanée de *0,05 cg. de bleu de méthylène* ou bien 4 cmc. de *carmin d'indigo* (à 0,40 pour 10 cmc. de sérum artificiel), examinent ensuite au cystoscope la paroi vésicale et le méat urétéral. L'*examen de la paroi vésicale* montrera si la muqueuse est saine dans toute son étendue et permettra d'éliminer complètement les fistules vésico-vaginales et urétéro-vésico-vaginales, en ne montrant ni cicatrice ni orifice anormal. L'*examen du méat urétéral* montrera que, du côté sain, l'orifice urétéral se contracte régulièrement, avec un soulèvement et un petit tourbillonnement indiquant la sortie de l'urine. Du côté de la fistule urétérale, le méat est largement ouvert, béant et ne donne pas lieu à l'écoulement d'urine. Mais la chromo cystoscopie peut être en défaut, quand il y a une fistule urétérale incomplète, auquel cas on voit très bien jaillir l'urine par les deux uretères enfin le *cathétérisme cystoscopique des uretères* très recommandé par Stœckel et par Caspen précise

encore le diagnostic des fistules urétérales : la sonde introduite dans le méat béant du côté fistulé permet de reconnaître la perméabilité du bout vésical, le degré et la hauteur du rétrécissement, le siège de la fistule qu'on trouvera ordinairement à une profondeur de 2-4 cm. Enfin, on pourra laisser une sonde à demeure dans l'uretère sain : la vessie sera à sec, pendant tout le temps de l'examen, les urines du conduit intact passant par cette sonde ; et la malade continuera à être mouillée par l'issue vaginale des urines du côté lésé.

C. Méthodes combinées. — Elles résultent de la combinaison des méthodes directes et indirectes et se basent sur la coloration, en deux teintes différentes, de l'*urine vésicale*, amenée par l'uretère sain, et de l'*urine vaginale*, échappée de l'uretère blessé.

1° *Fuchsine et carmin d'indigo.* — Burkhordt et Polano (1908) remplissent la vessie avec une solution de fuchsine et injectent, dans la fesse, une solution de carmin d'indigo. Ils obtiennent ainsi une urine *vésicale rouge* et une urine *réno-urétérale bleue* qu'on regarde en exposant bien le fond du vagin.

2° *Phénolsulfonaphtaléine, bicarbonate de soude et phosphate acide de soude.* — Adrian a inventé cette épreuve intéressante, basée sur le fait suivant : la phénolsulfonaphtaléine est *rouge sombre* dans un milieu faiblement *alcalin* et *jaune d'or* dans un milieu *acide*. Pour appliquer cette réaction, on injecte, dans la fesse, 1 cmc. contenant 6 mmg. de phénolsulfonaphtaléine ; on lave la vessie et on la remplit avec 200 cmc. d'une solution de phosphate acide de soude au 100e ou bien d'acide acétique à 0,5 p. 100. On fait absorber 2 g. de bicarbonate de soude en cachets une heure avant l'expérience et enfin on enfonce dans le vagin un tampon d'ouate imbibé d'une solution saturée de bicarbonate de soude. L'urine coule des uretères colorée en *rouge violet*, au bout d'un quart d'heure. Si la *fistule est urétérale*, *le tampon vaginal se colore en rouge violet.* Une sonde introduite dans la vessie laisse couler un liquide jaune d'or, parce que le réactif a viré au jaune en milieu acide. Si la *fistule était vésico-vaginale*, le tampon serait *coloré en jaune*, parce que le contenu acide de la vessie aurait neutralisé la réaction alcaline du tempon vaginal.

3° *Rouge neutre, bicarbonate de soude et acide acétique.* — Analogue au procédé précédent cette réaction se base sur le fait suivant : le *rouge neutre est rouge sombre dans un milieu acide et devient jaune orange dans un milieu alcalin.* Voici la technique à employer : on injecte, dans la fesse, 1 cmc. de la solution au 1/100e de rouge neutre. On vide la vessie et on y injecte 200 cmc. de bicarbonate de soude à 2 p. 100. On place enfin, au fond du vagin, bien asséché, et tout contre l'orifice fistulaire, un tampon imbibé d'une solution d'acide acétique à 0,5 p. 100. La réaction se produit au bout de 15 minutes environ : en cas de fistule urétérale le *tampon vaginal acide est coloré en rouge sombre par l'urine fistulaire, tandis que l'urine vésicale, étant alcaline, reste jaune orangé.*

Mais une condition est indispensable au succès de ces réactions; il faut que le rein, du côté fistulisé, fonctionne et que la vessie tolère une certaine distension. Au surplus, s'il y a coexistence d'une fistule urétérale et vésicale, la chose se complique; et Adrian propose une série d'expédients qui n'offrent pas une garantie absolue. La cystoscopie nous paraît alors résoudre le problème avec plus d'exactitude.

Pronostic. — Le *pronostic* des blessures urétérales est, en général, sérieux. Abandonnées à elles-mêmes, elles sont suivies de fistules urétérales (si le malade ne succombe pas à la péritonite) qui constituent non seulement une infirmité par l'écoulement continuel d'urine, mais aussi une complication retentissant sur l'uretère et le rein. La gravité des blessures dépend : 1° *de la nature des lésions :* les plaies partielles peuvent guérir spontanément, alors que les plaies totales donnent lieu à des fistules ; 2° *de l'état aseptique ou non du rein :* en effet, si les urines sont septiques, la péritonite ne tarde pas à se déclarer et à emporter le malade ; 3° *de la précocité de l'intervention*, destinée à rétablir la continuité de l'uretère ou à dériver les urines au dehors. Les *plaies accidentelles* sont, en général, beaucoup plus graves que les plaies opératoires parce que ces dernières sont, en général, reconnues et suturées au cours de l'intervention ou parce que le drainage permet à l'urine de s'écouler au dehors sans s'accumuler dans le péritoine, sans même empêcher la formation d'adhérences protectrices. D'une manière générale, on peut dire que les plaies accidentelles tuent par péritonite, même si les urines sont aseptiques au moment de la blessure, parce que l'infection pénètre avec l'agent vulnérant ou le projectile, tandis que la fistule urétéro-vaginale ou urétéro-sus-pubienne sauve la vie de la malade après une lésion opératoire.

Traitement. — Le *traitement* varie suivant qu'il s'agit de plaies *accidentelles* ou *opératoires.*

I. Plaies accidentelles. — *Lorsque la plaie est reconnue dans les moments qui suivent sa production,* il y a intérêt à mettre à découvert la région urétérale, à rechercher le conduit après avoir évacué sang et urine et à constater la lésion. Si l'uretère est complètement sectionné, on s'efforcera de réaliser une *urétérorraphie* suivant les règles. La recherche des deux bouts sera quelquefois particulièrement malaisée et devra être faite d'après la connaissance des points de repère. Si l'uretère est incomplètement sectionné, on s'efforcera de suturer la plaie. Pour les plaies longitudinales, la suture n'a pas grand intérêt, elles ont tendance à se réunir spontanément. On terminera l'opération par un drainage. *Lorsque la plaie urétérale est méconnue*, et qu'il se développe dans les jours qui suivent des phénomènes d'infiltration d'urine, on se contentera d'ouvrir largement le foyer infecté. S'il y a lieu, on traitera ultérieurement la fistule urétérale.

II. Plaies opératoires. — Pour les blessures opératoires le traitement comprend deux sortes de moyens, les uns destinés à prévenir cette complication et les autres à la guérir, d'où la division en traitement *préventif* et traitement *curatif.*

A. Traitement préventif. — 1° *Prophylaxie opératoire des blessures de l'uretère au cours des opérations vaginales.* — Pour éviter la blessure de l'uretère au cours d'une hystérectomie vaginale, il faut, comme le conseillent Segond et Richelot, procéder comme si l'uretère était collé contre le bord de l'utérus (alors que théoriquement est à 2-3 cm. de ce bord) et détruire toujours, dès le début de toute hystérectomie, les liens qui unissent le col à l'uretère et qui tiraillent celui-ci dès qu'on abaisse l'utérus. Par conséquent, il est bon de compléter l'incision circulaire de la muqueuse vaginale autour du col par deux incisions transversales tombant per-

pendiculaires sur la première. Après avoir dégagé le col en avant et en arrière, le doigt glisse de l'utérus vers la base du ligament large, y pénètre, décolle et soulève d'abord le feuillet péritonéal antérieur puis le postérieur et dégage ainsi le conduit vasculaire qu'on peut saisir entre deux doigts. En usant de pinces à mors courts, en rasant le bord utérin et en dirigeant leur extrémité vers le bord de l'utérus, on peut être sûr de n'avoir jamais de malheur.

2° *Prophylaxie opératoire des blessures de l'uretère au cours des interventions abdominales.* — a. *Dans la colpo-hystérectomie élargie de Wertheim*, l'uretère court les plus grands risques. Pour éviter sa blessure, il faut s'attacher, dès le début de l'opération, à *bien voir* l'uretère, et à le *libérer* et non pas le *disséquer*. On y arrive en suivant la technique décrite par Lecène : Après ouverture abdominale, on décolle la face antérieure de l'utérus de la vessie aussi loin que possible. Puis, l'utérus étant tiré du côté opposé à l'opérateur, et le *feuillet postérieur du ligament large bien tendu*, on va à la recherche de l'uretère en suivant ce feuillet. Immédiatement en dehors de l'uretère on découvre et on lie l'artère utérine, on libère l'uretère jusqu'à la vessie et enfin on passe à la section progressive des ligaments utéro-sacrés et des lames sacro-recto-génitales. Ainsi on évitera non seulement de lier l'uretère, mais aussi de le dépouiller de son adventice et de le couder en liant les vaisseaux; b. *Dans l'hystérectomie pour tumeurs incluses*, l'uretère est très exposé, à cause de son déplacement ou des adhérences intimes à la tumeur. En cas de fibrome, l'uretère peut être étranglé entre deux lobes et si parfaitement emprisonné que, sur la pièce enlevée, on a beaucoup de peine à le découvrir. Sur le vivant, reconnaître l'uretère parmi tous les vaisseaux aplatis qui sillonnent la tumeur est souvent impossible. On a proposé, dans ce cas, le cathétérisme de l'uretère avant l'opération, mais cette méthode nous semble présenter plus d'inconvénients que d'avantages. Outre que c'est une manœuvre assez délicate à exécuter (souvent la sonde ne pénètrera pas au delà de quelques centimètres au-dessus de la vessie), le cathétérisme de l'uretère nécessite, pour la malade, une position spéciale, fatigante. Enfin, un cathéter peut être brisé par une pince au cours de l'opération, comme dans un cas de Kelly. *Une sage prudence au niveau de la zone dangereuse* (pédicule utérin) *doit donc suffire à l'opérateur, qui n'oubliera jamais de vérifier, à la fin de l'opération, l'intégrité de l'uretère.* Il est bon aussi d'avoir, dans une laparotomie pour tumeur incluse, à sa disposition, des matériaux d'urétérorraphie.

B. TRAITEMENT CURATIF. — I. *Méthodes thérapeutiques.* — Le traitement curatif des blessures opératoires de l'uretère comprend plusieurs méthodes, dont chacune peut être appliquée de façon différente suivant les auteurs. Ainsi pour la seule urétéro-cysto-néostomie Garré compte, pour une centaine d'interventions pratiquées, plus de 30 procédés ou procédoncules. Aussi la difficulté, précisément, est-elle de faire une sélection entre ces interventions proposées et de la motiver par des indications précises, selon les divers cas cliniques. Schématiquement, on peut grouper toutes les méthodes thérapeutiques en trois catégories.

1° En effet, certaines *méthodes* sont *destinées à rétablir le cours des urines.* Telles sont : l'urétérorraphie (anastomose par suture des deux bouts du conduit sectionné). L'urétéro-cysto-néostomie (la greffe de l'uretère dans la vessie), l'abouchement de l'uretère sectionné dans le conduit opposé, l'abouchement de l'uretère dans le canal déférent et l'urétéroplastie (remplacement des pertes de substance de l'uretère à l'aide de segments d'uretère ou de vaisseaux conservés aseptiquement à l'état de vie latente dans un liquide analogue à celui de Ringer ou de Locke).

2° *D'autres méthodes ont pour but de dériver le cours des urines*, telles sont : la greffe de l'uretère dans le gros intestin, à la peau ou au vagin, la ligature du bout rénal avec drainage du bassinet par pyélostomie.

3° *Enfin certaines méthodes ont pour but d'arrêter le cours des urines :* telles sont la ligature atrophiante de l'uretère et la néphrectomie.

II. *Indications thérapeutiques.* — *a.* Si la *plaie opératoire est reconnue* au moment même où elle se produit, il y a tout intérêt à la réparer immédiatement en agissant d'une façon différente suivant la nature des lésions observées.

1° *Sections partielles.* — Les *sections longitudinales* guérissent généralement sans incident. Il suffit de placer deux ou trois points séparés au catgut fin, en ayant soin de ne pas perforer la muqueuse. Lorsque la section *est oblique ou transversale*, ses bords s'écartent, et la plaie béante prend une forme ovalaire. La suture directe des lèvres de la plaie formerait dans l'intérieur de l'uretère une saillie transversale, véritable valvule qui en diminuerait le calibre. Dans ce cas, il est bon de recourir au procédé de van Hook : au milieu de chacune des lèvres de la plaie transversale, on pratique une petite incision longitudinale, longue de 5 cm. environ; on réunit, ensuite, les deux angles supérieur et inférieur de chaque côté et on continue à réunir transversalement toute la plaie.

2° *Section totale de l'uretère sans perte de substance.* Dans ces cas, la conduite à tenir, diffère suivant le siège de la lésion : au niveau de l'*uretère pelvien*, il est préférable de pratiquer l'*urétéro-cysto-néostomie.* Au niveau de l'*uretère iliaque ou lombaire* on tentera l'*urétérorraphie* circulaire sur conducteur temporaire.

3° *Section urétérale avec résection d'une certaine étendue du conduit.* Si les deux bouts de l'uretère peuvent être amenés au contact (cas très rare) on préférera l'urétérorraphie ; dans le cas contraire, on essaiera de pratiquer l'urétéro-cysto-néostomie. Mais si la portion réséquée dépasse 3-4 cm., l'abouchement dans la vessie devient impossible ou aléatoire. Dans ce cas, on a le choix entre l'abouchement de l'uretère dans l'intestin (cæcum, appendice, côlon iliaque), à la peau (urétérostomie lombaire provisoire) ou dans l'uretère du côté opposé. Si aucune de ces anastomoses n'est possible on a conseillé la ligature du bout supérieur avec drainage du bassinet correspondant pour éviter la douleur du rein mis en tension, suivie de la *néphrectomie* lorsque la valeur du rein congénère aura été déterminée.

b. Si la *plaie opératoire n'est reconnue que bien après l'intervention causale*, il faut attendre d'abord que se soient écoulés les délais au delà desquels il n'y a plus à compter sur la cure spontanée de la fistule urétérale (Wertheim, qui a précisé ce point, fixe cette limite à *quatre mois*). Après cette période de curabilité spontanée, il faut découvrir par un

débridement les deux bouts de l'uretère, dilater leurs orifices s'ils sont rétrécis et même en réséquer une petite étendue, puis les suturer circulairement si possible. Sinon, on aura recours à l'urétéro-cysto-néostomie et aux autres opérations plus haut signalées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1921)

Discussion sur la proposition de M. Delorme relative à la fondation d'un institut de thérapeutique. — M. CAZENEUVE rappelle que M. Delorme a proposé la création d'un institut national de thérapeutique. Il a cité l'exemple de l'Allemagne qui a, pour un institut de ce genre, un budget spécial, et l'exemple d'autres pays étrangers. M. Cazeneuve fait observer que nous avons, en France, l'Institut Pasteur, le Muséum et le Collège de France. En demandant la création d'instituts spéciaux, M. Delorme veut la séparation de l'enseignement d'avec ces instituts spéciaux. M. Cazeneuve ne comprendrait pas cette séparation. L'enseignement peut avoir un double but : enseigner et faire des recherches.

L'Institut Pasteur, le Collège de France ne remplissent-ils pas déjà ce double but? M. Cazeneuve ne saurait comprendre l'enseignement expérimental sans laboratoires. Pourquoi, dès lors, la création d'instituts spéciaux, en dehors de ceux qui existent déjà et qui coûteraient des millions? M. Delorme fait appel à l'initiative privée, à un geste généreux. Il n'y faudrait pas compter dans la crise que nous traversons. En résumé, que l'on complète, que l'on améliore ce qui existe déjà, et pas de créations nouvelles.

Discussion sur le rapport de M. Bernard relatif à la revision de la loi de 1902. — M. HANRIOT reconnaît que l'enseignement de l'hygiène, en France, est défectueux. Il se demande si la création d'un ministère de l'Hygiène améliorera la situation.

M. H. VINCENT fait ressortir l'importance et la nécessité de la réforme de la loi de 1902 sur la protection de la santé publique. Elle se justifie par les progrès encore incomplets de l'hygiène en France, par l'extension urgente de la lutte contre les épidémies, et l'urgence non moins grande de perfectionner l'organisation sanitaire administrative. Il est à peine croyable, par exemple, qu'une grande ville, comme Marseille, n'ait pas de médecins d'état-civil, chargés de constater les décès! Bien qu'elle ait apporté un réel progrès, la loi de 1902, en subordonnant aux maires et aux préfets, le personnel et les services d'hygiène en a limité les heureux effets. Il faut, avant tout, perfectionner l'enseignement de l'hygiène trop délaissé dans les Facultés et les Ecoles. Le projet de loi actuel rattache très justement les services et les médecins sanitaires au ministre de l'Hygiène. Mais il faut prévoir et indiquer comment ces organes pourront fonctionner en harmonie avec les pouvoirs administratifs (maire et préfet) et formuler des propositions qui résolvent, sans ambiguité, les divergences ou les conflits possibles.

Il faut alléger la tâche accablante impartie par le projet de loi, aux médecins sanitaires de circonscription.

Les Conseils sanitaires doivent être composés de membres moins nombreux, bien choisis. La prépondérance doit appartenir aux médecins, non aux fonctionnaires.

Les désignations et la présentation des candidats aux hautes fonctions sanitaires devraient être faites au ministre, d'après leurs titres, par l'Académie de médecine et par le Conseil supérieur d'hygiène. L'Académie de médecine, conseiller officiel du gouvernement, doit toujours être consultée à l'occasion de toutes les questions qui intéressent l'hygiène et l'épidémiologie, ce que le projet devrait spécifier.

M. MESUREUR, tout en faisant l'éloge du rapport de M. Bernard, estime qu'il doit y être apporté quelques modifications et qu'il contient quelques contradictions. La création d'un ministère de l'Hygiène peut amener bien des conflits. Le ministre de l'Hygiène pourra-t-il pénétrer dans les casernes, sans l'autorisation du ministre de la Guerre ou dans une usine, sans l'approbation de son collègue du Travail.

En somme, il existait au ministère de l'Intérieur, un certain nombre de services, répondant à toutes les questions d'hygiène. Le nouveau ministère va dépouiller la Préfecture de police d'une grande partie de ses services.

Comme conclusion, M. Mesureur pense qu'en améliorant certains services, déjà existants, le besoin d'un nouveau ministère ne se faisait peut-être pas beaucoup sentir.

Statistique des cas de fièvre typhoïde observés dans les deux sexes avant et après la guerre. — M. Emile SERGENT apporte une statistique qui, quoique restreinte, tire sa valeur de sa ressemblance absolue avec celles des prof. Chauffard et Achard. C'est parce qu'elle les confirme et les grossit qu'il a cru utile de la verser aux débats ouverts sur l'opportunité de la vaccination antityphoïdique de la population civile.

Cette statistique porte sur les cas de fièvre typhoïde observés dans son service de la Charité sur des civils des deux sexes; d'une part, pendant les années 1911, 1912 et 1913; et, d'autre part, pendant les années 1918, 1919 et 1920.

Elle tend à établir deux constatations des plus importantes :

Tout d'abord, l'âge moyen des cas observés chez la femme, avant et après 20 ans, reste sensiblement le même dans les deux périodes, tandis que l'âge moyen des cas observés chez l'homme, qui était à peu près identique à celui des cas observés chez la femme, avant la guerre, s'est, depuis la guerre, notablement abaissé, au point que les cas masculins observés après 20 ans sont devenus exceptionnels;

Ensuite et surtout, la proportion globale des cas observés comparativement dans les deux sexes, avant et après la guerre, s'est renversée; la courbe des cas féminins qui, avant la guerre, se maintenait un peu au-dessous de celle des cas masculins, se tient aujourd'hui dans les sommets, tandis que la courbe des cas masculins s'est considérablement abaissée et tend vers 0, ce qui ne peut être attribué qu'au rôle préventif incontestable de la vaccination antityphoïdique pratiquée sur la population masculine valide pendant son passage aux armées.

Importance de la méthode graphique pour le diagnostic des dilatations et des malformations de la crosse aortique. — M. LENOBLE (de Brest) a étudié par la méthode graphique 16 cas de dilatation de la crosse aortique, 1 cas de malformation de la crosse, 6 cas de tumeurs pulsatiles anévrismales de cet appareil.

Il conclut que les phlébogrammes jugulaires permettent d'orienter le diagnostic dans le sens d'une aortite lorsque, en présence de signes de compression ou d'irritation dûs à une tumeur du médiastin le tracé est celui connu sous le nom de tracé jugulo-carotidien le plus souvent très net, d'autres fois plus ou moins modifié. La radioscopie viendra, en définitive, confirmer la dilatation du vaisseau et ses caractères.

Les graphiques d'une tumeur pulsatile du thorax montreront si les pulsations appartiennent en propre à la grosseur ou si elles résultent de la propagation par une tumeur solide de pulsations artérielles de voisinage.

— Plusieurs autres communications sont faites par MM. TIFFENEAU, sur **la stabilité de l'ouabaïne Arnaud**, et GUILLEMOT, sur une question de **médecine radiothérapique**.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1921)

Les variations de l'acidorésistance du bacille tuberculeux. — M. A. VAUDREMER. On vit dans la notion formelle que l'acidorésistance est une des caractéristiques du bacille tuberculeux. L'auteur montre que l'acidorésistance est fonction du milieu de culture. Un bacille tuberculeux authentique, cultivé sur gélose ordinaire, perd son acidorésistance et la récupère quand on lui fournit de la glycérine ou même des traces de sérum frais.

L'action pathogène des bacilles tuberculeux présente des

modifications en rapport avec la présence ou l'absence de l'acidorésistance.

M. P. E. WEILL a observé des faits analogues avec le bacille de la lèpre.

M. P. ARMAND-DELILLE rappelle à ce propos que l'on peut passer du bacille de Koch, acidorésistant, au bacille homogène, mais non inversement.

Variation de l'immunité selon les diverses maladies. — M. A. NETTER. Il est des infections qui immunisent pour toujours; d'autres, qui n'immunisent pas du tout, au contraire; d'autres, qui tiennent le milieu entre les deux précédentes. Un sujet immunisé contre une infection donnée : méningite à méningocoque A, peut ne pas l'être contre une infection voisine : méningite à méningocoque B.

Election. — M. MESTREZAT est élu membre titulaire.

HOPITAUX DE PARIS

LE NOUVEAU CONCOURS DE L'INTERNAT

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris,

Vu la loi du 10 janvier 1849 et le règlement d'administration publique du 24 avril suivant,

Ensemble la loi du 7 août 1851,

Vu les avis émis par le Conseil de surveillance dans ses séances des 5 février et 2 juillet 1914, et 20 janvier 1921,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Sont révisés ainsi qu'il suit les articles ci-après du règlement général sur le Service de santé, savoir :

Art. 170. — Tout interne provisoire qui, désigné pour assurer un remplacement, refuse, hors le cas de maladie dûment justifiée, d'occuper le poste qui lui est assigné est rayé de la liste des internes provisoires.

Art. 247. — Les élèves externes reçus au concours ont, seuls, le droit de se présenter pour les places d'interne en médecine.

Ils ne peuvent se présenter à ce concours que quatre fois ; toutefois ceux qui ont accompli une année au moins de service militaire effectif, en vertu des lois du 21 mars 1905 ou du 7 août 1913, peuvent être admis à prendre part à cinq concours.

Les candidats au concours de l'internat en médecine ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes :

1° Un certificat constatant leurs services en qualité d'externe, depuis le 1er mars précédent, sans interruption.

2° Des certificats délivrés par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externe et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

3° Un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, constatant qu'ils sont munis de onze inscriptions au moins.

Les candidats désignés pour prendre part aux épreuves définitives doivent, en outre, présenter, avant le 1er octobre, les pièces complémentaires suivantes :

1° Un second certificat délivré par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés, en qualité d'externe, attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec exactitude, zèle et subordination. depuis le 1er juillet précédent.

2° Un certificat délivré par la Faculté de médecine établissant qu'ils sont munis de leur douzième inscription.

Art. 248. — La nomination aux places vacantes d'interne en médecine, fait l'objet d'un concours à deux degrés.

Les candidats sont appelés à subir, dans les premiers jours du mois de juillet, une première épreuve, dite de sélection, et qui a pour objet de restreindre le nombre des compétiteurs au concours définitif.

Le jury de l'épreuve de sélection se compose de six membres dont trois médecins, deux chirurgiens et un accoucheur, ce dernier pouvant être remplacé par un oto-rhino-laryngologiste ou un ophtalmologiste, tirés au sort parmi les membres du corps médical des hôpitaux, nommés au cours de la pénultième et de l'antépultième année.

Les dispositions de l'article 196 relatives à la récusation pour cause de parenté ou d'alliance ne sont pas applicables aux membres de ce jury.

Les juges de l'épreuve de sélection ne peuvent faire partie du jury des épreuves définitives. Il en sera de même de tout membre du corps médical qui, désigné pour faire partie de ce premier jury, se sera récusé quel que soit le motif invoqué.

Le jury des épreuves définitives se compose de douze membres, dont six médecins, cinq chirurgiens et un accoucheur, tirés au sort parmi les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice et honoraires, et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. Peuvent siéger dans le jury un aliéniste, aux lieu et place d'un médecin, et un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngologiste, aux lieu et place d'un chirurgien.

On mettra en conséquence, dans l'urne, en même temps que les noms des médecins chefs de service et des médecins des hôpitaux, les noms des médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en exercice et honoraires, et ceux des médecins adjoints de ces quartiers, et, en même temps que les noms des chirurgiens chefs de service et des chirurgiens des hôpitaux, les noms des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes chefs de service et des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

Art. 249. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées ainsi qu'il suit :

ÉPREUVE DE SÉLECTION. — *Une composition écrite anonyme pour laquelle il est accordé une heure.* — Le sujet de la composition consiste en un questionnaire portant sur six sujets d'anatomie d'un caractère élémentaire. Les questions sont réparties en deux séries de trois, la première série a pour programme : l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, les vaisseaux et nerfs périphériques, les organes des sens ; la seconde porte sur la splanchnologie, le système nerveux central et l'appareil génito-urinaire.

Les candidats rédigent, sur deux copies séparées, les réponses aux deux séries de questions. Les copies ne sont pas signées ; sur chacune d'elles, le candidat inscrit ses nom et prénoms à l'angle supérieur de la première page. Il remet personnellement ses deux copies à l'un des bureaux constitués par un des membres du jury, assisté d'un représentant de l'administration, en la forme déterminée d'après l'avis du Conseil de surveillance en date du 1er février 1906.

Le jury se divise en deux sections pour juger les deux séries de copies, selon une notation de 0 à 15 pour chacune d'elles.

L'une des sections, composée d'un médecin, d'un chirurgien et d'un accoucheur ou d'un spécialiste, juge les questions de la première série. L'autre section, composée de deux médecins et d'un chirurgien, note les copies de la seconde série.

Dans les deux sections, la lecture des copies est faite devant le jury par l'un de ses membres. Les séances du jury ne sont pas publiques.

Une fois la notation terminée, les deux sections du jury se réunissent et elles procèdent à la désignation des candidats admis à prendre part au concours définitif de l'internat. Le classement s'établit d'après la somme des points obtenus par les deux copies revêtues du même numéro d'ordre. Les résultats de cette épreuve, indiqués en points, ne devant pas compter dans le concours définitif doivent rester ignorés.

Le nombre des candidats appelés à participer au concours définitif est égal au quadruple de celui des places d'internes à pourvoir.

Les internes provisoires en exercice sont dispensés de l'épreuve de sélection, à condition qu'ils ne se soient jamais récusés à l'occasion des remplacements pour lesquels ils ont pu être désignés. Il est, en conséquence, retranché du nombre des candidats à retenir par l'épreuve de sélection, celui des internes provisoires appelés à concourir.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par

rapport à cette proportion, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Avant de dévoiler les noms cachés sur les copies sélectionnées, on fait disparaître les numéros d'ordre et la notation qui ont servi à la désignation des candidats. Ceux-ci sont classés et présentés par ordre alphabétique sans qu'il soit possible de connaître le point obtenu par chacun d'eux.

Epreuves définitives. — 1° *Trois épreuves écrites* anonymes;

2° *Une épreuve orale.*

Les trois compositions écrites sont rédigées en trois séances. Celles-ci se succèdent à court intervalle de façon à être terminées, autant que possible, dans un laps maximum de trois jours.

Pour chacune des compositions, une heure et demie est attribuée aux candidats dont une demi-heure pour la réflexion et une heure pour la rédaction. Aucune abréviation dans l'écriture n'est autorisée.

Au commencement de chaque séance, le choix des questions à proposer est arrêté par le jury réuni au complet.

La première composition porte sur l'anatomie, la seconde sur la pathologie interne, la troisième sur la pathologie externe ou les accouchements.

Pour la première composition, le jury doit préciser si la question d'anatomie posée comporte l'histologie et la physiologie correspondantes.

Tout candidat, n'ayant pas participé aux trois épreuves et remis trois copies, est éliminé du concours. Il en sera de même lorsqu'une des copies aura été notée zéro.

Le jury se divise en trois sections pour juger les trois ordres de compositions, savoir :

Pour la composition d'anatomie, un médecin et trois chirurgiens.

Pour la composition de pathologie interne, quatre médecins.

Pour la composition de pathologie externe ou d'accouchement, deux chirurgiens, un médecin, un accoucheur.

Pour la première composition, il est proposé trois questions portant sur l'anatomie.

Pour la seconde, trois questions de pathologie interne.

Pour la troisième, deux questions de pathologie externe et une d'accouchement.

Pour chacune d'elles, le sujet à traiter est tiré au sort.

Après chaque épreuve. les copies sont rangées par ordre alphabétique.

A la fin de la troisième composition, les trois copies de chaque candidat sont placées sous enveloppe commune, et il est procédé à l'établissement de l'anonymat et au numérotage.

Dans chacune des sections, la lecture des copies anonymes est faite devant le jury par deux internes en exercice en séance non publique. Le maximum des points à attribuer à chaque copie est de 15.

Une fois la notation terminée dans les trois sections, le jury se réunit en vue de la désignation des candidats admis à subir l'épreuve orale. Le nombre des candidats à retenir est égal au triple des places d'interne vacantes.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à cette proportion, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Les candidats appelés à subir l'épreuve finale sont désignés par ordre alphabétique. Le point obtenu par chacun d'eux pour les trois épreuves écrites doit demeurer inconnu jusqu'à la fin du concours.

*
* *

Epreuve orale. — Pour juger l'épreuve orale, le jury se reconstitue par la réunion de ses trois sections.

L'épreuve orale consiste dans l'exposé de deux sujets portant, l'un sur la pathologie interne et l'autre sur la pathologie externe ou les accouchements.

Il est accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, l'ensemble des deux questions qui sont échues.

La notation de cette épreuve se fait de 0 à 20.

Après la dernière séance d'épreuve orale, le jury procède au classement des candidats par ordre de mérite. La notation tenue cachée sur les copies est dévoilée et les points obtenus dans les épreuves écrites et à l'épreuve orale sont additionnés.

Au cas où le point le plus élevé est acquis par plusieurs candidats, ceux-ci sont appelés à subir devant le jury une épreuve orale supplémentaire.

Les candidats de nationalité étrangère peuvent être autorisés à concourir à condition que leurs dossiers soient transmis par leurs légations respectives, à l'Administration de l'Assistance publique, par l'intermédiaire de M. le ministre des Affaires étrangères et avec son assentiment. Ceux d'entre eux qui subissent avec succès les épreuves sont admis en surnombre. Ils prennent rang toutefois dans le classement général par ordre de mérite et sont appelés à choisir leur service suivant ce rang.

Art. 278. — Compléter ainsi le paragraphe 2 :

« Le nombre des candidats qui peuvent être nommés internes provisoires est, au plus, égal au nombre des places d'internes titulaires mises au concours. Il pourra être inférieur si le jury considère que le nombre des candidats suffisamment instruits n'atteint pas ce chiffre ».

Art. 2. — Par mesure transitoire, les dispositions de l'article 247 exigeant des candidats la production d'un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, constatant qu'ils sont munis de onze inscriptions au moins pour être admis à prendre part à l'épreuve de sélection, et de douze inscriptions pour être admis à prendre part aux épreuves définitives, ne seront pas opposées aux élèves reçus externes avant le concours de l'internat en médecine à ouvrir en 1921. La disposition du même article limitant le nombre des concours d'internat en médecine auquel les candidats peuvent être autorisés à se présenter, ne sera pas opposée aux élèves qui ont déjà pris part à ce concours. Ils pourront, en conséquence, être admis à concourir, comme précédemment, pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine s'ils remplissent, d'autre part, les conditions exigées par le présent règlement.

Art. 3. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Il aura effet à partir du concours de l'année 1921.

Fait à Paris, le 21 janvier 1921.

Signé : Dr LOUIS MOURIER.

Vu et approuvé :
Paris, le 2 février 1921.
Le Préfet de la Seine,
Signé : AUTRAND.

LIVRES NOUVEAUX

La question des vitamines (1), par le Dr G. Houlbert (de Vichy).

La littérature sur les vitamines et les maladies par carence s'enrichit chaque jour, sans que, malheureusement, le problème reçoive sa solution. M. G. Houlbert nous présente ici un résumé, du reste excellent, de la question; mais ce n'est pas seulement une compilation. L'auteur y expose aussi ses expériences personnelles, desquelles il résulte que les vitamines seraient essentiellement des excitants des sécrétions endocrines et exocrines : une partie importante de l'ouvrage est consacrée à l'étude des troubles par carence, notamment dans la croissance, le rachitisme et les dyspepsies. Autrefois, le calcul des calories était à la base de toute diététique sérieuse. Il semble que maintenant ce soit à celui des vitamines que va revenir la première place dans l'établissement des régimes.

J. L.

(1) In-16. — Paris, L. Arnette.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 14. — MARDI 15 & JEUDI 17 FÉV. 1921. — 94e ANNÉE. — MARDI 15 & JEUDI 17 FÉV. 1921. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DU PRIX DE L'INTERNAT (MÉDAILLE D'OR). — *Médecine.* — Composition du jury : MM. les Drs Lesage, Guillain, René Marie, Clerc et Widal.

Candidats : MM. Léchelle, Turquety et Moreau.

Chirurgie et accouchement. — Composition du jury : MM. les Drs Schwartz (Edouard), Chifoliau, Rochon-Duvigneaud, Martin et Le Lorier.

Candidats : MM. Bloch (Jacques) et Clap.

— Un concours pour la nomination à deux places de dentiste adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 18 avril 1921, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 21 mars 1921 au samedi 2 avril inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. A. Guillemin, prosecteur d'anatomie, est délégué provisoirement dans les fonctions de suppléant de chef de clinique chirurgicale.

M. Cornu, aide d'anatomie, est délégué provisoirement dans les fonctions de prosecteur d'anatomie.

M. Charles est délégué provisoirement dans les fonctions d'aide d'anatomie.

M. Guibal est nommé aide d'anatomie.

IIIe CONGRÈS D'HYGIÈNE SCOLAIRE DE LANGUE FRANÇAISE. — Ce Congrès, organisé par la Ligue française d'Hygiène scolaire et par la Société des médecins-inspecteurs des écoles de la Ville de Paris, aura lieu du 1er au 3 avril 1921, à la Faculté de médecine de Paris.

Il est placé sous le haut patronage des ministres de l'Instruction publique et de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale.

Les sujets mis à l'étude seront :

1° « L'organisation hygiénique et pédagogique des écoles de plein air. »

2° « L'éducation hygiénique de l'enfant à l'école. »

3° « L'inspection médicale des écoles. Les cantines scolaires. »

On peut dès maintenant adresser toute correspondance relative au Congrès à l'un des membres du bureau du Comité d'organisation :

M. le Dr H. Méry, président, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. le Dr Genévrier, secrétaire général, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, médecin-inspecteur des écoles, 8, rue du Pré-aux-Clercs. — Tél. : Saxe 35-59.

M. Ladevèze, directeur d'école, 10, avenue de la Motte-Picquet, et Dr Mathé, médecin-inspecteur des écoles, 29 *bis*, rue Demours. — Tél. : Wagram 61-10, secrétaires généraux adjoints.

M. Le Dr E. Leclerc, trésorier, médecin-inspecteur des écoles, 69, rue de Rivoli. — Tél. : Central 09-03.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine séance de l'Ecole d'instruction aura lieu le lundi 21 février 1921, au centre militaire, à 20 h. 30.

La conférence sera faite sur « Le problème des évacuations », par le Dr Lardennois, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical, à 19 heures précises (tenue civile, prix : 15 fr.).

UNION DES MÉDECINS ARMÉNIENS DE PARIS. — Sous ce titre vient de se fonder une Société ayant pour but d'entrer en relation avec les autres sociétés médicales françaises pour servir d'intermédiaire entre celles-ci et les sociétés médicales arméniennes de l'Arménie et de l'étranger.

Le président de la Société est le Dr Cololian ; le siège de la Société est à Paris, 37 *bis*, rue de Ponthieu.

HOPITAL COCHIN. — Sous la direction de M. le prof. Widal et de MM. A. Lemierre et P. Abrami, agrégés, commencera à la clinique de l'Hôpital Cochin, à partir du lundi 28 février 1921, une série de 20 leçons sur les Procédés d'exploration

clinique appliqués au diagnostic des maladies, avec exercices pratiques.

Ces leçons auront lieu tous les jours à 14 heures, au Laboratoire de la clinique. Le nombre des assistants est limité à vingt-cinq.

Droits de laboratoire : 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

ŒUVRE GRANCHER. — Georges Enesco donnera jeudi soir 24 février, salle Gaveau, un seul concert dont le produit sera intégralement versé à l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose (Œuvre Grancher). Au programme : sonate, mi mineur (Veracini); poème (E. Chausson); pièces de Dittersdorf, Couperin, Cartier, etc. — Location : Durand, salle Gaveau.

JURISPRUDENCE

EMPLOI DE RELIGIEUSES DANS UNE CLINIQUE

Une importante question de compétence s'est posée tout récemment devant le Conseil d'Etat, au sujet de l'emploi de religieuses, faisant partie d'une congrégation autorisée, par un docteur en médecine qui dirigeait une clinique. Comme il s'agissait d'une question intéressant la corporation des médecins, l'Association générale des médecins de France était intervenue à l'instance.

Le Dr H..., directeur d'une clinique à Besançon, et l'Association générale des médecins de France avaient déposé une requête au Conseil d'Etat tendant à annuler : 1° une décision du 27 juin 1912, par laquelle le préfet du Doubs, en notifiant au Dr H... une décision ministérielle du 25 juin 1912, qui a invité les religieuses affectées au service de sa clinique à réintégrer leur maison-mère dans un délai de trois mois, l'a informé qu'à l'expiration de ce délai, faute par lui d'avoir fait appel à un personnel laïque, il s'exposait à l'application de la loi du 4 décembre 1902; 2° en tant que de besoin, la décision précitée du ministre de l'Intérieur du 25 juin 1912.

On soutenait à l'appui de cette requête que la décision préfectorale portait tout d'abord atteinte au principe de la liberté du commerce et de l'industrie; en effet, disait-on, la profession de médecin ne s'exerce plus librement si l'on apporte des obstacles au droit de choisir librement tels ou tels collaborateurs, droit que tous les médecins de France ont sans cesse revendiqué; sans doute la profession de médecin peut être réglementée, mais on ne conçoit pas que l'exercice en soit subordonné à une autorisation discrétionnaire; rien de pareil n'est exigé par les lois du 1er juillet 1901 et 4 décembre 1902 qui, si elles ont entendu entraver le développement des congrégations, n'ont eu ni pour but, ni pour effet de limiter la liberté d'action des tiers qui veulent faire appel au service des congréganistes. On développait en outre cet argument que le préfet du Doubs avait commis une illégalité par un véritable détournement de pouvoir, l'administration ayant nettement manifesté sa volonté de n'autoriser en aucun cas l'installation de congréganistes dans des cliniques privées : on voulait laïciser par une voie détournée. Enfin, on ajoutait qu'une clinique dirigée par un laïque ne saurait constituer un établissement dépendant du caractère de ceux qui en ont la direction effective : dans l'espèce, les sœurs employées par le Dr H..., étaient de simples salariées, payées au mois, pouvant être remerciées à tout moment; étant donné ces circonstances, il manquait l'élément essentiel de permanence, de stabilité que les textes de loi et la jurisprudence exigent pour qu'il y ait établissement.

Le ministre de l'Intérieur répondit à ces observations, en faisant les objections suivantes : d'une part, les lois qui régissent les congrégations religieuses sont, au premier chef, des lois de police et de sûreté qui doivent être respectées par des tiers qui veulent, à titre privé, faire appel au concours des congréganistes; si, jusqu'à présent les demandes d'autorisation visant des établissements congréganistes au service de cliniques privées ont été rejetées, c'est parce qu'il n'avait pas paru conforme au vœu du législateur de doter de la personnalité civile des agrégations qui, affectées au service d'une institution privée, ne peuvent prétendre à la pérennité juridique. D'autre part, dès qu'une religieuse vient s'installer dans une commune, sa présence suffit pour qu'il y ait là un établissement; au surplus, les religieuses employées par le Dr H... n'ont pas cessé de relever de leur ordre en ce qui touche la religion et la discipline.

Le débat était porté dans toute son ampleur devant le Conseil d'Etat. Mais le Commissaire du gouvernement a développé cette thèse que l'injonction du préfet constituait une simple mise en demeure, ne mettant aucun obstacle au droit du médecin de soutenir devant l'autorité judiciaire, en cas de poursuites, qu'il n'existait dans sa clinique aucun établissement religieux constitué en violation de la loi.

Le Conseil d'Etat s'est rallié à cette thèse dans son arrêt du 19 novembre 1920 :

« Considérant, dit-il, qu'en notifiant au Dr H... une décision ministérielle du 25 juin 1912 qui a invité les religieuses affectées au service de sa clinique à réintégrer leur maison-mère dans un délai de trois mois, le préfet du Doubs s'est borné à l'informer qu'à l'expiration de ce délai de trois mois, faute par lui d'avoir fait appel à un personnel laïque il s'exposait à l'application des dispositions de la loi du 4 décembre 1902; que cet acte n'imposait à l'intéressé aucune obligation autre que celle qui, selon le préfet, résultait desdites dispositions; qu'il n'était susceptible par lui-même d'aucune exécution et qu'il ne portait aucune atteinte au droit du Dr H... de faire valoir tous ses moyens de défense devant la juridiction compétente au cas où des poursuites seraient engagées contre lui; que dans ces conditions les requérants sont sans intérêt et par suite ne sont pas recevables à poursuivre l'annulation pour excès de pouvoir de l'acte attaqué ».

La décision du Conseil d'Etat est juridique. L'injonction du ministre était un avertissement; s'il n'y était pas fait droit, des poursuites pénales, en vertu de la loi du 4 décembre 1902, *pouvaient* être exercées; c'était alors à l'autorité judiciaire, si elle était saisie, à décider ou non si l'on se trouvait en présence d'un établissement congréganiste.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CORRESPONDANCE

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS

Paris, le 12 février 1921,

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le journal *Le Matin*, dans son numéro du 11 février, en première page, a publié un dessin humoristique qui représente deux externes, d'aspect un peu inattendu, en train de pratiquer sur un patient, une opération quelque peu radicale. Il porte comme titre : *Les externes des hôpitaux viennent de fonder une association pour défendre leurs intérêts professionnels*, et pour légende : *Nous continuerons tout à l'heure, quand on aura fait droit à nos revendications.*

Le bureau de l'Association fait remarquer que, lors de leur assemblée constitutive, les externes ont tenu à écarter en principe tout moyen d'action qui serait préjudiciable à la santé du malade et non compatible avec leur dignité professionnelle.

Nous vous serions obligés de faire paraître la présente note dans un de vos prochains numéros.

Recevez, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Le Secrétaire général,
JEAN-PAUL GRINDA,
4, rue du Grand-Prieuré, Paris 11e.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ORTHOPÉDIE — CHIRURGIE INFANTILE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

SPINA VENTOSA

Intervention sanglante et suture primitive dans les spina ventosa. (Rocher et Lasserre. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 sept. 1920, n° 17, p. 466.) — La longueur et la difficulté du traitement conservateur dans la clientèle hospitalière ont poussé les auteurs à tenter un traitement radical précoce, avant la période de fistulisation, dans le spina ventosa isolé quand l'état général est bon. Opération à l'anesthésie locale, évidement large, total, allant jusqu'à la résection sous-périostée; la cavité est comblée par une pâte antiseptique; fermeture complète; extension continue sur une planchette au moyen d'un crin passé à travers le bout du doigt. Le travail se termine par neuf observations dans lesquelles les résultats immédiats ont été très beaux. Il serait intéressant de savoir ultérieurement le résultat éloigné de ces cas.

MAL DE POTT

Considérations cliniques et radiographiques sur le mal de Pott lombaire de l'adulte. (F. Capelle. *Th. de Paris*, 1920-1921, 120 obs., 10 pl.; A. Legrand, édit.) — La constitution à la fin de la guerre de vastes centres d'hospitalisation des tuberculoses externes où se trouvaient réunis à la fois un grand nombre de maux de Pott de l'adulte a permis d'étudier cette affection que dans la pratique civile on ne rencontrait que par cas isolés. De là les études déjà publiées par J. Doche (*Presse méd.*, 14 janv. 1920, p. 35) et par M. Lance (*Gaz. des hôpit.*, 17 et 19 fév. 1920, p. 264).

Le Dr Capelle a entrepris un travail analogue à Berck où il a eu à soigner 63 maux de Pott d'adulte, et avec les observations d'autres formations sanitaires il arrive au total de 118 observations.

La première constatation est la fréquence du mal de Pott de l'adulte. Sur 476 chroniques osseux ou ganglionnaires, il relève 103 maux de Pott.

En second lieu la fréquence énorme (80 p. 100) de sa localisation lombaire, alors que chez l'enfant elle n'est que de 50 p. 100. Dans l'étiologie, sur 118 cas, on relève 27 fois une pleurésie antérieure.

L'examen de pièces d'autopsie lui permet de montrer que le mal de Pott de l'adulte, même avec de graves destructions locales, peut ne pas occasionner la moindre déviation de l'ensemble du rachis.

La décalcification est beaucoup moins intense et, par conséquent, l'ulcération compressive moins destructive.

Le mal de Pott de l'adulte débute le plus souvent (99 fois sur 118) par des douleurs radiculaires qui, en l'absence de toute gibbosité pendant de longs mois, ont pu faire errer le diagnostic.

Dans quelques cas, l'apparition d'un abcès froid a été le premier symptôme. L'abcès iliaque est un symptôme presque constant (111 sur 118) à la période d'état. Fréquemment aussi (63 fois) on trouve un abcès lombaire qui est beaucoup plus rare chez l'enfant. La paraplégie est exceptionnelle. L'adulte se défend moins que l'enfant contre le bacille. La cicatrisation fibreuse commence plus tard et la réparation reste très longtemps incomplète. La durée est donc très longue, au minimum quatre à cinq ans, souvent beaucoup plus. L'association avec la tuberculose pulmonaire est beaucoup plus fréquente que chez l'enfant.

Quelques observations cliniques ou constatations d'autopsie prouvent que certains maux de Pott de l'adulte sont des récidives de maux de Pott ignorés ou non de l'enfance et de l'adolescence. Cette constatation suffit à exclure de tout service militaire actif un ancien mal de Pott de l'enfance même guéri en apparence.

Le danger du diagnostic est bien moins de confondre le mal de Pott de l'adulte avec une autre affection de la colonne vertébrale (maladie de Kummel, spondylose rhizomélique, névralgie spinale de Brodie, camptocormie) que de le laisser passer inaperçu. Un tableau de l'auteur montre bien ce danger. Sur les 118 observations, le diagnostic de mal de Pott a été posé :

44 fois dans le 1er semestre,
29 — 2e semestre,
31 — la 2e année,
14 — la 3e et 4e année.

L'auteur montre à juste titre que la base du diagnostic dans le mal de Pott de l'adulte réside dans la radiographie faite de face et de profil. Il montre en plus que la technique habituelle (malade couché de dos sur la plaque), si elle permet de bien voir le haut de la colonne lombaire, ne permet pas à cause de son orientation oblique de voir les deux disques de la 5e vertèbre lombaire. Si, au contraire, on couche le malade le ventre sur la plaque, le thorax relevé par un coussin, l'ampoule centrée sur la 2e vertèbre lombaire et à 30 cm., on obtient de très belles épreuves de la 5e vertèbre. Les planches qui accompagnent le travail le démontrent surabondamment.

Chez l'adulte, le traitement déambulatoire dans des corsets semble pouvoir être autorisé plus tôt que chez l'enfant. Dès la troisième année les vertèbres peu décalcifiées n'ont plus tendance à s'effondrer, et, sauf contre-indication par ailleurs, la déambulation en corset pourra être prise prudemment.

Ostéosynthèse dans le mal de Pott. (Calvé et Galland. *Revue de chir.*, 1920, 39e année, n° 5, p. 340 à 378, 16 fig.) — Ce travail n'est pas une revue générale de la question mais un exposé des travaux antérieurs des auteurs sur ce sujet.

Ils montrent que la colonne vertébrale antérieure est l'organe de sustentation du tronc, et que le mal de Pott, lésion localisée aux corps vertébraux, s'attaque directement à la fonction vertébrale. Dès son début, l'évolution du mal de Pott modifie profondément la statique vertébrale. Le rachis se trouve divisé en deux segments, au-dessus et au-dessous du foyer, en état d'équilibre instable au niveau de l'articulation des vertèbres du foyer. A ce niveau il y a subluxation de la vertèbre supérieure sur la vertèbre inférieure, la facette articulaire de la première reposant sur la pointe de l'apophyse articulaire de la seconde comme le fléau d'une balance sur le couteau qui le supporte.

Entre les deux segments vertébraux il n'y a jamais formation d'un cal à distance, et le rétablissement de la fonction n'est possible que par le contact des corps sains au-dessus et au-dessous du foyer.

Ce contact s'obtient primitivement par l'inflexion vertébrale (gibbosité), et secondairement cette inflexion se corrige par tassement et atrophie des arcs postérieurs des vertèbres détruites et formation de courbures de compensation (lordoses thérapeutiques) au-dessus et au-dessous de la gibbosité.

Chez l'enfant, sous certaines conditions d'hygiène et avec un traitement orthopédique rationnel, la guérison totale est obtenue en trois à cinq ans avec un minimum de déformations. Chez l'adulte on ne peut obtenir la guérison totale, mais seulement une amélioration compatible, après un traitement régulier de deux ans environ, avec la reprise partielle de la fonction. Mais les rechutes sont fréquentes.

L'ostéosynthèse, selon les méthodes de Hibbs ou d'Albee (greffon long), ne paraît pas susceptible de se substituer au traitement classique chez l'enfant. Le greffon long imposé au début de l'évolution des lésions semble inutile, étant inca-

pable de contrebalancer l'action prépondérante du poids du corps ; il est nuisible parce qu'il s'oppose aux processus lents et progressifs des corrections orthopédiques qui s'effectuent au cours du traitement classique.

L'ostéosynthèse chez l'enfant est inutile après la guérison puisque la fonction se rétablit par la soudure des corps sains au-dessus et au-dessous du foyer.

L'ostéosynthèse chez l'adulte, sous forme de greffon long, est une excellente opération à la fin du traitement classique comme complément de celui-ci agit comme un verrou de sûreté.

L'ostéosynthèse, envisagée d'un point de vue nouveau chez l'enfant sous forme de greffon court localisé aux seules vertèbres lésées, semble devoir être un adjuvant utile et précoce du traitement classique. Il a pour but de bloquer la lésion sans s'opposer aux corrections orthopédiques ultérieures. Le malade devra cependant rester couché jusqu'à l'apparition des signes de guérison.

Les auteurs décrivent ensuite la technique opératoire d'Albee, celle de Hibbs et leur technique personnelle qui combine les deux méthodes : large avivement osseux de Hibbs et le greffon tibial d'Albee.

FRACTURES DU RADIUS

Les fractures isolées de la cupule radiale. (LAQUERRIÈRE et DELHERM. *Journ. de radiol. et d'électr.*, t. IV, n° 8, p. 337, 4 fig.) — Les fractures de la cupule radiale associées à la luxation du coude ou à d'autres fractures, ne sont pas rares. Il n'en est pas de même de la fracture isolée de cette cupule.

En 1905, Turner en réunit seulement 48 cas.

En tout cas, il existe une fracture isolée de la cupule avec trait de fracture, en général, oblique en bas et en dehors, détachant un fragment externe et antérieur.

Elles sont produites par une chute sur la main, bras en extension, position dans laquelle le condyle huméral vient appuyer sur la partie antérieure de la cupule seule. Par exception, elle est produite par une chute sur le coude en flexion et dans ce cas, c'est encore une décapitation par le condyle huméral du radius reposant sur le sol.

Les symptômes sont minimes : léger gonflement, gêne ou absence de pronation-supination, mais conservation de la flexion extension, position en demi-flexion et demi-pronation, léger élargissement du radius sensible à la pression.

A côté de cette forme complète, les auteurs décrivent une forme incomplète, simple fêlure oblique de l'os, dont ils donnent deux observations. La symptomatologie est encore plus atténuée.

On comprend alors comment ces lésions sont souvent méconnues, d'où leur apparente rareté. Le diagnostic n'est guère possible que par la radiographie.

Cf. — Fracture partielle de la tête du radius. A. BASSET. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, janv. 1920, p. 18 à 20.

MALFORMATIONS DU MEMBRE INFÉRIEUR

Sur la pathogénie de quelques malformations du membre inférieur. (G. JEANNENEY. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 19, p. 516.) — Basant son travail sur l'examen de monstres symiliens, à différents degrés, l'auteur étudie certaines difformités congénitales dont la pathogénie n'est pas encore clairement établie (coxa-vara, genu valgum, luxation externe de la rotule, pied bot). Pour lui, ces affections relèvent de la fixation d'une attitude embryonnaire et se retrouvent chez les symiliens. L'arrêt de développement entraîne une attitude vicieuse de tout le membre. C'est ce qui explique l'insuccès de certaines opérations orthopédiques qui ne s'attaquent qu'à une partie de la malformation; ainsi l'ostéoclasie qui donne de bons résultats dans la coxa-vara acquise est insuffisante pour la hanche bote congénitale.

COXALGIE

Le traitement opératoire des vieilles coxalgies. (Mark H. ROGERS et Chas. W. PEABODY. *Journ. of orthop. surg.*, nov. 1920, vol. II, n° 11, p. 589.) — Dans cette communication à la Société d'orthopédie du Mass. Gen. Hospital de Boston, les auteurs ont en vue la conduite à tenir en face de vieilles coxalgies guéries, qui souffrent à nouveau au bout de quelques années. Pour eux, ces malades se divisent en trois groupes : 1° des ankyloses serrées en flexion-adduction et raccourcissement. Les douleurs proviennent de la mauvaise attitude du membre et l'ostéotomie sous-trochantérienne avec redressement donne d'excellents résultats.

2° Ankyloses peu serrées sans grande destruction osseuse. Dans ces cas, les mouvements paraissent souvent nuls à l'examen à cause de la contracture musculaire, mais sont étendus chez le sujet endormi. Dans ces cas, les auteurs préconisent l'arthrodèse qui n'est qu'une résection limitée avec mise du membre en flexion à 20-30°, et adduction à 10°.

3° Hanche flottante avec destruction de la tête et d'une grande partie du col. Dans ces cas, les auteurs emploient une opération, qui a pour but de placer le sommet du grand trochanter dans l'acetabulum et de l'y fixer.

Les résultats de l'arthrodèse seront médiocres, quand la destruction osseuse est trop étendue. C'est ainsi que sur 10 cas, il y a eu deux échecs, et 2 cas qui ont mis plus d'un an à s'ankyloser. Dans ces conjonctures, c'est l'opération du troisième groupe qu'il convient, en réalité, de pratiquer.

Cette communication est suivie d'une longue discussion à laquelle prennent part : Truslow, Osgood, Freiberg, Brackett, Soutter, Ryerson, L. T. Brown, Rugh.

Deux points sont surtout discutés : 1° L'ankylose est-elle la terminaison fatale et souhaitable de la coxalgie? Ne peut-on préférer qu'il reste à la hanche, une certaine étendue de mouvements? Dans les vieilles coxalgies « guéries » n'est-on point autorisé à rechercher cette mobilisation et faire une arthroplastie ? Le Dr Truslow répond à ces questions par l'affirmative, soutenu par Osgood. Ryerson, au contraire, s'élève contre l'arthroplastie. Il l'a pratiquée trois ou quatre fois chez des coxalgies qu'il croyait « guéries » depuis de longues années, est tombé sur des masses de fongosités et il s'est, par la suite, développé une tuberculose de la hanche grave. 2° Quelle attitude donner au membre pour avoir le moins de gêne possible. Tous les auteurs sont d'avis qu'un certain degré de flexion est indispensable, mais, alors que les uns demandent 10 à 15°, les autres réclament 50°. Une flexion étendue raccourcit le membre et oblige à une marche disgracieuse et avec le pied en équinisme, mais le malade perd toute gêne pour s'asseoir.

L'enfant à colonne lombaire très souple, supplée à la flexion de la hanche par l'ensellure, mais chez l'adulte, celle-ci devient plus difficile.

Il en est de même pour l'abduction. Si celle-ci lutte contre le raccourcissement du membre et ne gêne pas l'enfant ; l'adulte s'en plaint et préfère une adduction légère (5°). En réalité, les hanches non totalement ankylosées, mises en abduction légère dans l'enfance, perdent peu à peu celle-ci et finissent presque toujours par se mettre en adduction d'étendue variable.

ARTHRODÈSE DE LA HANCHE

Etude sur les résultats définitifs de l'arthrodèse de la hanche pour arthrites non tuberculeuses. (H. W. SPIERS. *Journ. of orthop. surg.*, sept. 1920, II, n° 9, p. 515.) — L'auteur a recueilli les résultats éloignés de 34 malades opérés à la clinique orthopédique du Massachussetts general Hospital, depuis 1908. Tous ont été opérés pour des ankyloses incomplètes douloureuses, suite d'arthrite non tuberculeuse.

Il y a eu deux cas de mort (un cas de shock dans une vieille arthrite gonococcique, un de pneumonie chez un sujet âgé). Beaucoup de ces malades étaient au-dessus de 50 ans.

Les résultats sont très différents selon l'étiologie de l'ankylose. Les cinq cas, opérés pour arthrite traumatique, ont guéri complètement, avec disparition de tous les symptômes. Il n'en est pas de même des vingt cas opérés pour arthrite déformante hypertrophique. Dans ces cas, il y a éburnation des os et à moins de faire une exérèse large et d'immobiliser ensuite très longtemps : de 7 mois à 1 an en moyenne et encore plusieurs malades n'ont vu, qu'au bout de 2 à 5 ans, l'ankylose devenir totale et les douleurs disparaître. Tous les malades ont, après l'opération, été placés en abduction, extension et rotation interne. Cependant la grande majorité des opérés a été retrouvée dans une adduction (18 cas) de

10 à 60°, en flexion (20 cas), et rotation externe (16 cas). Somme toute, résultats orthopédiques médiocres, probablement par insuffisance d'appareillage.

OSTÉO-ARTHRITE DÉFORMANTE DE LA HANCHE

Ostéo-arthrite déformante juvénile de la hanche. (Dem. BARGELLINI. *Archivio di Ortopedia*, anno XXXVI f. 1, 1920 [paru 12 juillet.]) — Cette affection, sous des noms divers, a donné lieu dans ces dernières années à des travaux multiples. Dans ce volumineux travail (109 p.), l'auteur en fait une analyse complète et minutieuse à laquelle on se reportera avec profit.

L'auteur termine en rapportant 20 observations personnelles recueillies à l'Institut des rachitiques de Milan.

Les 11 premiers se rapportent à des cas de luxation congénitale de la hanche réduite. Ces altérations déformantes secondaires sont, dit l'auteur, en rapport avec des défauts de technique, soit qu'il y ait eu une reposition non concentrique soit que la tête fémorale se soit excentrée par la suite.

Les 4 observations suivantes ont été observées chez des enfants ayant présenté un traumatisme au moment de l'apparition des symptômes. Les 5 dernières concernent les cas dits idiopathiques. Dans ces 9 observations l'auteur a pu revoir les malades à plusieurs années de distance et il montre par des radios en série la marche des lésions.

Dans ce travail Bargellini mêle et confond semble-t-il deux affections distinctes :

1° L'*arthrite* déformante juvénile de la hanche, telle qu'elle a été décrite chez nous par Houzel et Rottenstein (*Rev. de chir.*, 1910). Dans ces cas il s'agit d'une affection du cartilage articulaire : les lésions telles que les montrent les nombreuses pièces de résection, siègent sur et sous ce cartilage qui est détruit au niveau du cotyle, alors que dans ses parties libres, il est le siège d'ostéophytes. Le cotyle est plus profond et il existe à son pourtour des néoformations osseuses. La tête fémorale s'atrophie en tampon de wagon. L'induration, les néoformations périarticulaires finissent par amener de l'ankylose. L'affection est en général très douloureuse. Elle est de fort longue durée;

2° L'*ostéo-chondrite* déformante infantile de la hanche, qui n'est pas une arthrite. La lésion siège dans le noyau épiphysaire et atteint secondairement le cartilage de conjugaison. Elle se traduit d'abord par un étalement du noyau épiphysaire avec aspect feuilleté du cartilage de conjugaison. Ultérieurement le col s'épaissit et la tête très volumineuse prend la forme d'un champignon. La durée de la maladie est en général réduite à quelques mois et la guérison la règle. Telle est la description donnée par Mérine dans sa thèse que nous avons analysée. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 8 janv. 1920, n° 3.)

Pour Bargellini les deux affections n'en font qu'une; l'aspect radiographique de l'ostéo-chondrite ne serait que le début de l'ostéo-arthrite déformante, et l'arthrite déformante de l'enfant ou l'adolescent ne serait parfois que le début de l'affection de l'adulte, c'est-à-dire que chez des adultes atteints de cette affection les premiers symptômes remontent quelquefois à l'enfance.

Cette théorie se heurte à de nombreuses objections et l'examen des radiographies de l'auteur n'entraîne pas la conviction.

Cf. — Historique de l'ostéochondrite de la hanche. (PERTHES. *Zeitchr. für chir.*, 7 fév. 1920, 47, n° 6, p. 123.)

Anomalies de la tête et du col du fémur. (ZAAIGER. *Nederlandsche Tijdschrift. V. geneeskunde*, 14 fév. 1920, n° 7, p. 533.

Ostéo-arthritis déformans juvénilis coxae. (FRANGENHEIM. *Zentralbl. für chir.*, n° 3, 1920, p. 946.)

Ostéo-arthrite déformante juvénile. (COSTANTINI. Présentation de pièce. *Soc. anat.*, 17 avril 1920.)

Ostéo-chondrite de la hanche chez les jeunes. (H. SMIDT. *Zentralbl. für chir.*, 29 mai 1920, 47, n° 22, p. 538, H. WALDENSTROM, *id.*, p. 539, G. PERTHES, *id.*, p. 542.)

Diagnostic différentiel des lésions de la hanche chez l'enfant. (LEGG. *Boston med. and surg. J.*, 10 juin 1920, 182, n° 24, p. 602.)

La maladie de Perthes. (GROB. *Schweiz méd. Woch*, 17 juin 1920, 50, n° 25, p. 495.)

Ostéochondral trophopathy de la hanche, maladie de Legg, 4 cas. (W. F. REILEY. *Ann. J. of Roentgenologie*, juillet 1920, n° 7, p. 347.)

Ostéochondrite infantile déformante bilatérale. (PHÉLIP. *Soc. anat.*, 23 octobre 1920.) — Il s'agit d'un cas manifesté chez un enfant dès les premiers pas, par de la douleur, de la boiterie, cessant par le repos. Adénopathie inguinale. La radiographie montre l'aspect caractéristique de la maladie.

FRACTURES DU FÉMUR

Les fractures de la diaphyse du fémur chez les enfants et les adolescents. (F. SATTA. *La chirurgia degli org. di movimento*, vol. IV, fasc. 3, juil. 1920, p. 310 à 346, 11 fig. bibliographie.) — L'auteur rapporte 23 observations de fractures de la diaphyse du fémur de l'enfant ou l'adolescent vicieusement consolidées et ayant subi un traitement opératoire. Il tire de cette étude les conclusions suivantes : les fractures de la diaphyse du fémur des enfants et adolescents se consolident souvent avec un cal vicieux : déformation en varus à convexité antéro-externe ou externe, raccourcissement du membre qui est en moyenne de 3cm7, rotation externe du segment de membre sous-jacent à ligne de fracture.

Avec les moyens ordinaires de réduction et de contention (traction continue longitudinale et verticale, immobilisation, appareils plâtrés, cure ambulatoire) on ne peut toujours arriver à obtenir une guérison anatomique et fonctionnelle satisfaisante. On ne peut espérer qu'à la longue, au bout de quelques mois ou années, la difformité du col se compense ou s'annule dans tous les cas. En tout cas on ne peut prévoir à l'avance l'évolution des cols osseux difformes. Lorsque la difformité est considérable le pronostic en est sérieux.

Lorsque après un bref essai de traitement non sanglant (15 à 20 jours) il y a tendance à la formation d'un cal en position vicieuse, on doit intervenir. Dans les fractures récentes le traitement opératoire est facile, la correction parfaite peut être obtenue et la consolidation rapide. Dans la fracture invétérée les opérations sont plus laborieuses et traumatisantes mais assurent aussi une bonne correction.

Les opérations qui donnent les meilleurs résultats sont les suivantes :

Pour les fractures anciennes avec grand raccourcissement, section du col, de préférence oblique, traction avec des poids lourds (8 à 30 kg.) appliqués sur le squelette (clous dans le fémur) le genou étant en flexion, de manière à obtenir la correction nécessaire; application d'un appareil plâtré, mobilisation des articulations contigues à la fracture.

Dans les cas de raccourcissement moyen (4 à 5 cm.) section du col, traction longitudinale sur le lit à traction jusqu'à réduction du raccourcissement, puis immobilisation brève dans un appareil plâtré (genou fléchi).

On peut arriver par la traction sur le squelette à un raccourcissement de 9 cm. sans être obligé de réséquer les extrémités osseuses.

Dans les cas de raccourcissement léger (3 cm.) section oblique du col, réduction de la fracture par manœuvre angulaire de Lambotte ou par traction et fixation des fragments affrontés avec le cerclage métallique selon la technique de Putti. Le cerclage est préférable aux plaques métalliques à vis, il est praticable dans la presque totalité des cas; à son défaut on emploiera la plaque mais fixée avec des cercles et non des vis. Le traitement post-opératoire est important dans tous les cas : immobilisation courte dans le plâtre et le genou fléchi ou demi-fléchi et mobilisation précoce des articulations.

Ces opérations pratiquées avec une asepsie et une technique rigoureuses donnent une correction idéale des altérations anatomiques et fonctionnelles.

LUXATION DE LA ROTULE

Luxations congénitales et luxations récidivantes de la rotule. (G. COTTE. *Soc. de chir. de Lyon*, séance du 27 mai 1920, et discussion : TAVERNIER, LERICHE, in *Lyon chir.*, sept.-oct. 1920, t. XVII, n° 5, p. 594.) — Depuis dix-huit mois, G. Cotte a eu l'occasion d'observer six cas de luxation de la rotule en dehors. Les deux premiers étaient certaine-

ment d'origine congénitale : le début remontait à la première enfance; la station debout et la marche étaient difficiles et douloureuses; la radiographie montrait un vice de développement du condyle externe du fémur et aussi du plateau tibial. Ici il est évident qu'une capsulorraphie serait insuffisante et qu'il faut s'adresser à des opérations osseuses (ostéotomies) rétablissant l'axe du membre et le soutien normal de la rotule.

Chez les quatre autres malades, la luxation s'est produite une première fois à la suite d'un traumatisme net et se reproduisait ensuite au moindre faux pas. Il n'y avait pas de déformation osseuse. Y avait-il une malformation congénitale du genou? On peut en douter car l'intervention a consisté en une capsulorraphie qui a donné un excellent résultat. A côté de la luxation congénitale du genou il faut faire place à la luxation récidivante d'origine traumatique.

M. Tavernier appuie ces conclusions, mais la différence entre les deux affections est parfois très difficile à faire comme le montre un cas qu'il rapporte.

M. Leriche rapporte trois observations de luxations frontales externes de la rotule d'origine traumatique. Dans les trois cas la luxation s'est produite à l'occasion d'un brusque mouvement de torsion du corps, membre inférieur en extension et pied fixé, sans aucun choc direct sur la rotule. Aucune anomalie n'a pu être relevée. La réduction peut être obtenue dès les premières gouttes d'anesthésie par une simple contraction du quadriceps. Il n'y avait ni ecchymose, ni épanchement. Après deux ou trois jours de repos, intégrité des fonctions du genou. Pour Leriche il s'agit de luxation du tendon rotulien maintenue par l'accrochage de la rotule en dehors. Il n'y a ni entorse ni arrachement des ailerons et ligaments.

Sur un cas de luxation horizontale de la rotule. (Gust. Piccoli. *Riforma med.*, 13 nov. 1920, année XXXVI, n° 46, p. 1.055.) — Dans des cas très rares (la littérature médicale en compte en tout cinq observations citées par Piccoli), à la suite d'une chute, il se produit une rotation de la rotule sur son axe transversal si bien qu'elle est coincée entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia. Piccoli en rapporte un nouveau cas et de son étude et de celle des autres il tire les conclusions suivantes :

1° Pour que la luxation horizontale de la rotule se produise il est indispensable : *a.* que le tendon du quadriceps soit rompu ; *b.* que les ailerons soient arrachés en haut et sur les côtés de la rotule; *c.* la désinsertion partielle du tendon rotulien sur la rotule.

2° La luxation horizontale présente deux variétés dites antérieure ou postérieure selon l'extrémité de la rotule qui pivote en avant. La luxation antérieure résulte surtout de traumatismes indirects amenant la contraction violente du quadriceps. La luxation postérieure est due à deux facteurs : un traumatisme direct agissant sur la partie supérieure de la rotule, puis la contraction du quadriceps. Dans les deux cas c'est la contraction du quadriceps qui immobilise la rotule dans l'interstice articulaire.

3° Le diagnostic est facile.

4° La réduction de la variété antérieure n'offre pas de difficulté.

PIED CREUX

Maladie de Friedreich fruste (faux pied creux essentiel). (Bourguignon et Rœderer. *Soc. de méd. de Paris*, séance du 23 oct. 1920, in *Bull. et mém.*, n° 14, p. 374-377.) — Dans la maladie de Friedreich, on observe de manière presque constante un pied bot qui reproduit tous les caractères du pied bot dit essentiel de l'adolescence.

Il peut, dans certains cas où la maladie est tout à fait fruste, constituer le symptôme capital. Il faut donc éviter de croire à un pied creux essentiel et rechercher avec soin les signes de la maladie de Friedreich. Tel est le cas rapporté par les auteurs. A l'âge de deux ans le pied droit se creuse progressivement, à quinze ans le pied gauche commence à se déformer, à dix-neuf ans la marche devient difficile. Pas de spina bifida à la région lombaire. L'examen complet du système nerveux montre l'absence complète des réflexes achilléens, rotuliens, radiopériosté, troubles de l'équilibre, ébauche du signe de Romberg, marche légèrement titubante. L'examen électrique montre, outre une élévation du seuil galvanique, une élévation notable (10 à 30 fois la valeur normale) de la chronaxie dans les muscles de la jambe et du pied des deux côtés.

Il faut connaître ces cas à symptomatologie fruste pour éviter une erreur et éviter une opération tendineuse qui serait vouée à un échec certain.

SCAPHOIDITE TARSIENNE

La scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants (maladie de Kohler). (A. Lomon. *Journ. de radiol.*, 1920, t. IV, n° 11, p. 488; — Drevou. *Id.*, n° 10, p. 466; — A. Mouchet et C. Rœderer. *Revue d'orthop.*, juillet 1920, 27e année, n° 4, p. 289; — M. L. Moreau (rapport A. Mouchet), *Soc. de chir.*, 19 mai 1920, t. XLVI, n° 18, p. 166; — Cocknayne E. A. *Proc. of the roy. Soc. med. London*, 1920, t. XIII, sect. diseases of children, p. 41; — Heath P. M. *Brit. Journ. of child. dis.*, London, janv.-mars 1920, nos 193-195, p. 28.) — Cette affection a été décrite en 1908 par Köhler (de Wiesbaden) et le premier cas a été rapporté en France par Lomon. Puis elle a été décrite en 1913 par Frœlich (*Revue d'orthop.*, p. 501-530).

A. Mouchet et C. Rœderer en apportent une description très complète.

Dans cette affection la clinique n'est presque rien et la radiographie est tout. Autant les symptômes sont vagues, flous, autant l'aspect radiographique est net et pathognomonique. Le scaphoïde apparaît comme un petit disque, aplati de plus de moitié de son volume habituel, mais opaque, condensé. Il présente presque une opacité métallique (Rœderer); on dirait presque un éclat d'obus (Drevou). Cette affection apparaît indifféremment chez les garçons et les filles. On ne relève chez le malade et ses parents aucun antécédent particulier.

Par contre, l'âge d'apparition est bien particulier ; sauf deux observations, tous les cas décrits se rapportent à des enfants entre cinq et dix ans.

L'enfant accuse une douleur vague dans la région du tarse; en cherchant bien on trouve, mais de manière inconstante, un petit traumatisme, choc ou foulure du pied, mais sans grand intérêt. La marche est un peu gênée, l'enfant place son pied en valgus ou varus. Cette douleur légère est augmentée par la fatigue, diminuée par le repos.

On trouve un peu de gonflement de la région scaphoïdienne et en ce point la pression est un peu sensible, et c'est tout.

L'affection est bilatérale rarement (cas de Kohler, Lomon, Drevou). Dans le cas de Drevou les lésions étaient bilatérales des deux côtés et cependant l'enfant ne se plaignait que d'un pied.

Avec quelques semaines de repos au lit avec ou sans appareil d'immobilisation, les symptômes disparaissent et on ne signale pas de rechutes.

La fréquence de la maladie doit être plus grande que ne l'indiquent les cas publiés car beaucoup doivent être méconnus.

On a naturellement beaucoup discuté sur la nature de l'affection. Pour Kohler, il s'agit d'un arrêt de développement. D'autres en ont fait une fracture par écrasement. Preiser, une ostéite trophique post-traumatique. A. Mouchet croit à une dystrophie spéciale prédisposant à la fracture.

Quoiqu'il en soit de sa nature, il est utile de connaître, rechercher par la radiographie cette affection bénigne de façon à ne pas croire indûment à de l'ostéite bacillaire du scaphoïde dont la durée et la gravité sont bien plus grandes.

SÉSAMOIDES DU GROS ORTEIL

Lésions des sésamoïdes du gros orteil. (Roland Hammond. *Journ. of orthop. surg.*, sept. 1920, vol. II, n° 9, p. 506; — Albert H. Freiberg. *Journ. of orthop. surg.*, août 1920, vol. II, n° 8, p. 453; — Delapchier. *Bull. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, mai 1920, p. 74; — A. Mouchet. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 24 mai 1920, p. 523; — Sérafini (G.). *Chir. degli org. di movimento*, Bo-

logne, fév. 1920, vol. IV, n° 2, p. 61 ; — Hernaman JOHNSON *Arch. de radiol. et électrot.*, mai 1920, n° 238, p. 395.) — Ces affections étaient mal connues chez nous jusqu'à ces dernières années. Le seul article sur les fractures du sésamoïde interne du gros orteil figure dans le *Traité des fractures* de J. Tanton (Delbet et Le Dentu, p. 8).

Sérafini vient de reprendre la question dans son ensemble et y résume tous les travaux antérieurs.

Ces fractures intéressent surtout le sésamoïde interne du gros orteil, et surtout lorsqu'il est en hallux valgus car il se trouve alors situé sous la crête de la tête du métatarsien. L'affection survient, soit par écrasement dans un traumatisme du pied (sac lourd tombant sur le métacarpien, etc.), soit par arrachement lors d'une hyperextension du gros orteil surtout quand il est en abduction. Sérafini a étudié expérimentalement les conditions de production de la fracture. Dans quelques cas (A. Freiberg, H. Johnson), la fracture a eu lieu sans qu'un traumatisme soit relevé dans les antécédents où il a été très minime (Sérafini, Delapchier). Sérafini montre que le sésamoïde se développe par deux points séparés d'ossification et qu'il s'agit peut-être dans ces cas d'une disjonction des deux points osseux mal soudés.

Les symptômes consistent en douleurs spontanées et à la pression avec gonflement localisé. L'impotence qui en résulte peut être considérable et persistante. A la longue elle peut entraîner de l'arthrite métatarso-phalangienne.

Le diagnostic clinique est impossible, une radiographie est indispensable, et Sérafini montre que deux épreuves face et profil sont indispensables.

La présence de la division du sésamoïde ne permet pas d'affirmer une fracture parce que cet os peut présenter des anomalies de développement fréquentes (division en deux ou plusieurs fragments). Et Freiberg montre bien que ces os anormaux peuvent devenir douloureux sans fracture. Pour affirmer la fracture il faut constater que les angles du trait de fracture sont pointus et non arrondis, que le trait est dentelé et non régulier, que la substance corticale ne se continue pas sur les bords du trait de fracture, enfin, dans les cas anciens, on trouve le début d'un cal périphérique. Ces fractures se terminent, en effet, par consolidation osseuse à moins que la déchirure des ailerons fibreux n'ait permis un écartement trop grand des fragments. Sérafini, avec la majorité des auteurs, conseille l'ablation des fragments de l'os au moyen d'une incision le long du bord interne du métatarsien se recourbant dans le pli de flexion métatarso-phalangienne.

La disparition des symptômes est complète après l'extirpation. Freiberg, au contraire, n'opère pas. Il se contente de faire porter à ses malades un petit morceau de feutre fixé avec de l'emplâtre adhésif juste en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne; quand la douleur a disparu au bout de quelques jours le malade porte un soulier dont la semelle a été légèrement surélevée au même niveau. La guérison a été rapide dans tous les cas.

Les fractures ne sont pas les seules lésions que l'on observe sur les sésamoïdes du gros orteil. Outre la division congénitale qui peut être douloureuse, Sérafini décrit la luxation latérale, la subluxation, des lésions inflammatoires. De celles-ci il faut rapprocher la lésion que R. Hammond a constatée chez deux malades qui se plaignaient de douleurs tenaces sous la partie interne de la tête du premier métatarsien. La radiographie ne montrait aucune lésion du sésamoïde. L'opération a montré que cet os était adhérent à la tête du métatarsien et que la cavité synoviale, qui normalement existe entre eux, était oblitérée par des adhérences; l'ablation de l'os a amené la guérison complète.

OS VÉSALIEN

Un nouveau cas d'os vésalien constaté radiologiquement (projections). (A. LAQUERRIÈRE. *Bull. et mém. Soc. de méd. de Paris*, 10 déc. 1920, n° 17, p. 456.) — L'auteur a trouvé trois cas d'os vésalien, os surnuméraire du tarse, placé sur le prolongement de l'extrémité postérieure du 5e métatarsien. Il étudie tous les cas publiés et montre qu'il y a deux variétés : tantôt la partie postérieure de l'os est séparée de l'os par un espace rappelant l'aspect d'une fracture et l'os serait normal, si on supprimait cet espace. On peut admettre qu'on se trouve en face d'une épiphyse non soudée, tantôt, au contraire, l'extrémité postérieure du métatarsien est de longueur et de volume exagérés, comme s'il y avait au point épiphysaire, puis, en arrière, on trouve un petit os arrondi, réellement surnuméraire.

A. Mouchet rapporte un cas d'os vésalien et deux cas d'épiphyse non soudée probable du 5e métatarsien.

Ces cas sont utiles à connaître : les uns simulant une fracture qui n'existe pas et en cas de traumatisme du pied pouvant donner lieu à une erreur; les autres pouvant être le siège, comme tous les os surnuméraires, de phénomènes douloureux.

MARCHE DES PARALYTIQUES

La méthode de marche à trois pieds avec des béquilles chez les paraplégiques. (Rob. W. LOVETT. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 8 mai 1920, LXXIV, n° 19, p. 1306.) — La paralysie complète dés deux membres inférieurs n'est pas un obstacle absolu à la marche. Cela a été démontré daus la paralysie infantile et surtout chez les blessés paraplégiques.

Les deux muscles les plus nécessaires à maintenir la position verticale sont le quadriceps et le grand fessier. Si on empêche le genou de fléchir, au moyen d'une attelle, on supprime l'absence de quadriceps. Avec l'emploi des béquilles, on peut remédier à celle du grand fessier. L'appareil utilisé est très simple : deux tiges métalliques latérales, recourbées en bas à angle droit pour pivoter sous le talon de la chaussure, réunies en haut par une traverse qui passe dans le pli fessier; en avant, deux ou trois courroies fixent l'appareil et un capuchon rotulien, serré par des courroies, empêche la flexion du genou. On peut, pour permettre la flexion du genou en position assise, articuler les tiges à son niveau avec un verrou qui se bloque automatiquement dans l'extension du membre; muni de ses appareils, le paralytique est posé sur deux béquilles qui sont mises, écartées, en avant de lui. Il forme ainsi un trépied stable, car le corps est en hyperextension des hanches, bloquées par la tension du ligament de Bertin.

Au début, le malade, qui a été longtemps au lit, a perdu le sens de l'équilibre et il faut se contenter d'exercices de station debout, sans le faire avancer. Plus tard, on lui montre à progresser. Pour cela, l'une après l'autre, il avance les béquilles, puis, par un balancement du torse, il lance en avant les deux pieds. Chez les malades, chez lesquels les psoas ne sont pas paralysés, les pieds peuvent progresser l'un après l'autre. Certains paralysés du psoas peuvent progresser, les pieds l'un après l'autre, par une torsion du bassin.

En cas de paralysie abdominale, il peut être utile de joindre un corset d'étoffe qui renforcera la stabilité.

En fait, tous les paraplégiques d'intelligence moyenne, avec des bras suffisants pour tenir les béquilles, peuvent marcher, pourvu qu'il n'y ait pas de déviations de la hanche, des genoux, des pieds ou que ces déviations aient été redressées.

La marche avec une jambe ballante sans appareils orthopédiques et sans arthrodèse. (R. FRŒLICH. *Soc. méd. de Nancy*, 26 mai 1920; in *Revue médicale de l'Est*, n° 12.) — L'auteur montre comment, au moyen de la technique indiquée par Putti : ostéotomie sus-condylienne du fémur avec récurvation du fémur en avant ou à un membre ballant convexe en arrière, quand le membre, ainsi recourbé, vient appuyer sur le sol, le genou, au lieu d'être fléchi en avant, est porté en hyperextension et bloqué ce qui permet de porter le poids du corps. Cette hyperextension du genou se produit d'ailleurs spontanément dans les cas de paralysie isolée du quadriceps, ou le malade la provoque en appuyant, quand le pied touche le sol avec la main sur le genou.

M. Frœlich montre une paralysie infantile qui n'avait plus marché depuis sept années et qui, avec des béquilles, marche convenablement; ici les deux membres sont paralysés et il y a une scoliose paralytique. L'auteur a pratiqué sept fois l'opération.

Lorsque la paralysie porte sur un seul membre, le résultat est parfait.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU MAL DE POTT

DORSO-LOMBAIRE (1)

Quelquefois, par suite de coxalgie surajoutée, le bassin prend le type de l'*oblique ovalaire* avec un détroit supérieur asymétrique.

Enfin, si les lésions pottiques atteignent les dernières lombaires, on peut observer du *spondylolisthésis* (glissement des dernières lombaires sur le sacrum et rétrécissement du détroit supérieur) ou du *spondylizème* (affaissement de la colonne lombaire et inclinaison en avant de tout le rachis).

Ces deux derniers types de bassins constituent les *bassins couverts*.

III. ACCIDENTS NERVEUX. — *A.* TROUBLES MOTEURS. PARAPLÉGIE. — Il est difficile de préciser bien souvent à quel moment les phénomènes médullaires se surajoutent aux phénomènes de compression radiculaire.

Parfois ce sont les premiers symptômes apparents du mal de Pott. Les troubles moteurs prédominent en général par suite de la situation antérieure du foyer tuberculeux.

Etiologie. — Ils sont la conséquence :

a. Soit de compression lente et progressive : par abcès extra-dure-mérien, abcès par congestion; par pachyméningite hypertrophique tuberculeuse; par un séquestre déplacé; rarement par suite de la gibbosité. Enfin, dans certains cas, par simple congestion médullaire, ce qui explique la régression totale des accidents nerveux.

b. *Soit par compression brusque* : par rupture d'un abcès dans le canal rachidien ou par affaissement brusque d'un corps vertébral.

Etude clinique. — On peut distinguer trois types : *a.* spasmodique; *b.* flasque d'emblée; *c.* spasmodique devenant flasque.

1. La *paraplégie spasmodique* est le type le plus fréquent. Le début en est lent et progressif. Il y a compression de la moelle sans destruction complète.

La paraplégie se constitue en 8-20 jours. Il est classique de distinguer trois stades (Bouvier et Saint-Germain) : d'abord affaiblissement progressif des membres inférieurs avec fatigue et dérobement des jambes.

Puis la marche devient impossible, mais les mouvements sont possibles dans le lit.

Enfin, abolition complète de tout mouvement volontaire.

La paraplégie spasmodique passe par deux phases successives.

Au début de cette période de paraplégie complète, les membres inférieurs *sont en extension*; les réflexes tendineux sont exagérés, il y a de la trépidation épileptoïde, des crampes, des soubresauts musculaires. Le signe de Babinski est positif. Le malade peut marcher avec des béquilles : démarche de gallinacé, sautillante et pendulaire.

Puis, peu à peu, cette attitude en extension se transforme; elle tend par intermittences d'abord, puis d'une façon de plus en plus continue, à se mettre en *flexion progressive*. Cette flexion progressive peut s'expliquer par l'exagération des réflexes cutanés de défense (Babinski); ce sont, en réalité, les réflexes qui disparaissent les derniers et subsistent tant qu'il reste un peu de moelle saine. Il s'agit là de mouvements automatiques consistant en flexion d'un segment ou de tout le membre, à la suite d'une excitation cutanée, osseuse ou tendineuse. La pression latérale du gros orteil, par exemple, amène la rétraction immédiate de tout le membre.

Il est aisé à comprendre que la peau des membres inférieurs étant irritée continuellement par le poids des draps, le contact des couvertures, les membres inférieurs arrivent à se mettre peu à peu en position de flexion, et cela par suite de ces réflexes de défense.

Enfin tardivement, à la longue, cette attitude de flexion peut se fixer par suite des rétractions tendineuses et de l'ankylose articulaire. Les articulations peuvent subir des déformations très marquées.

Evolution. — *a.* Régression totale par décompression;

b. Aggravation secondaire par myélite ou névrite secondaire, d'où l'abolition des réflexes. Troubles sensitifs, sphinctériens et escarres.

La *ponction lombaire* montrera un liquide hypertendu, de l'albuminose, de la xanthochromie.

2. La *paraplégie flasque d'emblée* est beaucoup plus rare. Le début est brusque, dû à une coudure rachidienne, à l'affaissement brusque d'une vertèbre ou à l'ouverture d'un abcès dans le canal rachidien.

Elle traduit la destruction complète de la moelle avec abolition complète des réflexes cutanés, tendineux et osseux avec des troubles sphinctériens et des troubles sensitifs que nous étudierons tout à l'heure.

L'évolution est grave, car rapidement surviennent des escarres, des troubles urinaires, etc.

3. Enfin, dans quelques cas, la forme commune *spasmodique devient ultérieurement flasque*. Cette évolution entraîne la gravité de la forme précédente.

B. TROUBLES SENSITIFS. — Ils sont moins constants; cependant, dans quelques cas, les douleurs sont intenses. Quant aux troubles de la sensibilité objective, on peut les classer en quatre groupes différents avec van Gehuchten :

1° Paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes sans troubles sensitifs;

2° Paraplégie flasque avec abolition des réflexes sans troubles sensitifs;

3° Paraplégie flasque avec abolition des réflexes et dissociation syringomyélique (abolition seule de la sensibilité thermique);

4° Paraplégie flasque avec abolition des réflexes, avec abolition de la sensibilité.

Parfois retard de la perception, perversion des sensations, hyperesthésie.

C. TROUBLES TROPHIQUES. — La peau devient sèche, écailleuse, ou bien mince et luisante. Eruptions zoniformes.

Atrophie musculaire et dégénérescence granulo-graisseuse des muscles, escarres au sacrum, au talon.

Troubles articulaires : arthralgies ou arthrites.

D. TROUBLES DES RÉSERVOIRS. — Assez rares.

Avec Charcot, on distingue deux cas : ou rétention par paralysie des réservoirs relevant d'une compression dorsale; ou bien incontinence par paralysie des sphincters relevant d'une compression lombaire.

Dès que ces troubles urinaires apparaissent, il faut redouter les dangers de l'infection vésicale par cathétérisme infectant.

IV. LES ABCÈS PAR CONGESTION. — Pour qu'un abcès de mal de Pott dorso-lombaire devienne apparent, il faut qu'il effectue une longue migration et par conséquent qu'il acquière un volume notable. Ces abcès se constituent lentement aux dépens des fongosités tuberculeuses et se développent ensuite sous l'influence de la membrane tuberculigène et de la pesanteur guidés par les gaines vasculaires et les aponévroses.

A côté de ces *abcès migrateurs*, on peut décrire des *abcès sessiles* qui se développent in situ, sans aucune migration.

Les *caractères* de ces abcès par congestion sont : évolution froide, insidieuse, sans douleur, sans fièvre, constituant une tuméfaction profonde qu'il faut rechercher méthodiquement.

1. *Les abcès antérieurs.* — Alors que les abcès des dix premières vertèbres dorsales sont médiastinaux et franchissent quelquefois le diaphragme avec l'aorte, ou s'évacuent par les bronches (vomique), dans le mal de Pott dorso-lombaire les abcès descendent vers le bassin. Il faut les rechercher par le palper bimanuel sur les côtés de la colonne lombaire, ou bien dans le bassin par le toucher rectal.

L'abcès naît du centre d'un corps vertébral ou de la face antérieure du corps d'une vertèbre. Il descend peu à peu le long de la face antérieure du rachis, atteint les insertions du psoas, pénètre dans la gaîne de ce muscle et suit le trajet des vaisseaux. Il arrive ainsi dans la fosse iliaque, puis, passant sous l'arcade de Fallope, il suit le psoas iliaque jusqu'au petit trochanter. Il vient alors former une tuméfaction à la partie supérieure et interne de la cuisse. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 12, p. 191.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 7 fr.	6 mois : 13 fr.	1 an : 25 fr.
UNION POSTALE	3 mois : 10 fr.	6 mois : 18 fr.	1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat de Brévannes, Chardon-Lagache et Hendaye. — Composition du jury : MM. les Drs Lemaire, Villaret et Mondor.

ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Un concours pour la nomination, à 15 places, de médecin de l'Assistance médicale à domicile, sera ouvert le lundi 25 avril 1921, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de 14 heures à 17 heures, du lundi 21 mars 1921 au samedi 9 avril inclusivement.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le médecin inspecteur général Rouget, directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, et M. le Dr Girard, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie au ministère de la marine, ont été nommés membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes.

Le XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE aura lieu à Strasbourg du lundi 3 au mercredi 5 octobre 1921.

Le bureau est composé de :

Président : M. le prof. Bard (de Strasbourg).

Vice-présidents : MM. les Drs Thomas, président de la Société médicale du Bas-Rhin, et Schwartz, médecin-chef de l'hôpital civil de Colmar.

Secrétaire général : M. le prof. Léon Blum (de Strasbourg).

Secrétaire général adjoint : M. le Dr Vaucher (de Strasbourg).

Trésorier : M. le Dr Albert Brion (de Strasbourg).

Trésorier adjoint : M. le Dr Humbert (de Strasbourg).

Les rapports porteront sur les sujets suivants :

A. *De l'adaptation anatomique et fonctionnelle du cœur aux conditions pathologiques de la circulation.* Rapporteurs : 1° Mlle Cottin (de Strasbourg); 2° M. Demeyer (de Bruxelles).

B. *Les glycémies.* Rapporteurs : 1° M. le prof. Ambard (de Strasbourg) et M. le Dr Chabanier (de Paris); 2° M. le Dr Baudoin (de Paris).

C. *L'antianaphylaxie.* Rapporteurs : 1° M. le prof. Widal (de Paris) et MM. les Drs Abrami et Pasteur-Vallery-Radot (de Paris); 2° M. le Dr Péhu (de Lyon).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. le prof. Léon Blum à la clinique médicale B à Strasbourg.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commerce et industrie. — *Au grade d'officier.* — M. Martel, membre de l'Académie de médecine.

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — MM. le prof. Teissier (de Lyon), le Dr Lubet-Barbon (de Paris), le prof. Pierre Marie (de Paris), le Dr Babinski (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les Drs Calot (de Berck), Paul Delbet (de Paris), Follet (de Rennes), le prof. Gilis (de Montpellier), Hudelo, Luc, Morange (de Paris), Ménard (de Berck), le prof. Meyer (de Nancy), Sebileau, Boulloche, Gourc (de Paris), le prof. Pousson (de Bordeaux), le prof. Legueu (de Paris), Lafourcade (de Bayonne), Glover (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Ansaloni (de Blois), le prof. Audibert (de Marseille), Aussenac (de Montredon-Labessounié), Ballenghien (de Roubaix), Beal et Bizard (de Paris), Bordenave (de Pau), Chandelux (de Lyon), Charpentier, directeur de l'Institut de bactériologie de Bourgogne; Diriart (de Pau), Dulau (de Cap Breton), Mme Eyraud (du Puy), MM. le prof. Etienne (de Nancy), Floersheim (de Paris), Mme Francillon-Lobre (de Paris), MM. Genoud (de Lyon), le prof. Estor (de Montpellier), Guideroni (d'Allouch), Groslier (de Montmarault), Ladmiral (de Corbeil), Lallot (de Saint-Pourçain-sur-Sioulle), Lautier (de Rennes), Legris (de Saint-Valéry-sur-Somme), René Legroux (de l'Institut Pasteur), Letoux (de Vannes), Madre (de Pithiviers), Maumus (de l'Institut Pasteur), le prof. Mouret (de Montpellier), Mme Moutet (de Lyon), MM. de la Nièce, le prof. Oddo (de Marseille), Ozanon (de Rougeon), Page (de Saint-Malo), Péraire (de Paris), Picot (de Bordeaux), le prof. Planchard (de Clermont-Ferrand), le prof. Rochet (de Lyon), Roux de Brignoles (de Marseille), le prof. Sabrazès (de Bordeaux), Samalens (d'Auch), Tauleigne (d'Ainay-le-

Chateau), Thoumire (de Paris), le prof. Vallas (de Lyon), Mme Weil (de Paris), MM. Bonnet (de Nice), Bouland (de Limoges), Cersoy (de Langres), Chabenat (de La Châtre), Claoué (de Bordeaux), le prof. W. Dubreuilh (de Bordeaux), Dutil (de Nice), Farina (de Menton), Lamiot (de Boulogne-sur-Mer), Margerie (d'Eaubonne), Martel (de Saint-Etienne), Siraud (de Lyon), Sabadini (d'Alger), Laumet (de Troyes), Ladroitte (de Brunoy), Mauclaire, Michon, Leroux et Hildt (de Paris).

MM. Toraude, pharmacien à Asnières, Vasseur, pharmacien en chef de l'U. F. F.

MM. Roche, ingénieur en chef; Ledru, directeur; Evieux et Bouvard, ingénieurs chimistes à la Société chimique des usines du Rhône. (*J. O.*, 15 et 16 fév. 1921.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr Paulin Dupuy, ancien député de Tarn-et-Garonne, décédé à Moissac, et de M. le médecin-major de 1re classe Gaston Accolas, décédé à Oudja (Maroc).

ERRATUM. — Dans le nº 12 du 10 février 1921, page 186, colonne 1, ligne 37, au lieu de « au début ou dans le cours », lire : « au début ou dans le décours ».

BUCHER

(DE STRASBOURG)

Nous apprenons, avec une douloureuse émotion, la mort du Dr Bucher, le grand patriote de Strasbourg, qui vient de succomber à l'âge de 51 ans, à la suite d'une intervention chirurgicale.

Toute la vie de Bucher a été dominée par son amour pour la France, toutes ses forces ont été consacrées à lutter contre l'oppression germanique, à maintenir les vieilles traditions d'Alsace et à entretenir, chez les étudiants, cet esprit d'indépendance et d'amour de la liberté qui, avec la fidélité, est le fond du caractère alsacien.

Pendant les années de servitude, Bucher partagea son temps entre ses travaux scientifiques, qui lui valurent, en neurologie et en médecine infantile, une réputation méritée, et ses œuvres patriotiques. Président du *Cercle des étudiants*, il fonda la *Revue alsacienne*, puis les *Cahiers alsaciens*, dans lesquels il faisait de la propagande française. Plus tard, il créa la *Maison alsacienne*, joyau d'art, dont il fit un véritable conservatoire de toutes les coutumes de sa chère province.

Sa maison de la rue Brulée était devenue, malgré la surveillance prussienne, le rendez-vous de tous les patriotes alsaciens; on y rencontrait souvent aussi des écrivains illustres, tels que Barrès, René Bazin, d'autres encore qui venaient apprendre à mieux connaître et à aimer l'âme alsacienne.

Au moment de la guerre, Bucher, qui était menacé par les représailles allemandes, parvint à passer en France. Nommé médecin aide-major et affecté au service des renseignements à Rechézy, il rendit d'immenses services à son pays retrouvé. Sa connaissance des hommes était véritablement extraordinaire; il avait, en outre, une singulière prescience de l'avenir.

Que de fois, nous l'avons entendu prédire, avec une sûreté qui ne s'est jamais démentie, la marche des événements, les difficultés inévitables, mais aussi la victoire certaine, inéluctable.

Après l'armistice, il fut appelé à Strasbourg pour remplir auprès du commissaire général un poste de confiance. Sa popularité était telle qu'il aurait pu être maire de Strasbourg ou représenter l'Alsace au Parlement. Le plus beau rêve de sa vie étant réalisé, Bucher préféra s'effacer et servir sa grande et sa petite patrie en s'occupant des œuvres de propagande et en créant une nouvelle revue, l'*Alsace française*, qu'il voulait placer à l'avant-garde de la civilisation sur le Rhin.

Peu après l'armistice, Bucher, qui avait reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur avant la guerre, puis aux armées, la croix d'officier, fut promu au grade de commandeur. C'était la juste récompense de services dont on connaîtra un jour toute l'étendue.

Il faut saluer, très bas, la mémoire de ce grand patriote.

F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

ARSENOBENZOLS ET IODO-MERCURIQUES (1)

L'association du mercure à l'arsenic apparaît de plus en plus comme nécessaire à un traitement curatif.

Nous avons exposé, au cours de deux précédents articles, quelques raisons qui militent en faveur du maintien de la médication mercurielle au cours du traitement de la syphilis. Sans vouloir diminuer l'efficacité ni surtout la portée prophylactique de la médication arsenicale, il faut bien convenir, en effet, que celle-ci ne saurait être administrée sans dommage chez tous les malades. Les dangers de cette puissante médication résident avant tout dans ses contre-indications et dans les intolérances nombreuses que tous les arsenicaux provoquent (Milian). Il est indispensable, avec eux, de s'assurer de la perméabilité de tous les émonctoires et il faut pouvoir surveiller avec soin les moindres signes de saturation. Leur posologie reste encore très délicate dans certaines occurrences, et leur administration ne va pas toujours sans quelques difficultés qui font que bien des praticiens les appréhendent, et que Queyrat ne croit pas qu'ils puissent sortir des mains du spécialiste, car si les techniques se précisent, aucune découverte de méthode n'a été faite, dit Gougerot qui a ajouté ailleurs : « La question des accidents par le 606 reste toujours aussi angoissante..... »

En présence de ces divergences et de ces incertitudes, la médication mercurielle, particulièrement sous la forme du composé iodo-hydrargyrique connu sous le nom de lipogyre, n'apparaît-elle pas, aussi bien par l'efficacité maintenant bien démontrée de ce nouveau composé que par sa bonne tolérance, comme donnant aux médecins le maximum de sécurité, au malade le maximum de chances de voir son affection s'éteindre complètement et définitivement par l'expurgation méthodiquement poursuivie de tous ses reliquats tréponémiques. Le lipogyre, en effet, par son organotropie, fouille tous les tissus, porte partout son action spirochéticide. Aux arsenicaux il ne dispute pas leur place à l'avant, dans le traitement d'assaut, mais il revendique la sienne, plus modeste, après eux, comme dans les tranchées devaient intervenir les équipes de « nettoyeurs ».

En résumé et pour conclure, sans aller comme Renault jusqu'à ne considérer les arseno-benzols que comme « un traitement d'exception », nous dirons que la thérapie de la syphilis ne peut que gagner à s'orienter vers la ligne de conduite suivante : recourir aux arsénos pour le traitement initial, mais ensuite, pour parachever la cure, user des iodo-mercuriels dont le lipogyre représente un des types accomplis ; y recourir encore, à toutes les périodes de la syphilis, chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un état général ou local contre-indiquant une médication plus brutale, chez les scléreux, les cardiopathes, les tuberculeux.

RENSEIGNEMENTS

568. — **VEUVE DE MÉDECIN** désire place garde-malade. Ecrire : Mme DELALANDE, 69 *bis*, rue de Billancourt, Boulogne-sur-Seine.

(1) Suite. — *Gaz. des hôpit.*, 1920, nº 106, p. 1690, et 1921, nº 7, p. 98.

REVUE GÉNÉRALE

RECHERCHES SUR LA PHYSIOPATHOLOGIE DES ICTÈRES

LE PROBLÈME DE LA CHOLÉMIE PIGMENTAIRE

Par E. CHABROL et H. BÉNARD.

Dans une Revue précédente (1), nous avons essayé de montrer que la meilleure classification des ictères était encore, à l'heure actuelle, la classification clinique. C'est seulement après avoir pratiqué une analyse minutieuse des symptômes et des antécédents que l'on est en droit d'aborder le problème de la physiopathologie, problème complexe, surtout à notre époque où l'étude du syndrome ictère doit successivement envisager en trois chapitres bien distincts : la *cholémie pigmentaire*, la *cholémie saline* et la *cholestérinémie*. C'est à l'étude de la cholémie pigmentaire que nous consacrerons ces lignes.

*
* *

Schématiquement, on peut ainsi résumer **le mécanisme de la cholémie pigmentaire** : à l'état normal, les globules rouges, comme toutes les cellules de l'organisme, naissent, vieillissent et meurent et sont soumis à une continuelle destruction. Sous quelles influences et dans quels territoires leur hémoglobine est-elle libérée? Voilà autant de questions que pose un premier chapitre, *celui de l'hémolyse*. Dans un deuxième temps, l'hémoglobine qui a abandonné son fer est éliminée de la circulation par l'émonctoire hépatique sous la forme du pigment biliaire. La parenté chimique qui unit ces deux pigments est indéniable, comme en témoigne la formule suivante :

$$\underset{\text{hématine}}{C^{32}H^{32}Az^{4}O^{4}Fe} + 2H^{2}O - Fe = 2\underset{\text{bilirubine}}{(C^{16}H^{18}Az^{2}O^{3})}$$

Où s'effectue la transformation de l'hémoglobine en bilirubine? Quels sont les pigments intermédiaires ou dérivés qui se rattachent à ces deux substances? En particulier, quelle est l'origine de ce produit de réduction que l'on appelle l'urobiline? La discussion de ces différents points trouve sa place dans un même chapitre d'ensemble, *celui de la biligénie*.

Reste à élucider un troisième et dernier problème qui est à proprement parler *celui de la cholémie pigmentaire*. Au fur et à mesure qu'elle est élaborée, la bilirubine devrait être rejetée dans l'intestin par la voie du canal cholédoque. Pour quels motifs s'accumule-t-elle dans le sang circulant, constituant ce que l'on appelle la cholémie? D'ores et déjà, on peut en prévoir deux raisons : ou bien, chez un sujet qui par ailleurs présente une hémolyse et une biligénie normales, l'ictère résulte d'un obstacle intéressant les voies d'élimination des pigments biliaires : il s'agit d'un ictère par rétention complète ou incomplète; ou bien, les voies biliaires restant parfaitement libres, c'est l'exagération de l'hémolyse et par là-même de la biligénie qui commande l'apparition de la jaunisse : on est en présence d'un ictère par hyperhémolyse. C'est en discutant le mécanisme intime de ces deux grandes variétés d'ictères que nous terminerons cette étude.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 108, p. 1733.

I

L'HÉMOLYSE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Le problème de l'hémolyse, comme la plupart des questions d'ordre physiologique, a largement bénéficié des enseignements de la pathologie et de la médecine expérimentale.

La fragilité globulaire. — On a voulu le résoudre tout d'abord en mettant directement en cause une fragilité particulière des hématies et c'est en invoquant l'hypothèse d'une tare globulaire, transmissible par l'hérédité, qu'en 1907 M. Chauffard exposa ses premières recherches sur la pathogénie de l'*ictère congénital de l'adulte*. L'épreuve de Hamburger lui avait montré que dans l'ictère chronique splénomégalique les globules rouges présentaient une diminution de leur résistance vis-à-vis des solutions hypochlorurées. Il était naturel que cette fragilité toute spéciale des hématies apparût à la plupart des auteurs comme « le fait primitif et la condition pathogénique essentielle » des ictères hémolytiques.

A la vérité, ce critérium sanguin peut fort bien se trouver en défaut dans l'ictère hémolytique congénital, ainsi que nous l'avons établi avec M. Gilbert (1). Les exemples suivants en témoignent :

Dans une même famille, la mère et la fille sont toutes deux atteintes d'ictère chronique splénomégalique, mais alors que la mère offre de la fragilité globulaire, la fille n'en offre point, et même présente une légère augmentation de la résistance des hématies.

Chez un même sujet, l'ictère chronique splénomégalique peut évoluer sans fragilité globulaire habituelle, ou n'en présenter que par intermittences.

Enfin, le type extrême de l'hémolyse ictérigène ne s'accompagne point nécessairement de fragilité globulaire; il peut se manifester sous les traits d'un ictère chronique splénomégalique avec anémie pernicieuse et guérir complètement par l'ablation de la rate, sans qu'à aucun moment on ait constaté une diminution de la résistance des hématies (2).

D'ailleurs, lorsqu'on appliqua à l'étude des *ictères toxiques et infectieux* le critérium qui, entre les mains de M. Chauffard, avait permis d'individualiser l'ictère hémolytique congénital, on s'aperçut bien vite que, loin d'étendre le champ de nos investigations, ce nouvel élément de diagnostic cantonnait le domaine de l'hémolyse en des limites singulièrement étroites. Malgré le perfectionnement de technique que leur fournit la méthode des hématies déplasmatisées, MM. Widal, Abrami et Brulé ne purent donner au chapitre des ictères hémolytiques acquis l'extension légitime que leurs premières recherches permettaient d'entrevoir; ils furent bien vite forcés de rejeter dans le domaine des ictères hépatiques toute une série d'observations où la fragilité globulaire n'était point constatable et qui, cependant, de par leurs traits cliniques, semblaient appartenir à la grande classe des ictères par hyperhémolyse.

C'est qu'en effet un *globule rouge peut être taré et éminemment destructible sans présenter nécessairement de la fragilité vis-à-vis des solutions hypotoniques*.

L'étude des ictères du paludisme, du chloro-

(1) GILBERT et CHABROL. Sur la pathogénie des ictères par hyperhémolyse. *C. R. Soc. de biol.*, 20 mai, 22 juil. 1911.

(2) GILBERT, CHABROL et BÉNARD. La splénectomie dans l'ictère chronique splénomégalique. *Presse méd.*, 10 janv. 1914.

forme, de la toluylène-diamine en fournit chaque jour maints exemples : si l'on place des globules rouges normaux au contact d'une solution concentrée de toluylène-diamine, on constate au bout de plusieurs heures que ces globules conservent la même résistance que les hématies-témoins qui ont séjourné le même laps de temps dans une solution physiologique; et cependant, lorsqu'on étudie ensuite comment ces globules se comportent vis-à-vis d'un extrait splénique, il est aisé de reconnaître qu'ils sont plus facilement détruits que les globules-témoins. Voilà une expérience que nous avons reproduite à différentes reprises et qui montre bien le sens que l'on doit accorder en clinique à l'épreuve des solutions hypochlorurées : *il n'existe pas une mais des fragilités globulaires* et l'étude comparée de la résistance des hématies vis-à-vis de la saponine, de l'eau chlorurée, des sérums normaux, démontre sans conteste que, loin d'être parallèles, ces différentes fragilités sont en pratique des fragilités dissociées.

Nous ne donnerons pas ici l'énumération des très nombreux agents toxiques ou infectieux qui par leur fixation sur le globule rouge sont susceptibles de le fragiliser et de hâter sa destruction. Le lecteur en trouvera la liste dans l'article d'ensemble que nous avons jadis publié ici même sur les hémoglobinhémies (1).

Envisageant surtout le *mécanisme de l'hémolyse*, nous nous demanderons maintenant sous quelles influences organiques ces hématies sensibilisées et tarées voient éclater leur stroma globulaire et mettent en liberté leur hémoglobine.

L'intervention des macrophages et l'hémolyse plasmatique. — A la suite des travaux de Metchnikoff, on schématisa pendant longtemps le mécanisme de l'hémolyse en montrant *un macrophage*, bourré de globules rouges, qui subissaient dans son protoplasma toute une série de transformations histochimiques.

Puis, vinrent les belles recherches de Bordet, établissant qu'une injection d'hématies provenant d'une espèce étrangère faisait apparaître dans l'organisme des substances capables de provoquer leur destruction, et dès lors on cessa de considérer l'hémolyse comme un phénomène exclusivement cellulaire, ce fut du côté *du plasma* que l'on essaya d'en trouver la raison.

Dans ce domaine, nous apprîmes notamment à connaître la curieuse propriété du sérum que Donath et Landsteiner ont observée chez des syphilitiques atteints d'hémoglobinurie paroxystique. En montrant que sous l'action du froid on pouvait déceler dans le plasma sanguin des sensibilisatrices hémolysantes que les températures habituelles d'expérience ne permettaient pas de révéler, ces recherches ont suggéré de fort intéressantes hypothèses sur le mécanisme de l'hémolyse plasmatique : elles nous ont permis d'entrevoir l'antagonisme entre les sensibilisatrices hémolysantes et les sensibilisatrices antihémolysantes qui semble régler à l'état normal la destruction des hématies.

C'est dans le même cadre que doivent également prendre place les auto-hémolysines que MM. Chauffard et Jean Troisier ont décelées dans le sérum de certains ictériques atteints d'anémie grave. Quelle est la fréquence des ictères hémolysiniques? Si limité qu'il soit, ce groupe n'est pas sans intérêt au point de vue pathogénique, puisqu'il a permis de réaliser en quelque sorte expérimentalement les différentes étapes de la fragilisation globulaire, depuis la fixation des hémolysines sur les hématies jusqu'à la mise en liberté de leur hémoglobine.

(1) E. Chabrol et H. Bénard. Les hémoglobinhémies. *Gaz. des hôpit.*, 10 janv. 1914.

Le rôle des parenchymes. — Il était logique que l'on recherchât au niveau des divers parenchymes *cette double intervention macrophagique et plasmatique* que les expériences de Metchnikoff et de Bordet avaient mise en lumière. En raison même de sa structure, la *rate* était appelée à devenir le champ clos de la plupart des discussions.

On pensa tout d'abord que sa fonction érythrolytique se résumait en une simple intervention cellulaire; et, en fait, l'étude d'un grand nombre de poisons du sang, comme la pyrodine et la toluylène-diamine, permit à l'Ecole italienne de retrouver dans le riche réseau capillaire de la pulpe splénique les cellules globulifères que Kœlliker avait jadis entrevues et dont Metchnikoff avait précisé le rôle phagocytaire. Cette conception macrophagique de l'érythrolyse de la rate se généralisa rapidement. Elle fut rajeunie en France au double point de vue de la clinique et de l'expérimentation par M. Gauckler et c'est à sa faveur que, dans ses premières publications sur l'ictère hémolytique congénital, M. Chauffard put incriminer la « spléno-hémolyse » pour expliquer la destruction du globule rouge malade.

Mais là ne se borne pas l'intervention de la rate. Son action est en réalité plus complexe. Comme nous l'avons montré avec M. Gilbert, les *globules rouges peuvent être détruits dans le parenchyme splénique sans que l'on puisse saisir l'action phagocytaire des globules blancs sous une figure histologique.* Au début de l'intoxication par la toluylène-diamine, les cordons de la rate renferment des granulations hémoglobiniques bien avant que la fragilité globulaire apparaisse dans le sang circulant, bien avant que les macrophages entrent en scène pour déblayer les débris globulaires (1). Cependant, lorsqu'on place *in vitro*, au contact de la pulpe splénique, les propres globules rouges de l'animal soumis à l'expérience, on peut fournir la démonstration biologique d'une destruction extracellulaire des hématies, en constatant que l'auto-hémolyse splénique s'effectue d'une façon plus intense que dans les conditions normales [février 1911] (2). Cette notion fut immédiatement confirmée par M. Nolf (3) qui, un peu plus tard, au Congrès de Lyon d'octobre 1911, devait exposer longuement ses intéressantes recherches sur les propriétés hémolysantes de l'extrait de rate du chien à l'état physiologique. Nous ne rappellerons pas ici les nombreux détails de technique que nécessitent ces expériences particulièrement délicates; nous les avons précisés à maintes reprises à une époque où différents auteurs n'avaient pu obtenir les mêmes résultats (4).

(1) A. Gilbert et E. Chabrol. L'intoxication par la toluylène-diamine. Histologie et physiologie pathologique, *C. R. de la Soc. de biol.*, 2 juillet 1910.

(2) Gilbert et Chabrol. *C. R. de la Soc. de biol.*, 18 mars 1911.

(3) Nolf. *C. R. de la Soc. de biol*, avril 1911 ; — *Congrès de méd. de Lyon*, 28 oct. 1911.

(4) Gilbert, Chabrol et Bénard. *C. R. de la Soc. de biol.*, 19-23 déc. 1911, 10 fév., 23 mars, 11 mai, 15 déc. 1912, 4 janv. 1913; — Quelques données récentes sur l'hémolyse splénique, *Paris méd.*, 6 juillet 1912.

Après avoir montré que le parenchyme de la rate renfermait des substances hémolysantes, nous nous sommes demandé dans la suite si ces substances ne pouvaient pas sensibiliser les hématies sans mettre nécessairement en liberté leur matière colorante, et nous avons prouvé qu'effectivement il était possible de réaliser expérimentalement une fragilité globulaire d'origine splénique. Nous en avons conclu que *la rate non seulement achevait la destruction des globules rouges fragilisés, mais encore était susceptible de présider à leur fragilisation.*

Cette notion n'est pas sans intérêt lorsqu'on envisage la genèse de ces ictères familiaux que M. Gilbert a dénommés les ictères acholuriques simples et qui, dans un même milieu, se présentent à différents degrés, depuis la cholémie simple familiale jusqu'à l'ictère chronique splénomégalique. Grâce à la notion de l'origine splénique de la fragilité globulaire, on comprend aujourd'hui le lien qui relie tous ces faits (1) : à leur origine, figurent l'hémolyse et l'intervention de la rate, mais cette dernière ne se manifeste pas nécessairement dans le sang circulant par la fragilité globulaire. Celle-ci n'est qu'un « témoin, précieux mais infidèle, de l'activité splénique »; c'est seulement au degré extrême des ictères acholuriques qu'elle est décelable, donnant à la maladie cet aspect hématologique si particulier que M. Chauffard a bien mis en lumière sous le nom d'ictère hémolytique congénital.

Ces recherches pathogéniques, basées sur l'observation des faits cliniques et expérimentaux, ont trouvé dans ces dernières années leur vérification et leurs conclusions thérapeutiques. *Les splénectomies dans l'ictère chronique splénomégalique se comptent actuellement par centaines.* Avec M. Gilbert, nous avons fait opérer les trois premiers malades qui ont bénéficié en France (2) de cette intervention et nous avons pu reconnaître que l'ablation de la rate non seulement faisait disparaître l'anémie et l'ictère, mais encore contribuait à consolider la résistance des hématies.

Bien entendu, nous ne saurions prétendre que les substances hémolysantes ne peuvent pas être élaborées en d'autres territoires que le parenchyme splénique; parler de l'hémolyse de la rate, ce n'est pas exclure du cadre de l'hématolyse les ganglions, la moelle osseuse, les cellules de Kuppfer du foie, les éléments endothéliaux de la plèvre et du péritoine, les macrophages du tissu conjonctif. Des suppléances peuvent toujours s'établir entre les différentes portions d'un même système hématopoïétique et nous avons longuement insisté sur ce point en étudiant l'intoxication de la toluylène-diamine après splénectomie : « L'hémolyse générale, écrivions-nous en juillet 1910, à propos de la fragilité globulaire, découle de l'addition des différents effets hémolytiques ; elle n'est que le témoin des hémolyses locales (3). »

(1) Gilbert et Chabrol. L'origine splénique des ictères par hyperhémolyse, *Congrès de méd. de Lyon*, 24 oct. 1911. — Gilbert, Lereboullet et Chabrol. Le rôle de la rate dans les ictères acholuriques simples, *Journ. méd. franç.*, 15 déc. 1911. — Gilbert, Chabrol et Bénard. Sur la pathogénie de l'hémoglobinurie paroxystique, *Presse méd.*, 30 nov. 1912.

(2) Gilbert, Chabrol et Bénard. La splénectomie dans l'ictère chronique splénomégalique, *Presse méd.*, 10 janv. 1914; — *Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1919; — Chabrol et Bénard. La splénectomie dans l'ictère chronique splénomégalique et le syndrome de Banti, *Paris méd.*, août 1918. — Hartmann. *Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1920.

(3) Gilbert et Chabrol. *C. R. de la Soc. de biol.*, 2 juillet 1910.

Conclusions. — Avec le rôle des *macrophages*, du *plasma sanguin*, du *parenchyme de la rate*, nous venons d'énumérer toute une série de facteurs organiques qui sont susceptibles d'expliquer l'hémolyse normale ou pathologique. Comment les causes à proprement parler *globulaires* se combinent-elles à ces différents éléments pour précipiter la dissolution des hématies?

Plusieurs éventualités sont possibles. Reprenant l'exemple de l'expérience de Bordet et Gengou, on peut concevoir que les globules tarés sous l'action d'un toxique ou d'un germe infectieux subissent dans l'organisme le sort des globules rouges étrangers : ils sont détruits par les macrophages et les substances hémolysantes que renferment le plasma ou les différents parenchymes; et l'on conçoit encore, dans cette comparaison, que des hémolysines élaborées en excès soient susceptibles de se révéler dans le sang circulant, plus puissantes qu'à l'état physiologique.

Mais il est une autre éventualité qui semble se rencontrer en clinique chez les malades atteints d'un ictère chronique familial : renversant la proposition, il est permis de penser qu'une suractivité morbide des organes de l'hémolyse constitue le fait primitif et que cette perturbation fonctionnelle commande secondairement à son tour la fragilisation des hématies. Nous avons exposé les arguments d'ordre thérapeutique que la splénectomie avait apportés en faveur de cette conception au cours de ces dernières années.

II

LA BILIGÉNIE PIGMENTAIRE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Nous venons de passer en revue les différents facteurs qui conditionnent l'hémolyse normale et pathologique. Quelle est la destinée de l'hémoglobine qui a abandonné son stroma globulaire?

Dans les cas habituels, où la destruction sanguine n'est ni soudaine ni massive, l'émonctoire rénal n'a pas à intervenir pour éliminer de l'organisme la substance colorante des hématies (1). L'émonctoire hépatique suffit à cette tâche, mais il ne rejette qu'une hémoglobine modifiée qui a perdu son fer et présente une coloration différente (2); l'hémoglobine est devenue le pigment biliaire. Ici se posent plusieurs questions qui se rattachent au grand problème de la biligénie pigmentaire.

Lieu d'origine des pigments biliaires. — Et d'abord où s'effectue la transformation de l'hémoglobine en bilirubine? Suivant la *conception hépatogène*, l'hémoglobine est recueillie et transformée par le foie, qui élabore le pigment biliaire comme une marque de son activité. Suivant la *conception hématogène*, au contraire, la mutation des matériaux hémoglobiniques s'effectue dans le plasma sanguin et le foie borne son rôle à celui d'un simple filtre, ayant pour fonction d'éliminer la bile de la circulation. Cette conception de « l'ictère hématique », dont Gubler, Frerichs, Leyden ont été, jadis, les différents promoteurs, a trouvé grand crédit de nos jours, lorsqu'à la suite des travaux de M. Chauffard, l'ictère

(1) L'hémoglobinurie n'apparaît que lorsque la destruction rapide des globules rouges atteint le 1/57 de la masse totale du sang (Jean Camus).

(2) L'hémoglobinocholie paraît exceptionnelle. Sur 14 chiens porteurs de fistules biliaires et soumis à des injections intraveineuses d'hémoglobine, nous l'avons systématiquement recherchée sans pouvoir la révéler.

hémolytique fut défini « une maladie du globule rouge ». De la notion de l'ictère « maladie du globule rouge » à la conception de l'ictère sanguin, au sens de la théorie hématogène, il n'y avait qu'un pas à franchir. Pour un très grand nombre d'auteurs, le terme d'ictère hémolytique devint synonyme d'ictère hématogène et l'intervention du foie, au cours de ce syndrome, fut contestée à la faveur de deux arguments : d'une part, l'observation de la biligénie locale; d'autre part, le « caractère dissocié de la cholémie » dans les ictères hémolytiques. Quelle est la valeur de ces deux arguments (1)?

L'argument de la biligénie locale. — Tout en reconnaissant que la bilirubine peut être élaborée *in situ,* par transformation locale de l'hémoglobine, dans les foyers hémorragiques de la plèvre ou du liquide céphalo-rachidien, nous pensons que l'observation de la « biligénie locale » ne prouve rien contre la théorie hépatogène.

La biligénie locale ne traduit qu'une fonction accessoire, contingente, qui peut appartenir à différents tissus, mais qui s'exerce toujours très lentement, tardivement. La réaction de Grimbert met plusieurs jours pour apparaître dans les foyers sanglants des séreuses ou des hématomes, alors que sur l'animal porteur d'une fistule biliaire, une simple injection intraveineuse d'hémoglobine entraîne immédiatement une augmentation considérable des pigments biliaires éliminés par le foie. Ne faut-il pas conclure que cette *différence de durée* dans la transformation de la substance colorante du sang doit être attribuée, dans le second cas, à la seule intervention de la glande hépatique?

L'argument de la cholémie dissociée. — Suivant un deuxième argument invoqué par MM. Widal, Abrami et Brulé en faveur de la théorie hématogène, l'ictère hémolytique est, dans la grande majorité des cas, « un *ictère dissocié* » et cette dissociation même plaide en faveur de sa nature hématogène. « Il serait incompréhensible, en effet, écrivent ces auteurs, qu'au cours d'un processus hépatogène, se traduisant par une rétention et une résorption biliaire relatives, seuls, les pigments puissent refluer dans la circulation, alors que les acides et les sels biliaires d'une part, la cholestérine de l'autre, continueraient à suivre leur voie d'excrétion normale vers l'intestin. »

A la vérité, cette résorption dissociée ne nous semble pas impossible. En discutant le mécanisme de la cholémie pigmentaire, nous verrons que le passage des pigments biliaires dans la circulation tient, pour une part, à leur proportion plus grande, ou, si l'on préfère, à leur tension plus forte dans la cellule hépatique. On comprend parfaitement que la résorption porte uniquement sur eux, puisqu'eux seuls sont augmentés parmi les éléments de la bile. Notons d'ailleurs qu'en admettant une résorption de la bile totale, pour une même quantité de bilirubine dans le sérum sanguin, il y aurait moins de sels biliaires et de cholestérine au cours des ictères par hyperhémolyse qu'au cours des ictères par rétention et, à elle seule, cette remarque suffirait déjà à rendre compte des différences que l'on observe en clinique entre les deux grandes variétés d'ictère.

(1) GILBERT et CHABROL. La biligénie pigmentaire normale et pathologique, in *Traité du sang* de GILBERT et WEINBERG, t. II, 1921, Paris, Baillière. — CHABROL. *Exposé de titres*, 1913, Paris, Baillière.

En résumé, ni l'existence des phénomènes de biligénie locale, ni le caractère dissocié de la cholémie au cours des ictères hémolytiques ne nous paraissent constituer des arguments suffisants pour faire rejeter l'intervention du foie dans l'élaboration de la bilirubine. La théorie hépatogène est encore plausible à côté de la théorie hématique. Existe-t-il des faits qui permettent de lui donner la préférence?

L'origine hépatique de la bilirubine. — Il nous a semblé que l'un des meilleurs moyens de choisir entre les deux théories était de rechercher directement dans le sang circulant les pigments biliaires qui, suivant la conception hématogène, doivent s'éliminer simplement par le filtre hépatique. Sur 14 chiens normaux ou splénectomisés, porteurs de fistules cholédociennes temporaires, associées à la ligature du canal cystique, nous avons étudié le rythme de la sécrétion biliaire que provoquent les injections intraveineuses d'hémoglobine (1). Au moment où l'hyperbiligénie atteignait son apogée, nous avons recueilli le sérum de nos animaux en sa totalité et nous avons recherché s'il ne renfermait point de bilirubine. Or, ni la réaction de l'anneau bleu, ni le procédé de Grimbert, après concentration, ne nous ont permis d'en déceler la trace. Nous en avons conclu que, dans les circonstances expérimentales où nous étions placés, c'était non point dans le sang circulant, mais au niveau du foie qu'avaient pris naissance les pigments biliaires.

La théorie hépatogène reste donc à la base du problème de la biligénie et les faits nouveaux que l'étude des ictères hémolytiques a accumulés, au cours de ces dernières années, ne nous semblent pas de nature à la déposséder de son ancienne et légitime faveur.

Les pigments de l'hémaphéisme. — Si la bilirubine nous apparaît à l'heure actuelle comme le meilleur témoin de la biligénie normale, elle est loin de représenter le seul pigment qui puisse dériver des transformations successives de la molécule hémoglobinique. Autour de ces deux substances, peuvent prendre place toute une série de pigments dont on entrevoit le nombre et la diversité en examinant les anneaux colorés de la réaction de Gmelin. La biliverdine, la bilicyanine, la bilipurpurine, la biliprasine, qui naissent aux côtés de la bilirubine sous la simple oxydation de l'acide nitreux, nous donnent à penser que toute une série de corps intermédiaires, produits d'oxydation ou bien encore de réduction, rattachent entre eux, comme autant de chaînons d'une même chaîne, l'hémoglobine et le pigment biliaire parfait. Les chimistes désignent certaines de ces étapes de transition en employant les termes d'hématine, d'hématoïdine, d'hématoporphyrine. Dès 1857, Gubler les avait définies sous une dénomination plus vague, que l'usage a conservée en raison même de son imprécision. Il parlait des *pigments de l'hémaphéisme*, c'est-à-dire des pigments dérivés du sang.

Peut-être n'est-il pas sans intérêt de rappeler qu'à une certaine époque, l'origine de cet hémaphéisme souleva de longues discussions, fort comparables à celles que suscite encore, de nos jours, le problème de la biligénie. Gubler, partisan de la théorie hématogène, prétendait que ces pigments

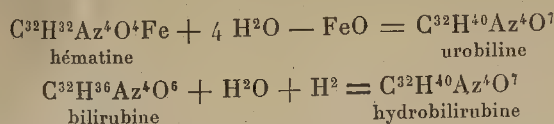
(1) GILBERT, CHABROL et BÉNARD. Recherches sur la biligénie consécutive aux injections expérimentales d'hémoglobine. *Congrès de méd. de Lyon*, 28 oct. 1911, *Presse méd.*, 7 fév. 1912.

anormaux trouvaient leur source dans le sang circulant, sans la moindre intervention de la glande hépatique; dans sa conception, l'ictère hémaphéique prenait naissance toutes les fois que l'émonctoire biliaire devenu insuffisant ne parvenait pas à les éliminer. Hayem, défenseur de la théorie hépatogène, voyait au contraire dans les produits de l'hémaphéisme la marque d'une biligénie imparfaite, dont le foie malade était seul responsable. Dans ces deux hypothèses, l'ictère hémaphéique, métapigmentaire, à pigments anormaux, s'opposait à l'ictère biliphéique, c'est-à-dire à l'ictère normal, orthopigmentaire, expression d'une cellule hépatique en parfait état fonctionnel.

Cette opposition n'offre plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Depuis les travaux de MM. Gilbert et Herscher, on sait que *tout ictère est biliphéique*, puisqu'il existe toujours à sa base une quantité variable de bilirubine, décelable dans le sérum sanguin grâce à la réaction de l'anneau bleu. Nous retrouvons cette cholémie bilirubinique à l'origine de tous les ictères qui ont été décrits dans ces dernières années, aussi bien sous l'étiquette pathogénique d'ictères par hémolyse et d'ictères par rétention que sous la dénomination clinique d'ictères choluriques et d'ictères acholuriques.

Cependant, tout en soulignant comme elle le mérite cette donnée fondamentale, il est permis de penser que le pigment biliaire normal, la bilirubine, n'existe pas toujours dans le sérum sanguin à l'état isolé, et qu'à ses côtés peuvent figurer les pigments anormaux de l'hémaphéisme. Ces pigments satellites n'ont pas une expression suffisamment définie en pratique pour que l'on soit en droit de faire revivre les termes d'ictère hémaphéique ou même encore d'ictère urobilinique. Ils n'en méritent pas moins d'être étudiés avec des méthodes nouvelles et plus rigoureuses que celles du passé, car de leur recherche peuvent découler des indications fort intéressantes sur les phénomènes de l'hématolyse et sur les troubles fonctionnels du foie.

Le problème de l'urobilinurie. — Dans le groupe des pigments intermédiaires ou dérivés qui peuvent prendre naissance aux côtés de l'hémoglobine et de la bilirubine, il convient d'accorder une place spéciale à l'urobiline, l'hydrobilirubine. Sa parenté avec ces deux substances ressort, sans conteste, des formules suivantes :



$$C^{32}H^{32}Az^{4}O^{4}Fe + 4\ H^{2}O - FeO = C^{32}H^{40}Az^{4}O^{7}$$
hématine — urobiline

$$C^{32}H^{36}Az^{4}O^{6} + H^{2}O + H^{2} = C^{32}H^{40}Az^{4}O^{7}$$
bilirubine — hydrobilirubine

A en juger par ces deux réactions, obtenues *in vitro* grâce à l'intervention des agents réducteurs, on serait en droit de penser que, dans l'organisme, l'urobiline relève d'une double origine et qu'il n'y a pas lieu de discuter longuement sur sa pathogénie. En fait, il n'est guère de sujets dans la pathologie du foie qui aient suscité autant de controverses.

On reconnaît à l'urobiline une *origine sanguine*, puisqu'on l'observe dans les hématomes et les épanchements hémorragiques de la plèvre et du liquide céphalo-rachidien, mais il est malaisé d'établir avec quelle fréquence elle dérive directement de la molécule hémoglobinique. Ne prend-elle pas plutôt naissance dans les transformations de la bilirubine que les états hémolytiques sont susceptibles d'engendrer? C'est là un point qui reste en litige et que les recherches récentes n'ont pas permis d'élucider.

Le très grand nombre des auteurs admettent volontiers que l'urobiline se forme surtout *aux dépens des pigments biliaires*, et c'est à MM. Gilbert et Herscher que revient le mérite d'avoir précisé les conditions cliniques de son apparition dans les urines : Ce n'est pas à la période d'état des ictères par rétention que l'on rencontre l'urobilinurie, alors que les matières fécales sont décolorées et que l'ictère est franchement cholurique ; c'est, au contraire, à la phase de début ou au déclin de la maladie, lorsque la cholémie est légère et que la bile parvient dans l'intestin. Comment expliquer la genèse de l'urobilinurie en tenant compte de ces constatations? Ici, trois théories opposent leurs arguments.

1. La théorie rénale. — MM. Gilbert et Herscher, n'ayant pas constaté d'urobiline dans le sérum de leurs malades, font valoir que la réduction n'a pu s'effectuer qu'au niveau de l'émonctoire rénal. Cette réduction ne serait possible qu'avec une cholémie légère. Lorsque la rétention biliaire s'accuse et que les pigments biliaires s'accumulent dans la circulation, le rein est submergé par l'abondance de la bilirubine qu'il doit transformer. « Il manque à sa tâche » et cesse d'exercer son pouvoir réducteur. Dans cette conception, l'urobilinurie est essentiellement fonction d'une rétention biliaire modérée ; elle ne saurait être considérée, en aucune façon, comme un signe révélateur de l'insuffisance biligénique du foie.

2. La théorie tissulaire. — Telle est, également, l'opinion des défenseurs de la théorie tissulaire. Kunkel, Cordua, Quincke admettent, eux aussi, que l'urobiline dérive directement de la bilirubine ; mais, au lieu de prêter le pouvoir réducteur exclusivement au rein, ils le reconnaissent à tous les tissus ; la transformation de la bilirubine en urobiline s'effectuerait aussi bien dans la circulation que dans les parenchymes, voir même dans la peau. M. Brulé, qui a repris dernièrement cette théorie, pense que c'est surtout dans le sang circulant que se produit la réduction du pigment biliaire.

3. La théorie entéro-hépatique. — Cette troisième théorie a recueilli, en France, les suffrages de MM. Marcel Labbé et Carrié. Elle fait valoir qu'il n'existe dans l'organisme normal qu'une seule région où l'on trouve l'urobiline en quantité considérable : cette région est l'intestin. « Il y a là une source d'urobiline permanente, si abondante qu'aucune autre ne peut lui être comparée. »

Cette urobiline fécale ou stercobiline se formerait aux dépens de la bilirubine par l'intermédiaire de la muqueuse intestinale. On comprend dès lors pourquoi l'urobilinurie fait défaut à la période d'état des ictères par rétention. C'est seulement lorsque la rétention biliaire est incomplète ou disparaît que l'élaboration de l'urobiline fécale est possible. La veine porte la transmet alors de l'intestin au foie et ici deux éventualités se présentent. Si le foie est normal, l'urobiline est immédiatement fixée et retransformée en bilirubine que le cholédoque excrète à nouveau; si la glande hépatique est insuffisante, l'urobiline passe dans la circulation générale et est éliminée par les urines.

Comme on le voit, dans sa deuxième partie, cette conception se rapproche de la théorie hépatique que MM. Hayem et Tissier défendaient jadis en ces

termes : « L'urobiline est le pigment du foie malade comme la bilirubine est le pigment du foie sain. » Avec le correctif de l'origine intestinale, la conception de M. Labbé se met à l'abri de la grosse objection que soulevait la théorie exclusive de M. Hayem : elle permet de comprendre pourquoi l'urobiline fait défaut dans les ictères par rétention, lorsque la bilirubine ne parvient plus dans l'intestin.

C'est entre les trois théories rénale, tissulaire, entéro-hépatique que les débats se poursuivent encore de nos jours. Ils portent principalement sur les trois points suivants :

1° Est-il vrai qu'à l'origine de l'urobilinurie figure nécessairement l'urobilinhémie, comme le prétendent les conceptions tissulaire et entéro-hépatique?

2° Existe-t-il entre l'urobiline urinaire et l'urobiline fécale la coïncidence absolue que postulent les partisans de cette dernière théorie?

3° Réciproquement, observe-t-on entre la cholémie et l'urobilinurie le parallélisme que réclament les théories rénale et tissulaire?

Un très gros intérêt pratique s'attache à la solution de ces trois problèmes, puisqu'ils mettent en jeu toute la valeur séméiologique de l'urobilinurie.

III

LA CHOLÉMIE PIGMENTAIRE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Par leur présence dans le plasma sanguin, les pigments biliaires constituent la cholémie normale ou pathologique.

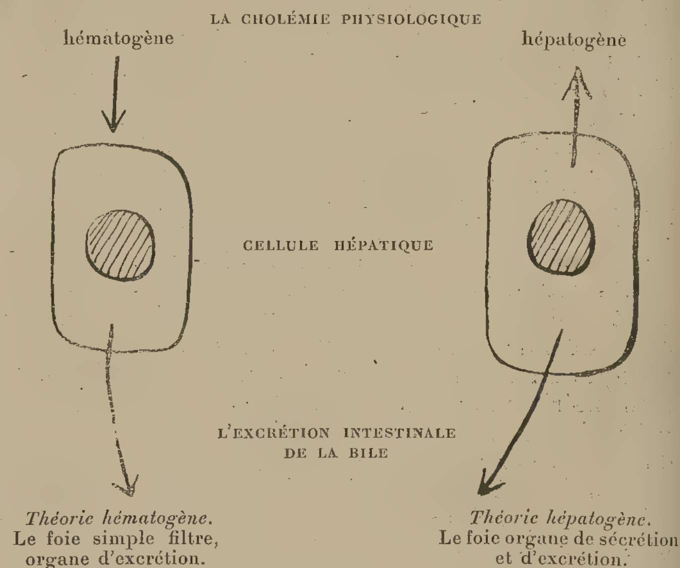
Il existe une cholémie *à l'état normal* : tout sérum humain présente une légère coloration jaunâtre et lorsqu'on y adjoint quelques gouttes d'acide nitrique nitreux on peut y déceler à son extrême limite l'anneau bleu qui, dans la réaction de Hayem, témoigne de la présence de la bilirubine. Chez l'homme, cette cholémie physiologique a été évaluée par Gilbert et Herscher au chiffre de 1 p. 36.500. Elle est plus élevée dans certaines espèces animales; par contre, lorsqu'on examine le sérum du chien en sa totalité, les techniques les plus minutieuses qui sont actuellement en usage ne permettent pas d'y révéler la moindre trace de pigments biliaires. Comment expliquer ces divergences avec les conceptions actuelles de la biligénie? D'autre part, comment interpréter par elles les diverses modalités de la *cholémie pathologique* qui est le substratum de l'ictère?

La cholémie dans la théorie hématogène. — Pour les partisans de la théorie hématogène le problème de la cholémie pigmentaire est fort simple : les pigments biliaires prenant naissance dans la circulation, tout se ramène à une question de drainage hépatique, plus ou moins parfait suivant les espèces animales et suivant aussi les causes de l'ictère.

Au cours de l'ictère par rétention, il est aisé d'entrevoir les différents facteurs qui font obstacle à ce drainage : l'obstruction du cholédoque dans le cancer du pancréas, l'inflammation du parenchyme du foie dans les cirrhoses et le très grand nombre des ictères infectieux, voilà autant de barrages qui permettent de comprendre pourquoi la bile s'accumule en amont. Entre tous, l'imperméabilité de la cellule hépatique aurait une importance primordiale, d'après M. Brulé (1). Cet auteur lui applique la notion des *imperméabilités dissociées* dont le professeur Widal a montré tout l'intérêt en pathologie rénale et, à la faveur de cette hypothèse ingénieuse, il développe la conception des « ictères dissociés », montrant le rôle électif de la cellule du foie qui laisse passer tour à tour les pigments ou les sels biliaires, de même que le rein livre passage tantôt aux chlorures et tantôt à l'urée. Dans leur dissociation, les syndromes chlorurémique et azotémique se trouvent ainsi avoir pour pendants le syndrome de la cholémie saline et celui de la cholémie pigmentaire.

C'est encore dans un défaut de drainage que la conception hématogène cherche l'explication de l'*ictère hémolytique*. Ici, les voies d'excrétion sont parfaitement libres, mais la destruction exagérée des globules rouges commande un tel afflux de matériaux pigmentaires que l'émonctoire hépatique ne suffit pas à les éliminer de la circulation.

La cholémie dans la théorie hépatogène. — Pour élucider le mécanisme de l'ictère, les défenseurs de la conception hépatogène sont obligés de recourir à des hypothèses beaucoup moins séduisantes : il leur faut expliquer non seulement la rétention des pigments biliaires en amont d'un obstacle, mais encore leur résorption au niveau même du parenchyme du foie.



La biligénie et la cholémie à l'état physiologique.

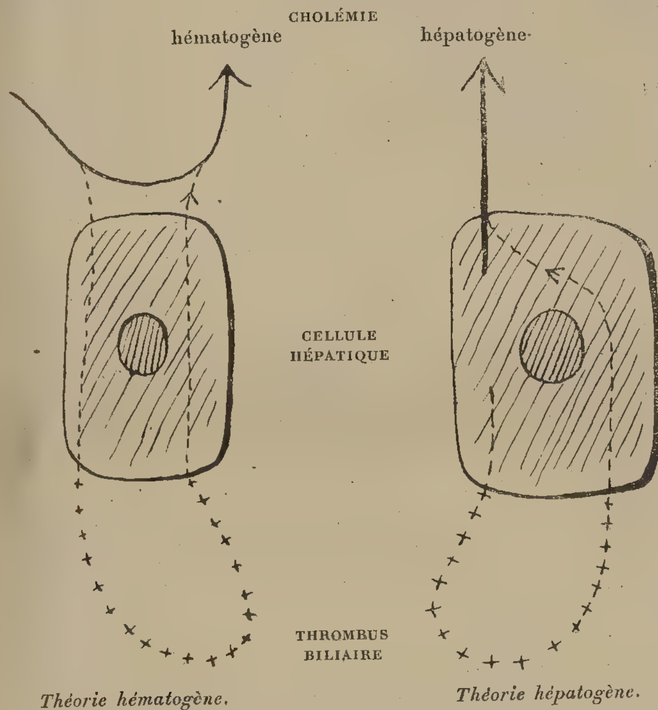
SCHÉMA I.

C'est ainsi que l'observation de la *cholémie physiologique* les conduit à postuler l'existence d'un double pôle de sécrétion biliaire : un pôle intestinal par lequel la cellule hépatique évacue la majeure partie des pigments et des sels, un pôle sanguin qui en livre une quantité très minime à la circulation.

Comment expliquer l'*ictère par rétention* dans la théorie hépatogène? Le mécanisme en est complexe, bien qu'à la lumière de l'anatomie pathologique il soit possible de distinguer deux éventualités. Voici les coupes histologiques d'un ictère par obstruction du cholédoque, comme le cancer du pancréas peut en fournir des exemples: les voies biliaires sont distendues; les capillicules qui cheminent à l'intérieur du lobule ont leurs sinuosités dessinées par la bile. Cependant, un examen attentif des travées de Remack révèle des lésions cellulaires d'inégale importance, qui permettent d'entrevoir la genèse de

(1) BRULÉ. *Recherches récentes sur les ictères*, 1919, Masson.

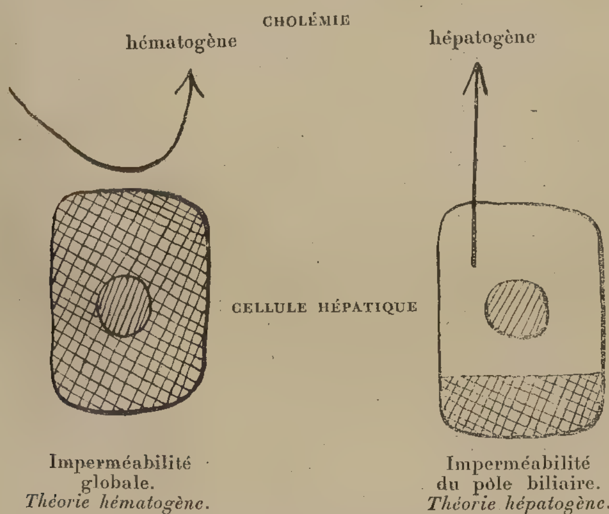
cet ictère par rétention. Il semble que dans une première phase la filtration de la bile ait pu s'effectuer par le pôle sanguin de la cellule hépatique, sans que cette dernière ait subi de profondes altérations de son cytoplasme. C'est seulement dans une



L'ictère par obstruction des voies biliaires.

SCHÉMA II.

deuxième étape que des effractions de la travée de Remack ont réuni directement les capillicules biliaires aux espaces interstitiels lymphatiques ou sanguins.



L'ictère par hépatite.

SCHÉMA III.

Voici maintenant une autre coupe histologique, comme on peut en recueillir à l'autopsie de certains ictères infectieux : ici, les canaux biliaires de l'espace de Kiernan sont parfaitement indemnes ; l'ordonnance du lobule est conservée, les capillicules de la travée ne sont pas distendus par la bile. C'est au niveau de la cellule du foie que l'on est obligé de chercher la raison de l'obstacle, mais alors que la théorie hématogène l'entrevoit dans une imperméabilité globale de la cellule hépatique, retenant en amont les principes biliaires qu'elle devrait excréter, la théorie hépatogène est forcée de localiser plus bas le siège de la rétention : elle doit incriminer un bloquage partiel du pôle biliaire de la cellule hépatique qui, ne pouvant déverser ses pigments ou ses sels vers l'intestin, les oriente dès lors exclusivement vers la circulation.

On conçoit dans cette hypothèse que la résorption sanguine puisse être *dissociée* et que, par un phénomène d'exosmose à travers une membrane d'enveloppe ou un ectoplasme plus ou moins perméable, la cellule glandulaire permette une filtration plus ou moins élective des divers éléments qu'elle a élaborés. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question des « ictères dissociés » en étudiant la cholémie saline.

Il nous reste à interpréter avec la conception hépatogène le *mécanisme des ictères par hyperhémolyse*.

En prêtant à la cellule du foie un double pôle de sécrétion, il semblerait que l'on puisse aisément expliquer cet ictère pigmentaire dissocié : sous l'afflux des matériaux hémoglobiniques, la glande hépatique élabore une quantité anormale de bilirubine et sa richesse en pigments se manifeste aussi bien du côté de la circulation que par la voie cholédocienne. L'hypercholémie apparaît ainsi comme le corollaire nécessaire de l'hyperbiligénie.

Si logique qu'elle soit, cette déduction est souvent inexacte. Il ne faut pas toujours s'attendre à trouver un parallélisme étroit entre l'ictère et l'hyperbiligénie, et la glande hépatique peut fort bien élaborer une quantité anormale de bilirubine sans qu'on en ait la marque dans la circulation. Dès 1910, nous en avons fourni, avec M. Gilbert, la démonstration expérimentale. Lorsqu'on soumet un chien à des *inhalations de chloroforme* (1) plus ou moins prolongées, on peut facilement obtenir de la fragilité globulaire ou de l'hémoglobinhémie, mais on n'observe pas nécessairement de cholémie durant les heures consécutives. C'est seulement dans les intoxications de très longue durée que le pigment biliaire se manifeste dans le sang, donnant ainsi le reflet de l'hyperbiligénie.

De même, nous avons vu précédemment qu'une *injection intraveineuse d'hémoglobine isotonique* n'entraînait point toujours l'apparition de la bilirubinhémie lorsque l'animal était porteur d'une fistule cholédocienne.

Ces deux expériences nous laissent entrevoir les deux conditions essentielles de la cholémie que la destruction globulaire réalise sur le chien : c'est *par insuffisance de drainage biliaire* ou par *lésion toxique des cellules du foie* que les pigments néoformés peuvent être résorbés dans la circulation. Stadelmann a longuement insisté sur le premier mécanisme en développant sa conception de l'ictère pléiochromique, mais l'obstruction des capillicules intrahépatiques est loin d'être seule en cause; à côté du thrombus biliaire que constitue la pléiochromie, il faut faire la part des dégénérescences plus ou moins profondes que peut subir directement la cellule glandulaire. Ce sont elles surtout qui facilitent la résorption de la bilirubine. Nous les observons chez le chien à une phase tardive de la chloroformisation; nous les retrouvons plus précoces sur l'animal qui a subi des injections de toluylène-dia-

(1) GILBERT et CHABROL. *Congrès de méd. de Paris*, oct. 1910.

mine; elles nous permettent de comprendre pourquoi dans cette dernière intoxication la cholémie apparaît comme le phénomène initial, bien avant la fragilité globulaire ou l'hémoglobinhémie (Gilbert et Chabrol) (1) et toutes ces constatations sont bien en accord avec l'expérience de Fiessinger et de Lyon-Caën (2) qui, chez un chien soumis à des injections intraveineuses d'hémoglobine, ont fait apparaître l'ictère en lésant la cellule hépatique au moyen du phosphore.

Lorsqu'on applique à la pathologie humaine cet ensemble de données expérimentales, on est conduit à reconnaître qu'un très grand nombre d'ictères toxiques ou infectieux relèvent du double processus que nous venons d'exposer. Avec les ictères du chloroforme, du salvarsan, de la syphilis, de la spirochétose, nous avons maints exemples de ces poisons complexes qui, agissant également sur le globule rouge et sur la cellule hépatique, constituent par la pléiochromie et la lésion toxique du foie la très grande classe des *ictères mixtes*.

En regard de ces observations où la note hépatique prédomine, au point de faire méconnaître l'élément globulaire, envisageons maintenant les ictères à proprement parler *hémolytiques*, pour lesquels on a contesté dans ces dernières années la participation du foie. Ici encore, la destruction sanguine ne suffit pas pour que l'ictère puisse apparaître. Reportons-nous un instant au très grand nombre des anémies tuberculeuses, rhumatismales ou cancéreuses, à l'anémie du paludéen, aux anémies pernicieuses, aux anémies spléniques de l'enfance. Avec quelle fréquence les observons-nous sous la forme ictérique?

Pour que cette dernière soit réalisée, il faut de toute nécessité l'intervention du foie et nous avons longuement insisté sur ce point avec MM. Gilbert et Lereboullet en étudiant la pathogénie de la cholémie familiale et de l'ictère chronique. Quelle est la nature de ce facteur hépatique? S'agit-il d'une insuffisance de drainage biliaire dont une angiocholite minime est peut-être responsable? Ne faut-il pas incriminer plutôt une sensibilité particulière de la cellule du foie qui, sous l'afflux des matériaux pigmentaires, résorbe plus ou moins la bilirubine vers la circulation? Les deux hypothèses sont plausibles, encore que l'on en trouve difficilement la signature histologique dans les rares autopsies d'ictère congénital où un examen minutieux du foie a été pratiqué. Si l'on parlait ici d'*hépatite*, ce serait en employant ce mot dans son sens fonctionnel, à l'exemple des partisans de la théorie hématogène qui en ont fait un si grand usage pour expliquer l'ictère par rétention.

Nous nous résumerons en disant : L'observation clinique et l'expérimentation s'accordent à démontrer que *dans tout ictère, il existe un élément hépatique*, aussi bien à l'origine de la biligénie que dans le mécanisme de la cholémie pigmentaire. On ne saurait donc accepter sans réserves le schéma très séduisant qui oppose l'un à l'autre l'ictère hémolytique et l'ictère hépatique. Chacun de ces deux termes soulève en réalité trois problèmes, l'*hémolyse*, la *biligénie*, la *cholémie*, et c'est précisément pour ne pas préjuger de leur solution qu'à l'heure actuelle, lorsqu'on veut étiqueter un ictère, il convient de donner ses préférences aux classifications cliniques, plutôt que de faire appel aux seuls renseignements de la physio-pathologie.

(1) GILBERT et CHABROL. Contribution à l'étude des modifications du sang dans l'intoxication par la toluylène-diamine. *C. R., Soc. biol.*, 14 mai, 4 juin, 11 juin 1910.

(2) FIESSINGER et LYON-CAEN. Le rôle de la cellule hépatique dans la détermination des ictères expérimentaux. *Journ. de physiol. et path. générale*, n° 6, nov. 1910. — FIESSINGER. *Les ictères toxiques*. Maloine, 1913.

CRISES DOULOUREUSES DU TABES

ET

CACODYLATE DE SOUDE

Par HENRY MARÉCHAL.

Dans une étude comparative de l'action antisyphilitique du cacodylate et des arsenobenzols, nous avons montré, en 1918 (1), que la zone thérapeutique maniable non dangereuse du cacodylate de soude était infiniment plus étendue que ne l'avaient déclaré les médecins américains et nous préconisions les solutions concentrées de ce sel, à 50 p. 100, en injections intraveineuses. Cette méthode a été le point de départ de nombreuses recherches thérapeutiques entreprises en France, dans toutes les branches de la pathologie et l'on commence à employer les méthylarsinates (cacodylate et arrhénal) avec un peu moins de pusillanimité qu'autrefois. Roziès (2) et G. Miquet [de Lille (3)] ont passé en revue les diverses affections où ces arsenicaux organiques ont été employés à doses massives. Ces auteurs insistent, comme nous l'avions fait en 1919 (4), sur le parti que l'on peut tirer de cette médication qui a donné déjà — sans optimisme excessif — de si intéressants résultats et qui a trouvé, récemment encore, entre les mains de M. P. Ravaut, un de ses plus utiles emplois dans le traitement de l'eczéma (5).

Nous avons eu la curiosité d'essayer le cacodylate de soude dans les crises douloureuses du tabes. On sait combien sont rebelles ces crises douloureuses; les traitements les plus actifs, les plus variés ne donnent, trop souvent, que de fort médiocres résultats et les améliorations passagères sont fréquemment suivies d'incessantes rechutes plus marquées encore qu'au début.

Dans les cinq cas que nous rapportons et où nous envisageons surtout l'élément douleur, les traitements classiques, novar et mercure, étaient restés totalement impuissants.

Nous avons employé la solution à 50 p. 100 en injections intraveineuses.

Cacodylate de soude.. cinquante centigrammes
Eau distillée......... un centimètre cube

pour une ampoule stérilisée.

Suivant la progression que nous avons adoptée et que nous rappelons plus loin dans l'observation II, nous avons injecté des doses allant de 1 à 5 gr.

Voici, brièvement résumées, ces cinq observations avec, pour chacune d'elles, les résultats obtenus :

OBSERVATION I. — Mon..., 53 ans. Tabes avancé. Ataxie

(1) H. MARÉCHAL. *Paris méd*, 25 mai 1918.

(2) ROZIÈS. Cacodylate à hautes doses, *Gaz. des hôpit*, 24 juillet 1920.

(3) G. MIQUET. Cacodylate à hautes doses, *Thèse de Lille*, 1920.

(4) H. MARÉCHAL. Essai sur les hautes doses de cacodylate de soude en thérapeutique, *Thèse de Paris*, juillet 1919.

(5) P. RAVAUT. Importance des traitements internes en dermatologie, *Presse méd.*, 28 janv. 1920.

très prononcée. Argyll. Amblyopie. Douleurs fulgurantes, sciatiques, en ceinture, presque continues et, à certains moments, épouvantables. Les pilules de nitrate d'argent qui, au début, avaient paru calmer le malade, n'ont bientôt plus d'action. Novar 3 gr., 12 biiodures sans résultat.

Cacodylate intraveineux, le 22 octobre 1918, de 1 à 5 gr.
48 gr. en 2 mois.

Les douleurs ont diminué dès la troisième injection. L'amblyopie disparaît. L'incoordination était beaucoup moins prononcée. Fin décembre, les crises douloureuses étaient prodigieusement améliorées. Ce malade fut traité encore en 1919 et en avril et juin 1920, suivant nos indications, non pour des douleurs fulgurantes, mais pour de simples « impatiences », et son médecin nous écrit, à la date du 4 décembre 1920, que « l'amélioration obtenue par notre traitement, en 1918, s'est maintenue complètement et que les troubles de l'équilibre sont devenus si peu prononcés qu'ils permettent au malade de vaquer à ses occupations ».

Obs. II. — Mme Bil..., 47 ans, ouvrière de la poudrerie, consulte le 6 décembre 1918. Tabes évident, dérobement des jambes. Amblyopie. Argyll. Westphall, etc.

En 1917, douleurs en ceinture supportables.

En 1918, douleurs constrictives circulaires au niveau des seins, crises presque permanentes, très violentes, paroxystiques surtout le soir. Entre les crises, sensation de brûlure thoracique insupportable.

Cacodylate intraveineux : 15 gr.

6 décembre	....	1 gr.
12 —	....	2 —
16 —	....	3 —
20 —	....	4 —
26 —	....	5 —

Sédation très rapide des douleurs. La faiblesse des jambes disparaît, la vue redevient normale. Il ne persiste, à la cinquième injection, qu'une sensation prurigineuse périthoracique. L'amélioration était telle que la malade, « s'estimant guérie » n'est pas revenue. Nous n'avons pu avoir, depuis, de ses nouvelles.

Obs. III. — Vve Bl..., 50 ans. Tabes typique avec tous ses signes. Les douleurs apparaissent en 1908.

En 1913, augmentation des douleurs dans les membres inférieurs ; début de mal perforant plantaire droit ; 8 injections de calomel. En 1914, 140 biiodures ; les douleurs persistent. En 1915, 6 séries de 8 huile grise. En 1916, arthropathie tibio-tarsienne bilatérale. En 1917, 3 séries de 15 cyanures et iodure de potassium. En 1918, 6 novar de 0,15 à 0,60 et 15 benzoates ; aucune amélioration. Bien au contraire, les douleurs des membres inférieurs augmentent, en éclair, atroces, arrachant des cris à la malade, surtout la nuit. En octobre 1919, le mal perforant s'aggrave et nécessite l'amputation de Chopart. Les douleurs sont toujours très violentes, même subintrantes avec un certain état lipothymique.

Cacodylate intraveineux de 1 à 5 gr.
Du 1er décembre 1919 au 1er janvier : 19 gr.

Les douleurs diminuent considérablement. Au début de mars 1920, réapparition de quelques élancements dans les mollets.

Cacodylate : 16 gr. en 3 semaines.

Disparition complète de ces douleurs fulgurantes, depuis fin mars. Etat général très satisfaisant.

La malade marche facilement et a repris un métier de vendeuse. Depuis octobre 1920, quelques élancements sont réapparus le soir, au lit, facilement calmés par l'aspirine.

Cette malade, dont l'existence était si misérable au milieu de ses intolérables souffrances, supporte maintenant, fort allègrement, sa nouvelle existence.

Obs. IV. — Lec..., 48 ans. Réformé, en 1916, pour tabes. Avant 1916, crises gastriques légères, douleurs dans les membres inférieurs. Après 1916, douleurs gastriques très prononcées ; douleurs en éclair dans les membres inférieurs et douleurs en ceinture ; algies intolérables, en 1918, presque continues, plus violentes le soir, alternant avec des crises gastriques très intenses suivies de vomissements. Tout travail est impossible. Depuis août 1918, 5 séries de 5 novar et 3 séries de 15 cyanures. Résultats très médiocres.

Revient à l'hôpital en mai 1920, les douleurs ayant encore augmenté.

Cacodylate :
Du 25 mai au 20 juin : 15 gr.
Du 26 juin au 3 octobre : 40 gr.

Les douleurs gastriques, périthoraciques et des membres inférieurs ont nettement cédé aux premières injections et prodigieusement diminué depuis fin juin.

Pas un seul vomissement. Le teint, terreux au début, est redevenu normal. Le traitement a donné une amélioration considérable. Le 25 janvier 1921, 7 mois après le traitement, il ne persistait qu'une sensation de fourmillement dans les membres inférieurs. Cet homme, depuis juillet, a repris du travail comme manœuvre, dans une usine de caoutchouc.

Obs. V. — Mou..., 46 ans, marchand de nouveautés. Réformé en 1915 pour tabes. Etat général défectueux. Incoordination extrême. Douleurs sciatiques très violentes. Sensation de constriction du pied très pénible. Crises gastriques intolérables. Cystalgies, entéralgies passagères. Gonflement diffus du poignet gauche avec raideur marquée et gêne fonctionnelle. Ces douleurs sont atroces et ne sont calmées, pour quelques heures seulement, que par la morphine. A partir de juillet 1920, on fait 28 injections de novar à 0,15, 3 par semaine ; la morphine a été supprimée. Aucun résultat ; les douleurs sont aussi violentes.

Cacodylate ; injections progressives de 1 à 4 gr.
Du 26 novembre au 7 janvier 1921 : 28gr50.

Les douleurs fulgurantes ont diminué nettement dès la troisième injection ; elles sont, fin janvier, presque complètement disparues dans les membres inférieurs et au pied. Le poignet gauche est redevenu normal. Les crises gastriques, moins fréquentes, moins intenses, persistent cependant encore. Plus de cystalgie, ni d'entéralgie. L'ataxie a diminué d'une manière très appréciable. L'état général est très satisfaisant.

Cette amélioration évidente, obtenue fin novembre, persiste fin janvier.

Dans tous ces cas, nous n'avons jamais observé, à la suite de nos injections, aucune réaction générale. Cette absence de réactions avait déjà été mise en évidence dans notre article de 1918, et elle a été, par la suite, maintes fois contrôlée.

Ainsi donc, ces cinq tabétiques qui n'avaient pas trouvé, dans le novar, le mercure, le nitrate d'argent, un soulagement appréciable de leurs intolérables douleurs ont reconnu l'amélioration indiscutable que le cacodylate de soude à hautes doses leur a rapidement procurée, amélioration qui persiste depuis un temps fort appréciable.

Alors que, trop souvent, le praticien devant l'insuccès d'une thérapeutique classique, ne sait où trouver un moyen de soulager les malades, nous avons pensé être utile en préconisant l'emploi du cacodylate de soude à doses progressivement croissantes dans le traitement des crises douloureuses du tabes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 31 janvier 1921)

L'insuffisance respiratoire aux très hautes altitudes et sa correction par les injections sous-cutanées d'oxygène. — M. Raoul Bayeux. Une injection sous-cutanée d'oxygène faite sur un sujet en bonne santé, augmente son débit respiratoire. C'est ce qu'a pu observer le Dr Bayeux, pendant un

séjour de 9 jours à l'observatoire Vallot, au Mont-Blanc. Les auto-expériences, auxquelles il s'est livré, lui permettent d'affirmer : 1° Que le débit respiratoire absolu diminue quand l'altitude augmente ; 2° qu'à toutes les altitudes, l'injection sous-cutanée d'oxygène corrige l'insuffisance progressive du débit respiratoire.

L'oxygénation sous-cutanée donne une amélioration de 51 p. 100 dans la ventilation pulmonaire à la très haute altitude de l'observatoire du Mont-Blanc, et l'effet utile des injections d'oxygène dure une vingtaine d'heure.

Sur la nature du choc anaphylactique. — MM. Auguste Lumière et Henri Couturier.

Essais de vaccination contre le paludisme des oiseaux dû au plasmodium relichem. — MM. Etienne et Edmond Sergent.

Le rôle des mouches dans le transport de germes pathogènes, étudié par la technique des élevages aseptiques. — M. E. Wollman. Les mouches contaminées restent infectantes pendant un temps assez court (quelques jours). Eloignées de la source de contamination, elles se débarrassent très vite (probablement mécaniquement) des germes infectants.

L'élimination et la fixation des novarsenicaux thérapeutiques. — MM. Kohn-Abrest, Sicard et Paraf exposent leurs recherches qui, au point de vue clinique, encouragent en matière novarsenicale, à pratiquer des traitements répétés et prolongés, de préférence par injection *sous-cutanée*.

Au point de vue toxicologique, elles contribuent à la distinction si difficile et si importante au point de vue judiciaire, entre les traces que laisse dans les viscères, l'arsenic médicamenteux et celles qu'y laisse l'arsenic vénéneux.

La présence, dans les viscères, de *1 milligramme* à 3 ou même 7 milligrammes d'arsenic est l'indice d'un traitement thérapeutique arsenical ; par contre, la présence dans les viscères de *centigrammes* d'arsenic s'accorde pleinement avec l'hypothèse d'une intoxication arsenicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1921)

La revision de la loi de 1902 sur la protection de la santé publique. — M. H. Vincent poursuit l'exposé de ses observations sur la réforme de la loi de 1902 sur la santé publique. Il demande qu'on n'augmente pas à l'excès le nombre des Conseils sanitaires, comme il est proposé. Il faut plutôt multiplier les moyens d'action scientifique, tels que les laboratoires d'hygiène. Le projet, en plusieurs de ses articles, tend à maintenir un dualisme dans les services d'hygiène, certains organes étant sous l'autorité du ministre, les autres sous celle des maires ; cette dernière mesure a fait la faiblesse de la loi de 1902. Sur ce point, le projet soulèvera donc des objections. Il eût été préférable, si les bureaux d'hygiène sont maintenus, de les mettre résolument aussi sous la dépendance du ministre de l'Hygiène. On ne comprendrait pas pourquoi les médecins de circonscription sont subordonnés, à Paris, au directeur du bureau d'Hygiène, nommé par le préfet, alors qu'en province, ils dépendent de l'inspecteur régional, émanation du ministre de l'Hygiène. A Paris, le bureau d'Hygiène prend l'initiative de proposer les mesures d'hygiène ; en province, ce rôle est dévolu aux inspecteurs de région. Il serait préférable qu'il y eût unité dans le plan d'organisation des services et du personnel d'hygiène.

La loi nouvelle devrait faire connaître le principe de répartition des laboratoires, l'organe auquel ils seront rattachés, le mode de recrutement de leur personnel. Le rôle du maire doit être d'ordonner les mesures d'hygiène prescrites par le médecin sanitaire ; il est incompétent pour les formuler lui-même, par exemple, lorsqu'il s'agit de l'assainissement des locaux, de l'épuration des eaux potables, de l'étude de leur périmètre de protection, etc

M. Vincent recommande une surveillance hygiénique spéciale des stations de bains de mer, parfois si malsaines par leur eau potable, leurs latrines, l'évacuation des eaux usées, le débouché des eaux d'égouts dans la mer à proximité des baigneurs, etc. L'établissement du casier sanitaire des communes présenterait une très grande importance, en attendant celui des maisons.

En ce qui concerne la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, elle doit se généraliser. Faite au médecin de circonscription comme l'édicte le projet, elle ne peut plus soulever d'objections au sujet de la violation du secret médical. Mais le projet demande qu'elle soit faite à la fois par le médecin traitant et par la famille. Il semble qu'une seule déclaration suffirait. En réalité, le projet ne diffère guère de la loi de 1902, puisque le médecin reste toujours tenu à l'obligation. Peut-être pourrait-on l'imposer seulement au chef de famille, au tuteur, au logeur, etc., ces derniers étant dûment avisés par la remise d'un bulletin signé du médecin et extrait d'un registre à talons. La responsabilité médicale incomberait ainsi au médecin, la responsabilité légale au chef de famille. Sous quelque forme qu'elle soit faite, l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses s'impose à la conscience des médecins. M. Vincent cite, en exemple, la terrible épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Cherbourg, en 1909, et qui était due à la non-déclaration du premier cas ainsi qu'à l'absence de toutes mesures de désinfection au domicile du malade. L'eau de boisson de la ville, contaminée par les déjections de la malade, donna lieu à 300 cas et à 60 morts parmi les marins et les soldats de la garnison.

Résultats éloignés de la curiethérapie de la leucémie myéloïde. Valeur de la méthode et conduite de la cure. — Depuis 10 ans, MM. L. Rénon et Degrais ont traité, par la curiethérapie, 8 malades atteints de leucémie myéloïde. Ces malades ont succombé de quelques mois à quelques années, après le début de la médication.

L'action du radium, extrêmement puissant dans les premières applications, diminue dans les applications suivantes, quand l'affection récidive. Les myélocytes deviennent alors radio-résistants. Pour retarder les récidives et diminuer leur gravité, il convient d'espacer les irradiations et de les faire chaque fois, aussi intenses que possible. De cette manière, on peut obtenir des survies de 5 à 6 ans, avec toutes les apparences de la santé. Deux de ces malades ont pu devenir enceintes et l'enfant de l'une d'elles est âgé aujourd'hui de près de 6 ans, sans myélocytes dans son sang.

Urémie et sécrétions internes. — MM. Rémond et Minvielle.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie médicales en remplacement de M. Armand Gautier.

M. André Broca est élu par 48 voix sur 77 votants, M. Bardet a obtenu 27 voix, M. Tiffeneau et M. Marage, chacun une voix.

Création d'un poste de secrétaire général. — L'Académie a décidé que le secrétaire perpétuel serait désormais remplacé par un secrétaire général, élu pour 5 ans et rééligible une seule fois.

Sur la stabilité de l'ouabaïne Arnaud. — Dans la dernière séance, M. Tiffenau a exposé à l'Académie la question jusqu'à présent si complexe et si confuse des strophantines. Il a montré combien cette question s'était simplifiée depuis que le prof. Vaquez a introduit dans la thérapeutique, sous le nom d'ouabaïne, la strophantine cristallisée provenant du strophantus gratus ou strophantus glabre. M. Tiffenau a étudié la toxicité et la stabilité de l'ouabaïne Arnaud et montré qu'elle constitue un produit bien défini, toujours identique à lui-même dont les solutions aqueuses peuvent, dans certaines conditions, être conservées sans subir d'altération.

Le nom d'ouabaïne, définitivement admis pour cette substance, est une sûre garantie contre toute confusion avec les diverses strophantines. Il reste cependant encore à élucider les quelques divergences que présentent les chiffres de toxicité signalés pour la strophantine de Merck, bien que celle-ci provienne, comme l'ouabaïne Arnaud, du *strophantus gratus*.

La communication de M. Tiffenau a été renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Teissier, Desgrez et Vaquez.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES, CHARDON-LAGACHE ET HENDAYE. — Séance du 19 février. — MM. Py, 21 ; Mer et Barbaro, 25 ; Desprairies, 26 ; Renault, 29.

LA SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE célébrera le samedi 30 avril, à Bruxelles, le 25e anniversaire de sa fondation, en tenant une réunion extraordinaire (une séance le matin, une séance l'après-midi) — Question mise à l'ordre du jour : « La sénilité, étude psychologique et anatomique. » Rapporteurs : MM. Rodolphe Ley et Alexander.

LA RÉUNION NEUROLOGIQUE ANNUELLE de la Société de neurologie de Paris se tiendra à Paris les vendredi 3 et samedi 4 juin. — Question à l'ordre du jour : « Les syndromes parkinsoniens. » Rapporteur : M. Souques.

LE CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES de France et des pays de langue française se réunira cette année à Luxembourg du 1er au 6 août.

Questions à l'ordre du jour : 1° « La conscience de l'état mental chez les psychopathes. » Rapporteur : M. Logre.

2° « L'épilepsie traumatique. » Rapporteur : M. P. Béhague.

3° « La simulation des maladies mentales. » Rapporteur : M. Parot (d'Alger).

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE. — Les travaux pratiques de l'Institut de psychologie de l'Université de Paris commenceront le mercredi 2 mars, au laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne, sous la direction de M. Piéron, et se continueront tous les mercredis de 2 h. 1/4 à 4 h. 1/2. Ils porteront sur l'étude expérimentale des sensations (sensations cutanées et sous-cutanées, gustatives, olfactives, auditives et visuelles) ; de l'émotion et des répercussions physiologiques des processus affectifs et de l'effort intellectuel (vaso-moteur, pouls, pression, respiration, réflexe psycho-galvanique), de l'activité motrice ; de l'efficience mentale (technique des temps de réaction en particulier), des processus intellectuels (perceptions, tachistoscopie, mémoire, etc.)

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté des sciences, guichet 3. Le droit à verser est de 60 francs.

LES QUESTIONS UNIVERSITAIRES DEVANT LA CHAMBRE. — La Chambre des députés, dans sa séance du 18 février, a discuté le budget de l'Instruction publique.

Le ministre, sur une intervention de M. Maurisson, a déclaré que cette année il allait créer à la Faculté de médecine un *cours d'orthopédie* qui sera ultérieurement transformé en chaire.

La situation des agrégés des facultés de médecine a été brillamment défendue par M. Guibal. Le ministre a promis d'étudier la question avec la Commission de l'enseignement.

MM. Aubry, Charles Bernard et d'autres ont protesté très vivement contre l'intention du gouvernement qui veut élever les droits de diplôme. La question faisant l'objet d'un projet de loi spécial reviendra donc devant la Chambre où elle sera discutée avec l'ampleur qu'elle mérite. Il se trouvera à la Chambre des orateurs pour combattre ce projet antidémocratique au premier chef.

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR LES MÉDECINS ALSACIENS ET LORRAINS. — Le Sénat a adopté le projet de loi, ayant pour but, d'accorder le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire, sur tout le territoire français, aux médecins et chirurgiens dentistes alsaciens-lorrains, pourvus de diplôme et réintégrés dans la nationalité française ou qui ont obtenu cette nationalité.

ÉPIDÉMIE D'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE AUX ÉTATS-UNIS. — Depuis quelques semaines, de nombreux cas d'encéphalite léthargique sont enregistrés à New-York. D'après le *New-York Herald*, il y eut 154 cas en janvier, 39 pendant la seconde semaine de février et le 16 février 8 nouveaux cas avec un décès.

A Chicago, on signale 120 cas avec 12 décès ; à Boston.

28 cas avec 10 décès; à Detroit, 24 avec 12 décès; à Cleveland, 18 et 9 décès; à Scranton, 20 cas et 2 décès; à Springfield (Mass.), 10 cas et 2 décès; à Baltimore, 10 cas.

CHRONIQUE

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR W. W. KEEN (DE PHILADELPHIE)

Les journaux américains nous apportent des détails sur la belle manifestation d'admiration, de gratitude et de respect par laquelle les chirurgiens américains viennent de fêter le 84e anniversaire du grand chirurgien de Philadelphie, le professeur W. W. Keen.

Le professeur W. W. Keen est trop connu des médecins français pour qu'il soit besoin de retracer sa carrière. Ils savent que le vétéran de la chirurgie américaine est un grand ami de la France, et qu'avant de devenir le maître incontesté de la chirurgie américaine, il se couvrit de gloire en soignant les blessés sur les champs de bataille pendant la guerre de Sécession; ils savent aussi qu'il fut un de ceux qui entraînèrent la nation américaine aux côtés de la France pour défendre la liberté du monde et que, malgré son grand âge, il reprit du service en 1917 et porta l'uniforme kaki. Tous ceux qui l'ont approché l'an dernier, au moment du Congrès international de chirurgie, ont pu admirer la lucidité et la vivacité de son esprit, l'autorité de sa parole; ils ont été aussi touchés par sa bienveillance et sa grande simplicité.

On ne sera pas surpris que l'hommage rendu au professeur W. W. Keen ait pris l'ampleur d'une manifestation nationale.

Les plus éminents chirurgiens et médecins des Etats-Unis, des hommes d'Etat, des soldats, des poètes, ont pris part à cet hommage. Beaucoup avaient traversé tout le continent américain pour venir saluer l'homme qui a consacré toute sa vie à la science. Nous renonçons à citer des noms, indiquons seulement que près de 600 hommes assistaient au dîner offert dans la salle des fêtes de Bellevue Stratford à Philadelphie; 200 dames étaient assises dans la galerie et ne furent pas les moins enthousiastes envers le héros de la fête.

Après la prière prononcée par le Rev. Dr Carter Helm Jones, de la première église baptiste, les discours commencèrent.

Le professeur William Duffield Robinson, président du Comité d'organisation, présenta le Dr George de Schweinitz comme directeur des toasts (toast master). Celui-ci lut des lettres et télégrammes du vicomte Bryce, d'Elihu Root, de Charles Evans Hughes et d'autres personnalités, puis il décerna au professeur W. W. Keen le titre de « *maréchal de la chirurge américaine* ». Cette appellation si heureuse et méritée fut accueillie par des acclamations enthousiastes, et ce titre fut ensuite repris par plusieurs orateurs.

Le Dr William H. P. Faunce, président de l'Université Brown, l'*alma mater* du professeur W. W. Keen dans laquelle il obtint ses grades en 1859, fit l'éloge de l'universitaire. Les deux traits caractéristiques de Keen, dit-il, étaient « un parfait mécontentement et un optimisme persistant ». Ces qualités, déclara-t-il, sont la cause que le grand chirurgien n'est jamais satisfait du présent, qu'il regarde toujours plus en avant et qu'il travaille sans répit pour faire mieux.

Le Dr William M. Welch, de l'Université John Hopkins, rendit hommage au savant et au chercheur qui, l'un des premiers dans le monde, introduisit les anesthésiques et les antiseptiques. Il le proclama le digne successeur de Weir Mitchell et le salua du nom de chef.

Le prof. J. Chalmers da Costa, successeur de Keen comme professeur de chirurgie au Collège médical Jefferson, parla du maître. Il le montra transformant la brutale chirurgie du temps de Jackson en la merveilleuse science d'aujourd'hui et il fit l'éloge de l'énergie qui est une des principales qualités de Keen. Il ravit l'assistance, en employant une comparaison quelque peu audacieuse et qui est intraduisible en français : il appela son maître : « *A high-powered automobile in breeches.* »

Enfin le Dr David Jayne Hill, ancien ambassadeur des Etats-Unis en Amérique et l'un des hommes politiques les plus en vue, salua le grand citoyen et le patriote.

Le prof. William J. Taylor, président du Collège des médecins remit alors au prof. Keen, son buste en bronze, par Samuel Murray. Puis un grand nombre d'adresses venant de toutes les parties du monde lui furent remises par le major général Merritt W. Ireland, chirurgien général de l'armée américaine.

Très ému, le prof. W. W. Keen prit à son tour la parole pour répondre aux orateurs. Après leur avoir exprimé sa reconnaissance, il parla des changements si importants, survenus dans la vie de la nation américaine et dans la science à travers le monde : « Changements, dont j'ai été, dit-il, le témoin enthousiaste. » Il termina en exprimant la ferme confiance que le prochain demi-siècle apporterait des progrès aussi merveilleux, sinon plus, que ne l'ont fait les cinquante dernières annéee.

Les chirurgiens français qui ont, pour le maître de Philadelphie, une vive et respectueuse admiration, s'associent très sincèrement à la belle manifestation dont vient d'être l'objet, ce grand savant, ce grand ami de notre pays. L. G.

CORRESPONDANCE

Nice, le 10 février 1921.

Monsieur le Directeur de la *Gazette des hôpitaux*,

Je suis le correspondant en France de quatre des principaux journaux de médecine américains, et depuis le commencement de la guerre je leur ai envoyé plus de 200 communications à publier comme propagande pour amener les étudiants de médecine américains en France plutôt qu'en Allemagne.

J'ai arrangé avec le *American Journal of surgery*, qui est le principal journal chirurgical d'Amérique, de publier une série de communications de chirurgiens français, et par cette lettre j'invite mes collègues français à me communiquer à l'adresse suivant ma signature leur consentement de coopérer dans cette propagande franco-américaine.

Les communications ne devraient pas avoir plus de 7.000 mots et les illustrations doivent être des photographies et dessins originaux. Je ne puis employer des clichés ou des illustrations imprimées. Toutes les communications peuvent être écrites en français et je me charge de les traduire en anglais.

Veuillez accepter mes sincères remerciements pour la publicité de cette lettre dans vos colonnes, et agréez l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

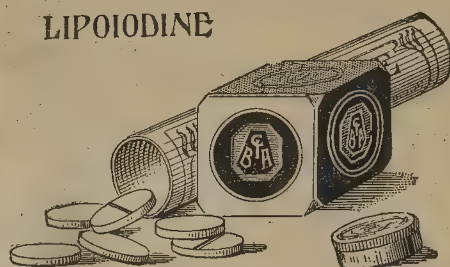
Dr SHERWOOD-DUNN,
54, boul. Victor-Hugo, Nice.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 22 février. — Jury : MM. Gilbert, président; Marfan, Bernard et Roussy. — M. LÉGER (Jean). De l'insalubrité des poches. Contribution à l'étude de l'hygiène du vêtement. — M. LATOUCHE (Raymond). Etude de la tension artérielle chez les anciens traumatisés. — M. BARTHE (René). Des éruptions miliaires au cours des scarlatines infantiles.

Jeudi 24 février. — Jury : MM. Achard, président; J.-L. Faure, de Lapersonne et Villaret. — M. LEBOUC (Eugène). Contribution à l'étude de l'invagination intestinale chez le nourrisson. — M. ARCHAMBAULT (P.). Quelques considérations sur un cas de péricardite rhumatismale à épanchement rétrocardiaque. — Mlle LÉVY (Suzanne). Contribution à l'étude des kystes bilatéraux des ovaires.



ÉTUDE
DE
118 CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE
OBSERVÉS A L'HOPITAL DUBOIS
DU 1er JUILLET 1919 AU 1er JANVIER 1921 (1)

PAR MM. LES DOCTEURS
M. COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS
Médecin des hôpitaux de Paris. Interne des hôpitaux de Paris.

La récente communication de M. le prof. Chauffard à l'Académie de médecine a remis à l'ordre du jour la question de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. D'autres auteurs, avec Vincent, Achard, etc., sont venus, depuis, apporter leur contribution à cette question.

Etant depuis de longues années à la tête du service spécial des typhiques de l'hôpital Dubois, j'ai cru intéressant de publier la statistique des malades soignés dans ce service depuis 18 mois et d'exposer les enseignements qui en résultent.

Le service des typhiques de l'hôpital Dubois (maison municipale de santé) est un des plus actifs des différents hôpitaux de Paris, en raison du mode de recrutement de ses malades. Ceux-ci, en effet, tous malades payants, sont, pour la plupart, des étrangers ou des habitants de la province qui arrivent à Paris, en incubation d'une fièvre typhoïde contractée chez eux, ou bien qui contractent la maladie à Paris même.

Il est donc difficile, de ce fait, d'incriminer telle ou telle région, ou la consommation d'une eau de provenance déterminée, et ceci explique que, dans nombre de cas, l'étiologie précise de la fièvre typhoïde est impossible à préciser.

Le fait qu'il s'agit d'étrangers explique aussi l'impossibilité de se rendre compte de l'influence de la vaccination antityphoïdique; beaucoup de ces malades étant originaires de pays neutres et n'ayant pas été vaccinés pendant leur service militaire.

STATISTIQUE DES FIÈVRES TYPHOIDES SOIGNÉES A L'HOPITAL DUBOIS
DU 1er JUILLET 1919 AU 1er JANVIER 1921

Nombre total des cas observés	118		
dont Hommes	41	Age moyen	30 ans
dont Femmes	77	Age moyen	28 ans

Formes ostréaires.		*Formes non ostréaires.*	
Nombre de cas	35	Nombre de cas	81
Complications	25, soit 71 p. 100	Complications	8, soit 9,8 p. 100
Décès	6, soit 17 p. 100	Décès	1, soit 1,2 p. 100

Détail des complications.

Phlébites	10	Phlébites	0
Hémorragies	7, dont 3 décès	Hémorragies	4, dont 1 décès
Perforations	0	Perforations	0
Réactions méningées	3, dont 1 décès	Réactions méningées	0
Complications pulmonaires	3	Complications pulmonaires	0
Formes ataxo-adynamiques avec collapsus cardiaque	2, dont 2 décès	Formes ataxo-adynamiques	3

Etiologie indéterminée : 2 cas (malades entrés mourants et décédés moins de 48 heures après leur arrivée).

Par contre, nous avons toujours pu savoir (sauf dans deux cas où il s'agissait de malades mourants et incapables de répondre à l'interrogatoire) si les malades avaient ou non consommé des huîtres dans les jours précédant le début de leur maladie. Dans 35 cas, nos malades ont été nettement affirmatifs; dans les 81 autres cas, ils n'avaient pas mangé d'huîtres depuis plusieurs mois.

La recherche de l'âge moyen de nos malades a, pour les femmes, confirmé les chiffres donnés par le professeur Chauffard. Nous avons, en effet, trouvé le chiffre de 28 ans, celui de Chauffard étant 27.

En revanche, tandis que le prof. Chauffard indique, pour les hommes, le chiffre de 17 ans et demi, nos calculs donnent un âge moyen de 30 ans. Mais il y a lieu de rappeler encore ici, que cet écart doit tenir au recrutement assez spécial de nos malades, très différent de celui des hôpitaux ordinaires.

Nous pouvons également confirmer l'opinion du même auteur, quant à la fréquence de la fièvre typhoïde chez la femme, puisque sur 118 malades hospitalisés pour fièvre typhoïde, nous avons relevé 77 femmes et 41 hommes seulement.

Enfin, nous terminerons l'exposé de ces généralités en signalant que chez tous ces malades le sérodiagnostic de Widal a été pratiqué et qu'il a été positif dans 115 cas avec bacille d'Eberth et dans 3 cas avec paratyphiques.

Tous les malades ont été soignés dans les mêmes conditions : balnéation, boissons abondantes, pas de médicaments, sauf les tonicardiaques (huile camphrée, spartéine) en tant que besoin. Réalimentation très prudente et progressive. Avec ce traitement que nous appliquons depuis plusieurs années systématiquement, nous obtenons de très bons résultats puisque notre mortalité est de 1 à 2 p. 100 dans les formes normales.

Mais il est un fait qui, depuis la guerre a attiré notre attention : c'est l'augmentation du nombre des fièvres typhoïdes d'origine ostréaire et la gravité de ces formes.

Nous n'avons pas, bien entendu, l'intention de répéter ici, ce qui a déjà été dit depuis longtemps sur la gravité des fièvres typhoïdes d'origine ostréaire mais puisqu'il est actuellement question, avec juste raison, de chercher à diminuer la fréquence et la gravité de cette maladie par la vaccination préventive, nous pensons qu'il serait aussi très important, en attendant qu'il soit possible de rendre cette vac-

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, le 22 fév. 1921.

cination obligatoire, de surveiller attentivement la récolte, le transport et la vente des huîtres destinées à la consommation.

Les chiffres que nous avons relevé dans notre statistique sont à ce point de vue singulièrement démonstratifs :

Tandis que chez 81 malades n'ayant pas mangé d'huîtres depuis plusieurs mois, il n'y a eu que 8 formes compliquées soit 9,8 p. 100 et un seul décès, soit 1,2 p. 100, dans les formes ostréaires, au nombre de 35, nous relevons 25 formes compliquées soit 71 p. 100 des cas et 6 décès, soit une mortalité de 17 p. 100. Nous faisons abstraction de deux cas désespérés où les malades, dans le coma agonique à leur arrivée, sont décédés moins de 48 heures après leur entrée, n'ayant pu fournir aucun renseignement et chez lesquels, seule la séro-réaction de Widal a permis de préciser le diagnostic.

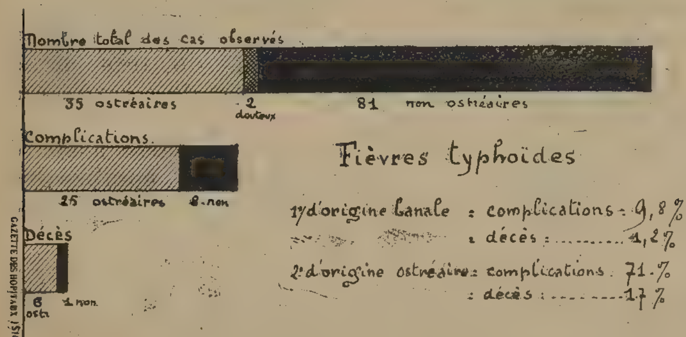
Les complications observées au cours de l'évolution des formes ostréaires ont été assez diverses. La plus fréquente a été la phlébite dont nous avons observé dix cas, ce qui représente 40 p. 100 des complications. Chez un seul de ces malades, on a noté de petites embolies à répétition qui n'ont pas empêché l'affection d'évoluer vers la guérison.

Nous avons assisté à sept hémorrhagies intestinales dont trois, particulièrement graves, ont abouti à la mort du malade. Elles sont apparues le plus souvent au début de la fièvre typhoïde, du 8e au 15e jour.

Signalons encore la fréquence de réactions méningées avec délire violent, marquant le début de ces formes ostréaires dans trois cas. Enfin, trois malades ont été atteints de broncho-pneumonie à foyers disséminés et deux sont morts d'accidents cardiaques au cours de formes très sévères ataxo adynamiques.

Beaucoup moins fréquentes et moins graves ont été les complications observées au cours des fièvres typhoïdes banales : pas de phlébites, pas de complications méningées. A signaler seulement quatre cas d'hémorragie intestinale dont un cas très grave avec hémorragie tardive mortelle chez une malade atteinte de complications broncho pulmonaires et d'escharres sacrées. Nous avons noté seulement trois formes graves prolongées ou à rechutes dont deux étaient dues au paratyphique A et qui se terminèrent du reste par la guérison.

Le graphique ci-dessous, résumant les descriptions précédentes, fera comprendre, mieux que toute énumération, l'énorme disproportion qui existe au point de vue de leur gravité entre les formes ostréaires et non-ostréaires de la fièvre typhoïde.



Tels sont les faits sur lesquels nous avons voulu attirer l'attention de l'Académie, non pas au point de vue clinique, la gravité des formes ostréaires de la fièvre typhoïde étant, rappelons-le, bien connues, mais au point de vue prophylactique.

Nous croyons que, depuis la guerre, le nombre des formes ostréaires de la fièvre typhoïde s'est accru notablement. Nous sommes, d'autre part, entièrement d'accord avec le prof. Chauffard lorsqu'il déclare que la vaccination antityphique doit être généralisée. Mais, comme cet auteur, nous ne nous dissimulons pas que ce problème de la vaccination antityphoïdique de la population civile présente des difficultés considérables d'application.

Mais nous croyons que, en attendant que le procédé pratique d'application de cette méthode au public ait été trouvé et appliqué, il y a lieu de redoubler d'activité dans la surveillance de l'élevage, de l'expédition et de la vente des huîtres. Les formes de fièvre typhoïde d'origine ostréaire sont encore trop fréquentes, et leur gravité nous impose le devoir de protéger la population contre ce mode de propagation de la maladie.

L'INTOXICATION

PAR

LES PROTÉINES DU LAIT DE VACHE

ET LA PATHOGÉNIE DE L'ATHREPSIE

Par le Dr C. GUEIT (de Montpellier).

Depuis les leçons que Parrot (1) lui a consacrée, on appelle *athrepsie* un état morbide propre au nouveau-né, dont le point de départ est marqué par des troubles digestifs plus ou moins intenses, et l'aboutissant, une cachexie très spéciale telle qu'elle n'est jamais observée dans aucune autre maladie.

Au demeurant, l'athrepsie est cet aboutissant commun à différents syndromes gastro-intestinaux.

L'hérédité tuberculeuse ou syphilitique, la naissance avant terme, en un mot toutes les causes de débilité congénitale, ainsi que toutes les maladies intercurrentes, y prédisposent.

Mais c'est l'alimentation artificielle qui la détermine, surtout quand cette alimentation est défectueuse, mal réglée et instituée plus près de la naissance.

C'est que, en effet, la cachexie gastro-intestinale à caractère athrepsique ne se développe pas chez les enfants nourris au sein et ne se montre que dans les premiers mois de l'existence; passé le quatrième mois, le cinquième au plus, elle ne produit plus le tableau si spécial décrit par Parrot.

Pour M. Marfan (2), l'athrepsie est « une forme spéciale de la cachexie consécutive à la gastro-entérite chronique vulgaire du nourrisson, forme propre aux enfants qui n'ont pas dépassé le troisième mois ».

Mais, ainsi que le fait remarquer Thiercelin (3), la gastro-entérite chronique n'est pas absolument indispensable pour la production de l'athrepsie. « On peut voir des cas où il n'y a eu que quelques troubles digestifs passagers qui ont rapidement cessé mais qui ont laissé après eux une sorte d'imprégnation de l'organisme par des produits toxiques, une

---

(1) PARROT. L'athrepsie, *Progrès méd.*, 1874, 1875, 1876, et leçons recueillies par le Dr Troisier, 1877.

(2) MARFAN. Sur l'athrepsie, *Presse méd.*, 1896.

(3) THIERCELIN. De l'infection gastro-intestinale chez le nourrisson, *Th. de Paris*, 1894.

toxémie qui a amené la déchéance athrepsique. »

Les travaux de l'école française moderne ont montré la part qui revenait à l'azotémie dans l'apparition des accidents et l'évolution des symptômes de l'athrepsie. Le dosage de l'urée par l'hypobromite de soude dans le liquide céphalo-rachidien [où la concentration uréique est la même que dans le sang (Widal)] a montré à Nobécourt, Maillet et Bidot une azotémie durable, variant de 0g50 à 3 g. chez certains nourrissons cachectiques.

Cette azotémie, pressentie par Parrot qui avait décrit l'*athrepsie urémique*, ne se retrouve pas dans tous les cas, mais à l'exclusion des faits d'hérédité tuberculeuse ou syphilitique, toutes les fois que les troubles gastro-intestinaux prémonitoires ont été prononcés et durables.

C'est donc que dans l'ordre chronologique cette étape gastro-intestinale précède toujours l'éclosion des grands accidents toxiques.

En présence d'un nourrisson au biberon, plus le bébé est jeune, plus sa *tendance formative* (Parrot) est susceptible d'être troublée.

D'abord chez le nourrisson le tube digestif est incapable de digérer les aliments communs. Il n'a pas de dent avant six mois. Dans les trois premiers mois la salive est sécrétée en très petite quantité, ce qui gêne la digestion des matières amylacées.

Le suc gastrique est peu actif. L'acide chlorhydrique libre fait défaut pendant la durée de la digestion. Il n'apparaît en faible quantité que lorsque le contenu stomacal est évacué dans l'intestin. *Les albuminoïdes seront de ce chef incomplètement digérées.*

Même insuffisance pour la digestion duodénale dont le suc pancréatique est peu actif : la trypsine, la kinase, le ferment saccharifiant, la stéapsine sont insuffisants ou manquent totalement durant les premières semaines de la vie.

La bile est très riche en pigment, mais pauvre en taurocholate et en glycocholate de soude.

Les glandes de l'intestin sont normales en apparence, mais ne fonctionnent que tardivement.

Donc l'épithélium intestinal et les sécrétions glandulaires du tube digestif sont incapables de lutter et de protéger l'organisme contre les microbes et les toxines venus de l'extérieur; « ainsi à la naissance et dans les premiers temps de la vie le tube digestif et ses glandes annexes sont imparfaits, et voici un des faits les plus importants pour la physiologie et la pathologie de la première enfance. Bien que l'appareil digestif soit inachevé, la fonction digestive est celle qui prédomine à cette époque à cause de l'activité des échanges nutritifs nécessités par la rapidité de la croissance et par la grande déperdition en calorique... Ainsi avec son tube digestif inachevé, le nourrisson est obligé d'ingérer, de digérer, d'assimiler une quantité de nourriture qui, évaluée en calories, est plus grande qu'à toute autre époque de la vie » [Marfan (1)].

Nous devons aux travaux de Béchamp (1883) la notion d'existence dans le lait de femme d'une diastase capable de transformer l'amidon en sucre; elle manque dans le lait de vache, existe dans le lait de chienne et est inconstante dans le lait d'ânesse. Bouchut fut à peu près le seul à attacher de l'importance à l'expérience de Béchamp.

Ces travaux ont été repris. Des recherches récentes il résulte qu'entre le lait de femme et celui de vache il y a des différences que rien ne peut supprimer. Ces différences portent sur toute une série de diastases : amylase, catalase, anaéroxydase, lipase, etc., qui, existant dans le lait de femme, manquent dans le lait de vache ou inversement, ou bien encore s'y retrouvent mais d'une façon inconstante et en proportions différentes.

Ces diastases, encore appelées *enzymes* et *enzymoïdes*, sont susceptibles de suppléer aux sucs intestinaux des jeunes pour leur faire digérer le lait.

Mais, fait très important, ces enzymes sont spéciales à chaque espèce, ce qui montre bien que le lait est un aliment spécifique, qu'il n'est bien adapté que pour l'espèce d'où il provient (Marfan et Gillet).

D'autre part, ces enzymes sont détruites par une température supérieure à 65°. Ce qui montre que le lait n'est pas une matière inerte, qu'il possède quelques-unes des propriétés qui n'appartiennent qu'aux substances vivantes et qu'au moment de l'excrétion il renferme des substances que seules les cellules vivantes peuvent élaborer, « qui sont comme un prolongement ou comme une émanation de la vie cellulaire ».

Marfan et Gillet font jouer un rôle prépondérant, dans la production des troubles gastro-intestinaux au cours de l'allaitement artificiel des nourrissons nouveau-nés, à l'absence de ces enzymes et enzymoïdes maternelles.

C'est que, dans ces conditions, les albumines ou protéines du lait de vache n'ayant subi l'action préparante ni des diastases intestinales insuffisantes ni des enzymes du lait maternel se comportent comme des albumines étrangères. Il en résulte toute une série d'accidents qui répondent à l'*intoxication protéinique* dont les premiers symptômes sont les vomissements et la diarrhée, le terme ultime, l'azotémie et, chez le nourrisson tout jeune, la cachexie athrepsique.

Le métabolisme azoté est le résultat de transformations complexes qui commencent dans l'intestin par la digestion des matières albuminoïdes, passent par l'assimilation de ces albuminoïdes et leur transformation en albumines propres à la cellule et aboutissant à l'élimination des déchets.

Or, chez le nourrisson en bas-âge dont le tube digestif est incapable déjà de digérer les albumines du lait de vache, les éléments tissulaires seront incapables de parfaire l'assimilation de substances qui n'ont pas subi l'action préparante des sucs digestifs.

Le métabolisme est insuffisant. Il en résulte des phénomènes anormaux.

En général les accidents n'éclatent pas d'emblée. Après une période de tolérance apparente, pendant laquelle le nourrisson absorbe sans troubles notables le lait de vache, on constate que l'enfant ne progresse pas et aussi que son poids diminue, alors même que l'on augmente les doses de lait. C'est alors que se montrent les premiers symptômes d'intoxication : vomissements et diarrhée. Ces accidents peuvent avoir une évolution plus ou moins rapide. Ils peuvent s'atténuer pour reparaître peu après ou même disparaître sans que pour cela l'état général s'améliore. L'intoxication progresse. Elle s'accompagne fréquemment d'acidose et, si l'analyse ne révèle pas toujours la présence d'acétone dans l'urine, elle présente toujours un degré d'acidité marqué. La salive est également acide et perd son alcalinité normale, ce qui favorise le développe-

(1) MARFAN. *La Pratique des maladies des enfants*, t. I, p. 31.

ment du muguet, complication quasi-constante de l'athrepsie.

Les glandes à sécrétions internes jouent un rôle important dans le métabolisme azoté. Rien d'étonnant qu'elles soient atteintes dans le cours de l'intoxication protéinique. L'effort nécessité par l'assimilation d'albuminoïdes en excès amène le surmenage d'une ou plusieurs de ces glandes et tout l'organisme peut s'en ressentir.

Il existe également un rapport direct entre l'intoxication protéinique et l'infection. Par suite de l'ingestion continue d'albumines hétérogènes chez des sujets à métabolisme déficient, on voit diminuer les réserves d'alcalins du sang et des tissus, ce qui diminue d'autant la résistance à l'infection. Cette infection peut se montrer au niveau du tube digestif et ajouter aux troubles digestifs l'infection microbienne, ou se manifester au niveau de la peau (érythème fessier, abcès multiples, excoriations, etc.), au niveau du poumon (bronchite, broncho-pneumonie, etc.).

Comme conséquence de l'insuffisance d'assimilation, la consommation de l'organisme étant supérieure aux apports nutritifs, on assiste à une véritable autophagie qui accroît le chiffre des pertes et accélère l'atrophie.

C'est cette autophagie qui entraîne l'acidose et accroît l'azotémie dans les cas extrêmes.

Ainsi l'athrepsie, en l'état actuel de nos connaissances, nous apparaît comme l'aboutissant de l'état d'atrophie qu'entraîne, chez des nourrissons âgés de moins de trois à quatre mois, le métabolisme azoté insuffisant et l'intoxication par les protéines du lait de vache, en l'absence de diastases intestinales suffisamment actives ou des enzymes du lait maternel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1921)

Le rôle de la tension superficielle dans les phénomène de choc. — M. KOPACZEWSKI.

Influence de l'état de division des gouttelettes microbiennes dans l'ensemencement des terrains de culture. — M. A. TRILLAT.

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1921)

Influence de la température sur le nombre de décès par diarrhée infantile à Paris. — M. Louis BESSON. Il est bien connu que la mortalité par diarrhée infantile augmente avec la température, mais on n'a pas déterminé quantitativement cette relation. C'est ce qu'a essayé de faire M. Besson. Il a trouvé que la mortalité constante jusqu'au milieu de mai commence à augmenter lorsque la température atteint 16° ou 17°, passe par un maximum une semaine après et revient ensuite lentement à sa valeur initiale en décroissant pendant l'automne. Ni l'humidité ni le nombre des jours d'orage ne semblent avoir d'influence. Pratiquement, la température seule est à considérer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1921)

Encéphalite léthargique évoluant en trois phases successives assez distantes : hoquet, myoclonie, léthargie. — MM. RATHERY et BORDET. Cette observation vient apporter un argument de plus en faveur de la thèse qui fait du hoquet épidémique une forme monosymptomatique de l'encéphalite épidémique.

Un cas de tréponémurie au cours de la syphilis secondaire. — MM. N. FIESSINGER et J. HUBER, après avoir insisté sur les causes d'erreur qu'il faut éviter durant l'examen des culots urinaires, résument l'observation d'un jeune homme de 19 ans qui présenta. au cours d'une syphilis secondaire, une légère albuminurie avec cylindrurie et dans l'urine duquel on découvrit des tréponèmes incontestables qui disparurent dans les jours qui suivirent après l'institution du traitement arsenobenzolique. L'altération rénale dans ce cas se réduisit au minimum; la constante uréo-sécrétoire de 0,12 tomba à 0,09. Les faits de tréponémurie sont très rares dans la syphilis. Pierre-Paul Lévy et Guilhé en ont rapporté un fait sans aucune altération rénale. Plus souvent, comme dans une observation d'Hoffmann, il existe une néphrite syphilitique. Dans le cas actuel, l'extrême légèreté de l'atteinte témoigne d'une infection de courte durée.

La crise hémoclasique hydatique. — MM. A. BERGÉ, R. BÉNARD, R.-A. GUTTMANN et J. ROBERT ont étudié le mécanisme des accidents toxiques que l'on observe parfois au cours de l'évolution des kystes hydatiques et que l'on tend à attribuer à des phénomènes anaphylactiques. Chez une malade dont le kyste fut traité par ponction évacuatrice simple, ils ont vu se dérouler tous les temps de la crise hémoclasique telle que l'a décrite M. Widal. La crise vasculo-sanguine a été instantanée; elle était commencée deux minutes après le début de la ponction; la leucopénie a été intense; l'hypocoagulabilité extrêmement marquée, la mononucléose des plus nettes; la baisse réfractométrique n'a cessé de s'accentuer; quant à l'hypotension, elle a été telle que pendant 5 minutes il fut impossible de percevoir le pouls. En opposition avec cette crise formidable la réaction clinique a été des plus minimes. Un peu de tachycardie, une élévation thermique tardive et passagère, absence de prurit et d'urticaire. La bénignité du tableau clinique est sans doute due à la quantité infime d'albumine hydatique déversée dans l'organisme. Le contraste entre l'instantanéité de cet énorme bouleversement observé dans l'équilibre humoral et l'apparition tardive d'une crise clinique fort minime, d'ailleurs, est un nouvel exemple de cette séméiologie occulte dont M. Widal a montré l'importance dans la crise hémoclasique.

Valeur diagnostique de l'hémoculture dans la peste bubonique. Fréquence de la bacillémie pesteuse. — MM. TEISSIER, TANON, GASTINEL et REILLY concluent : 1° que la présence dans le sang du bacille de Yersin est habituelle dès les premiers jours de l'affection et qu'il ne s'agit donc pas seulement d'un envahissement sanguin de la période agonique; 2° que les formes les plus bénignes peuvent s'accompagner de bacillémie précoce; 3° que cette bacillémie des formes bénignes de peste bubonique correspondant à la simple présence du bacille dans le sang doit être différenciée de la septicémie pesteuse primitive ou secondaire qui est habituelle aux formes graves avec déterminations viscérales multiples; 4° que l'hémoculture apporte au diagnostic bactériologique de la peste bubonique un nouvel élément de contrôle qu'il importe de ne pas négliger.

Les troubles de la coagulation dans la maladie de Vaquez. — MM. Ch. LAUBRY et E. DOUMER ont étudié la coagulation du sang chez cinq érythémiques ; ils ont pu mettre en évidence qu'elle était retardée d'une façon générale et plus ou moins profondément gênée. Ces troubles de la coagulation n'apparaissent pas à la mesure du temps de saignement du lobule de l'oreille, car l'hyperviscosité du milieu sanguin favorise et facilite l'arrêt du sang. Ils semblent, au contraire, extrêmement prononcés, lorsqu'on cherche à les apprécier par les méthodes de Bloch ou de Brissaud. Mais les résultats fournis par ces méthodes sont sujets à discussion parce qu'elles utilisent des dilutions sanguines dans lesquelles le plasma de ces sujets, moins abondant que d'habitude, se trouve plus dilué que normalement. La mesure du temps de coagulation du sang pur paraît, dans ce cas particulier, le moyen le meilleur d'apprécier la coagulabilité du sang; or, chez ces malades, le retard de la coagulation est extrêmement net pour peu que la polyglobulie soit assez prononcée. Chez ces malades, l'examen du sang, après qu'il a coagulé, révèle un autre phénomène intéressant, dont l'existence est constante et dont l'importance paraît d'autant plus grande que la poly-

globulie est plus forte. Le caillot, à mesure qu'il se rétracte et pendant plusieurs heures, laisse échapper une certaine quantité de ses globules rouges qui s'amassent au fond du tube. La proportion des hématies libérées est considérable et souvent dépasse la moitié du volume primitif du caillot. Il est actuellement difficile de se prononcer sur la nature de ce phénomène anormal, son intérêt séméiologique n'en est pas moins évident.

Remarques sur l'épidémie de peste observée à l'hôpital Claude Bernard. — MM. P. TEISSIER, L. TANON, P. GASTINEL avec la collaboration de MM. Rully et Wallon exposent les remarques cliniques et thérapeutiques qu'ils ont faites du mois d'août au mois de décembre. L'hôpital a reçu pendant ce temps 66 malades dont 23 étaient porteurs d'adénites banales et 43 d'adénites fortuites dont le diagnostic fut confirmé par le laboratoire. Sur ces 43 malades 3 ont eu une forme septicémique, 6 des formes graves, 17 des formes moyennes et 17 des formes frustes ambulatoires. Les auteurs attirent l'attention sur la fréquence de ces formes frustes qui ont été plus nombreuses à la fin de l'épidémie et qui peuvent être rapprochées du bubon climatique que l'on observe dans les pays chauds. Ils décrivent les caractères cliniques du bubon et insistent sur la périodicité dont l'intensité, l'extension et la dureté spéciale sont réellement caractéristiques. Dans les cas de bubon onulaire, ils ont noté trois fois des signes physiques et fonctionnels d'adénopathie bronchique. Au point de vue viscéral, les réactions sont minimes. Les urines, en tenant compte du régime, ont présenté des variations légères dans l'élimination de l'urée. Les chlorures seuls sont diminués et peuvent tomber à 1g75 dans les cas graves. Il n'y a pas non plus d'augmentation de l'urée sanguine. Les auteurs ont vu que la peste est une maladie à pression basse. Les mensurations ont donné un chiffre moyen de 9 qui peut tomber à 6 ou 7 dans les formes graves. La pression ne remonte que lentement pendant la convalescence. La rate est augmentée de volume dès le début. Le traitement sérothérapique doit être précoce et intensif. Dans la plupart des cas quand la température est à 40° il convient de faire chaque jour une injection intraveineuse de 100 cmc. et de monter à 200 cmc. si la fièvre ne diminue pas le lendemain. Certains de leurs malades atteints de forme grave avec délire ont ainsi reçu 750 et 800 cmc. en 8 jours. Chez les enfants de 6 à 10 ans, cette dose peut être réduite à 40 ou 50 cmc. Avec cette méthode, ils n'ont eu aucun décès parmi les malades traités. On observe souvent ensuite une réaction sérique qui peut être intense, mais est sans danger. L'évolution du bubon est toujours lente; elle a paru plus rapide quand il y a eu réaction sérique marquée. Dans leurs observations, ils ont vu 29 fois la résorption spontanée et 14 fois la suppuration, 11 fois le bubon suppuré fut incisé, mais cette incision que peut hâter la guérison ne doit pas être précoce.

Œdème nerveux à prédominance unilatérale chez une syphilitique. — MM. TRÉMOLIÈRES et SCHULMANN rapportent l'observation d'une jeune femme qui au cours d'une syphilis en évolution et insuffisamment traitée fut prise d'abord dans les quatre membres et surtout au membre supérieur gauche de névralgies à type radiculaire suivies au bout d'une quinzaine de jours d'œdème dur et blanc de même répartition. Une ponction lombaire qui révéla l'altération du liquide céphalo-rachidien fit disparaître en 36 heures, douleurs et œdème. L'égale répartition des douleurs et de l'œdème, leur prédominance du même côté, leur disparition simultanée après la ponction lombaire, l'absence de tout facteur hydropigène permettent d'attribuer à ces œdèmes une origine exclusivement nerveuse. Le retard de la mydriase à la cocaïne, la substitution après la ponction de la ligne blanche à la réaction dermographique, le reflexe oculo cardiaque positif, particulièrement accusé du côté des œdèmes et des névralgies soulignent la participation du grand sympathique aux phénomènes observés.

Syphilis mésocéphalique. Diagnostic avec l'encéphalite léthargique. — MM. ACHARD et OUILLARD.

Aspects rachologiques de la pneumonie et de la broncho-pneumonie grippales. — MM. PAISSEAU et SALOMON.

Des variations du taux du glucose, de l'albumine et de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. — MM. BRIAND et ROUQUIER.

Septicémie pneumococcique primitive de longue durée avec localisation pulmonaire tardive. — MM. ŒTTINGER et DEGUIGNAND.

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1921)

Traitement des myoclonies et spécialement des myoclonies consécutives à l'encéphalite léthargique par le bromhydrate de cicutine. — MM. P. MARIE et H. BOUTTIER. Le bromydrate de cicutine employé en solution au 1/1000, injecté sous les téguments, à la dose moyenne de 1 à 2 mmgr., a une action, parfois remarquable, sur ces accidents. Sous l'influence de cette médication, on observe dans la plupart des cas une diminution très notable des secousses myocloniques et des spasmes douloureux, parfois même la disparition presque complète des accidents rebelles. Le fait a été particulièrement net dans un cas de paramyoclonus multiplex. Les auteurs, à condition de surveiller très méthodiquement l'emploi du médicament, n'ont jamais observé le moindre accident d'intolérance.

Ils concluent qu'il y a lieu de donner au bromhydrate de cicutine, aujourd'hui à peu près abandonné, une place importante dans la thérapeutique des états myocloniques.

Un nouveau cas d'abcès amibien du foie cliniquement guéri par l'émétine sans ponction, ni intervention. — MM. L. RENON et P. BLAMOUTIER. Après huit jours de traitement par l'émétine, l'abcès rétrocéda complètement. La guérison fut maintenue par de nouvelles injections d'émétine, dont la dose totale atteignit 80 cgr. en 20 jours. Le nombre des hématies augmenta de 1.200.000 et celui des leucocytes s'abaissa de 19.200 à 8.200, pendant qu'apparaissait une œsonophilie légère.

Anévrisme de l'aorte abdominale : tréponèmes, névrite du plexus solaire. — M. MANOUELIAN (présenté par M. Œttinger). Les tréponèmes existent dans la région périphérique de la tumeur et au niveau de zone nécrosée. L'auteur signale l'existence de lésions nerveuses qui permettent d'expliquer la pathogénie des douleurs dans l'anévrisme. En effet, en plein tissu anévrismal et dans les adhérences, il a surpris tous les stades d'une névrite syphilitique. Rappelant, en ontre, ses expériences antérieures où l'arrachement des filets nerveux, provenant du plexus solaire avait provoqué des lésions artériosclèreuses au niveau de la région correspondante de l'aorte, l'auteur croit que les lésions nerveuses expérimentales se trouvent être équivalentes de celles produites par le tréponème dans la paroi et les adhérences de l'anévrisme. Il existe, d'après lui, une relation de cause à effet, entre les lésions dégénératives des plexus et les lésions athéromateuses de la région correspondante de l'aorte.

Un cas de leucémie aiguë. — MM. A. COYON et J. LAVEDAN. Cette leucémie s'est caractérisée par une symptomatologie un peu particulière, absence de troubles bucco-pharyngés, absence d'hémorragies, réaction hématologique spéciale. Dans les observations précédemment rapportées, l'élément blanc, en circulation dans le sang, était le myélocyte orthobasophile de Dominici. Dans le cas relaté, il s'agissait de la cellule qui a été décrite sous le nom de grand lymphocyte, de myéliblaste, de lymphagome, de cellule souche, de cellule indifférente. Ce grand lymphocyte diffère nettement du myélocyte orthobasophile par les caractères suivants; taille plus grande; protoplasma beaucoup moins basophile; absence totale de ferment protéolytique. Il semble donc, qu'hématologiquement, deux types de leucémie aiguë peuvent être décrits : 1° un type à myélocyte orthobasophile de Dominici; 2° un type à cellule indifférenciée.

Accidents sériques accompagnés de troubles cardiaques après une diphtérie bénigne. — MM. B. WEILL-HALLÉ et P.-P. LÉVY. L'intérêt de cette observation réside dans l'arythmie cardiaque et l'assourdissement du premier bruit. Les auteurs ne pensent pas qu'on puisse les attribuer à l'intoxication diphtérique. L'angine fut bénigne, l'enfant injecté dès le début, la gorge présentait un aspect normal 3 jours

après. La coïncidence d'un rhumatisme articulaire aigu ne peut être retenue. Les troubles cardiaques d'arythmie par blocage simple et d'assourdissement du premier bruit par boursouflement de la mitrale doivent être rattachés à la maladie sérique, qui a causé, en même temps, l'urticaire cutanée et les arthralgies.

L'étude biologique de la cellule indifférenciée des leucémies aiguës. — MM. Noel Fiessinger et Jean Broussolle ont fait l'étude des ferments leucocytaires dans deux cas de leucémie aiguë. Ils ont constaté dans ces cellules embryonnaires que tout porte à considérer comme des leucocytes primordiaux, l'absence de ferment protéolytique, paroxyclasique et licithénasique. Or, ces ferments sont constants dans les leucocytes de la série granuleuse. Les auteurs résument les travaux publiés sur ce sujet et interprètent leurs résultats souvent contradictoires. Le grand mononucléaire des leucémies aiguës est une cellule indifférenciée au point de vue biologique, comme elle l'est au point de vue anatomique.

Un cas de leucémie aiguë. — M. J. Broussolle rapporte une observation de leucémie aiguë dont la symptomatologie est restée extrêmement fruste jusqu'à la mort. L'auteur insiste sur l'hyperuricémie (55 mmgr.) en rapport avec une destruction leucocytaire anormale dont témoigne à l'examen du sang, l'importance des altérations dégénératives. L'espèce prédominante, 91 p. 100 est, comme il est habituel en pareil cas, une grande cellule mononucléée à noyau clair et à protoplasma non granuleux très basophile. Cet élément n'appartient ni à la série myéloïde, ni à la série lymphoïde ; c'est véritablement une cellule indifférenciée, non-seulement au point de vue morphologique, mais encore au point de vue biologique, car elle ne possède point de ferments leucocytaires.

La cuti-réaction à la tuberculine pendant les règles et après ovariotomie. — M. E. Coulaud. Chez des femmes tuberculeuses et non tuberculeuses, la cuti-réaction a été pratiquée pendant et en dehors de la période menstruelle. Dans 7 cas sur 80, la cuti-réaction a été négative au début de la période menstruelle ; dans une dizaine de cas, il n'y a eu qu'un simple affaiblissement de la réaction. Après ovariotomie, la cuti-réaction pratiquée de 3 à 60 jours après l'opération a montré une proportion considérable (44 p. 100) de cuti réactions négatives ou douteuses. Cette proportion n'était que de 19 p. 100 après des opérations diverses, ne portant pas sur les ovaires. Ce fléchissement de la cuti-réaction est à rapprocher de la phase d'anergie tuberculinique observée au voisinage de l'accouchement. Or, après ovariotomie comme au cours de la période menstruelle et après l'accouchement, il existe une phase de suractivité thyroïdermie. C'est à elle qu'il faudrait attribuer ce fléchissement de l'allergie.

MM. Loeper et Foustier publient trois observations : la première, de **hoquet épidémique compliqué d'otite moyenne aiguë**; la seconde, de **rigidité musculaire et d'hémiplégie droite traduisant une lésion syphilitique en foyer du noyau coudé gauche**; la troisième, de **ventriculite suppurée à streptocoques du mésocéphale ayant revêtu l'allure d'une encéphalite épidémique.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 9 février 1921)

Ostéome traumatique. — M. Lecène fait un rapport sur une observation de M. Mondor. Une jeune fille tombe sur le coude, la radiographie montre une fracture isolée de la tête radiale, on résèque la tête, résultat fonctionnel défectueux. A la radiographie on constate l'existence, à la face antérieure de l'articulation du coude, d'un ostéome. M. Mondor institue un traitement radiothérapique. En neuf séances, la fonction de l'articulation redevient normale, et, pourtant, une épreuve radiographique montre que l'ostéome existe toujours. M. Lecène estime que, étant donnés les résultats incertains de l'extirpation sanglante des ostéomes, le traitement de choix est la radiothérapie.

Luxation du grand os en avant. — M. Mouchet analyse une observation de M. Douarre (de Toulon). Un homme a la main droite prise entre un tube de canon et une plaque de blindage. La radiographie montre une luxation antérieure de tous les os du carpe, sauf le semi-lunaire et le pyramidal. Réduction sous anesthésie, appareil plâtré. Bon résultat fonctionnel.

M. Mouchet a relevé 7 cas de luxation du grand os. Mais, dans tous ces cas, il y avait d'autres lésions.

Occlusion intestinale suraiguë. Kyste de l'ovaire comprimant le côlon pelvien. — M. Louis Bazy fait un rapport sur une observation de M. Phélip (de Vichy) qui opère une malade pour des signes de subocclusion. Laparotomie médiane, kyste de l'ovaire gauche comprimant le côlon pelvien. Résection du côlon pelvien. Ablation du kyste de l'ovaire, hystérectomie subtotale; le rectum réduit à sa muqueuse est réséqué. Abaissement du côlon pelvien, suture de son bout inférieur au bout supérieur du rectum. Fixation du cæcum à la paroi en vue d'un anus cæcal, cæcostomie, fermeture de la bouche cæcale 15 jours après; guérison complète.

Kyste dermoïde du médiastin antérieur. — M. Duval a opéré une femme de 34 ans qui présentait des signes de tumeur du médiastin. Il fit une incision sous-mammaire gauche, réséqua la 4e côte. Après l'ouverture de la plèvre, il constata l'existence d'une tumeur adhérente au bord antérieur et à la face médiastinale du poumon gauche. Dans la profondeur, elle a un pédicule qui se perd sous la crosse de l'aorte.

Un trocart plongé dans la tumeur ramena un peu de matière sébacée et des poils. Il s'agissait donc d'un kyste dermoïde du médiastin antérieur. M. Duval l'extirpa et termina par l'aspiration de l'air contenu dans la plèvre gauche.

M. Duval a recherché les cas de kyste dermoïde du médiastin. Il compare la technique française avec la technique allemande qui en est restée au tamponnement de la brèche opératoire, la fermeture totale du thorax leur étant inconnue.

(Séance du 16 février 1921)

A propos d'un cas de tétanos observé par M. Lagoutte. — M. Pierre Bazy est étonné de l'apparition aussi rapide des accidents après la blessure; il pense qu'il a pu y avoir coexistence d'une petite plaie tétanigène passée inaperçue et antérieure à la plaie que l'on a pu constater. Il cite à ce propos d'autres observations.

Phlegmon des gaînes des fléchisseurs compliqué d'arthrite suppurée du poignet. — Rapport de M. Mathieu sur une observation de M. Murard (de Lyon). L'auteur, chez une femme de 52 ans atteinte de phlegmon des gaînes, pratique la grande incision des gaînes avec section du ligament annulaire antérieur, recommandée par Lecène. Il constate alors la présence d'une arthrite suppurée, il fait une résection carpienne typique avec conservation du pisiforme et du trapèze. Immobilisation plâtrée. Le résultat a été inespéré. Après 14 mois, à l'examen, on constate que le poignet est un peu dévié sur le bord cubital, la pronation et la supination sont normales, les doigts souples, non rétractés, les interosseux normaux, l'écartement des doigts conservé.

MM. Dujarrier, Lecène, Chifoliau, Hartmann, Quénu, Lenormant, sont partisans de cette incision et de la section du ligament annulaire.

M. Descomps seul, reste fidèle aux anciennes incisions dans la paume et à l'avant-bras, et respecte le ligament annulaire.

A propos du traitement de l'épilepsie traumatique. — M. Roux-Berger fait un rapport sur deux observations de M. Hertz, relatives à deux malades, opérés en état de mal et qui ont été guéris.

Luxation grave et irréductible du pied. — M. Wiart rapporte deux cas de luxation sous astragalienne du pied qu'il a traités par arthrotomie. Il est d'avis de ne pas insister, dans ces cas difficiles, sur les manœuvres de réduction, et d'en venir, dès que l'irréductibilité paraît certaine, à l'intervention sanglante qui est le traitement de choix.

MM. AUVRAY et P. DUVAL rapportent des cas personnels.

Deux cas de pachydermie vorticellée du cuir chevelu. — M. LENORMANT présente deux observations de cette rare et curieuse lésion qu'il a améliorée par l'extirpation d'une grande partie de la portion dégénérée de la peau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1921)

Le réflexe du plexus solaire. — M. Henri CLAUDE. La compression du plexus solaire au creux épigastrique, déjà signalé par A. Thomas et Roux détermine chez un assez grand nombre de sujets une diminution de l'amplitude des pulsations appréciables à l'oscillomètre, et parfois une disparition complète du pouls et des oscillations. Très rarement, on observe au contraire une augmentation de l'amplitude des pulsations. Ces caractères sont en rapport avec les modifications de la contraction ventriculaire à l'examen radiologique. Ce réflexe fait défaut aussi dans beaucoup de cas. Il est difficile de dire quelle est la nature du phénomène qui peut dépendre d'une action sur le pneumogastrique ou sur le sympathique. Le réflexe a été modifié chez certains sujets par l'injection préalable d'adrénaline, d'extrait hypophysaire ou de pilocarpine, mais de façon différente, de sorte qu'on ne peut dire actuellement qu'il est provoqué soit par des états morbides, bien déterminés, soit par des actions pharmacodynamiques précises.

Il ne va pas de pair avec les caractères positifs ou négatifs du réflexe oculo-cardiaque. Sa valeur séméiologique reste encore à déterminer. Il est de même ordre que le réflexe inhibiteur grave que provoquent les traumatismes de la région épigastrique.

M. André THOMAS confirme les observations de M. CLAUDE.

M. P. BROVIN et Charles RICHET FILS, ont, après d'autres auteurs, insisté sur l'**identité des crises hémoclasiques qui provoquent le choc peptonique et le choc anaphylactique.** Les stigmates hématiques de l'un et de l'autre de ces chocs sont les suivants : troubles de la coagulation du sang, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire, polyglobulie, mise en liberté de nucléoprotéides anticoagulants, hyperviscosité. De plus le choc peptonique protège contre le choc anaphylactique qu'on essaye de déclancher peu de temps après.

Recherches expérimentales sur l'encéphalite épidémique. — MM. C. LEVADITI et P. HARVIER montrent : 1° que la souris est sensible au virus encéphalitique de passage, par inoculation intracérébrale, intrapéritonéale et sous-cutanée; 2° que l'encéphalite est inoculable au lapin par frottis du virus sur la cornée scarifiée. Ce mode d'inoculation détermine une keratite inflammatoire très intense. Il est possible de transmettre la maladie en série chez le lapin par inoculation de cornée à cornée; 3° que le virus de la maladie conserve son activité pendant un temps assez prolongé dans l'eau et dans le lait.

Un cas d'onychomycose. — M. MATRUCHOT.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1921)

Posologie du salicylate de soude chez l'enfant. — M. LESNÉ conseille l'emploi de 50 cg. du médicament, par année d'âge, au-dessous de 10 ans. Au-dessus de cet âge, on peut atteindre 7, 8 gr. et plus. Il est essentiel de diviser la dose et d'administrer même durant la nuit ce salicylate. Chaque dose sera administrée dans de l'eau de Vichy, aromatisée de sirop.

La voie rectale, la voie intraveineuse sont utilisables, si l'estomac le tolère mal. La dose de 50 cg. est soluble dans 1 cmc, d'eau distillée et on peut injecter aussi 1 à 2 g. par jour en deux fois chez un enfant de 10 ans.

Les formes bénignes du rhumatisme articulaire aigu pouvant se compliquer aussi bien que les formes graves ou que les formes frustes (confondues avec le torticolis musculaire, les douleurs de croissance) d'endopéricardite, il faut donner les doses fortes, dès le début et les utiliser dans les trois premières semaines. Il faut encore augmenter les doses à la moindre menace de complication.

L'auteur insiste enfin sur la tolérance des jeunes sujets pour ce médicament comme pour beaucoup d'autres.

Théobromine injectable (allylthéobromine) par voie hypodermique. — M. Georges ROSENTHAL a observé que ce produit, 150 fois plus soluble que la théobromine ordinaire, injecté par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse agit à doses faibles aussi bien que la théobromine à forte dose.

Deux injections intramusculaires de 30 cg. donneront les mêmes résultats que des doses de théobromine, fortes, pouvant être toxiques. Ce médicament, bien étudié par le prof. Pouchet, mérite une place dans la pratique usuelle.

Action cholagogue du polypodium vulgare. — M. Henri LECLERC croit que le polypodium vulgare peut rendre des services comme laxatif cholagogue. La formule est : rhizome de polypode, 20 g.; racine de réglisse concassée 10 g.; racine d'angélique, 5 g.; eau, 200 g. Faire bouillir le polypode 15 minutes dans l'eau; à la fin de l'ébullition ajouter les deux autres racines; laisser macérer 12 heures, filtrer; édulcorer avec du miel et prendre à jeun.

De la dihydromorphine. — MM. WIKI et A. MONOD (de Genève) apportent une étude pharmacodynamique très complète de ce produit et concluent que l'hydratation renforce toutes les propriétés pharmacodynamiques de la morphine, chez l'animal, sans conclure à une augmentation de la toxicité chez l'homme.

Angine de poitrine et douleurs précordiales guéries par l'hélio et la photothérapie. — M. ARTAULT (de Vevey).

Traitement de l'encéphalite épidémique par les injections fortes d'huile iodée française à 40 p. 100. — M. MÜLLER (de Liége) rapporte des observations très remarquables d'encéphalites épidémiques traitées et guéries par des injections de 10 et 15 cmc. d'huile iodée, renouvelées. Il demande à ses confrères français de renouveler ses essais, tant il a été frappé par la brusque terminaison des accidents.

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

I

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'entretenir nos lecteurs des cas dans lesquels la jurisprudence décidait que la responsabilité des médecins ou des chirurgiens se trouvait engagée à la suite d'une *faute lourde* par eux commise. Un procès tout récent qui s'est déroulé devant le tribunal correctionnel de Nîmes a vivement ému les milieux médicaux; il s'est terminé par un jugement du 8 décembre 1920 (1), jugement passé en force de chose jugée, d'après les indications données, aucun appel n'ayant été interjeté contre la décision rendue. C'est pourquoi nous pouvons faire connaître utilement les conditions dans lesquelles ce procès s'est présenté et comment il a été jugé.

Nous devons à l'extrême obligeance du Dr Paul Boudin, qui est docteur en droit en même temps que docteur en médecine, d'avoir eu communication des documents concernant ce procès. Et, dès le début de nos observations, nous ne saurions trop attirer l'attention des médecins et des chirurgiens sur l'utilité des groupements organisés pour la défense des intérêts professionnels; le procès de Nîmes en est un vivant exemple. Le « Sou médical », dont le Dr P. Boudin est le secrétaire général, y est intervenu activement et d'une façon très heureuse (2).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 107, p. 1713.

(2) On pourra s'en convaincre en lisant le très complet exposé que vient de faire de la question le *Concours méd.*, 1921, n° 6 *bis*.

Le Dr M... était poursuivi devant le tribunal correctionnel de Nîmes pour y répondre du délit d'homicide par imprudence, étant accusé, avec une infirmière, d'avoir été la cause de la mort de deux jeunes filles qu'il soignait.

Ces deux jeunes filles étaient passées, le 25 septembre 1915, à Marseille et avaient mangé chacune quelques huîtres. Elles tombèrent malades vers le 14 octobre; le premier symptôme constaté fut une très forte fièvre; et le premier médecin appelé, qui n'était pas le Dr M..., diagnostiqua des fièvres typhoïdes. Ce premier médecin fut remplacé quelques jours après par le Dr M... qui appela en consultation le professeur Grasset (de Montpellier). Le diagnostic se confirma; et il fut décidé qu'une infirmière serait placée auprès des deux malades pour que le traitement prescrit fût exactement observé. Diverses consultations eurent lieu dans la suite. La maladie empira; les deux jeunes filles moururent.

Les parents reprochèrent au Dr M... d'avoir commis une faute lourde dans les soins qu'il avait donnés à leurs enfants : des injections sous-cutanées de strychnine, d'huile camphrée d'adrénaline avaient été faites par l'infirmière sur les ordonnances du Dr M..., avec des aiguilles défectueuses qui avaient, selon l'expert, déterminé des abcès sur le corps des deux jeunes filles. Dans son rapport, l'expert conclut que la responsabilité du médecin était engagée et déclara :

1° La mort des demoiselles A... a été causée par une affection généralisée consécutive à des abcès multiples apparus au niveau des piqûres pratiquées pour des injections sous-cutanées;

2° La demoiselle L..., si elle a fait ces piqûres sans prendre toutes les précautions antiseptiques, a commis une faute lourde;

3° Le Dr M..., en plaçant cette infirmière auprès de ses malades, a engagé sa responsabilité médicale.

Cependant le rapport du médecin-expert et ses conclusions ne donnèrent pas satisfaction au juge d'instruction qui n'y trouvait pas la relation de cause à effet entre les négligences, imprudences ou inobservations des règlements, et la mort des deux jeunes filles. Ce rapport fut complété par l'expert qui, dans un deuxième rapport, aboutit à l'existence de cette relation de cause à effet.

On sait, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de l'énoncer dans des articles précédents, que trois conditions sont nécessaires pour faire triompher une action en dommages-intérêts. Il faut : une faute, un préjudice et la relation de cause à effet entre cette faute et ce préjudice. Le jugement permet de se rendre compte de ce qu'il faut entendre par cette dernière condition.

Les deux rapports furent critiqués à juste raison. Voici les principales critiques : l'autopsie des deux corps avait été faite d'une manière sommaire et incomplète; l'expert prétendait que l'infirmière avait été choisie par le Dr M... pour être placée auprès des malades et n'offrait aucune garantie, ce qui était contraire aux pièces du dossier; des contradictions nombreuses existaient sur la manière dont les piqûres avaient été effectuées.

L'expert, d'autre part, reprochait au Dr M... d'avoir fait faire trop de piqûres hypodermiques, d'avoir employé des médicaments, notamment la strychnine, à des doses trop fortes, et d'avoir confondu le strychnisme avec une méningite; la résultante aurait été la production d'abcès multiples ayant occasionné la mort des malades. Pour combattre ce dernier reproche, de nombreuses attestations médicales furent apportées, donnant une opinion générale contraire aux conclusions de l'expert tant sur l'utilité et même la nécessité de ces injections sous-cutanées que sur l'emploi des doses médicamenteuses.

Enfin, l'expert faisait grief au Dr M... d'avoir « introduit *immédiatement* après la consultation du professeur Grasset certains médicaments qui n'avaient pas été conseillés par celui-ci, tels que la caféine et la strychnine ». Il y avait dans ce grief une erreur matérielle; les dates précisées au dossier le démontraient, mais surtout, l'expert oubliait que le médecin traitant était toujours juge de l'opportunité qu'il pouvait y avoir à modifier la posologie, comme la médication, selon les circonstances et les phases de la maladie.

C'est dans ces conditions que le tribunal a rendu le jugement dont nous allons fournir les parties intéressantes.

II

Le jugement commence par déclarer que l'action publique s'est trouvée éteinte à l'égard du médecin et de l'infirmière, qui ont bénéficié des dispositions de la loi d'amnistie du 24 octobre 1919; par conséquent, aucune pénalité ne pouvait être appliquée. Il ne statue que sur le mérite de l'action en dommages-intérêts de la partie civile.

Il examine à cet effet si Mlle L..., infirmière, et le Dr M... ont commis des fautes, et si ces fautes ont eu pour conséquence le décès des deux jeunes filles.

1. En ce qui concerne Mlle L..., il constate qu'elle a été envoyée dans la famille des victimes par le directeur de l'hôpital Ruffi et n'a pas été choisie spécialement par le Dr M... qui ne la connaissait même pas. Il ajoute :

« Mais attendu que dans les soins qu'elle a donnés aux demoiselles A..., Mlle L... a certainement commis une faute en ne prenant pas toutes les précautions indispensables pour faire à ces jeunes filles des piqûres aseptiques;

Attendu que ce manque de précautions se trouve tout d'abord dans les déclarations de deux témoins absolument dignes de foi, Mme A..., mère, et la dame Ve S...;

Que cette preuve se trouve aussi dans les constatations faites par le Dr D... à l'autopsie;

Attendu que Mme A... a dit notamment à l'instruction : «... J'affirme de la façon la plus catégorique que Mlle L... ne « se servait, pour les piqûres à faire aux deux malades, que « d'une seule aiguille, que cette aiguille n'était pas bouillie « chaque fois qu'on s'en servait, que Mlle L... faisait la piqûre « à l'une de mes filles, après avoir fait déjà une piqûre à sa « sœur, avec la même aiguille et sans avoir, au préalable, « fait bouillir cette aiguille... »

Attendu que la dame Ve S..., après avoir affirmé qu'elle faisait elle-même bouillir les aiguilles, le matin et le soir, ajoute : « Je puis affirmer qu'elle (Mlle L...) n'a jamais fait « bouillir les aiguilles dans la journée avant de faire les « piqûres... Je maintiens catégoriquement ce que j'ai déclaré « et ce que je répète aujourd'hui. C'était moi qui me trouvais « près des malades et qui aidais Mlle L... quand elle faisait « les piqûres, et je suis sûre de ce que j'avance. »

Attendu que le Dr D..., de son côté, en pratiquant l'autopsie des jeunes filles, a constaté sur les corps de nombreux abcès qu'il a attribués, sans hésitation, à des piqûres septiques; que cet expert a déclaré, à l'audience, avoir retrouvé dans la majorité de ces abcès le pertuis formé par l'aiguille à injections hypodermiques; qu'il dit à la page 33 du rapport : « Les abcès sont des complications qui se produisent parfois « au cours de la fièvre typhoïde. Certaines suppurations « apparaissent au début de la maladie. Elles sont souvent « isolées et se produisent dans les points d'élection des « eschares, c'est-à-dire dans les endroits qui subissent des « pressions, du fait de la position couchée des malades... Il « ne saurait être question d'abcès de ce genre puisque ceux « dont nous avons constaté l'existence ont eu une localisa- « tion toute différente et qu'ils ne sont pas apparus au début « de la maladie... Il est avéré que ces suppurations multiples « sont apparues non pas simultanément ou presque simulta- « nément, mais se sont, au contraire, succédé à des inter- « valles assez rapprochés, chaque nouvel abcès apparaissant « au point précis qui avait été le siège d'une injection hypo- « dermique. »

Attendu que ces constatations de l'expert venant corroborer les dépositions susvisées ne permettent pas de douter de la réalité des négligences imputées à Mlle L... »

2. En ce qui concerne le Dr M... :

« Attendu que la très grave maladie dont les demoiselles A... étaient atteintes, et notamment la nécessité de soutenir le cœur, ont obligé le Dr M... à recourir à de nombreuses injections hypodermiques d'huile camphrée, de strychnine et d'adrénaline;

Attendu que ce traitement n'aurait pu faire l'objet d'aucune critique s'il avait été administré dans des conditions d'asepsie qui s'imposent en pareil cas;

Mais attendu que des piqûres septiques ont été faites aux malades par Mlle L...; qu'elles ont été si fréquentes et ont provoqué de tels abcès que les négligences de l'infirmière n'auraient pas dû échapper à la vigilance du Dr M...;

Qu'il était de son devoir, après avoir constaté ces négligences, de prendre les mesures nécessaires pour les faire cesser et assurer une parfaite asepsie des piqûres ;

Attendu qu'un médecin peut voir engager sa responsabilité pénale *toutes les fois que les règles de prudence et de bon sens auxquelles est soumis l'exercice de toute profession, n'ont pas été observées*;

Attendu que dans le cas où une infirmière est appelée à donner des soins à un malade, le médecin traitant doit surveiller de très près les actes de cette collaboratrice, car les conséquences d'un oubli ou d'une négligence de cette dernière peuvent être des plus graves et aller même jusqu'à annuler les effets attendus d'un traitement médical;

Attendu que le médecin traitant, alors même qu'il n'aurait pas choisi l'infirmière placée auprès de ses malades, peut être rendu responsable des fautes commises par celle-ci dans des circonstances révélant, de la part du médecin, un manque de surveillance; que moins un médecin connaît une infirmière, plus il doit la surveiller;

Attendu, en conséquence, qu'une faute est imputable au Dr M... »

Après avoir reconnu la responsabilité de l'infirmière et du médecin, le tribunal avait à déterminer les conséquences des fautes constatées. Il y avait lieu d'examiner la relation de cause à effet; le tribunal a estimé qu'elle ne résultait pas des circonstances de la cause;

« Mais attendu, dit le tribunal, que le rapport de l'expert D... ne saurait éclairer entièrement le tribunal sur ce point; que ce rapport est incomplet en maints endroits, notamment en ce qui concerne l'autopsie, d'ailleurs tardive (11 mois après le décès), et qui n'a pas porté sur tous les organes;

Que les conclusions du Dr D... ne sont pas suffisamment motivées pour être admises comme l'expression certaine de la vérité;

Attendu que l'expert constate lui-même dans son rapport que des points restent « douteux »;

Attendu, au surplus, qu'il faut tenir compte de l'extrême gravité de la fièvre typhoïde dont les malades étaient atteintes et de ce fait que la fièvre typhoïde comporte, par elle-même, une infection qui a pu se généraliser et devenir mortelle;

Attendu que le Dr A..., qui a vu les deux malades le 12 décembre 1915, déclare, dans une lettre du 21 juin 1918, les avoir trouvées l'une et l'autre en pleine pyohémie, avec de formidables abcès qu'il n'a pas un seul instant songé à rapporter à des piqûres septiques, d'autant que la plupart siégeaient en des points où il n'y avait pas eu d'injections et qu'ils lui ont paru provenir d'une forme particulièrement septique de la maladie. »

Le tribunal déclare, dès lors, qu'il y a doute sur les causes véritables du décès et que la partie civile a demandé à tort des dommages-intérêts. La demande était de 200.000 fr.

III

On se rend compte de l'importance de la décision qui a été rendue. C'est un principe que le médecin traitant est responsable de la direction qu'il donne au traitement; le tribunal a appliqué ce principe d'une manière très large. Il a fait grief au Dr M... de ne pas avoir surveillé suffisamment *sa collaboratrice*, lorsqu'il s'est agi de faire des piqûres aux malades; les piqûres, dit le jugement, ont provoqué de tels abcès que les négligences de l'infirmière n'auraient pas dû échapper à la vigilance du médecin.

Au point de vue juridique, nous estimons qu'il n'y a pas là une extension abusive de l'article 1.384 du Code civil. Le jugement, en effet, n'a jamais considéré que Mlle L..., infirmière, était *la préposée* du Dr M...; il prend soin, d'ailleurs, de l'appeler *sa collaboratrice*, en raison précisément de ce fait qu'il a relevé que le Dr M... n'avait été pour rien dans la désignation de Mlle L.... Les fautes reprochées sont des fautes personnelles à Mlle L..., qui a commis celle de n'avoir pas pris toutes les précautions indispensables pour faire aux deux jeunes filles des piqûres aseptiques, et au Dr M... qui a insuffisamment surveillé les actes de l'infirmière, alors qu'il était le médecin traitant chargé de la direction du traitement applicable aux malades. Le tribunal rappelle un principe reçu en jurisprudence, que nous avons déjà étudié, à savoir que la responsabilité du médecin est engagée toutes les fois que les règles de prudence et de bon sens auxquelles est soumis l'exercice de la profession n'ont pas été observées. Elles n'ont pas été observées en l'espèce, dit le jugement, en raison du manque de surveillance du Dr M..., sans d'ailleurs lui imputer la cause de la mort des deux malades.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

ORIENTATION NOUVELLE DE LA THÉRAPEUTIQUE INTESTINALE

La thérapeutique des entéropathies rebelles (diarrhées aiguës, diarrhées chroniques, constipation simple, constipation avec entérite) a donné lieu à bien des tâtonnements et des essais jusqu'à ce qu'on ait mis en évidence le rôle joué par les bactéries qui pullulent dans l'intestin et particulièrement dans le cæcum et le côlon.

Dès lors on n'a songé qu'à lutter contre cette pullulation en l'enrayant par l'emploi d'antiseptiques, produits aujourd'hui abandonnés en raison de leur inefficacité et des troubles causés dans la digestion.

Les ferments microbiens susceptibles de produire une fermentation acide et capables de détruire la putréfaction qui ne se fait qu'en milieu alcalin, ont ensuite connu une vogue que ne justifiait pas leur action éphémère et souvent nulle, par suite de leur fragilité et de leur altération pendant leur passage dans le tractus intestinal.

Ce qu'il importe surtout, en effet, de donner à l'intestin ce n'est pas le ferment microbien lui-même, il y existe normalement, c'est surtout le milieu favorable à son développement.

C'est ce dernier progrès que remplit le Fermenterol fournissant à la flore acidophile le milieu de culture nécessaire, il lui permet de lutter contre la putréfaction provenant de l'action exagérée des bactéries protéolytiques. Les expériences in vitro et les résultats cliniques ont montré l'efficacité parfaite de ce produit dont l'emploi donne au malade une amélioration immédiate qui se caractérise de suite par la désodorisation des selles, leur régularisation, la cessation des douleurs et une augmentation de l'appétit.

LIVRES NOUVEAUX

Les Lipoïdes dans l'infection et dans l'immunité (1), par G. Linossier.

On sait toute l'importance qu'ont prise, dans ces dernières années, ces substances que jadis Kletzinski avait appelées les lipoïdes. N'interviennent-elles pas dans la plupart des processus physiologiques et pathologiques? A l'heure actuelle, il serait bien impossible de vouloir résoudre, en dehors d'elles, les grands problèmes de la biologie, ceux qui concernent, par exemple, le mécanisme de l'infection et de l'immunité.

L'heure semble donc venue de voir ce qu'elles sont et aussi ce qu'elles ne sont pas, de distinguer dans la masse des travaux qu'elles ont suscités le bon grain de l'ivraie, de séparer le fait acquis de la simple hypothèse, de tracer les limites qui, à tous, permettent de dire : Vanité en deçà, erreur au delà.....

Tâche difficile entre toutes, puisque, pour la mener à bien, il fallait non seulement des connaissances solides et étendues, mais aussi ce talent spécial grâce auquel un auteur sait mettre à la portée de tous les sujets les plus ardus! C'est cette tâche dont les organisateurs du XIVe Congrès français de médecine, tenu à Bruxelles en mai 1920, avaient chargé M. G. Linossier. Choix heureux et qui semblait s'imposer. N'y a-t-il pas longtemps que ses recherches chimiques font autorité? N'est-il pas un clinicien de valeur? Chroniqueur étincelant, ses *Libres Propos* ne font-ils pas, à la fois, les délices et le tourment de ses confrères en journalisme? C'est son rapport qu'il publie aujourd'hui, permettant ainsi à tous ceux qui n'ont pas eu la bonne fortune de l'entendre, d'acquérir, sur les lipoïdes, les notions nécessaires.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 165 pages. — Paris, J.-B. Baillière.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU MAL DE POTT

DORSO-LOMBAIRE (1)

Parfois le pus n'entre pas dans la gaîne du psoas ; il glisse entre le psoas et le péritoine et aboutit alors à l'anneau crural, faisant saillie à la base du triangle de Scarpa.

Exceptionnellement, il a pu, par un trajet anormal, aboutir au canal inguinal.

Mais bien plus souvent il peut suivre le nerf sciatique par la grande échancrure sciatique et aboutit à la partie postérieure de la cuisse, sous la fesse. On a pu voir l'abcès aboutir au creux poplité.

Plus rarement, l'abcès, perforant l'aponévrose périnéale supérieure et le releveur de l'anus, a pu gagner la fosse ischio-rectale et venir faire saillie près de l'orifice anal. L'ouverture dans le rectum, la vessie, le vagin est toujours une grave complication.

Lannelongue a décrit les *abcès récurrents*; dans ce cas il se forme des petits abcès collatéraux, diverticulaires qui peuvent remonter au devant du rachis et contrairement à la pesanteur.

2. *Les abcès postérieurs.* — Le pus, au lieu de rester sur les parties antéro-latérales de la colonne vertébrale, peut gagner la partie postérieure du rachis en passant dans l'intervalle de deux côtes, à travers les muscles spinaux postérieurs ; il vient faire saillie à la région postérieure du tronc.

L'abcès peut rester latéral et suivre le muscle carré des lombes pour venir faire saillie entre la dernière côte et la crête iliaque.

Tous ces abcès, arrivés sous la peau, sont constitués par une tuméfaction indolente, molle, fluctuante, réductible en partie. Dans les abcès biloculaires, on peut augmenter la tension dans une poche en pressant sur l'autre.

Evolution. — Les abcès par congestion évoluent très lentement. Ils progressent d'ordinaire et finissent par s'ouvrir, s'ils ne sont pas traités :

— *à l'extérieur*, par ulcération de la peau, qui se soulève, se tend, s'amincit et livre passage à une grande quantité de pus grisâtre, mal lié, grumeleux, pouvant contenir des petits séquestres. Parfois, l'ouverture à la peau est précédée par des accidents phlegmonneux (Bérard) : œdème, rougeur, chaleur des téguments.

— *à l'intérieur*, dans un viscère : le rectum, la vessie, le vagin. Les symptômes généraux qui sont à peu près nuls, tant que l'abcès reste fermé, s'accentuent dès qu'il se forme une *fistule*. Par cette fistule, l'abcès s'infecte secondairement. Ces infections secondaires donnent une septicémie lente, chronique, qui aboutit à la dégénérescence amyloïde des viscères, à l'hecticité et la cachexie. Une tuberculose ouverte n'aurait plus que 25 chances sur 100 de guérison.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC DU MAL DE POTT. — 1. La *guérison* est possible. Elle est fréquente chez les pottiques sans abcès et se produit par ankylose et fixation des déformations. Il faut plusieurs années pour amener la guérison. Dans les cas bien traités et à temps, la guérison peut s'obtenir avec un minimum de déformations.

La guérison est possible avec les abcès et la paraplégie : 40 p. 100 des cas ; avec un abcès fistulisé : 25 p. 100 des cas.

2. Mais possibilité d'un *réveil*, possible après des mois et même des années de guérison apparente.

3. La *mort* peut survenir, par cachexie progressive tuberculeuse.

Nous avons vu, qu'après la fistulisation d'un abcès, on peut voir le malade, qui était resté longtemps bien portant, s'amaigrir, avoir des sueurs nocturnes, des troubles gastro-intestinaux, et mourir de fièvre hectique et de cachexie amyloïde ou d'autres complications.

COMPLICATIONS. — *A.* RAPIDES. — Généralisation de la tuberculose, granulie, méningite tuberculeuse, la fistulisation expose à diverses complications :

Suppuration dont l'organisme ne peut faire les frais, dégénérescence amyloïde du foie, des reins ; infections secondaires locales (septicémies, escarres, infection urinaire).

B. LOINTAINES. — Enfin, si le pottique échappe à toutes ces complications, même guéri avec des déformations définitives, il reste exposé à des complications graves, à échéance plus ou moins lointaines.

a. Du fait de sa *gibbosité*, le malade est exposé à des bronchites à répétition, avec constitution d'un emphysème ; et lentement il s'achemine vers la dilatation du cœur droit et la mort par asystolie.

b. Du fait des *déformations pelviennes*, les femmes auront une cause de dystocie ; les lésions pelviennes seront un obstacle à l'accouchement, d'autant plus sérieux que l'exiguité du thorax rendra tout effort difficile (crise d'asystolie aiguë).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du mal de Pott peut être facilité, dans certains cas, par la ponction lombaire et la radiographie :

La *ponction lombaire*, utile surtout, quand il y a des lésions nerveuses, qu'il s'agit de préciser, montre l'origine extra-dure-mérienne des lésions ; il peut y avoir de l'hypertension, de la xanthochromie et une augmentation de l'albuminose, sans grande réaction cellulaire.

La radioscopie ne peut pas être d'une grande utilité pour préciser les lésions exactes des vertèbres. Il faut s'adresser à la *radiographie*. Mais il est toujours très difficile de lire une radiographie, lorsque les lésions sont au début, il faut en avoir une très grande pratique,

Les réactions du *périoste* sont, en général, très limitées ou nulles. Parfois, il est décollé par des fongosités et l'os apparaît rongé par la carie superficielle. D'une façon générale, la transparence de la couche corticale aux rayons X témoigne d'une atrophie osseuse étendue. La déminéralisation des vertèbres atteintes est un des symptômes radiologiques les plus importants. La recherche et la délimitation des séquestres est très difficile de ce fait. Jaugeas fait remarquer que c'est la généralisation de l'atrophie osseuse, jointe à l'absence de réaction du périoste qui fait penser à la tuberculose osseuse. Il est évident, que la radiographie, dans le cas de lésions avancées, montrera les déformations osseuses, l'affaissement du corps d'une ou de deux vertèbres, et précisera l'étendue des lésions.

I. DIAGNOSTIC A LA PÉRIODE DE DÉBUT. — Très facile quand les grands signes cardinaux se trouvent réunis, le diagnostic peut être très difficile au début de l'affection. En présence d'un malade qui n'accuse, pour tout symptôme, que de la douleur vertébrale avec contracture, sans déformation, sans abcès, sans troubles nerveux, on pensera à diverses affections :

a. Le *rhumatisme vertébral :* il atteint surtout la région cervicale et il survient par poussées successives, éloignées, mais répétées. Il peut y avoir d'autres articulations atteintes en même temps. Le déplacement de la douleur, sa fugacité, la multiplicité des manifestations articulaires fera poser le diagnostic. Poncet a appelé l'attention sur le *pseudo-rhumatisme tuberculeux :* on croit à du rhumatisme simple et il s'agit, en réalité, de véritables arthrites tuberculeuses rhumathoïdes, sans qu'il s'agisse véritablement de mal de Pott.

b. Le *lumbago :* qui n'est qu'une arthrite légère des articulations dorso-lombaires et qui se traduit par des douleurs avec contracture au niveau des carrés des lombes. Le début de la douleur est brusque, alors que dans le mal de Pott, la douleur est lente, insidieuse, souvent précédée d'une contracture de défense.

c. La *néphralgie* : peut traduire un calcul du rein ou seulement l'existence d'une lésion congestive ou infectieuse du rein. Parfois il y a irritation des nerfs qui passent derrière le rein. Les rayons X pourront montrer parfois l'existence des calculs.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 12, p. 191, et n° 14, p. 223.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — NOUVEAU CONCOURS DE L'INTERNAT. — L'épreuve de sélection du concours aura lieu le 4 juillet 1921, à midi précis.

Les épreuves définitives commenceront le lundi 17 octobre 1921.

Le registre d'inscription sera ouvert du mardi 17 mai au samedi 18 juin inclusivement.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES, CHARDON-LAGACHE ET HENDAYE. — Séance du 21 février. — MM. Fumery, 22; Ferret, 20; Roland, 23; Busy, 20; Chatagnon, 25; Lejard et Rachet, 27.

Ont obtenu : MM. Renault, 47 1/2; Rachet, 46; Desprairies, 44; Lejard, 43; Mer, 41; Barbaro, 37; Py, Fumery et Chatagnon, 35; Roland, 30; Busy, 29; Perret, 26.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BOULOGNE. — Un poste d'interne est actuellement vacant.

Les candidats doivent justifier de 12 inscriptions au moins.

S'adresser à M. l'administrateur des hospices de Boulogne-sur-Mer.

Les internes touchent une indemnité mensuelle de 100 fr. qui peut être portée rapidement à 150 fr. Ils sont, en outre, logés, nourris, éclairés et chauffés.

— NANTES. — Un concours pour 4 places d'interne en pharmacie s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu, le 21 mars 1921. Pour tous les renseignements, s'adresser à M. Nau, secrétaire général.

— ROUEN. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint aura lieu le jeudi 26 mai 1921, à 16 heures, à l'hospice général, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, avant le 1er mai 1921.

HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS. — Un concours pour une place de médecin chef du service de médecine aura lieu devant la Faculté de médecine de Paris, le 17 mai 1921.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sujet du *prix Saintour* pour 1921 : « Etude des phénomènes de destructions globulaires. »

Sujet du *prix Corvisart* pour 1921 : « Erythèmes infectieux au cours de la scarlatine. »

Sujet du *prix Béhier* pour 1921 : « Syphilis rénale. »

— M. Wolfromm a été nommé chef du laboratoire de pathologie externe, en remplacement de M. Lutembacher.

— Sont promus de la 2e à la 1re classe, MM. les prof. Marfan, Hartmann et Letulle.

De la 3e à la 2e classe, MM. les prof. Balthazard et Ménétrier.

— M. Destouches, secrétaire, est inscrit au tableau d'avancement en vue d'une promotion de classe au choix.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont promus :

De la 2e à la 1re classe, MM. les prof. Mossé (de Toulouse), Surmont (de Lille) et Pousson (de Bordeaux).

De la 3e à la 2e classe, MM. les prof. Sabrazès et Moure (de Bordeaux), Bardier (de Toulouse), Dupouy et Cassaët (de Bordeaux), Soulié (de Toulouse), Lagrange (de Bordeaux), Paviot (de Lyon), Auché (de Bordeaux), Audebert (de Toulouse), Collet et Pic (de Lyon), Frenkel (de Toulouse), Hoche (de Nancy).

De la 4e à la 3e classe, MM. les prof. Cestan (de Toulouse), Breton (de Lille), Abadie (de Bordeaux).

— ALGER. — M. Houet a été nommé chef du laboratoire de clinique obstétricale.

— M. Toulant a été nommé chef du laboratoire de clinique ophtalmologique.

M. Marchand est nommé chef des travaux de physiologie.

— BORDEAUX. — Après concours : M. Joulia est nommé chef de clinique de dermatologie; M. Blanchot est nommé chef de clinique des voies urinaires ; M. Dubary, chef de clinique et M. Kergohen, chef de clinique adjoint d'électricité médicale.

— LILLE. — M. Maurice Gérard, agrégé, a été chargé, en outre, d'un cours de pathologie externe et clinique des maladies des voies urinaires.

— M. Demeure, chef des travaux de physique, est classé dans la 1re classe.

— MONTPELLIER. — M. Mestrezat, agrégé, a été chargé des conférences de chimie appliquée à la clinique.

M. Lapeyre, agrégé, a été chargé des conférences complémentaires de pathologie chirurgicale et des démonstrations de pathologie expérimentale.

— M. Pech, agrégé de physique à Nancy, est transféré à Montpellier, en remplacement de M. Strohl, détaché à Strasbourg.

M. Pech, agrégé, a été chargé des fonctions de chef des travaux de physique biologique et médicale.

M. Cristol a été nommé chef du laboratoire des cliniques à l'hôpital général.

M. Gaussel, agrégé, chargé de cours, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de médecine légale.

M. Cabannes, agrégé, chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle, est chargé, en outre, d'un cours complémentaire de matière médicale.

GUERRE. — Sont nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce pour la chaire de chimie appliquée à la biologie et aux expertises militaires. MM. les pharmaciens-majors de 2e classe Debucquet et Leulier.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Paul Michaux, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, président général de la Fédération des patronages de France ; Gschwind (de Mulhouse).

(Active.) Le médecin aide-major Bigaud.

(Réserve et territoriale.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux ou médecins-majors Le Fort (René), Regaud (Claudius), Moussous, Roger (Paul), Arragon, Delezenne et Liouville (Jacques).

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Aubaret, Delage, Savy, Mouriquand, Picot, Billiard, Ameuille, Barcat, Calmettes, Bonzoms, Cabannes (Albert), Vrain, Martial, Zarzicky, Nuyts, Blandamour, Alphand, Differdange, Fays, Fabre, Bichat, Cantin, Mathé, Rondet, Sargnon, Eynard, Lasserre, Arcelin, Jouane, Girerd, Le Fort (Raymond), Coorevits, Bournisien de Valmont, Ladevie, Guigon, Bottone, Cabannes (Isidore), Lebret, Carle, Delozière.

MM. les pharmaciens-majors Bottu, Guerret, Deschiens, Hennequant, Manson, Crémieux, Dhellin.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Hameau (d'Arcachon).

MÉDAILLE DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles d'argent.* — M. le Dr Therry (de nationalité belge), à Houplines.

Médailles de bronze. — MM. les Drs Fabregat y Milhau (de nationalité espagnole), à Castres; Louveaux (de nationalité belge), à Malines; Martin (de nationalité suisse), à Bâle; Taxil (de nationalité italienne), à Monaco.

INSTITUT PASTEUR DE TUNIS. — M. le Dr Burnet est nommé sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des Drs Beauquel (de Badonvilliers), Chrétien (de Rosières-aux-Salines), Delom-Sorbé, député, décédé à Séméac-Blachon; François-Dupas (de Nort-sur-Erdre), et du prof. Rohmer de la Faculté de médecine de Nancy.

HOPITAL LAENNEC (service du Dr Henri BOURGEOIS). — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le Dr H. Bourgeois, avec la collaboration du Dr Lemée, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et de MM. M. Sourdille, M. Vernet et Tarneaud, assistants du service, fait un cours privé de laryngologie, trachéo-bronchoscopie et d'œsophagoscopie, en 15 leçons, depuis le 15 février 1921.

Les cours auront lieu trois fois par semaine. Dans les jours intercalaires, les élèves sont exercés à l'examen des malades et ils peuvent assister aux consultations et opérations. S'inscrire dans le service du Dr Bourgeois.

A la fin des cours, un certain nombre d'élèves pourront rester dans le service, dans la mesure du nombre de places disponibles jusqu'à la série suivante.

Le 15 mai s'ouvrira un cours d'otologie.

MALADIES DES YEUX. — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, a commencé le jeudi 24 février, à la consultation d'ophtalmologie de Cochin et les continuera les samedis et mardis suivants, à 14 h. 1/2, dix conférences d'ophtalmologie pratique à l'usage des praticiens, exerçant la médecine générale.

Elles sont gratuites. S'inscrire à l'avance, soit directement, soit par lettre, à Cochin.

Une semblable série recommencera le mardi 14 juin; une autre semblable en novembre-décembre.

Le jeudi 21 avril commencera une série de 4 leçons sur la rééducation des strabiques.

Tous les mardis et jeudis à 2 h. 1/2, ophtalmologie élémentaire avec présentation de malades.

CORRESPONDANCE

Tunis, le 19 février 1921,

A PROPOS DU TRAITEMENT DU CANCER PAR L'OPOTHÉRAPIE

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le *Bulletin de l'Académie des sciences* du 5 août 1918, ne contient que ces quelques mots : M. Baronaki adresse une note intitulée : *Etude sur la genèse du cancer.* Un point, c'est tout. Il n'est nullement question de l'ouverture d'un pli. Dans ces conditions, et avec un simple titre, imprécis, M. Baronaki ne saurait prétendre à une priorité.

D'ailleurs — *question de priorité mise à part* — M. Baronaki préconise des injections d'une solution polyminérale, dite *néoplasine* (1), associées à des cachets de cholestérine, ovo-lécithine, hémoglobine, glycogène, trypsine et, enfin, d'extraits glandulaires. Quant à moi, je n'applique que ces derniers, suivant une conception tout à fait personnelle.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr NAAMÉ.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 2 mars. — Jury : MM. Sebileau, président; Letulle, Balthazard et Legueu. — M. MAUPETIT (Paul). Contribution à l'étude de la réfection de la lèvre supérieure. — M. MONTLAHUC (Alfred). Sur une épidémie d'empoisonnements par des gâteaux à la crème. — M. LAPIDUS (Aron). Contribution à l'étude de la tuberculose rénale. — M. MOZER (Charles). Contribution à l'étude clinique des dystrophies dentaires dans l'hérédosyphilis.

Samedi 5 mars. — Jury : MM. Achard, président ; Nobécourt, Guillain et Villaret. — M. MONNIER (Sévère). Contribution à l'étude de l'urémie musculaire. — M. CAILLARD (Paul). Quelques réactions leucocytaires consécutives aux injections intraveineuses. — M. JEUDON (Robert). Le traitement de l'hémophilie.

Jury : MM. Lejars, président; J.-L. Faure, Brindeau et Richaud. — M. DENOËL (Louis). Les lésions musculaires et vasculaires dans les plaies de la fesse. — M. MORLIER (René). Sur le traitement préopératoire des ostéoarthrites tuberculeuses. — M. JAY (Raoul). Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire.

(1) Elle constitue la base du traitement. Voir *Le Courrier médical* du 28 novembre 1920, p. 376.

TOCHLORINE

Paratoluène-sulfo-chloramine

Donne des solutions antiseptiques inodores, incolores, pratiquement dénuées de toxicité, ne précipitant ni ne coagulant les protéines du sérum sanguin.

INDICATIONS PRINCIPALES :

USAGE INTERNE :

Désinfection intestinale, etc., 20 centigrammes par jour ou davantage, suivant prescription médicale.

USAGE EXTERNE :

Irrigation des blessures profondes	Solution	3	%
Pansement des plaies superficielles.	»	1 ½	%
Blessures de la bouche et mâchoire.	»	1	%
Injections urétrales, Lavage de vessie	»	1/2	%

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES

92, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE - PARIS (IIIe)



Laboratoire des Produits "USINES du RHÔNE"



SCURÉNALINE

(Adrénaline synthétiquement préparée — chimiquement pure)

Exempte des variations inhérentes au produit extractif, la **SCURÉNALINE**, préparée par le Laboratoire des Produits **"USINES DU RHÔNE"** avec le soin minutieux dont il entend faire la caractéristique de sa marque, est ***toujours identique à elle-même ;*** la garantie très sérieuse de sa ***régularité d'action*** lui permet de se prêter à une ***posologie rigoureuse.***

Solution au 1/1000e | Flacons de 10 et 30 c.c. Ampoules de 1 c.c. | *LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS à la DISPOSITION de MM. LES DOCTEURS*

L. DURAND, Pharmacien, **21, Rue Jean-Goujon, PARIS** (8e)



Laboratoire des Produits "USINES du RHÔNE"



Ses Anesthésiques :

KÉLÈNE

(Chlorure d'Ethyle chimiquement pur)

En ampoules scellées, à fermetures brevetées, de toutes contenances, pour l'***Anesthésie générale*** ou ***locale.***

CHLOROFORME

Ampoules brevetées de 30 et 60 gr.

ETHER

Flacons de 50 et 125 gr.

SCUROCAÏNE

Le moins toxique des Anesthésiques locaux

1° Solutions stables et stériles, en ampoules scellées, pour tous usages anesthésiques :

Solutions à 0,05 et 1 % = Anesthésie par infiltration.
Solution à 2 % { Anesthésie régionale. Anesthésie dentaire.
Solutions à 4 et 5 % { Anesthésie rachidienne. Anesthésie rhinolaryngologique. Anesthésie oculaire.

2° Comprimés dosés à 0 gr. 05.

LITTÉRATURE et ECHANTILLONS A LA DISPOSITION DE MM. LES DOCTEURS. — **L. DURAND,** Pharmacien, **21, Rue Jean-Goujon, PARIS** (8e).

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE DES ACCIDENTS EN RAPPORT AVEC LA SACRALISATION DE LA Ve VERTÈBRE LOMBAIRE

Par le Dr Lucien MICHEL,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

La sacralisation ou assimilation au sacrum de la 5e vertèbre lombaire, malformation bien décrite par les anatomistes (Le Double, Farabeuf, in thèse de M. Posth) constitue un état du squelette rachidien, anormal, bien qu'assez fréquent, mais qui ne devient pathologique que dans un certain nombre de cas. Beaucoup, en effet, restent latents toute la vie et constituent des découvertes de clichés radiographiques ou de pièces de laboratoire; il s'est sans doute alors créé un état d'équilibre où l'organisme s'accommode de la malformation, qui ne se révèle par aucun signe extérieur, ou ne donne que des signes si insignifiants qu'ils passent inaperçus.

Il est pourtant une catégorie de sacralisations que l'on a depuis longtemps appris à reconnaître en pathologie : ce sont celles qui, provoquant un trouble net dans la statique vertébrale ou pelvienne, ont attiré l'attention et suscité les travaux des orthopédistes (Vignard et Monod, M. Bohm, Desfosses) et des accoucheurs (Tarnier et Budin, Commandeur).

En effet, les scolioses lombaires congénitales et les dystocies par assimilation peuvent, somme toute, être assez facilement rattachées à leur étiologie, tout se passant dans un domaine en quelque sorte mécanique.

Il est, par contre, un certain nombre de cas de sacralisations qui, bien qu'étant l'origine d'accidents souvent fort aigus, ont été longtemps ignorés, car il était difficile de rapporter à la malformation causale les phénomènes par lesquels elle se manifestait et qui étaient surtout d'ordre sensitif et quelquefois même purement subjectifs. Ce sont les *sacralisations douloureuses* — celles que nous avons à étudier ici — bien différentes des sacralisations purement orthopédiques ou obstétricales.

La littérature relative à cette affection est relativement récente, en France surtout. Les Américains (Adams, Goldthwait) en publièrent des observations dès 1910-1911. Les premiers cas français publiés furent ceux de Denucé, Calvé, Japiot et Santy (1913-1915). Ce n'est que ces dernières années que la question fut vraiment développée dans les publications scientifiques par Rossi et Bertolotti en Italie, et Richards en Amérique. Depuis lors, les présentations de cas nouveaux, ou même de cas anciens retrouvés dans les collections radiographiques, n'ont fait qu'augmenter (cas de Nové-Josserand, Rendu et Arcelin, Japiot, Mauclaire, Delherm, Thoyer-Rozat et Chaperon, Merklen et Chastenet de Géry, Merklen et Ferrier).

L'abondance et la nouveauté de ces observations prouvent, avec la fréquence de l'affection, la facilité avec laquelle elle était restée inaperçue. Elles peuvent aussi faire penser, par contre, qu'il ne faudrait pas rendre maintenant trop souvent responsable, de phénomènes explicables autrement, cette malformation si facilement latente, et voir de la « sacralisation douloureuse » partout. En réalité, il y a beaucoup de vertèbres lombaires plus ou moins sacralisées, et il y a beaucoup moins de douleurs de sacralisation. Pour résoudre nettement cette question, il faudrait que la pathogénie de l'affection soit complètement élucidée, et c'est justement sur quoi diffèrent le plus les opinions des divers auteurs.

Du moins, les faits cliniques rapportés actuellement, dans les diverses observations, concordent-ils assez pour que l'on puisse, dès maintenant, reconnaître le syndrome et affirmer son existence.

Tableau clinique. — I. La douleur. — C'est le signe principal, en ce sens qu'il est en général le premier qui attire l'attention du malade et qui lui fait consulter un médecin. Mais c'est aussi celui qui, surtout lorsqu'il est isolé, contribue le plus à faire errer le diagnostic si l'on ne sait remonter à sa cause originelle.

a. L'*âge* où apparaissent les phénomènes douloureux est variable, allant de 16 ans (1 cas de Nové-Josserand et Rendu) à 58 ans (1 cas de Merklen et Chastenet de Géry). Mais on n'a jamais observé de cas de sacralisation douloureuse au-dessous de 16 ans. (L'existence de la malformation dans le jeune âge et même dès la naissance, est pourtant certaine, ainsi que le prouve une pièce de sacrum à six vertèbres dont la première est une lombaire complètement sacralisée chez un enfant de 6 mois, citée dans la thèse de M. Posth). Nous n'avons pas dans cette simple étude clinique à aborder la question de l'origine congénitale (que semble bien démontrer cette observation) ou acquise par ossification des ligaments ilio-lombaires (ainsi que le prétend le prof. Le Double), et nous nous contenterons de constater la relation entre l'achèvement de l'ossification du rachis et l'apparition des premières douleurs.

b. Le *mode d'apparition* de ces douleurs se fait de diverses façons : tantôt c'est *insidieusement*, progressivement, pendant des mois ou des années; tantôt c'est *brusquement*, à la suite d'une crise de rhumatisme ou d'une maladie infectieuse; tantôt, enfin, c'est un *traumatisme* qui révèle une lésion jusqu'alors latente. C'est ainsi que nous avons eu récemment l'occasion d'observer (1), dans le service de M. le Dr Savy, médecin des hôpitaux de Lyon, un homme de 38 ans qui, très valide jusque-là, subit en 1909 un traumatisme lombaire, dans un accident du travail, et présenta par la suite, d'abord (depuis 1912) des douleurs lombaires et sciatiques, puis (depuis 1916) une déformation rachidienne en scoliose, le tout ayant reçu dernièrement seulement une explication par la découverte radiographique d'une hémi-sacralisation gauche de la 5e vertèbre lombaire. Il nous a été encore donné tout dernièrement d'examiner le cas d'un médecin, souffrant depuis une violente commotion reçue pendant la guerre, de douleurs lombaires et sciatiques. Il reportait de lui-même la cause de ces phénomènes douloureux à une légère ptose rénale concomitante, mais la radiographie nous révéla l'existence d'une double sacralisation, expliquant bien mieux l'étiologie des phénomènes observés.

L'influence du traumatisme et celle du rhumatisme sont indéniables, comme l'a dit Rossi, sur l'apparition brusque des accidents dans certains cas tardifs. Là encore, la pathogénie reste obscure et n'est faite que d'hypothèses. On peut admettre, avec Nové-Josserand, que le traumatisme peut

(1) Cette observation nous fut aimablement communiquée par notre collègue le Dr Bocca, interne des hôpitaux de Lyon.

rompre l'équilibre instable dont s'était jusque-là accommodé l'organisme, et que le rhumatisme peut se localiser dans les bourses séreuses des néo-articulations transverso-sacrées ou iliaques.

Pratiquement, en tout cas, la discussion pathogénique est à faire, dans les cas, comme ceux que nous venons de citer, où l'affection se manifeste à l'occasion d'un accident du travail ou d'une blessure de guerre.

c. Pour le *siège* des douleurs, il faut distinguer la localisation primitive et les irradiations.

La douleur *locale* est *lombaire*; les malades accusent d'eux-mêmes un « lumbago, un tour de rein ». Mais ce peut être, soit une douleur *médiane*, au niveau de la base du sacrum (nous verrons que c'est celle qui correspond aux sacralisations bilatérales ou symétriques), soit (dans le cas de sacralisations asymétriques) une douleur *latérale* dans la masse sacro-lombaire d'un côté, au voisinage d'une articulation sacro-iliaque, ou plus spécialement, comme l'a indiqué Mauclaire, au niveau de l'angle spino-iliaque, entre la 5e lombaire et la tubérosité iliaque postéro-supérieure.

Par contre, les *irradiations* douloureuses sont plus ou moins variables, étant parfois absentes, et pouvant aussi s'étendre de l'ischion à la région inguinale, à la cuisse et au mollet d'un ou des deux côtés. Elles peuvent revêtir le type de *névralgies* coccygiennes, ischiatiques ou sciatiques. Nové-Josserand et Rendu signalent des irradiations vers le flanc, sous forme de douleur profonde localisée principalement vers le tiers inférieur de l'uretère, et pouvant être exagérée à la pression.

La douleur *provoquée à la pression* s'observe sur le même territoire que celui de la douleur spontanée : base du sacrum, dernières vertèbres lombaires, articulation sacro-iliaque, angle spino-iliaque. On peut également trouver à la pression de la douleur aux points de Valleix, et le signe de Lasègue peut être positif.

La douleur peut être provoquée ou accrue par les *mouvements* du rachis lombaire, surtout par les mouvements de latéralité. La station debout, la marche, la réveillent, et, dans les formes à type de névralgie ischiatique ou coccygienne, l'hyperesthésie au niveau du coccyx peut être assez vive pour empêcher la station assise.

d. L'*évolution* des phénomènes douloureux est sujette à diverses modalités : tantôt continus, modérés, accrus simplement par la fatigue ou les mouvements, ils peuvent se présenter en crises douloureuses violentes, de durée variable, sans qu'on puisse en déterminer la cause.

Il peut y avoir des périodes de calme, voire même de guérison passagère, mais il y a souvent des rechutes, plus ou moins fréquentes et rapprochées, sans cause nette et dont la fin semble hâtée par le repos complet du malade.

Nous verrons plus loin que l'influence du traitement (encore assez mal fixé lui-même) est aussi variable suivant les cas.

II. Symptômes associés. — A côté de la douleur, signe subjectif qui parfois existe seul, il est souvent des symptômes objectifs qui complètent le tableau clinique, et ce sont eux qui, la plupart du temps, orientent l'esprit du médecin vers l'existence d'une anomalie et lui permettent de prévoir le diagnostic en attendant la preuve radiographique de la lésion.

C'est le groupement de ces symptômes, en général faciles à reconnaître, qu'a cherché et précisé Bertolotti, dont l'on a pu donner le nom au syndrome clinique de la sacralisation douloureuse.

a. *Troubles nerveux.* — Bertolotti, comme Rossi, signale comme éléments importants du syndrome, des troubles nerveux, véritables signes de névrite : hypo ou hyperesthésie, amyotrophie, diminution des réflexes tendineux, diminution de la contractilité électrique, et même réaction de dégénérescence, surtout au niveau des fessiers.

Les auteurs français n'ont pas décrit, en général, de troubles nerveux aussi accentués. Quatre malades de Nové-Josserand et Rendu ont été soumis à l'examen électrique, qui fut constamment négatif. Par contre, le malade que nous avons observé chez M. Savy présentait une atrophie importante du membre inférieur et de la fesse du côté sacralisé, ainsi que des contractions fibrillaires et une diminution de la contractilité électrique.

Signalons, à propos des complications nerveuses, qu'on a pu voir, rarement il est vrai, et dans des cas sans doute de malformations complexes intéressant l'articulation lombo-sacrée, des troubles plus graves, paralysies plus ou moins étendues, ou même paraplégies brusques, soit à l'occasion d'un choc ou d'un faux mouvement qui produisit une luxation des apophyses articulaires, soit à l'occasion de vaines manœuvres de réduction de cette luxation (observation de Goldthwait).

b. *Limitation des mouvements.* — Les mouvements, actifs et passifs du rachis sont gênés, dans le sens soit de la flexion, soit de l'inclinaison latérale, et ils font apparaître ou accentuent la douleur lombaire. A l'inverse des douleurs *irradiées*, surtout dans le territoire sciatique, qui siègent toujours *du même côté* que la sacralisation quand celle-ci est unilatérale, la *douleur lombaire*, celle surtout qui est provoquée par les mouvements du rachis, peut exister, exceptionnellement, *du côté opposé* (Richards-Goldthwait).

Ce fait, en apparence paradoxal, s'explique précisément par la limitation des mouvements d'inclinaison du côté sacralisé. « En effet, le contact osseux se produit très rapidement, avant que les ligaments du côté opposé soient tendus. Mais si le mouvement continue après que le contact s'est produit, la colonne lombaire devient un levier auquel le point de contact sert de point d'appui, la résistance étant représentée par celle des ligaments du côté opposé. Ce levier très puissant tiraille donc l'articulation sacro-lombaire du côté opposé au mouvement. » (André Michel.)

On peut constater parfois une certaine raideur de la colonne vertébrale, par contracture des muscles spinaux.

Un signe un peu particulier, signalé par Nové-Josserand et Rendu, consiste dans la difficulté à fléchir le genou au delà de l'angle droit.

c. *Déformations.* — Elles se présentent aussi sous deux aspects différents, suivant que la sacralisation est uni ou bilatérale.

Dans la *sacralisation bilatérale*, il y a réduction de la lordose normale, avec formation d'un petit dos caractéristique; la région lombaire est courte, tassée; il y a augmentation du diamètre transverse bisiliaque (André Feil).

La *sacralisation unilatérale* provoque des déformations plus caractéristiques : la région sacro-iliaque est fréquemment asymétrique, le losange de

Mikaëlis est déformé, l'épine iliaque postéro-supérieure étant plus haute du côté sacralisé, et surtout il y a une cypho-scoliose du segment lombo-sacré, concave vers la sacralisation. Cette scoliose présente les caractères que Vignard et Monod ont décrits dans les scolioses par malformation de la cinquième lombaire : « la courbure lombaire est plus longue et son sommet est plus bas que dans les scolioses communes ».

Un des côtés du bassin peut être plus élevé que l'autre, et il peut y avoir une certaine claudication.

Nous rappellerons simplement ici les signes fournis par le toucher vaginal dans l'examen des bassins viciés par assimilation pelvienne (Commandeur). Assez vagues dans les sacralisations symétriques, plus nets dans les unilatérales, ils peuvent aider à compléter les éléments du diagnostic.

Diagnostic. — I. DIAGNOSTIC POSITIF. — Il est relativement facile, surtout si l'on a l'esprit orienté vers la possibilité de cette malformation. Nous avons vu quels en étaient les principaux éléments : douleur, toujours et surtout lombaire, médiane ou latérale (dans l'angle spino-iliaque), avec ou sans irradiations (sciatiques surtout), compliquée ou non de troubles nerveux objectifs, et survenant, spontanément ou non, chez un individu d'âge adulte. (Comme le fait remarquer A. Feil « une sciatique survenant dans l'enfance ou la jeunesse contre-indiquerait plutôt, contrairement à ce qu'on pourrait d'abord supposer, sa nature congénitale »).

Le diagnostic sera surtout facilité si le syndrome sensitif est complété par le syndrome « orthopédique » : limitation des mouvements et déformations rachidiennes.

Mais l'élément de certitude, qu'on devra chercher à se procurer toutes les fois qu'on pensera à l'existence possible de cette lésion, est fourni par la *radiographie*. C'est elle qui donnera la preuve « anatomique » de la sacralisation, et qui fera classer le cas suivant sa forme et son degré.

Etude radiographique (1). — La lecture d'un cliché de sacralisation est en général facile. Elle saute aux yeux, le plus souvent, quand la malformation est unilatérale, ou asymétrique ; elle est plus délicate en cas de sacralisation bilatérale et symétrique, la pièce sacralisée ressemblant parfois tout à fait à une pièce sacrée. Il est souvent nécessaire dans ce cas, d'avoir une radiographie non seulement de tout le sacrum (car on peut avoir un sacrum à six pièces par sacralisation d'une vertèbre coccygienne), mais encore de toutes les vertèbres lombaires depuis la dernière vertèbre portant une côte libre, c'est-à-dire la douzième dorsale (autrement dit, il faut que la vertèbre à aspect sacralisé soit la vingt-quatrième vertèbre). Nous verrons d'ailleurs que cette identification exacte de la vertèbre malformée (lombaire sacralisée, ou sacrée lombalisée) n'a pas une importance essentielle, et est d'un intérêt plus anatomique que clinique.

Il est plus important de chercher quels sont la FORME et le DEGRÉ de la malformation. On peut d'abord, nous le répétons, voir si la sacralisation est *uni* ou *bi-latérale*, et, dans ce dernier cas, si elle est tout à fait *symétrique*, ou si elle est *développée inégalement des deux côtés*.

(1) Cf. La thèse récente (nov. 1920. Lyon). A. GEORGET. *Radiologie de la 5e lombaire et étude radiologique de la sacralisation.*

A l'ÉTAT NORMAL les apophyses transverses (ou costiformes) des vertèbres lombaires apparaissent comme allongées, plutôt graciles, effilées à leur extrémité, un peu ascendantes, largement séparées des ailes iliaques et du sacrum. La sacralisation de la vertèbre donnera une image qui diffèrera plus ou moins de la normale, allant du simple élargissement de l'extrémité des apophyses transverses « en queue de poisson, en aile de papillon » jusqu'à son épanouissement complet en véritable aileron sacré; suivant cette progression, l'espace lombo-sacré diminuera de plus en plus, et ressemblera finalement à un véritable trou de conjugaison.

Il y a lieu de vérifier ensuite si la sacralisation est *incomplète* ou *complète*. Dans le premier cas, l'apophyse hypertrophiée reste plus ou moins éloignée du sacrum, ou bien encore vient à son contact, mais seulement par l'intermédiaire d'une *néo-articulation*, visible sur le cliché par un double trait caractéristique. Dans le second cas, l'apophyse est absolument confondue avec le sacrum, avec lequel elle ne forme qu'une seule image, elle peut même s'unir à l'os iliaque, « terme ultime de la malformation ».

Malformations associées. — Il est relativement fréquent de constater sur les radiographies, en même temps qu'une sacralisation, d'autres anomalies rachidiennes, et cette constatation est intéressante au point de vue du diagnostic étiologique des accidents qu'on rapporte ordinairement en bloc à la malformation.

Certaines malformations sont la conséquence de la sacralisation; ainsi sont les « néo-facettes » de Goldthwait, sur le sommet des apophyses articulaires sacrées, qui sont provoquées par le trouble statique de l'articulation lombo-sacrée, et siègent ordinairement sur le sommet de l'apophyse du côté opposé à la sacralisation.

D'autres anomalies sont simplement, semble-t-il, concomitantes avec la sacralisation. Signalons d'abord la « position basse du sacrum » plus encaissé que normalement entre les ailes iliaques, et qui favorise la sacralisation. (C'est d'ailleurs dans ce cas qu'on peut le plus hésiter entre une sacralisation ou une lombalisation).

Il y a ensuite les variations de forme des apophyses articulaires, lombaires et sacrées, lesquelles peuvent être de « type plat » ou de type « en croissant », des deux côtés. Le type « mixte » (en croissant d'un côté et plat de l'autre) et plus encore le type « dorsalisé » (apophyses plus courtes que normalement, et regardant en arrière) sont anormaux et défectueux, car ils favorisent, dans les mouvements de flexion combinée avec l'inclinaison latérale, la luxation d'une apophyse lombaire dans le canal sacré, d'où peuvent résulter des accidents paralytiques brusques (observation de Goldthwait, in thèse d'André Michel).

On peut également, coexistant avec la sacralisation, constater des désordres congénitaux beaucoup plus graves : dyssymétrie de la 5e lombaire, et surtout *rachischysis*. Rossi a signalé 2 fois sur 22 sacralisations cette complication, Nové-Josserand et Rendu 3 fois sur 19. Cette coïncidence assez fréquente a permis à M. Nové-Josserand d'émettre l'hypothèse d'une parenté entre le spina bifida occulta et la sacralisation, et, dans celle-ci comme dans le spina bifida, d'un certain trouble dans les rapports réciproques de la moëlle et du rachis, susceptible d'entraîner un tiraillement ou une compression des

racines nerveuses, sans rapport direct avec l'hypertrophie de l'apophyse transverse (Nové-Josserand et Rendu).

Cette pathogénie, si elle se justifiait, aurait évidemment une grande importance au point de vue du traitement, l'exérèse de l'apophyse sacralisée, plusieurs fois pratiquée jusqu'à nos jours, devant logiquement rester inefficace.

II. Diagnostic différentiel. — On pourrait encore l'appeler « diagnostic étiologique ». En effet, une fois étudiés les symptômes présentés par le malade et découverte la sacralisation sur le radiogramme, il s'agit (et c'est le problème le plus complexe) d'établir le *rapport de cause à effet* entre la lésion et les symptômes.

Or, ce rapport n'est pas évident, à première vue, car il semble anormal qu'une malformation congénitale, si longtemps latente, provoque des troubles si tardifs, d'autant plus qu'elle n'en provoque parfois aucun, de toute la vie.

Nous avons vu comment on avait tenté d'expliquer l'apparition tardive et le rôle du traumatisme ou des maladies infectieuses par la nécessité d'une ossification complète, et par la rupture d'un équilibre rachidien, instable, mais qui aurait pu persister toujours sans le traumatisme ou l'inflammation surajoutés.

Mais ces explications, étant malgré tout purement théoriques, ne vaudraient rien si, dans les cas de sacralisations douloureuses, les symptômes observés pouvaient être plus facilement rapportés à une des autres affections auxquelles ils font penser. C'est pourquoi le diagnostic différentiel du syndrome de Bertolotti fait son diagnostic étiologique, et l'on ne doit dire « sacralisation douloureuse » qu'après avoir éliminé les maladies pouvant donner un tableau clinique analogue.

Or, celles-ci sont nombreuses; nous pouvons pour les passer en revue, les classer en deux catégories dont l'une ou l'autre sera l'objet d'un diagnostic avec la sacralisation, suivant que celle-ci se manifeste uniquement par des phénomènes douloureux, ou qu'elle provoque des douleurs associées à d'autres symptômes.

a. *Quand les douleurs lombaires et irradiées sont le symptôme unique*, le problème est fort difficile, car ces douleurs n'ont rien de bien caractéristique, nous l'avons vu, et l'on peut penser à tous les *syndromes douloureux lombaires, pelviens ou du membre inférieur* : lumbago, rhumatisme chronique, névralgies ischiatiques, coccygiennes, sciatiques, coccygodynie, sacro-coxalgie, mal de Pott au début, appendicite chronique, lithiase rénale ou pyélonéphrites, ptose rénale (affections qui peuvent d'ailleurs coexister avec une sacralisation latente et non responsable des accidents).

Nové-Josserand et Rendu ont proposé, pour élucider le problème d'utiliser les trois éléments suivants :

1. La ressemblance des symptômes de la sacralisation avec ceux des autres affections est superficielle et les signes précis de celles-ci font défaut : pas de points de Valleix nettement localisés (sciatique), pas de douleur à l'écartement ou au rapprochement des ailes iliaques (sacro-coxalgie), pas de douleur localisée à la pression d'un corps vertébral (mal de Pott), etc.

2. Le mode d'apparition et d'évolution des accidents douloureux est caractéristique (plus que leur siège et leur forme) : début spontané chez un sujet ayant dépassé la jeunesse, et bien portant jusque-là. Les cas consécutifs à un traumatisme ou une crise de rhumatisme sont évidemment d'une interprétation plus difficile.

3. La concordance du siège des douleurs avec celui de la sacralisation a une grande importance, réserve faite nous l'avons dit, pour certains cas à douleur lombaire unilatérale, opposée au côté sacralisé (les douleurs irradiées étant toujours du même côté).

b. *Quand les douleurs sont associées à d'autres symptômes* (raideur, limitation des mouvements, déformations rachidiennes), on procèdera de la même façon pour éliminer les affections à tableau identique.

b' Une *sacralisation bilatérale*, avec réduction de la lordose lombaire, dos plat ou dos rond, raideur et limitation des mouvements du rachis, douleurs lombaires irradiées aux deux membres inférieurs sera à distinguer d'un *mal de Pott bas situé*, dans lequel la raideur sera plus prononcée, et la limitation des mouvements plus marquée pour la flexion que pour l'inclinaison latérale et la rotation, contrairement à la sacralisation.

b" De même, il faut pouvoir rapporter à une *sacralisation unilatérale* ou asymétrique une cyphoscoliose avec douleurs irradiées sur le trajet d'un sciatique. Il faudra pour cela éliminer la scoliose commune, la scoliose congénitale due à une autre malformation (vertèbre en coin, par exemple). On pourra penser à une *scoliose sciatique*; mais dans ce cas la déformation est plus accusée (elle est parfois alternante) et la douleur est beaucoup plus forte; de même que les signes physiques de la sciatique (points de Valleix) sont plus nets. Pour certains auteurs cependant, il y aurait non seulement analogie, mais identité de nature entre les deux syndromes. Bertolotti, par exemple, se demande si tous les cas de scoliose accompagnée de sciatique qui, pour Brissaud et la plupart des auteurs, sont dus à la contracture musculaire ne sont pas plutôt des cas de sacralisation (A. Feil).

On pourrait aussi penser à une *lésion syphilitique*, ou *tuberculeuse*, ou *néoplasique*, du rachis lombaire; elles peuvent d'ailleurs coexister avec une sacralisation, et il faut savoir reconnaître la vraie lésion causale. Denucé a publié en 1917 une belle observation de « fausse scoliose sciatique », chez qui la radiographie décela la présence d'une sacralisation unilatérale et d'une gomme syphilitique de la 5e vertèbre lombaire : la guérison des accidents par le traitement mercuriel confirma son diagnostic de spondylitis syphilitique (Denucé, *Revue d'orthopédie*, 1913).

Le *mal de Pott*, dans ce cas encore, pourra être discuté et devra être éliminé. La gibbosité pottique peut en effet, surtout au début, offrir une *déviation latérale* (Piéchaud, Lovett) qui, jointe à la raideur rachidienne et aux douleurs lombaires et irradiées, pourrait composer un tableau analogue à celui de la scoliose dans la sacralisation unilatérale douloureuse.

Enfin, il y aura lieu, dans les cas où les accidents seront apparus après un traumatisme lombaire, de songer à une *luxation* de la colonne vertébrale, ou une *fracture* avec déplacement, ce que la radiographie confirmera ou non.

Dans tous les cas, nous le répétons, le diagnostic sera surtout fait par élimination, en constatant l'ab-

sence des signes pathognomoniques des autres affections.

Influence du traitement. — Quand un autre diagnostic aura pourtant été porté, à tort, un dernier élément de correction sera encore fourni par l'échec du traitement appliqué (immobilisation, traitement spécifique, etc.)

Par contre, la preuve inverse ne sera pas aussi facilement faite, car la question du *traitement à appliquer* aux accidents de la sacralisation n'est pas encore au point.

L'idée d'un traitement *chirurgical* est déjà ancienne, puisque c'est en 1910, qu'Adams réséqua pour la première fois, une apophyse transverse de vertèbre sacralisée. D'autres tentatives furent faites depuis, par Goldthwait, Kleinschmidt, sans résultats bien probants. Dans une observation rapportée par Rossi, un malade opéré plusieurs années auparavant, continuait à souffrir, bien que de façon moindre.

Une jeune femme opérée par M. Nové-Josserand en juin de cette année, fut d'abord, après l'intervention, presque complètement soulagée de ses douleurs.

Revue en octobre, elle continuait à aller mieux qu'avant l'opération. Pendant les premiers temps, après sa sortie de l'hôpital, elle ne souffrait absolument plus pendant le jour, et ressentait seulement la nuit des douleurs, qui commençaient vers 1 heure ou 2 heures du matin et se prolongeaient jusqu'au lever.

S'étant mariée le 31 août, elle se fatigua pour son installation, et depuis ce moment, ressentit de nouveau quelques douleurs dans la journée, sous forme de crampes, l'obligeant à s'asseoir quelques minutes. A l'examen, à ce moment, on ne constatait aucun point douloureux, ni d'hyperesthésie cutanée. L'atrophie de la cuisse, autrefois de 3 cm., n'était plus que de 2 cm. 1/2.

Il semble donc qu'il faut conclure de cette observation que l'opération avait bien agi sur la lésion, « loco dolenti », mais que les séquelles nerveuses sont longues à disparaître.

Le *traitement médical*, proposé par Bertolotti et Rossi, contre les troubles nerveux (repos, massage, bains de lumière, électrothérapie) et la *radiothérapie*, prônée par Richards, ont pu améliorer quelques malades.

Lance, dans un cas (traité successivement pour coxalgie et appendicite), a fait des *injections* profondes de *novocaïne* dans l'orifice lombo-sacré, ce qui fit disparaître les douleurs, pendant quelques heures, tout en confirmant leur origine (*Congrès de chirurgie*, 8 octobre 1920).

En réalité, on comprend que le traitement ne soit pas aussi simple qu'il paraît devoir être, puisque la pathogénie des accidents est complexe et encore obscure.

En effet, si le syndrome de la sacralisation douloureuse, suivant les théories américaines, se résume en des troubles mécaniques, dus à l'hypertrophie d'une apophyse transverse malformée, l'intervention est possible, relativement simple, et doit être efficace. Mais il suffit de voir les clichés de lésions complexes auxquelles nous faisions allusion plus haut, et d'admettre l'hypothèse (exprimée par M. Nové-Josserand) d'une malformation médullaire concomitante, pour comprendre que le traitement opératoire doit être parfois impossible et souvent inutile.

Peut-être, somme toute, faut-il envisager un traitement éclectique qui, suivant l'intensité des douleurs et des troubles nerveux, et le degré de la malformation, sera soit purement médical, soit chirurgical d'abord (si l'opération est possible) et médical ensuite pour lutter contre les séquelles nerveuses, dont la cause primitive aura été supprimée.

N. B. — Le malade que nous avons observé avec le Dr Bocca (voir obs. I) a été soumis à un traitement *radiothérapique* qui, en trois séances, a fait disparaître presque complètement les symptômes douloureux, si bien qu'il a pu reprendre son travail.

OBSERVATIONS INÉDITES

Observation I (communiquée par M. le Dr Bocca, interne des hôpitaux de Lyon, présentée à la Société des sciences médicales de Lyon, 20 nov. 1920). — R..., Henri, 38 ans. Entre à l'hôpital pour des névralgies sciatiques consécutives à un accident du travail survenu en 1909.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Pas de syphilis. Deux enfants.

Le 8 décembre 1909, reçoit une contusion de la région sacro-lombaire par une cale de marteau-pilon. Immédiatement après, souffre pendant 5 mois dans la région sacro-lombaire. Plusieurs interruptions de travail s'ensuivent ; actuellement tout travail est impossible.

En 1913, les douleurs apparaissent dans les membres inférieurs, sur le trajet du sciatique, tantôt à droite, tantôt, et surtout, à gauche. Depuis 4 ans s'est aperçu d'une déviation de sa colonne vertébrale.

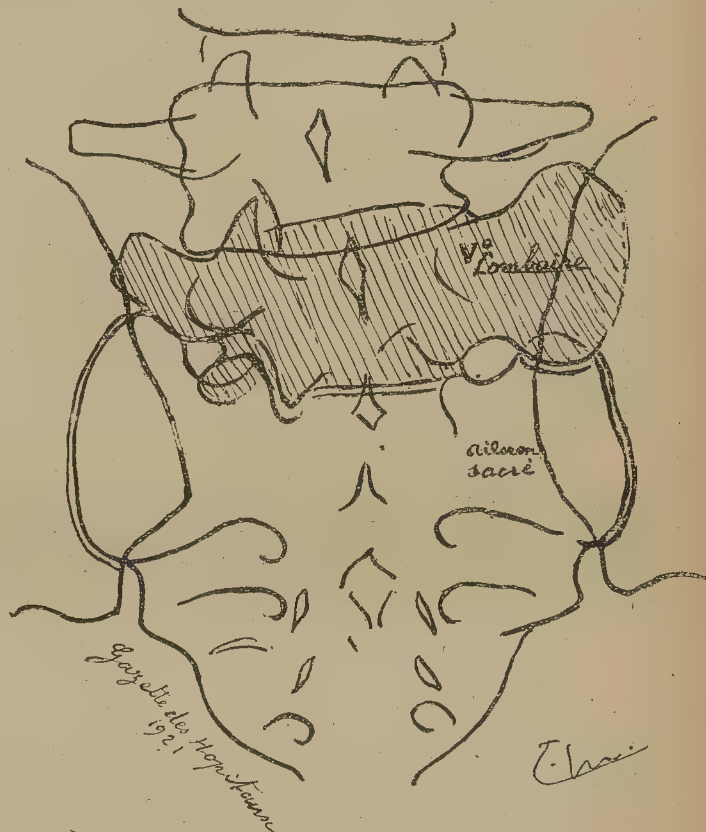


Fig. 1.

A l'examen : bon état général.

Examen debout : la colonne vertébrale présente une concavité sacro-lombaire vers la gauche. La distance du coude à la crête iliaque est de deux travers de doigt à droite, de trois à gauche.

La région sacrée est aplatie, le triangle sacré est déformé, la fossette supérieure droite étant plus basse que la gauche. Il y a une courbure de compensation dans la région dorsale supérieure. Les régions dorsale et lombaire sont relativement souples.

Examen couché : signe de Lasègue plus net à gauche qu'à

droite. Léger signe de Bonnet à gauche. Atrophie manifeste du membre inférieur gauche (mollet : 33cm5 contre 35,5 à droite; cuisse, 37 cm. contre 50 à droite). Mollesse des masses musculaires de la cuisse et la fesse gauches. Pas d'abaissement du pli fessier. Contractions fibrillaires. A la pression, douleur diffuse derrière le grand trochanter gauche et le long du sciatique. Région sacro-lombaire douloureuse de façon générale. Réflexes rotuliens brusques des deux côtés, réflexe achilléen plus faible à gauche. Pas de troubles de la sensibilité objective.

Examen électrique : diminution de la contractilité musculaire.

Radiographie (Drs Japiot et Arcelin). — La 5e lombaire est sacralisée des deux côtés, mais beaucoup plus à gauche où il y a contact entre l'apophyse transverse d'une part, très hypertrophiée, et, d'autre part, le sacrum et l'os iliaque, par l'intermédiaire d'une néo-articulation, visible sur le cliché sous forme d'un double trait. Des deux côtés, l'espace lombo-sacré est réduit à l'état de trou de conjugaison. On constate, de plus, la bascule à droite de la 5e lombaire sous l'influence de l'énorme hypertrophie de l'apophyse transverse gauche et la scoliose lombaire, à convexité droite, qui en résulte.

Obs. II. — Dr V..., 36 ans, ancien médecin aide-major d'infanterie pendant la guerre.

Projeté et commotionné par explosion d'obus, le 31 mars 1918. Petite plaie au niveau du pariétal droit. Aphasie et cécité temporaires consécutives.

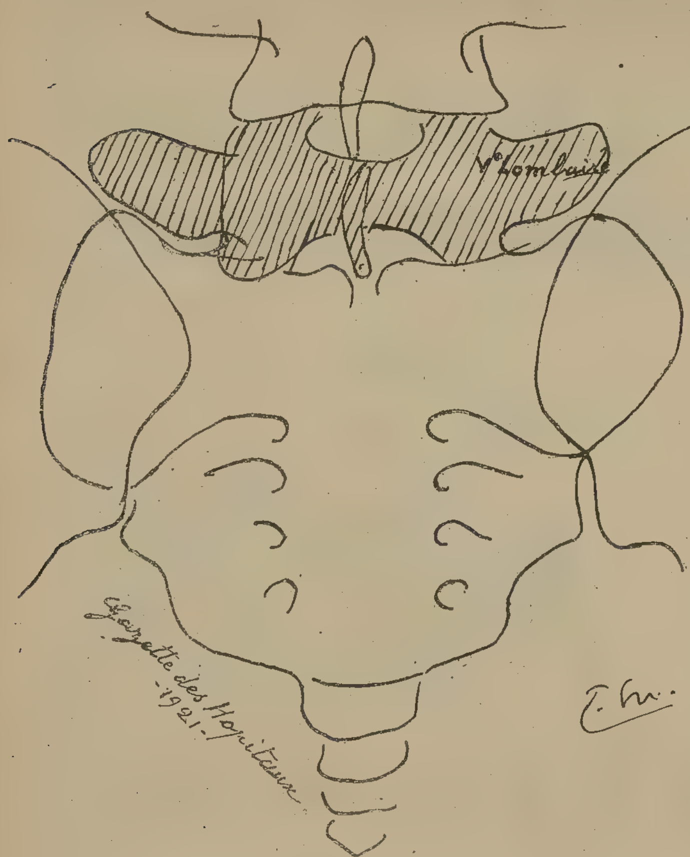


Fig. 2.

Depuis sa commotion, avait ressenti continuellement, dans le territoire du sciatique des deux côtés, de légers troubles nerveux : sensations de contacts bizarres, secousses électriques, légères douleurs.

Six mois après sa commotion, un matin après son réveil, à l'occasion d'un mouvement de flexion pour la miction, il ressentit une douleur violente dans les deux membres inférieurs, empêchant le redressement et l'obligeant à garder cette attitude en flexion pendant vingt à vingt-cinq minutes. La douleur persista quelques heures, puis cessa brusquement.

Quatre à cinq semaines plus tard, en se baissant pour prendre un objet, il subit les mêmes accidents, mais de façon moins prolongée.

Depuis un mois, les douleurs des membres inférieurs ont disparu, mais il persiste une douleur dans la région dorsale moyenne, sur le côté droit du rachis.

Le malade est soigné depuis un mois à l'hôpital de Vichy pour congestion hépatique. On lui découvre alors une ptose rénale droite (1er degré de Glénard) par laquelle on explique les phénomènes douloureux.

A l'examen, la région lombo-sacrée est aplatie, la lordose normale est reportée à la partie supérieure de la région lombaire.

Pas de douleurs aux mouvements du rachis, sauf un peu à droite.

Le rein droit n'est pas perceptible au palper. Pas de points de Valleix ni de signe de Lasègue.

Radiographie (cliché de M. le Dr Chassard). — 1. Radiographie de la région lombaire : rein droit ptosé, la 5e vertèbre lombaire semble venir au contact du sacrum, par son apophyse transverse hypertrophiée.

2. Radiographie sacro-lombaire : les deux apophyses transverses de la 5e vertèbre lombaire sont hypertrophiées et s'approchent à quelques millimètres du sacrum, surtout à droite, mais sans contact osseux (d'où l'on peut conclure à l'importance qu'il y a à bien centrer sur la 5e lombaire pour voir s'il y a véritablement contact lombo-sacré).

BIBLIOGRAPHIE

Le Double. *Traité des variations de la colonne vertébrale*, 1912.

Max Posth. Le sacrum, *Th. de Paris*, 1897.

Chevrier. Etude anatomique des anomalies vertébrales congénitales, *Th. de Paris*, 1912.

Lesbre. Anomalies costo-vertébrales congénitales, *Th. de Lyon*, 1913.

Tarnier et Budin. *Traité des accouchements* (chapitre des Dystocies).

Bar, Brindeau et Chambrelent. *Pratique de l'art des accouchements* (chapitre des Variations pelviennes, par Commandeur).

Vignard et Monod. La scoliose par malformation lombaire primitive, *Lyon chir.*, 1909.

Putti. *Die Angeborenen Deformitaten der Wirbelsaule*, 1910.

Fischer. Etude radiographique de la 5e lombaire, *Forts. auf dem G. d. Röntg.*, 1911.

Adams. *Amer. Journ. of orthop. surg.*, 1910.

J. E. Goldthwait. *The Boston med. and surg. Journ.*, 1911; — Une explication anatomique de beaucoup de cas de dos douloureux, aussi bien que de beaucoup de paralysies des membres inférieurs, *Boston med. and surg. Journ.*, 23 janv. 1913, vol. CLXIII, n° 4, p. 128, 18 fig.

Kleinschmidt. *Zeit. f. Chir.*, 1912.

Denucé. *Revue d'orthop.*, 1913.

Calvé. *Orthopédie et tuberculose chirurgicale*, 1914.

Max Boëhm. *Revue d'orthop.*, janv. 1914.

Japiot et Santy. *Revue d'orthop.*, mai 1915.

Bertolotti. *Riforma med.*, 1917; — *Radiologia med.*, 1917.

Rossi. *Chirurgia degli organi di movimento*, déc. 1918.

Richards. *Amer. Journ. of Rœntg.*, 1919.

G. Nové-Josserand. *Lyon chir.*, nov. 1919.

A. Feil. *Gaz. méd. du Centre*, mars 1920.

André Michel. Variations et malformations osseuses intéressant l'articulation lombo-sacrée, *Th. de Lyon*, mai 1920.

Nové-Josserand et Rendu. *Presse méd.*, 28 août 1920.

Mauclaire. *XXIXe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, 9 oct. 1920.

Georget. Etude radiologique de la 5e vertèbre lombaire et diagnostic radiologique de la sacralisation, *Th. de Lyon*, nov. 1920.

Présentations de cas nouveaux. — Rendu et Arcelin. Onze cas, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 28 janv. 1920.

Japiot. Un cas, *Id.*

Mauclaire. Deux cas, *Soc. de chir. de Paris*, 21 avril 1920; Trois cas, *Id.*, 8 juin 1920; — Trois cas, *Id.*, 12 mars 1920.

Nové-Josserand. Un cas (intervention), *Soc. de chir. de Lyon*, 1er juillet 1920.

Delherm, Thoyer-Rozat et Chaperon. Quatre cas, *Soc. de radiol. méd. de France*, 13 juillet 1920.

Merklen et Chastenet de Géry. Un cas, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 juillet 1920.

Merklen et Ferrier. Un cas, *Id.*

E. Olivier. *Soc. anat.*, 6 nov. 1920.

H. Mauclaire. *Congrès de la Soc. franç. de chir.*, 9 oct. 1920. Discussion : M. Lance, 1 cas.

Japiot, Michel Lucien et Bocca. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 24 nov. 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1921)

Deux discussions se poursuivent, l'une sur le rapport de M. Bernard relative à la revision de la loi de 1902, l'autre sur les instituts thérapeutiques soulevée par M. Delorme.

M. CAZENEUVE partage l'opinion de M. Bernard sur l'application de la loi, sur l'institution des médecins hygiénistes, inspecteurs départementaux, sur l'éducation hygiénique des populations, etc. M. Cazeneuve donne l'exemple du département du Rhône où les institutions d'hygiène fonctionnent régulièrement et conformément à la loi de 1902.

Du sucre dans la nutrition des nouveau-nés. — M. NOBÉCOURT.

Insuffisance hépatique chez les gastropathes. Indications thérapeutiques. — M. LANNOIS.

Gangrène du pharynx, généralisation. — M. DE MASSARY communique une très intéressante observation de gangrène du pharynx avec généralisation heureusement guérie par des injections, à hautes doses, de sérum antigangréneux.

De la vitesse d'absorption des boissons chaudes et des boissons froides sucrées. — M. BOIGEY communique un travail sur ce sujet. Il résulte d'expériences qui ont été faites sur les élèves de l'école de Joinville, après de violents exercices, que l'absorption des boissons chaudes se fait plus rapidement que celle des boissons froides.

Une nouvelle maladie des huîtres. — M. Auguste PETTIT. Au début de l'été 1920, les ostréiculteurs français ont constaté une mortalité anormale dans leurs élevages. Le directeur de l'Office scientifique et technique des pêches maritimes, le prof. L. Joubin, a immédiatement procédé aux enquêtes nécessaires; notamment, il a établi que l'épizootie s'étendait à la plupart des parcs installés depuis Arcachon jusqu'à la côte septentrionale de la Bretagne. Au cours de l'été, la maladie s'est aggravée, et, en certaines localités, la mortalité a dépassé 50 p. 100. Les ravages ne sont pas limités à la France; ils s'étendent à plusieurs autres pays, notamment à la Belgique, puis à l'Angleterre et à l'Italie.

En présence de cette situation, le directeur de l'Office scientifique et technique des pêches maritimes a demandé au prof. Auguste Pettit de procéder à l'étude biologique de l'épizootie en question. Le Dr Auguste Pettit vient d'établir que, dans les parcs atteints, un nombre considérable d'huîtres sont envahies par un champignon microscopique appartenant au même genre que le microorganisme qui produit l'actinomycose des bovidés et de l'homme; ce nouveau parasite prendra le nom de Nocardia matruchoti, en l'honneur du prof. Matruchot, l'éminent mycologue, auquel elle est dédiée.

La N. matruchoti se développe dans les cellules du tube digestif, les dissout et occupe leur place, entravant ainsi les fonctions digestives, d'où dépérissement et mort de l'huître.

L'auteur tient à rassurer la population, l'ingestion d'huîtres malades ne présente pas d'inconvénient pour l'homme; depuis plus de six mois, de nombreux spécimens atteints par l'épizootie ont été absorbés sans qu'aucun trouble consécutif ait été encore signalé.

Etude de 118 cas de fièvre typhoïde observés à l'hôpital Dubois du 1er juillet 1919 au 1er janvier 1921. — MM. COURTOIS-SUFFIT et BOURGEOIS. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 16, p. 243.)

Influence curatrice du choc anaphylactique dans certaines infections expérimentales. — MM. F. ARLOING, A. DUFOURT et L. LANGERON ont constaté qu'un choc séroanaphylactique est capable, dans les conditions expérimentales où ils se sont placés, d'enrayer et de guérir l'évolution d'une infection septicémique par le bacille pyocyanique;

Que cette action curatrice peut se manifester même après un choc d'intensité moyenne, ou même un choc léger semblables à ceux qu'ils se sont efforcés de réaliser le plus ordinairement.

Que l'action exercée est suffisante pour procurer non seulement une guérison clinique, mais encore pour détruire les germes dans le sang et permettre à l'animal d'acquérir l'immunité vis-à-vis du microbe infectant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1921)

Fou rire syncopal et bâillements dans l'encéphalite épidémique. — MM. SICARD et PARAF montrent un jeune malade qui, au décours d'une encéphalite oculo-léthargique classique, présente des accès quotidiens de fou rire inextinguible avec tendance syncopale et chute. Ce fou rire est fonction du corps strié, mais à titre isolé, indépendamment de toute rigidité d'attitude, de tout tremblement et de toute agitation musculaire. Les auteurs insistent également sur les accès de bâillement comme équivalents du hoquet épidémique.

Médication antisérique par le carbonate de soude intraveineux. — MM. SICARD et PARAF continuent le résultat de leurs recherches sur le traitement préventif de la maladie sérique. L'injection de carbonate de soude intraveineuse à la dose de 1 gr. pour 50 cmc. environ d'eau distillée reste le procédé de choix. Pratiquée peu de temps ou immédiatement avant l'inoculation intrarachidienne ou sous-cutanée de sérum de cheval, l'injection carbonatée sodique intraveineuse met sûrement à l'abri de toute réaction sérique rapprochée ou éloignée.

Sur un cas de rage humaine. — M. R. MALLET rapporte l'observation d'une femme de 36 ans qui, mordue à la face par un chien enragé et traitée par la méthode pastorienne dès le 3e jour après l'accident, meurt sans facteur occasionnel notable dans une crise d'hydrophobie aiguë au bout de 9 mois. Il attire l'attention sur les troubles qu'a présentés la malade, pendant cette longue période d'incubation, amaigrissement continu, changement de caractère, accès intermittents d'anxiété, étourdissements, affaiblissement progressif de la mémoire, tous symptômes traduisant l'atteinte insidieuse des centres nerveux et qui, si la malade n'avait pas été perdue de vue, après les 25 piqûres antirabiques, auraient pu inciter le médecin à des vaccinations réitérées.

Etat lipothymique, hypotension artérielle et accidents sériques tardifs. — M. C. LIAN rapporte un cas dans lequel une urticaire sérique, apparue 6 jours après une injection de sérum antitétanique, s'accompagna d'un état lipothymique ayant persisté pendant plusieurs heures. Dans ce cas et dans un autre, observé en même temps, il a constaté une hypotension artérielle qui était disparue à un examen fait 3 jours plus tard.

Pareil état lipothymique, accompagnant des accidents sériques tardifs semble exceptionnel. Quant à l'hypotension artérielle, seule, une étude méthodique de ce phénomène, pourrait faire juger de son importance et de sa fréquence.

En tout cas, l'apparition éventuelle de ces deux ordres de symptômes n'a pas lieu de surprendre. Il est bien vraisemblable, en effet, que les accidents sériques tardifs relèvent comme les accidents sériques immédiats, d'une crise hémoclasique.

Enfin, l'adrénaline est indiquée contre ces troubles circulatoires des accidents sériques.

Innocuité de l'emploi du gaz carbonique dans le pneumopéritoine. — MM. RIBADEAU-DUMAS et L. MALLET. Il est avantageux de recourir à l'emploi du gaz carbonique dans le pneumopéritoine. Ce gaz est en effet résorbé très rapidement (25 minutes) par la séreuse, ce qui simplifie la technique de ce procédé. Les auteurs ont été conduits à l'employer à la suite des recherches expérimentales du physiologiste italien Pietro et des applications cliniques de W. Alvarez qui, l'un et l'autre, ont montré la parfaite innocuité du CO^2. L'organisme se débarrasse très vite du CO^2 qui passe dans la petite circulation et est éliminé par la voie pulmonaire. Il faudrait injecter rapidement des doses énormes de gaz directement dans la circulation pour saturer l'hémoglobine. Jamais dans

la technique employée par MM. Ribadeau-Dumas et Mallet ces conditions ne peuvent être réalisées. La séreuse péritonéale tolère parfaitement les gaz inoffensifs. Les auteurs ont constaté expérimentalement sur le chien que le protoxyde d'azote pouvait être utilisé sans inconvénient. L'expérience de MM. Ribadeau-Dumas et Mallet porte déjà sur 26 pneumopéritoines au CO^2 parfaitement tolérés. Afin de compenser la trop rapide résorption du gaz, les auteurs utilisent un mélange de $4/5\ CO^2 + 1/5\ O^2$. Ils insistent sur l'importance de surveiller la pression manométrique, en particulier lorsqu'il y a tumeur volumineuse et possibilité d'adhérence. C'est le meilleur guide pour conduire le débit du fluide et éviter les phénomènes douloureux.

Au cours de l'injection, si le patient éprouve parfois un peu de gêne, celle-ci se dissipe rapidement à mesure que le gaz diffuse dans l'abdomen. Une heure après l'exploration, le patient peut reprendre sa vie habituelle. Si l'emploi du CO^2 est sans danger dans le pneumopéritoine, il est évidemment indiqué dans l'insufflation colique, bien que ce procédé, même avec un gaz rapidement résorbable, ne mette pas à l'abri des phénomènes syncopaux quelquefois mortels qui peuvent survenir au cours de la distension gazeuse d'un organe creux peu extensible et de dimensions relativement petites.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1921)

Syndrome lenticulo strié. — MM. H. DUFOUR, M. DEBRAY et M. BARIETY. La malade de 18 ans, présentée par les auteurs, appartient par tous les signes qu'elle présente, positifs et négatifs à ce syndrome. Née à terme, elle n'a vu apparaître ses premiers troubles qu'à l'âge de 8 ans. A ce moment, la marche est devenue difficile. Ces troubles moteurs ont toujours été en s'accentuant, lentement et progressivement. Le spasme de la face n'est apparu qu'à l'âge de 16 ans.

On constate une contracture des muscles du visage et plus particulièrement de l'orbiculaire des lèvres. Quand elle veut parler, le spasme s'exagère et les deux lèvres s'engagent entre les arcades dentaires.

Au niveau des membres inférieurs, rigidité musculaire continue. La marche est difficile et se rapproche de celle de la maladie de Little. Elle montre, en outre, l'existence de troubles de la syncinésie, le bras gauche n'oscille pas en synergie avec le membre inférieur droit. Tous les réflexes sont forts. Le signe de Babinski est légèrement positif, en décubitus dorsal. Il existe un tremblement très léger des membres supérieurs, quand on fait étendre la main, ce tremblement disparaît au repos et dans les mouvements actifs. Le corps thyroïde est un peu gros. Tous les autres organes semblent normaux à l'examen clinique.

Par la rigidité musculaire, par le type du spasme facial, les mouvements involontaires et les troubles syncinétiques et aussi par ses signes négatifs : aucune paralysie vraie, pas d'atrophie musculaire, pas de troubles de la sensibilité, cette observation doit être classée dans les syndromes lenticulo striés.

Il est plus difficile de la classer dès maintenant dans l'une des variétés anatomo-cliniques de dégénération des corps lenticulo striés, pseudo-sclérose de Westphal, maladie de Kinnies Wilson, état dysmyélinique de C. et O. Vogt. Elle se rapprocherait de la première par ses lésions oculaires ; elle se rapprocherait de la seconde par son aspect clinique général, mais ici un élément du diagnostic fait défaut, c'est la notion d'une cirrhose hépatique qui ne peut être acquise qu'à l'autopsie.

On peut, également, lui trouver beaucoup de traits de ressemblance avec l'état dysmyélinique.

Un cas de syndrome parkinsonnien, en apparence, à début brusque. Origine encéphalitique probable. — MM. J. LHERMITTE et CORNIL montrent un vieillard de 76 ans, chez qui le syndrome parkinsonnien s'installa brusquement, sans ictus, il y a 6 mois. Pendant les premiers jours où apparurent la rigidité, le tremblement des mains, l'aspect figé de la face, les troubles de la phonation, survinrent des phénomènes indépendants de la paralysie agitante : un délire à type onirique avec hallucinations visuelles et auditives, une hypersomnie très prononcée. Actuellement, les éléments du syndrome parkinsonnien sont très accusés, mais l'hypersomnie a complètement disparu. Bien que l'origine encéphalitique de ce syndrome ne puisse être affirmée en s'en tenant aux seules données de la clinique, cette origine demeure la plus vraisemblable. Et ce fait est d'autant plus intéressant que le sujet, antérieurement à l'éclosion de la maladie, présentait un très léger tremblement de la main gauche. Le processus encéphalitique semble donc avoir eu pour effet de rendre plus apparents les traits de la maladie de Parkinson, dont la seule ébauche consistait dans un léger tremblement de la main.

Syndrome parkinsonnien consécutif à deux foyers symétriques du globus pallidus. — MM. J. LHERMITTE et CORNIL amènent les pièces anatomiques d'une malade âgée de 75 ans, chez laquelle les principaux éléments du syndrome parkinsonnien consistaient en rigidité des membres supérieurs et en tremblement typique très accusé. En outre, le facies était inexpressif et la démarche hésitante. Il n'existait aucun symptôme à rapporter à une lésion de la voie motrice centrale. A l'autopsie, les auteurs constatèrent deux foyers nécrotiques symétriques détruisant le segment interne du globus pallidus. Cette observation vient donc appuyer d'un fait positif, la thèse défendue par Ramsay Hunt, Lewy, C. et O. Vogt et selon laquelle la lésion fondamentale de la maladie de Parkinson serait à fixer dans le système pallidal. Mais si la topographie de la lésion peut être tenue pour responsable des phénomènes cliniques, la nature de celle-ci détermine l'évolution morbide. La maladie de Parkinson à évolution progressive est liée à une abiotrophie des neurones du système pallidal, les syndromes parkinsonniens peuvent être conditionnés par des altérations de nature variable de ce même système et, en particulier, par des foyers destructifs d'origine ischémique ainsi que le montre la présente observation.

Surréflectivité cutanée hypéralgésique. — MM. BABINSKI et JARKOWSKI relatent plusieurs observations de syndrome de Brown-Séquard, dont l'intérêt réside principalement dans la constatation des particularités suivantes : le pincement de la peau du côté de la lésion et notamment à la face dorsale du pied et à la partie antéro-inférieure de la jambe détermine des mouvements réflexes différant par leur aspect clinique des réflexes dits de défense ou d'automatisme médullaire. En effet, le mouvement ne se produit pas du côté excité, mais du côté opposé ; au lieu d'être lent et de résulter d'une contraction spasmodique notamment des muscles qui fléchissent le pied sur la jambe, il se manifeste d'habitude par plusieurs petites secousses rapides n'entraînant pas la flexion dorsale du pied.

Il est à remarquer que, dans les faits en question, il existe de l'hyperalgésie cutanée du côté de la lésion ; le pincement de la peau, qui provoque le mouvement réflexe ci-dessus décrit, détermine aussi une sensation pénible que le malade accuse et qui se traduit objectivement par une grimace ainsi que par une inspiration brusque et bruyante.

Les auteurs pensent que le mécanisme de ces mouvements réflexes doit être tout autre que celui dont relève l'exagération des réflexes de défense. Tandis que celle-ci paraît avoir pour condition nécessaire une perturbation de la voie pyramidale, qu'elle s'accompagne généralement de troubles assez marqués de la motilité volontaire et qu'elle peut coïncider avec une anesthésie très accentuée, les réflexes envisagés ne semblent pas dépendre d'un trouble dans le fonctionnement du système pyramidal ; ils paraissent nécessiter une intégrité relative de la motilité volontaire et avoir pour condition essentielle l'existence d'une hyperalgésie.

Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on se forme à cet égard, MM. Babinski et Jarkowski proposent, pour fixer les idées, de donner à ce phénomène la dénomination de surréflectivité cutanée hyperalgésique.

Agnosie auditive. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et ALAJOUANINE présentent un homme de 46 ans, qui à la suite d'une blessure cranio-cérébrale temporo-pariétale droite, perdit une partie de son audition gauche sans aucun trouble de

l'identification des bruits et qui, après une chute de 2 mètres de haut sur la région temporo-pariétale gauche, perdit connaissance. Quand il revint à lui, il ne comprenait plus ce qu'on lui disait.

Des épreuves multiples montrent qu'il ne s'agit pas de surdité verbale pure, mais que cette agnosie auditive verbale, associée à la diminution de l'audition, n'est qu'un point particulier d'une agnosie auditive générale caractérisée par la perte de la reconnaissance des bruits et des sons dans leur qualité, leur timbre et leur origine, avec conservation de la perception des airs musicaux, du fait que le malade distingue encore dans les phénomènes acoustiques leur nombre, leur intensité et leur rythme, reconnaissances élémentaires, indépendantes de la discrimination auditive.

Ablation d'une tumeur du nerf cubital à la région brachiale résection, de 8 cm du nerf; greffe d'un nerf d'embryon de veau; restauration fonctionnelle. — MM. Pierre Duval et Georges Guillain présentent une malade chez laquelle, au mois d'octobre 1919, fut pratiquée l'ablation d'une tumeur du nerf cubital avec résection de 8 cm. du nerf et greffe d'un nerf d'embryon de veau conservé dans l'alcool. Actuellement, 16 mois après cette greffe, les fonctions motrices du nerf cubital à la main sont en partie revenues, dans les muscles de l'avant-bras il n'y a plus de réaction de dégénérescence, à la main, il n'y a plus de réaction de dégénérescence dans les intérosseux; il existe encore une réaction de dégénérescence légère dans l'adducteur du pouce et plus accentuée dans les muscles de l'éminence hypothénar. Une hypoesthésie tactile et des troubles de l'interprétation thermique sont encore constatables à la face dorsale et palmaire du petit doigt où existe aussi une perte de la sensibilité articulaire et osseuse.

Tout en tenant compte d'une anastomose éventuelle antibrachiale médio-cubitale, il semble que la greffe du nerf d'embryon de veau conservé dans l'alcool ait permis chez cette malade une restauration fonctionnelle qui sera sans doute encore plus complète ultérieurement.

Atrophie spinale croisée avec contractions fibrillaires marquées chez un enfant de 12 ans. — M. Jules Renault, Mme Athanassio-Bénisty et M. E. Libert présentent un petit garçon de 12 ans, atteint depuis plusieurs années d'une atrophie globale très marquée du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit, et dont le mode de début reste très obscur. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité, aucune modification des réactions biologiques; l'examen électrique montre une simple diminution de l'excitabilité électrique sans aucune trace de R. D., comme cela est la règle dans les atrophies stabilisées dont l'évolution est terminée. Cependant on constate actuellement l'existence d'un pied creux, avec griffe des orteils et diminution du réflexe achilléen du côté gauche (sain) et l'existence de contractions fibrillaires très intenses dans les muscles de la racine des deux membres supérieurs, principalement du côté droit (sain). La question qui se pose au point de vue diagnostic est s'il s'agit d'une reprise au cours d'une atrophie post-poliomyélitique ou bien d'une atrophie spinale post-traumatique étant donné les antécédents du malade qui a fait plusieurs chutes graves dans son enfance.

Formes oculaires frustes de l'encéphalite épidémique. — M. J. Bollack rapporte 12 cas récents d'encéphalite épidémique caractérisés uniquement par quelques troubles généraux passagers (fièvre, somnolence, céphalée) et par des symptômes oculaires dont la fréquence relative diffère de celle de l'épidémie précédente. La motilité oculaire est exclusivement atteinte. Le ptosis, le strabisme et la limitation des mouvements associés sont relativement rares. D'une fréquence extrême sont par contre la diplopie et les secousses nystagmiformes (11 fois sur 12 cas), ces troubles semblant traduire le déséquilibre musculaire des globes. Parmi les troubles de la motilité intrinsèque oculaire, l'inégalité pupillaire est le plus fréquent. Les réflexes photomoteurs sont toujours normaux; on note parfois un affaiblissement de la contraction à la convergence coexistant toujours avec une parésie de ce dernier mouvement. La paralysie de l'accommodation est moins fréquente et moins accentuée que dans l'épidémie précédente.

L'auteur fait remarquer que l'instillation de pilocarpine amène toujours dans les cas de paralysie accommodative une contraction normale du muscle ciliaire et une diminution passagère du trouble de la lecture. L'évolution de ces formes frustes semble bénigne, mais la persistance de la gêne visuelle est assez grande.

La céphalée par engorgement lymphatique. — M. L. Alquier insiste sur cette manifestation. C'est celle de l'arthritisme, de l'intoxication hépato-digestive. Discontinue, paroxystique, d'intensité et de topographie variables, elle coïncide toujours avec l'enraidissement des muscles latéraux et postérieurs du cou souvent accusé, d'ailleurs, par le patient lui-même. Céphalée et enraidissement musculaire sont intimement liés à l'engorgement lymphatique surtout caractérisé par les infiltrations, indurations et nodosités de la cellulite dite arthritique, rhumatismale. Pour déterminer la céphalée, l'engorgement doit occuper la région postéro-latérale du cou; le palper y décèle divers points localement douloureux dont la pression réveille l'algie avec ses irradiations les plus éloignées. La disparition de l'engorgement amène celle de tous les symptômes qui reparaissent lorsqu'il vient à se reproduire. Le traitement doit, par les moyens physiothérapiques, obtenir la dissociation et la migration de l'engorgement, et, par le traitement de l'intoxication causale, empêcher son retour.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1921)

Recherches expérimentales sur les novarsenobenzols. — M. Melamet montre par ses recherches : 1° qu'en présence du 914 le sang flocule; 2° que l'oxydation du sel n'est pas toute la question, qu'un facteur important intervient dans la genèse des accidents, l'acidité; 3° qu'il convient de dissoudre le 914 dans une solution lacto-camphrée, procédé qui semble devoir donner de sérieuses garanties, au moins après l'expérimentation.

La maladie de Schlatter. — M. Barbarin apporte des observations d'une affection fréquente chez les adolescents qui se livrent au sport et en particulier au foot-ball. C'est la maladie de Schlatter qui se manifeste à la suite d'une chute ou d'un coup de pied trop violent, par une saillie à l'apophyse antérieure du tibia au point d'insertion du tendon rotulien, par une douleur localisée en ce point. Quelquefois, il existe, en outre, un peu d'empâtement de la partie tout inférieure de l'articulation du genou, ainsi qu'une légère atrophie musculaire des muscles antérieurs de la cuisse, et l'affection peut simuler une arthrite tuberculeuse du genou au début.

L'opothérapie de la démence précoce. — MM. Auguste Marie et Fourcade présentent une série d'observations de malades à syndrome de démence précoce traités et améliorés ou même guéris par l'opothérapie combinée (extrait des glandes génitales et thyroïdiennes).

L'entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique. — M. Pescher montre, avec présentation de plusieurs malades à l'appui, les nombreux avantages de sa méthode : 1° au point de vue clinique : appréciation facile et exacte de la puissance fonctionnelle respiratoire; 2° au point de vue thérapeutique : entraînement sous le contrôle du sujet lui-même qui, devant le spiroscope, se rend compte de visu des progrès journellement réalisés et peut graduer exactement l'effort que lui demande le médecin.

Sur les injections hypodermiques de lait en thérapeutique oculaire et générale. — M. Jocqs.

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1921)

A propos de la maladie de Schlatter. — M. Lance. On a décrit quatre variétés d'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia. Les deux premières, arrachement total complet ou incomplet, rares, existent chez l'adulte. Les deux dernières, arrachement partiel total ou incomplet, sont spéciales à l'adolescence quand les noyaux d'ossification de la tubérosité ne sont pas encore soudés. L'arrachement partiel

et incomplet serait très fréquent et constituerait la maladie de Schlatter. L'auteur montre que, dans ces cas, il s'agit toujours d'épiphysite de l'adolescence souvent occasionnée par un traumatisme.

M. Albert Mouchet estime qu'on ne doit pas désigner sous le nom de maladie de Schlatter une congestion osseuse de croissance pour laquelle le traumatisme joue seulement le rôle d'agent révélateur. Schlatter s'est trompé dans l'interprétation des radiographies où il a cru voir une fracture ou un décollement apophysaire. M. Albert Mouchet expose avec des figures typiques tirées de son importante collection radiographique ses conclusions contraires à l'opinion de Schlatter.

M. Peraire proteste également contre l'appellation de cette affection et la tendance à donner des noms propres exotiques aux maladies et aux procédés. Il est préférable de dénommer cette affection apophysite douloureuse antérieure du tibia, en s'en tenant au double point de vue clinique et anatomo-pathologique.

M. Barbarin fait bon marché du nom de maladie de Schlatter et espère qu'on donnera à cette affection une dénomination appropriée. Il maintient le rôle du traumatisme dans un très grand nombre de cas où l'inflammation de l'apophysite est, chez l'adolescent, la conséquence de ce traumatisme.

A propos de la méthode spiroscopique. — M. Rosenthal reproche au spiroscope de ne contenir que 3 litres, quantité insuffisante pour l'étude de la respiration de l'adulte robuste, et à la méthode spiroscopique de ne pas être éducative et de méconnaître en particulier l'insuffisance nasale dont la correction joue un rôle de premier plan dans l'éducation respiratoire.

M. Lance présente le spiroscope de Lance-Zavary, construit spécialement pour l'entraînement respiratoire des jeunes enfants; très robuste, très simple, permettant de doser à l'avance l'exercice à effectuer, il présente de grands avantages dans le traitement des déformations thoraciques surtout scoliotiques.

M. Pauchet montre que la spiroscopie trouve son application en clientèle chirurgicale dans les conditions suivantes : opérations d'empyème, chez les urinaires, chez tous les opérés de l'estomac et de l'intestin, chez tous les autres malades qui paraissent faibles, pâles, anémiés, chez tous les opérés la spiroscopie raccourcit la convalescence.

M. Dartigues trouve que la très intéressante méthode de Pescher ne tient peut-être pas assez compte du mouvement d'inspiration et de développement des muscles de la cage thoracique qu'il est extrêmement important de reconstituer, notamment après des blessures de guerre de la cage thoracique ou des pleurotomies.

M. Rœderer fait le même reproche : la méthode s'applique surtout aux muscles expirateurs.

M. Pescher répond que le flacon de 3 litres est suffisant, qu'on entraîne également la respiration dans les deux temps et que le grand avantage du spiroscope est de montrer aux malades les progrès au fur et à mesure de leur réalisation.

Déductions pratiques à tirer de l'oscillographie pour la sphygmomanométrie clinique (avec projections). — MM. Petit et Mougeot projettent une série d'oscillogrammes (oscillations de l'aiguille de l'oscillomètre de Pachon) et montrent les vrais critères qui doivent déterminer à l'inspection de l'aiguille, les pressions artérielles systolique et diastolique, le crochet négatif prédiastolique et la disparition de position de repos présystolique.

Fissure sphinctéralgique chez un nourrisson. — M. Laquerrière a traité chez un enfant de 9 mois une fissure horriblement douloureuse par des applications intrarectales de haute fréquence, et obtenu une guérison complète au bout de 12 séances.

Troubles trophiques rebelles consécutifs à un anévrisme artério-veineux guéris par l'hydrothérapie. — MM. Dausset et Girard rapportent l'histoire d'un blessé porteur depuis 6 ans de 22 éclats de grenade dans la jambe gauche. Troubles trophiques très prononcés consécutifs à l'ablation d'un anévrisme artério-veineux poplité. L'hydrothérapie, affusions alternantes chaudes et froides, faisant de la gymnastique vasculaire, ont fait disparaître ces troubles en 2 mois alors que pendant 4 ans ils avaient résisté à tous les traitements, massage, électricité, rayons X.

Orchite ourlienne, atrophie testiculaire, régénération de la glande par les extraits testiculaires et cérébraux. — M. Tilmant montre les résultats heureux de l'utilisation des extraits opothérapiques testiculaires (novovirine) dans un cas d'atrophie testiculaire, d'origine ourlienne chez un homme de 35 ans, et il attire l'attention sur les relations qui existent entre certains troubles cérébraux et les glandes génitales.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 21 janvier 1921)

A propos du forage de la prostate. — M. Georges Luys répond aux objections qui lui ont été faites : L'incision et le forage du col vésical surélevé et l'évidement et le forage des lobes prostatiques constituent deux temps opératoires du forage de la prostate, mais ne forment qu'une seule et même opération.

L'objection qu'on n'a pas pu vérifier les résultats du forage sur des pièces anatomiques tombe devant deux faits :

1° C'est que sur les 66 premiers opérés par le forage de la prostate, il n'y a pas eu un seul décès.

2° Il y a un fait indubitable qui écrase sous son poids tous les arguments théoriques, c'est que, avant l'opération, les malades n'urinent pas du tout ou urinent mal et après le forage, ils urinent parfaitement bien et vident leur vessie.

A propos du drainage dans les inondations péritonéales par rupture de grossesse tubaire. — M. Iselin rappelle les expériences du prof. Delbet, démontrant sur le cadavre et sur le chien que le drain est impuissant à vider un abdomen rempli d'eau.

Il y a cependant intérêt réel à vider le péritoine du sang qu'il contient, sang toxique parce qu'il vient du fœtus et du placenta et parce que, grâce à la vaste surface péritonéale, son absorption équivaut à une injection massive d'albumine dans le sang.

C'est par la toilette soigneuse du péritoine, faite méthodiquement en épongeant tour à tour les régions où stagne le liquide résiduel : petit bassin, fosses lombaires, fosses iliaques, qu'on assurera cet assèchement et le ventre pourra être refermé sans drainage.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

PNEUMONIE GRIPPALE

Se souvenir que « le danger est au cœur et au rein ». Instituer le régime lacté, puis prescrire :

Le 1er jour, bromhydrate de quinine (1 g. à 1g50 à prendre en trois fois le matin, à une heure d'intervalle).

Le 2e jour, digitale (macération ou infusion).

Les jours suivants, 3 à 4 cachets pro die de théosalvose caféinée ou spartéinée à 0g50 (à continuer à doses moindres pendant un certain temps).

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. — **Tuberculose** (2 tomes) : 1er tome (t. XVII), in-8, 1920, 16 fig., 2 pl. en couleurs. Prix : 20 fr.; — 2e tome (tome XVIII), in-8, 1920, 48 fig., 9 pl. en couleurs. Prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les Applications pratiques du laboratoire à la clinique, principes, techniques, interprétations des résultats, par AGASSE-LAFONT. 3e édit. 1 vol. cartonné, 992 p. Prix : 50 fr. — Paris, Vigot frères.

Consultations pour les maladies des voies digestives, par le Dr Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 360 pages. — Prix : 16 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hopitaux. — Un concours pour la nomination à neuf places de médecin des hôpitaux sera ouvert le lundi 18 avril 1921, à midi, dans la Salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, de 14 h. à 17 h., du lundi 21 mars au samedi 2 avril 1921 inclusivement.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mocquot, Dujarier, Lardennois, Lermoyez, qui acceptent, et de MM. Lecène, Ricard et Michaux, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Liste des candidats : MM. les Drs Brocq, Séjournet, Rouhier, Houdard, Pascalis, Mornard, Bloch, Girode, Maurer, Bergeret, Métivet, Gouverneur, Monod, Charrier, Lorin, Madier, Gatellier, Leveuf, Desplas.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Prix pour 1921 :

Prix Godard de 2.000 fr. — Quatre prix seront mis au concours, un pour chacune des sections : médecine, chirurgie et accouchement, anatomie et physiologie, sciences physiques et naturelles. En outre, deux prix non distribués en 1920 serviront, s'il y a lieu, à récompenser, en 1921, deux mémoires qui, en sus de ceux présentés, seraient en raison de leur réelle valeur retenus par la Commission. La limite d'âge des candidats est portée à 39 ans.

Prix triennal Gintrac. — Les deux prix disponibles seront mis au concours en 1921.

Prix de la Société d'hygiène publique de Bordeaux. — Les trois prix disponibles seront mis au concours.

Prix de médecine coloniale et d'études exotiques. — Seront admis les travaux publiés du 15 juillet 1917 au 15 juillet 1921.

Prix Costes. — Ce prix doit être attribué tous les deux ans « à un élève de pathologie externe ».

— Nancy. — M. Lamy, chef des travaux de physique, est chargé, en outre, des fonctions d'agrégé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. Fontaine est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. Bax est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. Hanot est chargé d'un cours de zoologie.

M. Salmon est chargé d'un cours de botanique.

— Marseille. — M. Reynès, professeur de pathologie chirurgicale générale, est chargé jusqu'à la nomination d'un titulaire, d'assurer, en outre, les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— Un concours pour un emploi d'aide d'anatomie et de physiologie s'ouvrira devant l'Ecole de médecine, au Pharo, le vendredi 15 avril 1921.

— Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira devant l'Ecole de médecine, à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 27 avril 1921.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les Drs Thibierge (de Paris), les prof. Nicolle (de l'Institut Pasteur de Paris) et Vaquez (de Paris); Langlois, Farez, Mme Dejerine, MM. Pouvreau, Mahu, Godon, Legry (de Paris), Mariage (de Valenciennes), Le Bail (du Mans), Leduc (de Nantes), Duchamp (de Saint-Etienne), Chiron (de Chambéry), Mangin (de Marseille), Roudouly (de Caussade), Tapie (de Toulouse), Parisot (de Nancy), Sturel (de Jussy), de Brun du Bois-Noir (de Beyrouth), Verneau (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. le prof. Ménétrier, les Drs de Massary, Delbecque, Roy, Gascuel, Rogues de Fursac (de Paris), Cuché (de Meulan), Papillon, Courtillier, Vivier, Gallois, Lelongt, Quignard, Arnould, Bonamy, Ancelet (de Paris), Albot (d'Asnières), Bonnet, Astier, Tisné, Lebon (de

Paris), Grilhaut des Fontaines (de Bois-Colombes), Dupont (de Mantes), Desternes et Chatellier (de Paris), Potel (de Bellevue), Huber et Jean-Charles Roux (de Paris), Calvé (de Berck-sur-Mer), Duret (de Lille), Wigniolle (de Douai), Debu (de Cambrai), Dejardin (de Boulogne-sur-Mer), Fouchou-Lapeyrade (de Berck-Plage), Prévot (de Versailles), Chalochet (d'Abbeville), Léonard (de Sedan), Collignon (de Chaumont-Porcien), Termet (du Havre), Cerné (de Rouen), Poupault (de Dieppe), Hue (de Mont-Saint-Aignan), Veslin (d'Evreux), Rachet (de Honfleur), Engelbach (du Havre), Cotoni (d'Oissel), Plu (du Mans), Rollin (de Nogent-le-Rotrou), Poix et Hervé (du Mans), Le Jemtel (d'Alençon), Geffrier (d'Orléans), Dubois (de Blois), Cantin (de Brie-Comte-Robert), Cœur (d'Orléans), Comar (de Paris), Regoby (de Perthes-en-Gâtinais), Marion (de Tonnerre), Perraudin-Postel (de Varennes), Villard (de Verdun), Tuefferd (de Montbéliard), Duvernoy (de Belfort), Prieur (de Besançon), Guyon (de Remiremont), Morlot et Dubard (de Dijon), Houzé (de Nevers), Domec et Ferry (de Dijon), Boussey (d'Auxonne), Bouley (de Beaune), Delaunay (de Poitiers), Martin et Boquel (d'Angers), Orrillard (de Châtellerault), Thierry et Maurice (de Tours), Ferrand (de Rennes), Béchet (d'Avranches), Dameuve (de Carentan), Gringoire (de Redon), Rappin (de Nantes), Rivet et Becigneul (de Nantes), Dumont (de Périgueux), Franc (de Sarlat), Chibret (d'Aurillac), Méplain (de Moulins), Puistienne (de Vichy), Mouret (de Brioude), Nigay (de Vichy), Chevallet (de Saint-Etienne), Carry, Jean Lépine, Loison et Gouillioud (de Lyon), Bisch (de Grenoble), Magnanon (de Valence), Reboul, Audry et Rafin (de Lyon), Comte (de Grenoble), Mollard, Madinier, Arloing, Tellier et Michon (de Lyon), Denarie (de Chambéry), Lyonnet (de Lyon), Simonot (de Nîmes), Poucel (de Marseille), Daspres (de Toulon), Arreat (de Marseille), Vaillant (d'Aix-en-Provence), Menier (de Juan-les-Pins), Revillet (de Cannes), Gras (de la Ciotat), Gascuel (d'Alais), Massoni (de Calvi), Vabre (de Béziers), Marty (de Cabezac), Galibert (de Clermont-l'Hérault), Bastard (de Pézenas), Petit (de Cette), Bonneville (de Mazamet), Vieu (d'Olargues), Rey (de Gaillac), Bertin-Sans (de Montpellier), Descomps (d'Aiguillon), Ausset (de Cahors), Barret de Nazaris (d'Agen), Alibert (de Montauban), Lasserre (de Toulouse), Verdenal (de Pau), Hallot (de Noyon), Lasserre (de Bayonne), Depierris (de Cauterets), Lacayre (d'Arveyres), Belliard (de Biscarone), Teulières (de Bordeaux), Simon et Adam (de Nancy), Liégeois (de Blainville-aux-Saules), Macé et Hypolitte (de Nancy), Blaise (de Troyes), Noël Hallé, Letellier et Guillon (de Paris), Paillotte (de Nogent-sur-Marne), Vinot (de Juvisy-sur-Orge), Henri-Marie Leroux (de Paris), Vincent et Tournier (de Lyon), Hugues (de Cannes), Doulet (de Marseille), Gervais de Rouville (de Montpellier), Toujan (de Toulouse).

MM. les chirurgiens dentistes Martinier (de Paris), Bouvet (d'Angers).

LES HOPITAUX DE PARIS AURONT DU RADIUM. — La 5e commission du Conseil municipal avait chargé le Dr Calmels du rapport au sujet de l'achat de radium par la Ville. Le rapporteur vient de conclure à l'achat de 2 gr. de bromure de radium au prix de 2.500.000 fr. Ce radium sera confié à l'Assistance publique; ainsi nos hôpitaux ne seront plus distancés au point de vue des ressources radiothérapiques, comme ils le sont actuellement par ceux de l'étranger.

La **MAISON DU MÉDECIN** tiendra son Assemblée générale annuelle le dimanche 6 mars à la Faculté de médecine de Paris, à 5 heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Dr Schwartz, membre de l'Académie de médecine, président de l'œuvre.

A l'ordre du jour; compte rendu moral et financier pour les deux exercices 1919 et 1920; modification aux statuts (élévation du taux de la cotisation); élection de 9 membres du Conseil d'administration en remplacement de 6 sortants, 2 décédés et 1 démissionnaire.

JURISPRUDENCE

PRESCRIPTION EN MATIÈRE D'HONORAIRES DE MÉDECINS

La 1re Chambre de la Cour d'appel de Paris a rendu une décision intéressante à signaler au sujet de la demande qui a été formée par les héritiers du Dr C... contre la reine Nathalie de Serbie, belle-mère de la reine Draga-Machin, à l'occasion de la délivrance, alors espérée de cette dernière qui, comme on le sait, a été assassinée. Les héritiers réclamaient une somme de 30.800 fr. pour honoraires et frais de déplacement dus au docteur.

La reine Nathalie opposait la prescription. Pour combattre ce moyen de défense, les héritiers demandèrent que le serment prévu par l'article 2275 du Code civil lui fût déféré. Cet article dispose que ceux auxquels les courtes prescriptions seront opposées, peuvent déférer le serment à ceux qui les opposent sur la question de savoir si la chose a été réellement payée.

On sait que la prescription dispense de toute preuve celui qui l'invoque et n'admet la preuve contraire que dans les cas où cette preuve a été expressément réservée par la loi. Les courtes prescriptions (art. 2271 et suiv.) sont fondées *sur une présomption légale* de paiement, qui ne peut être combattue que par la délation du serment au débiteur prétendu : aucune autre preuve n'est admissible. Parmi les courtes prescriptions est celle de l'article 2272, C. civ., opposable aux médecins.

La Cour d'appel, dans son arrêt du 15 janvier 1921, a admis, après le tribunal civil de la Seine, la prescription dans l'instance engagée par les héritiers du Dr C..., en déclarant qu'il n'y avait pas lieu de déférer le serment, parce qu'en l'espèce c'était non la loi française, mais la loi serbe qui devait s'appliquer; or, celle-ci n'admet pas la délation du serment comme le fait la loi française.

« Considérant, dit la Cour, qu'après son mariage avec le roi Alexandre, la dame Draga-Machin se croyant enceinte, fit demander au docteur C..., qu'elle avait connu à Saint-Sauveur de venir la voir à Belgrade; que cette démarche ne contenait aucun engagement d'avoir recours à ce dernier pour les soins à donner pendant la grossesse ou pour l'accouchement.....

Considérant qu'une somme de 6.000 fr. lui (au Dr C...) a été remise en rémunération de l'examen auquel il a procédé au mois de septembre 1900;

Considérant que C... n'ayant, dans la suite, reçu aucune nouvelle de la santé de la reine, il lui adressa les 25 février et 17 mars 1901, deux lettres conçues dans les mêmes termes, la première étant demeurée sans réponse, par lesquelles il lui rappelait qu'ayant pris l'engagement d'être tout dévoué à son service, il croyait utile de l'avertir que si elle était dans l'intention de lui confier son accouchement, il serait d'indispensable nécessité qu'il allât la voir. Qu'il apparaît très clairement de cette correspondance qu'aux dates sus-indiquées, la reine n'avait pris aucun engagement vis-à-vis de C... concernant son accouchement; que ce n'est que plus tard qu'elle fit écrire, de Belgrade, par une de ses dames d'honneur, au médecin qu'il n'avait pas besoin de venir pour l'examen, mais qu'elle tenait qu'il fût là au moment de l'accouchement;

« Considérant qu'il est ainsi établi que la sollicitation est venue de C..., demeurant à Paris; que l'acceptation a eu lieu à Belgrade ; que, par suite, la convention s'est formée dans cette ville, puisque c'est là que s'est produit le concours de volonté et leur accord ; que, dans ces conditions, le tribunal a déclaré avec raison que le contrat dont se prévalait la Vve R..... (c'est-à-dire l'héritière) était régi par la loi serbe et que l'appelante était sans droit pour déférer le serment autorisé par l'article 2275 du Code civil, alors qu'il n'est pas contesté que des dispositions semblables n'existent pas dans la législation en vigueur dans le royaume de Serbie. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

DÉSENSIBILISATIONS & RESENSIBILISATIONS

A VOLONTÉ

CHEZ UNE MALADE ANAPHYLACTISÉE A L'ANTIPYRINE

Par MM. FERNAND WIDAL et PASTEUR VALLERY-RADOT.

Nous rapportons un nouveau cas d'anaphylaxie à l'antipyrine. Chez une malade dont l'histoire a été précédemment publiée (1), nous avions montré comment une phase de désensibilisation pouvait succéder à la phase de sensibilisation. Dans l'observation dont nous allons relater les diverses péripéties, on verra que nous avons fait plus encore et que nous avons pu, plusieurs fois de suite, à volonté, désensibiliser et resensibiliser notre sujet. Un tel fait, qui a été suivi avec une rigueur expérimentale, tire son intérêt des notions précises qu'il apporte sur l'évolution de certains phénomènes anaphylactiques et des applications qui peuvent en découler pour la pratique.

D'autres particularités, méritant d'être retenues dans ce cas d'anaphylaxie, nous incitent à relater cette observation dans ses différents détails.

***

Il s'agit dans notre cas d'une femme de 42 ans, atteinte de diabète depuis 8 ans. Avant de ressentir les premiers symptômes de ce diabète, elle prenait depuis de longues années, à intervalles assez espacés, de l'antipyrine pour calmer de rares migraines, sans ressentir aucun symptôme anormal.

Il y a trois ans, alors que depuis le début de son diabète, c'est-à-dire depuis 5 ans, elle ne prenait plus d'antipyrine, un médecin lui conseille de revenir à ce médicament considéré comme remède antidiabétique. Dès l'absorption du premier cachet apparaissent des accidents que la malade n'avait jamais vu survenir lorsqu'elle prenait jadis de l'antipyrine. Cinq minutes après avoir ingéré le médicament, elle éprouve une sensation de tiraillement au-dessus de la lèvre supérieure près de la commissure labiale droite. En même temps se manifestent en cette région de la rougeur et de l'enflure; quelques heures après, apparaît une vésicule d'herpès. Les jours suivants, à l'endroit de la vésicule, une petite croûte se forme.

La malade continue, malgré ces troubles, à prendre de l'antipyrine pendant deux mois, d'une façon discontinue. Après chaque ingestion, les mêmes symptômes apparaissent. Emue par ces manifestations cutanées, elle va consulter un second médecin qui lui conseille de cesser l'antipyrine.

Depuis un an la malade était restée dans l'abstinence complète de ce médicament, lorsqu'un autre médecin lui ordonna à nouveau de l'antipyrine. Elle reprend un cachet. Les mêmes symptômes que précédemment se manifestent. Elle renonce désormais à cette thérapeutique.

Lorsque nous vîmes pour la première fois la malade en janvier 1920, elle n'avait plus absorbé d'antipyrine depuis 18 mois. Nous recherchâmes si elle était toujours sensibilisée.

Le 17 janvier 1920, à 17 h. 05, nous lui faisons ingérer 1 g. d'antipyrine.

17 h. 09, sensation de « battements » dans la lèvre supérieure, près de la commissure labiale droite.

17 h. 14, légère enflure à cet endroit.

17 h. 22, sensation de brûlure localisée.

17 h. 25, la malade ressent comme des picotements d'aiguille entre le nez et la lèvre supérieure.

17 h. 30, rougeur au niveau de l'enflure.

17 h. 39, l'enflure et la rougeur augmentent d'intensité. La malade dit ressentir une sensation de « battements » et de brûlure dans la région naso-labiale droite.

Les heures suivantes, les mêmes symptômes persistent. La nuit, elle ne peut dormir.

Le lendemain matin, 18 janvier, nous la revoyons à 10 heures. La lèvre supérieure du côté droit, fortement œdématiée, est complètement déformée. A l'œdème s'ajoute une rougeur accentuée.

Le 19 janvier une vésicule d'herpès se forme à la lèvre supérieure dans la région œdématiée.

Le 20 janvier la vésicule se dessèche.

Les jours suivants, à la place de la vésicule, existe une croûtelle; la lèvre reste tuméfiée.

Le huitième jour seulement les symptômes ont complètement disparu.

Quatre minutes après l'absorption ont apparu des symptômes subjectifs, et, neuf minutes après l'absorption, les symptômes objectifs se sont manifestés.

Dans notre précédente observation, l'apparition des symptômes était, de même, extrêmement rapide : neuf minutes après l'ingestion d'antipyrine, les symptômes cutanés apparaissaient.

La localisation de l'éruption se faisait chez ces deux malades dans la région périlabiale. Cette même localisation dans les deux cas est curieuse; mais non moins remarquable est la fixité dans la topographie des accidents chez la malade dont nous rapportons actuellement l'histoire. C'est toujours au même point précis que chez cette malade les symptômes cutanés apparurent au cours des très nombreux essais que nous fîmes dans la suite. Bien plus, ayant pratiqué une cuti-réaction à l'antipyrine dans le but de rechercher si de l'érythème et de l'œdème n'apparaissaient pas au point de scarification, nous fûmes fort étonnés quand, un quart d'heure après la cuti-réaction qui resta négative, la malade se plaignit de picotements à la lèvre supérieure, exactement dans la même zone où elle avait coutume d'éprouver cette sensation après l'ingestion d'antipyrine.

Il y a donc ici, ainsi que pour de nombreux cas d'anaphylaxie observés en clinique, un point d'appel; comme l'un de nous l'a exprimé avec MM. Abrami et Et. Brissaud (1), si tel sujet fait une crise d'asthme, tel autre une attaque d'urticaire, tel autre une crise d'épilepsie, c'est par suite d'une sensibilité organique spéciale que le « choc » vient réveiller. Tels ou tels éléments cellulaires se montrent, suivant les sujets, plus particulièrement fragiles et traduisent leur souffrance par un syndrome fonctionnel déterminé. Notre observation actuelle est une démonstration frappante de ces localisations de la crise anaphylactique en un point toujours le même : quelle que soit la dose d'antipyrine et quelle que soit la voie d'introduction, les symptômes se manifestèrent toujours sous forme d'érythème cutané et exactement au même endroit parce que vraisemblablement il existait en cette zone une vulnérabilité particulière des cellules.

Cette anaphylaxie à l'antipyrine était spécifique.

(1) Fernand WIDAL et PASTEUR VALLERY-RADOT. Anaphylaxie à l'antipyrine apparue après une longue phase de sensibilisation. Désensibilisation, *Presse méd.*, 4 fév. 1920, p. 93.

(1) F. WIDAL, P. ABRAMI et Et. BRISSAUD. Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique. Signification de l'hémoclasie, *Presse méd.*, 23 avril 1920.

D'autres médicaments, tels que le salicylate de soude, l'aspirine étaient bien tolérés. Chez notre précédente malade la sensibilisation était, comme ici, spécifique; ni la codéine, ni l'urotropine, ni l'aspirine, ni même le pyramidon cependant si voisin de l'antipyrine ne provoquaient d'accident.

* * *

Notre malade actuelle était, comme la précédente, une diabétique. Dans ces deux cas, les troubles provoqués par l'ingestion d'antipyrine apparurent après que le diabète se fût déclaré. Récemment, nous avons vu un nouveau cas de ces accidents provoqués par l'antipyrine chez une diabétique. Certains sujets non glycosuriques peuvent, il est vrai, faire des accidents d'ordre anaphylactique à la suite de l'ingestion d'antipyrine et, récemment, l'un de nous avec M. Haguenau en a observé un exemple; mais on ne peut s'empêcher de penser qu'il y a eu dans nos trois cas d'anaphylaxie à l'antipyrine chez des diabétiques plus qu'une coïncidence entre les accidents anaphylactiques et le diabète, et l'on peut se demander si, chez ces trois malades, les modifications du milieu humoral apportées par le diabète ne sont pas à l'origine de cette anaphylaxie.

* * *

Il était intéressant de rechercher si les symptômes d'anaphylaxie à la suite de l'ingestion de ce cristalloïde étaient précédés de la crise vasculo-sanguine, dite crise hémoclasique, que l'on observe d'une façon constante dans les cas d'anaphylaxie dus aux albuminoïdes.

Dans notre précédente observation d'anaphylaxie à l'antipyrine nous n'avions pu la déceler, et nous émettions l'hypothèse que, dans ces cas où les accidents cutanés surviennent si rapidement après l'ingestion déchaînante, la crise hémoclasique devait être extrêmement fugace. Cette hypothèse a été confirmée par notre observation actuelle. Ici, nous avons pu mettre en évidence cette crise hémoclasique en faisant des prises de sang toutes les deux minutes après l'ingestion d'antipyrine.

A 9 h. 40 la malade ingère 1 gr. d'antipyrine. Le nombre de ses leucocytes est de 7.500. Jusqu'à 9 h. 50 ce chiffre n'a pas varié; mais à cette minute même, il tombe à 5.500.

A 9 h. 51 le prurit apparaît.

A 9 h. 54 les leucocytes remontent à 9.900 et à 9 h. 58 ils reviennent au chiffre initial, 7.800, tandis que l'érythème apparaît.

Un second examen hématologique fait dans les mêmes conditions donna les mêmes résultats. A 9 h. 55 la malade, ayant 8.700 leucocytes, ingère 1 gr. d'antipyrine.

A 10 h. 2 elle a 6.400 leucocytes.

A 10 h. 8 les leucocytes remontent à 8.300.

A 10 h. 11 le prurit apparaît.

Dix minutes après l'ingestion dans la première expérience, sept minutes après dans la seconde, la crise sanguine apparut, préludant les signes cutanés. Elle fut extrêmement fugace, ne durant que quelques minutes. Cette crise est bien différente de la crise hémoclasique qui s'observe dans les anaphylaxies d'origine albuminoïdique où les troubles vasculo-sanguins se déroulent d'ordinaire suivant un rythme lent.

La rapidité d'apparition de la crise et sa fugacité dans cette anaphylaxie à l'antipyrine nous expliquent comment elle avait pu passer inaperçue chez notre première malade. Chez cette seconde malade, lorsque nous ne faisions pas des examens de minute en minute, elle nous échappa aussi.

Nous nous sommes demandé si cette crise sanguine n'était pas d'une durée plus longue lorsque les symptômes se manifestaient plus tardivement. Alors que la malade était restée seulement deux jours sans antipyrine et que tout faisait prévoir que la crise cutanée apparaîtrait plus tardivement que de coutume, pour les raisons que nous donnerons dans la suite de l'observation, nous fîmes des prises de sang toutes les dix minutes après avoir fait ingérer 1 gr. d'antipyrine à la malade. La crise cutanée apparut à la soixante-deuxième minute, mais la crise sanguine, recherchée de cette façon, échappa à notre examen.

* * *

Un autre point intéressant à fixer était de rechercher la dose minima d'antipyrine capable de déclancher les accidents.

Le *5 février* à 12 h. 20, la malade ingère *0g02 d'antipyrine*. A 12 h. 45 elle ressent des picotements à la lèvre supérieure. Une heure après, apparaît de la rougeur et de l'enflure au même endroit que le 17 janvier et avec le même aspect. La rougeur disparaît dans la nuit. L'enflure persiste 24 heures. Il ne se développe pas de vésicule d'herpès.

Le *9 février* à 11 h. 45 elle ingère 0g01 d'antipyrine. A 16 heures, elle ressent de petits picotements à la lèvre supérieure; en même temps apparaissent une rougeur et une enflure légères. Le lendemain l'enflure persiste jusqu'au soir et la muqueuse labiale est un peu plissée.

Le *12 février* elle ingère 0g005 d'antipyrine. Aucun symptôme.

Les semaines suivantes, nous refaisons à différentes reprises les mêmes essais avec 0g02, 0g01 et 0g005.

0g02 donnent de légers symptômes cutanés.

0g01 tantôt reste sans action, tantôt détermine une très légère enflure.

0g005 sont sans action.

Il résulte de ces essais que 0g01 était la dose la plus faible capable de déclancher les symptômes cutanés.

* * *

Ayant constaté que la malade était bien anaphylactisée et que des doses même tout à fait minimes étaient capables de provoquer chez elle des troubles cutanés, nous nous sommes appliqués à la désensibiliser en la soumettant à des doses d'antipyrine progressivement croissantes.

Du 15 mai au 1er juin, elle ingère chaque jour 0g01 d'antipyrine. Aucun symptôme.

Du 2 au 7 juin, elle prend chaque jour 0g02 d'antipyrine. Aucun symptôme.

Le 8 juin, elle prend 0g05 d'antipyrine. Une demi-heure après, elle ressent de petits picotements à la lèvre supérieure, puis une très légère rougeur qui dure 2 heures.

Le 9 et le 10 juin, 0g05 déterminent les mêmes symptômes.

Les 11, 12, 13, 14 et 15 juin, 0g05 ne provoquent plus aucun trouble.

Le 17 juin elle prend 0g10 d'antipyrine. Un quart d'heure après, elle ressent des picotements à la lèvre supérieure et une rougeur apparaît, toujours localisée dans la même zone. C'est seulement 6 heures un quart après l'ingestion que l'enflure se manifeste, elle dure quelques heures. Ces symptômes sont très légers.

Le 18 juin, elle prend de nouveau 0g10 d'antipyrine. Un quart d'heure après, elle ressent de petits picotements à la lèvre supérieure et une rougeur apparaît très légère. Les symptômes sont presque insignifiants.

Les 19, 20 et 21 juin, elle prend 0g10 d'antipyrine, sans qu'aucune manifestation se produise.

Le 22 juin, elle prend 0g20. Vingt minutes après, une petite rougeur apparaît à la lèvre supérieure. Ce phénomène, très léger, dure 2 à 3 heures.

Les 23, 24 et 25 juin, de nouveaux essais sont faits avec 0g20. Aucun symptôme.

Le 26 juin, elle prend 0g50. Un quart d'heure après, elle ressent de petits picotements à la lèvre supérieure, une très légère rougeur apparaît qui dure quelques heures.

Le 27 juin, 0g50 ne déterminent aucun symptôme.

Le 1er juillet, 1 gr. provoque une rougeur presque insignifiante à la lèvre supérieure. Cet érythème ne dure pas.

Le 7 juillet, la malade ingère de nouveau 1 gr. Mêmes symptômes que le 1er juillet.

Le 8 juillet, 1 gr. ne détermine aucun symptôme.

Les 11, 15, 18, 21, 24 juillet, la malade ingère de nouveau 1 gr. Un érythème très léger et fugace apparaît, comme le 1er et le 7 juillet.

Ces essais successifs montrent que la malade s'est désensibilisée sous l'influence du médicament donné d'une façon réitérée, à doses faibles puis progressivement plus fortes. Cette désensibilisation, cependant, n'était pas absolue : l'ingestion de 1 gr., provoquait encore des troubles, bien qu'extrêmement atténués; la suite de l'observation montrera que la désensibilisation complète n'aurait pu être obtenue qu'en donnant tous les jours, sans interruption, de l'antipyrine à doses massives.

*
* *

Nous laissâmes notre malade du 24 juillet au 6 septembre, c'est-à-dire pendant 43 jours, sans ingérer d'antipyrine.

Le 6 septembre, à 7 heures du matin, nous lui faisons ingérer 1 gr. d'antipyrine et notre surprise est grande de constater qu'elle est, de nouveau, sensibilisée.

Au bout de 5 minutes, elle ressent un violent prurit labial et, presque aussitôt, la lèvre supérieure près de la commissure labiale droite devient rouge et tuméfiée. Les symptômes sont un peu moins intenses que ceux du 17 janvier. Les jours suivants, une vésicule d'herpès apparaît, comme nous l'avions vue après l'essai du 17 janvier.

Le 10 septembre, elle prend de nouveau 1 gr. d'antipyrine. Au bout de 5 minutes se manifestent les mêmes symptômes que le 6 septembre, moins intenses cependant.

Le 13 septembre, 1 gr. d'antipyrine provoque des symptômes de la même intensité que le 10 septembre.

Du 16 septembre au 25 octobre, nous lui faisons ingérer, tous les trois jours, 1 gr. d'antipyrine. Après l'ingestion de chaque cachet, elle a, au bout de 5 minutes, une *très légère* sensation de brûlure ou de prurit à la lèvre supérieure et une petite rougeur apparaît à cet endroit, *très peu marquée*.

Ces derniers essais montrent qu'après être restée du 24 juillet au 6 septembre sans ingérer d'antipyrine, la malade a retrouvé son état anaphylactique. Une seconde désensibilisation a pu être obtenue en donnant à la malade, non plus comme la première fois des doses progressivement croissantes du médicament nocif, mais des doses d'emblée massives. C'est par des sommations réitérées de l'organisme que l'état anaphylactique a pu, une deuxième fois, disparaître. Cependant, ici encore, la désensibilisation n'a pas été complète : l'ingestion d'antipyrine provoquait encore le dernier jour des manifestations cutanées. Il eût fallu, comme nous allons le voir, laisser la malade sous l'influence constante de l'antipyrine pour obtenir une désensibilisation complète.

*
* *

Ainsi nous avons pu voir se dérouler sous nos yeux deux cycles de sensibilisation et de désensibilisation. Les recherches que nous fîmes dans la suite nous montrèrent que ce n'était pas un fait du hasard ; il nous fut possible de désensibiliser et de resensibiliser de nouveau, à volonté, cette malade. Bien plus, nous pûmes graduer, pour ainsi dire, l'état anaphylactique suivant le laps de temps entre les ingestions du médicament nocif.

Nous laissâmes la malade sans antipyrine pendant 55 jours, du 25 octobre au 20 décembre.

Le 21 décembre, nous lui faisons ingérer de nouveau 1 gr. d'antipyrine.

Au bout de 11 minutes, des accidents surviennent, calqués sur ceux des deux précédentes reprises, mais un peu moins violents. Ainsi, pour la troisième fois, la malade était anaphylactisée.

Le 22 décembre, 1 gr. d'antipyrine provoque les mêmes symptômes que le 21 décembre, mais, au lieu d'apparaître au bout de 11 minutes, ils ne surviennent qu'à la 16e minute et sont plus atténués.

Le 23 décembre, la malade ingère à nouveau 1 gr. d'antipyrine. Les symptômes se manifestent une demi-heure seulement après la prise et sont encore moins accentués que la veille.

Le 24 décembre, 1 gr. d'antipyrine reste sans aucun effet.

A dater de ce jour jusqu'au 1er janvier inclusivement, la malade prend tous les jours 1 gr. d'antipyrine, sans qu'aucun phénomène se produise, subjectif ou objectif.

Dans cette phase de notre observation, nous avons assisté à un nouvel état anaphylactique qui disparut cette fois-ci *complètement*, sous l'influence de doses massives ingérées d'une façon continue sans laisser à l'organisme, un jour de repos.

Si nous jetons un coup d'œil en arrière, nous voyons jusqu'ici trois cycles de sensibilisation suivie de désensibilisation. Chaque nouvel état anaphylactique était un peu moins prononcé que le précédent et la désensibilisation était chaque fois plus facile. C'est seulement la troisième fois que la désensibilisation put être complète. Les essais suivants montreront que cette désensibilisation *totale* fut obtenue parce que nous attaquâmes *chaque jour* l'organisme d'une façon intensive.

Le 2 et le 3 janvier, la malade ne prend pas d'antipyrine.

Le 4 janvier, elle ingère 1 gr. Une demi-heure après, apparaissent du prurit et un très léger érythème à la lèvre supérieure. Cet érythème dure 3 h. 1/2.

Du 5 au 10 janvier inclusivement, elle ingère quotidiennement 1 gr. d'antipyrine. Aucun symptôme.

Deux jours d'abstention d'antipyrine ont suffi pour que la malade retrouvât son état anaphylactique. Dès le lendemain, elle était désensibilisée.

Du 11 au 14 janvier, elle ne prend plus d'antipyrine.

Le 15 janvier, elle ingère 1 gr. Au bout de 14 minutes apparaissent les mêmes symptômes que lors de la reprise du 4 janvier, un peu plus accentués cependant et d'une durée de 14 heures.

Du 16 au 19 janvier inclusivement, la malade ingère quotidiennement 1 gr. d'antipyrine sans qu'aucun symptôme se manifeste.

Quatre jours sans antipyrine ont fait réapparaître l'état anaphylactique. Les symptômes sont plus accusés, plus rapides dans leur apparition et plus persistants que les symptômes observés alors que la malade était restée deux jours sans antipyrine; mais, la désensibilisation a été obtenue ici, comme précédemment, après le premier cachet.

Depuis, nous laissâmes de nouveau la malade sans antipyrine pendant deux jours et nous vîmes réapparaître ensuite les mêmes symptômes que le 4 janvier.

Ainsi, l'abstinence d'antipyrine pendant deux jours redonne à la malade son état anaphylactique. Pour qu'elle reste désensibilisée, il faut donc qu'elle soit sous l'influence constante du médicament nocif.

*
* *

Cette observation nous a montré dans son ensemble l'évolution des phénomènes anaphylactiques et nous a révélé toute l'action que l'on peut avoir sur eux. Nous avons pu, à notre gré, désensibiliser et resensibiliser plusieurs fois cette malade et il nous a été possible d'intensifier ou d'atténuer à volonté les symptômes d'anaphylaxie : moins long était le temps laissé entre la dernière et la nouvelle ingestion, moins violents étaient les symptômes et plus était facile la désensibilisation. C'est la première fois, croyons-nous, que l'on put ainsi à volonté désensibiliser et resensibiliser un sujet anaphylactisé. Ces sensibilisations et ces désensibilisations, nous avons pu les discipliner et même les graduer, pour ainsi dire. Il nous a été possible de régler la marche de cette observation clinique avec une précision rigoureuse et d'étudier ce cas d'une façon expérimentale.

De tels faits de sensibilisations et de désensibilisations successives ne sont sans doute pas exceptionnels. Notre constitution humorale doit être sans cesse modifiée par ces alternatives, et bien des troubles morbides qui apparaissent, disparaissent et reviennent, sans que nous puissions saisir les causes de ces variations, doivent trouver là leur explication.

Du point de vue pratique, enfin, cette observation montre que par des sommations réitérées de l'organisme, en soumettant le sujet à des doses massives de la substance anaphylactisante d'une façon continue, on parvient, dans certains cas, à la désensibilisation.

Tels sont les faits principaux, en dehors de ceux que nous avons relatés au cours de notre exposé, qu'apporte ce nouveau cas d'anaphylaxie à un cristalloïde. Il nous a semblé donner des vues nouvelles sur ces phénomènes encore peu connus qui régissent cependant une partie de notre vie physiopathologique.

UN CAS
DE
« SCIATIQUE APPENDICULAIRE »

Par le Dr Edouard ANTOINE.

(*Travail du service du* Dr R. Bensaude [*hôpital Saint-Antoine*]).

Enriquez et Gutmann (1) en 1913, puis Gutmann (2) en 1914 et dernièrement encore (déc. 1920) ont appelé l'attention sur plusieurs cas d'*appendicites claudicantes.* Nous venons d'observer tout récemment un cas typique de *sciatique appendiculaire*, qui se rapproche beaucoup des faits publiés par ces deux auteurs : son étude clinique, radiologique et histologique est des plus intéressantes.

Il s'agit d'un malade, venu dans le service pour douleurs persistantes dans la cuisse et la jambe droites, diagnostiquées jusque-là *sciatique* et traitées en vain comme telle pendant plusieurs mois. Malgré une symptomatologie abdominale fruste, et sur laquelle d'ailleurs le malade n'attirait nullement l'attention, le diagnostic a pu être précisé : il s'agissait en réalité d'une appendicite chronique, seule responsable de la névralgie. La preuve a pu en être faite par l'étude clinique et radiologique et l'examen du sang; d'autre part, l'intervention opératoire a confirmé ces données en amenant la guérison complète. Fait curieux, qui indique combien l'opération proposée était nécessaire, l'examen histologique a montré que l'appendicite chronique s'était compliquée d'une poussée aiguë inflammatoire presque perforante pendant les derniers jours qui ont précédé l'opération.

(1) Enriquez et Gutmann. La sciatique appendiculaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 juin 1913.

(2) Gutmann. Les formes à surprise de l'appendicite. *Th. de Paris*, 1914; des formes à surprise de l'appendicite chronique et des moyens de les diagnostiquer, *Méd. prat.*, déc. 1920.

Étude clinique. — Observation. — Mart..., manœuvre, âgé de 28 ans, entre salle Chomel, dans le service du Dr Bensaude, le 8 septembre 1920. Il se plaint de douleurs sciatiques dans le membre inférieur droit.

Il y a 6 mois, un matin, au moment de se lever, le malade a ressenti pour la première fois, une légère douleur au niveau du talon à droite. Puis cette douleur a gagné de proche en proche la jambe, puis la cuisse droite. Pendant les premiers mois, M... continue son travail, se faisant des frictions locales à l'huile salicylée, d'ailleurs sans aucun résultat. Mais ces douleurs deviennent de plus en plus fortes, résistant à tout traitement. Ne pouvant plus marcher ni travailler, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Ce malade est alors examiné rapidement, et l'on diagnostique une névralgie sciatique droite, pour laquelle le traitement usuel est pratiqué : repos au lit, aspirine, frictions locales calmantes. Cependant aucune amélioration n'étant obtenue, on va même jusqu'à pratiquer chez lui plusieurs injections épidurales de sérum novocaïné, et cela d'ailleurs sans aucun résultat. Depuis son entrée salle Chomel, après sept semaines de ce traitement, l'amélioration ne s'est manifestée que par une légère diminution de la douleur et cela seulement lorsque le malade reste couché. Ses douleurs reprennent avec la même intensité dès qu'il essaie de se lever et de marcher. Mais comme les symptômes de cette sciatique sont peu nets et que le malade se plaint, on va même jusqu'à le soupçonner d'exagérer quelque peu ses douleurs pour prolonger son séjour à l'hôpital.

Signes physiques. — Lorsque nous examinons ce malade pour la première fois en novembre 1920, nous provoquons une douleur assez nette au niveau de la tête du péroné droit, au creux poplité et tout le long du trajet sciatique à la face postérieure de la cuisse droite. Il n'y a ni points douloureux fessiers, ni sacrés. L'extension du membre inférieur droit n'est que très légèrement douloureuse; l'adduction et la rotation interne ne le sont pas, mais l'abduction de la cuisse provoque des douleurs.

Couché, le malade souffre peu, mais il lui est très pénible de se tenir debout et surtout de marcher. Il présente une attitude hanchée du côté droit avec scoliose de compensation.

Enfin il marche courbé en deux et sa démarche est nettement claudicante.

L'examen complet de ce malade fait penser à l'existence d'une *appendicite chronique* : son faciès présente le masque appendiculaire; l'abdomen, qui est souple dans sa moitié gauche, est résistant et se défend dans la partie droite; et une palpation profonde et méthodique de la fosse iliaque droite provoque, à tout coup, une douleur très nette dans la région appendiculaire, profondément presque contre l'articulation sacro-iliaque. Cette douleur provoquée irradie d'ailleurs dans la cuisse le long du sciatique et augmente sensiblement quand le malade soulève le membre inférieur droit pendant que l'on palpe la fosse iliaque.

Le toucher rectal réveille une très légère douleur à droite et en arrière. Il n'y a pas de troubles sensitifs, ni réflexes, ni trophiques. Les troubles digestifs sont légers : les selles sont régulières, mais les nausées ne sont point rares, surtout au réveil, le matin.

La température est normale.

Laboratoire. — L'*examen du sang*, pratiqué le 9 novembre (Mme S...) montre de la leucocytose sans polynucléose, avec tendance plutôt à la mononucléose.

Globules rouges	4.154.000
Globules blancs	21.000
Polynucléaires	63
Eosinophiles	0
Mononucléaires et lymphocytes	37

Radioscopie. — En même temps, l'*examen radioscopique* est pratiqué (fig. 1 et 2).

L'estomac est normal. Le transit intestinal présente un léger retard. Le cæcum est haut situé, peu volumineux. Il ne descend pas dans la fosse iliaque à sa place habituelle. Des incisures profondes découpent ses bords. Le bas-fond cæcal est absolument immobile et fixé à la paroi postérieure du bassin dans les deux positions debout et couchée. Enfin on provoque un point douloureux très net et constant au niveau du bord interne du cæcum.

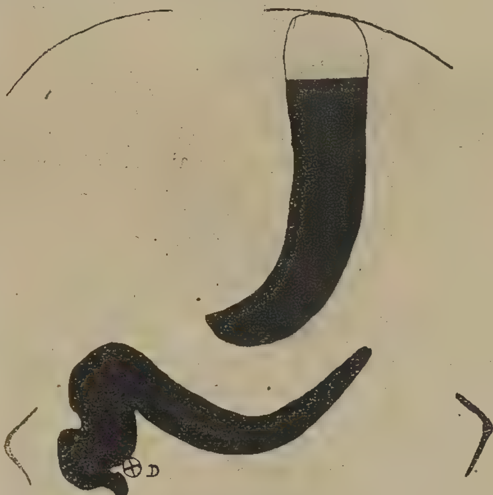


FIG. 1.

Position debout. — D = point douloureux appendiculaire. Trois repas avaient été pris 18 heures, 14 heures et 10 heures avant l'examen (selon la technique de M. Enriquez).



FIG. 2.

Position couchée (décubitus dorsal). — Fixité absolue du cæcum et de son point douloureux appendiculaire dans les deux positions.

Antécédents. — Aucune maladie dans l'enfance.

A 16 ans, un jour, après le repas de midi, il a ressenti une douleur brusque et violente dans la fosse iliaque droite. Après avoir duré 1 à 2 heures, la douleur disparaît spontanément. Deux ou trois crises douloureuses semblables se reproduisent dans la suite, accompagnées de nausées, mais sans vomissements. L'abdomen était ballonné et il y avait momentanément de l'hyperesthésie cutanée.

Évolution. — Le 22 *novembre.* — Le malade, se trouvant amélioré, et peu décidé pour une opération, sort sur sa demande; mais il n'est pas guéri et il persiste les mêmes symptômes atténués appendiculaires et sciatiques.

Le 24 *novembre*, il reprend son travail avec difficulté et, deux jours après, dans la nuit, il est pris d'une crise douloureuse très violente dans la fosse iliaque droite avec vomissements alimentaires. Malgré cela, le lendemain, il retourne à son travail; mais bientôt il est obligé de s'arrêter, ayant de violentes douleurs dans la jambe et la cuisse droites. Il y a de la constipation; la température est normale.

Il revient aussitôt salle Chomel, d'où, après quelques jours de repos, on l'envoie dans le service du prof. Lejars, avec le diagnostic :

Appendicite chronique à forme claudicante, avec réactions douloureuses simulant une sciatique. Crise subaiguë récente.

Le *11 décembre*, intervention opératoire (prof. Lejars) :

Incision sur le bord externe du droit; cæcum peu volumineux, rétracté dans l'angle externe du bassin. L'appendice est dévié en bas et en dedans, adhérent par son extrémité à la paroi postérieure, et fortement coudé au niveau de son quart original. On sectionne les adhérences qui le retiennent. Ablation de l'appendice par écrasement. Péritonisation et fermeture de la peau.

L'ouverture de l'appendice montre la présence de liquide louche dans sa cavité.

Les SUITES OPÉRATOIRES furent normales. Trois semaines après l'opération, le malade ne souffrait plus, sa démarche était normale et il a repris son travail.

Anatomie pathologique. — L'examen histologique de l'appendice a été pratiqué par le Dr André Cain. L'appendice présente des lésions de sclérose ancienne et des lésions aiguës surajoutées :

Les lésions d'appendicite aiguë s'étendent à toute l'épaisseur de la paroi de l'appendice jusque dans le méso. Elles dominent dans la muqueuse et la sous-séreuse.

Les lésions d'appendicite chronique se retrouvent dans la sous-muqueuse, la séreuse et le méso-appendice.

1° La *muqueuse* : forme une zone d'infiltration dense et non homogène, dans laquelle on ne retrouve plus de follicule clos, et qui est constituée surtout par des polynucléaires neutrophiles, mêlés aux éléments mononucléés normaux.

2° La *sous-muqueuse* se continue sans démarcation visible avec la muqueuse. Elle est *sclérosée* et le tissu conjonctif adulte est dissocié par l'infiltration. Vaisseaux atteints d'endocapillarité et lymphatiques thrombosés.

3° *Musculaire* amincie, à fibres dégénérées. Infiltration polynucléaire.

4° La *séreuse et la sous-séreuse* présentent les lésions les plus intenses. Leur épaisseur est très augmentée par suite de la *sclérose adulte* et des lésions d'*inflammation aiguë* (œdème infiltrant, amas de polynucléaires formant des petits îlots ou micro-abcès, îlots hémorragiques, tendance nécrotique). Congestion intense des veines et capillaires.

5° *Méso-appendice.* Sclérose ancienne (travées de collagène, épaississements vasculaires, infiltration lymphoïde) et lésions d'inflammation aiguë.

Conclusions. — *En résumé,* ce malade était atteint d'une névralgie rebelle, à type de sciatique droite, qui résistait depuis plusieurs mois à tous les traitements usuels. Les troubles fonctionnels, qui en résultaient, étaient assez tenaces pour lui imposer une démarche claudicante et lui interdire tout travail. L'examen clinique, la radiologie, l'examen du sang ont permis de rapporter ces accidents à l'existence d'une appendicite avec adhérences de l'appendice aux racines lombo-sacrées. L'intervention chirurgicale et l'examen histologique consécutif ont entièrement confirmé ces hypothèses.

Quelques remarques peuvent être retenues au sujet de ces faits :

Au point de vue clinique : si les troubles douloureux subjectifs étaient nets et bien localisés, les points douloureux objectifs l'étaient beaucoup moins, à part le point douloureux situé au niveau de la tête du péroné. Le signe de Lasègue était trouvé positif, mais celui de Bonnet restait négatif. Enfin, il n'y avait aucun trouble anesthésique, réflexe, ni trophique. Nous n'avons pas constaté les caractères qui permettent de penser, selon Sicard, aux « par-

asciatiques » ; il n'y avait pas d'irradiations douloureuses sur le trajet de nerfs autres que le nerf sciatique, et les troubles de la démarche ainsi que la scoliose étaient aussi accentués qu'au cours d'une sciatique « funiculaire » a frigore.

La douleur, au lieu de s'accentuer, s'atténuait plutôt dans la position couchée, contrairement à ce que Guttmann a observé. Il n'y a jamais eu de fièvre, même au cours de la poussée d'appendicite subaiguë survenue à la fin.

Au point de vue radiologique : La fixité du cæcum dans la fosse iliaque droite, quelle que soit la position debout ou couchée du malade, le point douloureux précis et constant sur le bord interne du cæcum au niveau de l'insertion appendiculaire confirmaient nettement l'hypothèse d'appendicite.

L'*examen du sang*, qui montrait 21.000 globules blancs avec 63 p. 100 de polynucléaires pour 37 monos, donnait également un renseignement utile en faveur de la lésion chronique inflammatoire.

Enfin, l'*examen histologique* de l'appendice révélait qu'à côté du processus d'inflammation chronique et ancienne, il y avait une poussée inflammatoire aiguë et récente, qui menaçait même d'une perforation. Cette poussée inflammatoire est survenue brusquement au moment où le malade, refusant l'opération, a essayé de reprendre son travail.

Elle montre combien l'opération était nécessaire.

Ces divers troubles observés paraissent assez explicables ; au cours de l'opération, l'extrémité de l'appendice a été trouvée enflammée, tuméfiée, entourée d'une réaction épiploïque, et fortement adhérente à la paroi postérieure du bassin, au voisinage du tronc lombo-sacré. En se reportant aux tableaux de Thornburn, qui donnent le mode de distribution des racines postérieures, on voit que la 5e racine lombaire et la 1re sacrée (tronc lombo-sacré) ont, comme territoire cutané, la plante du pied, le talon, les faces postérieure et externe de la jambe.

Or, dans cette observation-ci, le premier symptôme de la maladie a été une douleur très vive dans le talon droit, douleur qui s'est étendue les jours suivants, à la jambe et enfin à la cuisse.

Ces faits nous paraissent trop peu connus encore et pourtant semblent devoir être plus fréquents qu'on ne croit. C'est pourquoi nous nous sommes permis de publier cette longue observation. En présence d'une sciatique droite, à allure un peu anormale et persistante, on doit penser à la possibilité d'une lésion appendiculaire ou pelvienne. L'examen radiologique du tube digestif, correctement pratiqué, permettra de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

LETTRE D'AMÉRIQUE

La *chirurgie plastique des os* a fait d'immenses progrès aux Etats-Unis dans ces dernières années. Partout, l'on constate une tendance des plus manifestes à remplacer, par des greffes osseuses, tous les types d'ostéo-synthèse métallique, naguère, si en vogue. MASLAND (1) ne fait qu'exprimer, un peu plus énergiquement peut-être, que d'habitude, le consensus général d'opinion, quand il déclare, que la seule excuse, pour parler encore de plaques, de vis, de clous et de fils métalliques, est le manque d'outillage pour faire mieux.

Le nom d'ALBEE (2) domine la question des greffes osseuses, en Amérique. Depuis plus de quinze ans, il a travaillé, sans relâche, à leur étude expérimentale et clinique, ainsi qu'au perfectionnement d'une technique et d'une instrumentation applicables à l'homme. Ses statistiques, tant civiles que militaires, se montent déjà à plusieurs milliers de cas.

Ses travaux ont produit des résultats fort remarquables et l'ont amené à préconiser — peut-être avec un peu d'absolutisme et d'exclusivisme — la greffe *autogène, ajustée avec la plus grande précision*, du type marqueterie, comprenant toutes les parties constituantes de l'os : périoste, tissu osseux proprement dit, moelle. Chacune de ces couches doit être placée en apposition très exacte avec la couche correspondante de l'os qui reçoit la greffe, le contact de moelle à moelle étant, particulièrement, important. Cette greffe est destinée à devenir un foyer actif d'ostéogénèse et à assurer la fixation des fragments, tout en permettant la friction microscopique, l'une contre l'autre, des surfaces coaptées, si essentielle pour la prolifération osseuse (loi de Roux).

Cette greffe autogène est, dans la grande majorité des cas, prélevée sur le tibia, quelquefois sur la crête iliaque et découpée à la scie circulaire à double lame, actionnée par un moteur électrique. Le maillet et le ciseau ne répondent pas aux besoins de ce genre d'opérations ; ils demandent trop de temps. La scie à moteur permet, seule : 1° d'aller assez vite pour éviter le dessèchement et le trauma de la greffe et des tissus qui la reçoivent ; 2° d'obtenir un ajustement parfait. La scie à moteur, correctement maniée, ne vitrifie pas les surfaces osseuses et ne les échauffe pas, comme Albee a pu s'en rendre compte par des mesures directes. Toutefois, Masland n'est point de cet avis et juge nécessaire, de lubréfier, libéralement, les lames, pour éviter, dans la mesure du possible, un dégagement de chaleur, fâcheux pour la vitalité de l'os.

La greffe doit être suffisamment longue pour s'étendre d'au moins 5 cm. dans chaque extrémité osseuse et, en tout cas, dépasser toujours les limites de la zone sclérosée et éburnée. A côté de la greffe principale de fixation, il est bon de placer des greffes auxiliaires, « en copeau », qui agiront comme autant de foyers supplémentaires d'ostéogénèse. La fixation des greffes se fait à l'aide de tendon de kangurou, fort, bien toléré et absorbable, jamais à l'aide de pièces métalliques. La peau est suturée au catgut, afin que l'on n'ait point besoin de déranger le pansement et l'appareil plâtré.

Ces principes fondamentaux d'Albee sont généralement acceptés dans leurs grandes lignes. Cependant, ainsi qu'on pouvait le prévoir, il y a quelques divergences à signaler. HENDERSON (3), de la clinique des Mayo, fait observer, qu'en pratique, tous les échecs, à part ceux causés par l'infection, sont dus à une fixation ou à une dimension insuffisante de la greffe. Selon lui, les greffes intramédullaires et ajustées, telles qu'on les emploie d'ordinaire, sont trop petites. Une brisure de la greffe ne survient que rarement, quand le fragment transplanté est assez gros pour que, une fois l'opération terminée, il y ait dans la zone de fracture, de 20 à 25 p. 100 plus d'os que normalement. En ce qui concerne la fixation, Henderson rejette le catgut et le tendon de kangurou comme trop peu solides et se sert de *vis d'os de bœuf* préparées d'avance. Il admet que les chevilles autogènes préconisées par Albee, ou les

vis autogènes, pour lesquelles Bell (4) a fait fabriquer des instruments spéciaux, sont préférables, en théorie, aux vis d'os de bœuf. Mais l'application pratique offre trop de difficultés. Il décrit la fabrication de ces vis, qui sont bien tolérées et absorbées graduellement et complètement en 6 mois. Elles n'ont point la résistance du métal et il ne faut pas les soumettre à des épreuves qu'elles ne peuvent supporter, surtout, pas à la torsion. Une instrumentation spéciale est indispensable pour les mettre correctement en place.

Ce sont, précisément, ces mêmes objections d'Henderson, à savoir, la difficulté d'application pratique de la greffe autogène et l'insuffisance de fixation qu'elle donne, qui ont conduit Ryerson (4) à employer, dans les fractures des os longs, des *attelles intramédullaires d'os de bœuf*. Pour appliquer cette méthode, dont le principe avait déjà été décrit, il y a quelques années par Groves (5), point n'est besoin d'instruments spéciaux, une lime suffit. Tandis que Henderson et Ryerson admettent la supériorité de l'os vivant, Groves soutient qu'il a été amplement démontré que, lorsqu'un morceau d'os est employé en guise de clou ou de vis, pourvu qu'il soit exactement ajusté dans de l'os vivant, il n'y a aucune différence entre le tissu osseux vivant et le tissu mort au point de vue réaction. En six semaines, les cellules osseuses pénètrent aussi loin dans de l'os mort que dans de l'os vivant. Ceux qui soutiennent que l'os autoplastique est supérieur, dans ces cas, ne donnent pas de preuves. Mais, ajoute Groves, il ne faudrait pas conclure de cela que l'os de bœuf pourrait, tout aussi bien, être employé pour la greffe elle-même [ce qui a été fait par Gallie (6)], car alors, il s'agit d'une toute autre question. En préparant les attelles intramédullaires d'os de bœuf, remarque Schauffler (7), il faut ne pas céder à la tentation de choisir la partie la plus compacte de l'os et de lui donner un beau poli. Du tissu un peu spongieux et rugueux est bien préférable. L'ivoire dure beaucoup trop longtemps : souvent, après avoir obtenu une union parfaite, il faut réopérer pour enlever l'ivoire non absorbé, qui entretient une fistule.

Les blessures de guerre, par projectiles, avec perte souvent considérable de substance osseuse, ont fourni de nombreuses occasions d'appliquer en pratique ces principes généraux théoriques. Powers (8), Tainter (9) ont employé avec un succès remarquable les greffes osseuses dans le traitement des fractures de la mâchoire inférieure, consolidées ou non, avec perte de substance provoquant une déformation considérable. Toutes les fois que cela était possible, la greffe était prise sur le bord inférieur du maxillaire lui-même (méthode de Cole); sinon sur le tibia (méthode de Delagénière). Coleman (10) a employé l'ostéoplastie au moyen de la table externe des pariétaux, enlevée adhérente au péricrâne, pour combler les brèches craniennes. Les résultats sont très bons en ce qui concerne les étourdissements, vertiges et sensation d'insécurité et la peur du traumatisme; ils sont à peu près nuls dans les cas d'épilepsie jacksonienne. Primrose (11) a employé la même opération et a aussi essayé le « semis » de petits fragments osseux multiples.

En ce qui concerne les os longs et la colonne vertébrale, la statistique la plus intéressante est celle d'Albee (12) portant sur les 100 premiers cas opérés à l'hôpital général numéro 3, de l'armée américaine, hôpital consacré exclusivement aux cas orthopédiques. Tous furent traités par greffe osseuse; 79 fractures par projectiles avec perte de substance de 1 à 15 cm., 17 fractures simples, 4 fractures de la colonne vertébrale avec signes de compression. Ces 21 derniers cas ont tous donné des succès. Sur les 79 autres cas, 48 sont assez avancés pour que le résultat définitif soit connu; 38 succès, 4 échecs complets, 6 cas douteux dont 3 seront probablement des succès et 3 des échecs. La cause la plus fréquente d'insuccès est l'infection. La transplantation d'un fragment du tibia a été employée dans la plupart des opérations : parfois l'ostéoplastie par glissement; une fois, lorsqu'il s'agissait de fournir une surface d'opposition pour le pouce, tous les autres doigts avec leur métacarpien ayant été perdus, Albee préleva une greffe sur la clavicule, après avoir préalablement obtenu un fourreau de parties molles prises sur le thorax. La place manque pour donner plus de détails sur cet article fort intéressant.

A la section de chirurgie générale de l'A. M. A., Downes (13) (de New-York) fit une importante communication sur 175 cas de *sténose congénitale du pylore* opérés par pyloroplastie extramuqueuse. Cette opération est désignée en Amérique sous le nom d'opération de Rammstedt; mais, en commençant, Downes fait observer que l'idée essentielle de l'opération appartient à Fredet; Rammstedt a proposé une modification (suppression de la suture transversale) qui a été généralement acceptée. Aussi Downes donne-t-il le nom d'opération de Fredet-Rammstedt. Toutefois, d'après la discussion, il semble bien que le pli soit pris ici et que le nom de Rammstedt restera attaché à la pyloroplastie partielle. Downes a eu 30 morts sur 175 opérations, soit 17,1 p. 100, ce qui semble au premier abord décourageant; mais, si l'on ne considère que les cas opérés quatre semaines au moins après le début des accidents, la mortalité n'est que de 8 p. 100. De plus, au « Babies hospital » où Downes opère, la règle invariable est de classer comme mort opératoire toute mort à la suite d'une opération et plusieurs de ses malades sont morts de deux à quatre semaines après l'intervention, après avoir apparemment guéri; dix-huit moururent de trois à soixante-douze heures après l'opération; tous étaient en fort mauvais état et il eût été légitime de refuser d'opérer si l'on n'avait eu que les statistiques en vue. Le diagnostic de la sténose hypertrophique congénitale du pylore n'est point difficile. Maintenant que les médecins d'enfants sont d'accord pour considérer ces cas (sauf les plus légers) comme chirurgicaux, les résultats deviennent meilleurs; et l'opération de Fredet-Rammstedt a supplanté la gastro-entérostomie. Le seul accident à craindre est la perforation du duodénum. Sur 3 cas de Downes où cette complication est survenue, il y eut 1 mort. La seule mort dans la série de Ransohoff fut aussi due à la même cause. Dean Lewis a fait 12 gastro-entérostomies avec 3 morts et 9 convalescences orageuses, 5 Fredet-Rammstedt avec 5 succès. Hill a fait 22 opérations de ce genre avec 1 mort. Strauss, sur 163 cas, en a traité 56 médicalement et 107 par pyloroplastie avec 3 morts seulement. Sa technique diffère un peu de celle de Downes. Il connaît 42 autres cas avec 1 mort seulement. En somme, l'accord paraît à peu près fait sur la question, sur les indications, la technique et l'excellence des résul-

tats. Espérons que le crédit pour l'idée originale sera placé où il doit l'être. FAXTON E. GARDNER (de New-York.)

(1) MASLAND. *Ann. of surg.*, nov. 1919, p. 750.
(2) ALBEE. *Orthopedic and Reconstruction surgery*, Saunders, Philadelphie.
(3) HENDERSON. *Journ. A. M. A.*, 13 mars 1920, p. 715.
(4) RYERSON. *Journ. A. M. A.*, 1er nov. 1919, p. 1348.
(5) GROVES. *Ibid.*, p. 1349.
(6) GALLIE. *Amer. Journ. orthop. surg.*, juin 1918.
(7) SCHAUFFLER. *Journ. A. M. A.*, 1er nov. 1919, p. 1350.
(8) POWERS. *Ann. of surg.*, 1919.
(9) TAINTER. *Journ. A. M. A.*, 25 oct. 1919, p. 1271.
(10) COLEMAN. *Surg. gyn. obst.*, juillet 1920, p. 40.
(11) PRIMROSE. *Ann. surg.*, juillet 1919, p. 1.
(12) ALBEE. *Journ. A. M. A.*, 28 fév. 1920, p. 589.
(13) DOWNES. *Journ. A. M. A.*, 24 juillet 1920, p. 228.
(14) BELL. *Ann. surg.*, juillet 1919, p. 101.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1921)

La séance était entièrement consacrée à l'étude des **encéphalites aiguës chez l'enfant.**

M. BARBIER présente une fillette atteinte d'encéphalite léthargique en mars 1920. Après une période aiguë de 40 jours, il persiste un état de torpeur, un aspect figé, une perte de la mémoire absolue, si bien que l'enfant ne sait même plus manger, avaler, etc. Au bout d'un an, l'état va en s'aggravant et l'issue semble fatale.

L'auteur rapporte une observation analogue, puis 3 observations avec agitation et phénomènes choréiformes chez des enfants frappés antérieurement de chorée.

Ces observations montrent : 1° la longueur considérable que peut avoir l'évolution de la maladie; 2° la prédisposition à la maladie des sujets ayant eu une première atteinte d'une maladie nerveuse analogue; 3° la fréquence des phénomènes choréiques dans la maladie; 4° les chorées à forme grave sont en nombre anormal depuis les épidémies d'encéphalite léthargique, si bien qu'on peut se demander quels sont les rapports de la chorée avec l'encéphalite léthargique.

M. BABONNEIX ne croit pas qu'on puisse assimiler les phénomènes choréiformes de l'encéphalite à la chorée vraie. Dans l'encéphalite de l'enfant on ne voit jamais d'endocardite véritable qui est si fréquente dans la chorée de Sydenham. L'enfant présenté reproduisait absolument l'aspect d'un parkinsonnien, aussi quand on relit les observations anciennes de maladie de Parkinson chez l'enfant, ne peut-on se défendre de penser à des encéphalites léthargiques. Il en est de même de certaines paralysies pseudo-bulbaires.

MM. BARBIER et GUINON ne pensent pas que l'absence d'endocardite dans l'encéphalite soit suffisante pour faire repousser l'identité de certaines chorées avec l'encéphalite.

M. NETTER. S'il ne faut pas attribuer toutes les chorées à l'encéphalite, certains cas en ressortissent. L'encéphalite existait à l'état sporadique avant les épidémies actuelles et certaines chorées, des somnolences, des myoclonus multiplex devaient être des encéphalites. Comme dans la poliomyélite, il semble qu'il y ait une symptomatologie un peu différente dans les cas sporadiques et les cas épidémiques.

Il faut espérer que les travaux bactériologiques entrepris permettront d'ici peu de faire le diagnostic d'une façon certaine par des réactions biologiques.

M. COMBY. Jusqu'à ces dernières années l'encéphalite était méconnue chez l'enfant et confondue avec les méningites.

Cependant les lésions avaient été décrites dès 1868 par Hayem.

M. Raymond et ses élèves, Philippe Cestan, Chartier, avaient rapporté à des encéphalites aiguës de l'enfance des troubles moteurs persistant chez l'adulte. De même, ils avaient attribué à des encéphalites intra-utérines nombre d'idioties, de maladies de Little, d'épilepsie de l'enfance. M. Babonneix a insisté sur le rôle très important de la syphilis dans l'épilepsie congénitale.

A la suite de ces travaux de Raymond, M. Comby depuis 1904, a poursuivi ses recherches sur l'encéphalite aiguë chez l'enfant. En 3 ans, il en a réuni 24 cas, cas sporadiques identiques aux cas épidémiques.

Depuis lors, M. Comby en a vu de nombreuses observations, et cependant à part M. Guinon (2 cas) et M. Triboulet (1 cas) aucun médecin d'enfant ne portait ce diagnostic.

Au total, il a actuellement 62 observations dont 15 en période d'épidémie. Donc la maladie est fréquente et était fréquente avant les épidémies décrites, de nombreux cas en étaient d'ailleurs publiés à l'étranger.

On peut l'observer à tous les âges (13 cas de 1 mois 1/2 à 6 mois, 12 cas de 1 à 2 ans, etc.). A l'inverse de la poliomyélite l'affection est surtout fréquente en hiver, la grippe paraissant être la cause principale de l'affection. Bien qu'on ait dit que l'affection soit bien plus fréquente chez le garçon, M. Comby trouve 27 garçons et 35 filles. M. Comby rappelle les travaux en cours sur le virus de l'affection et sur l'anatomie pathologique. Il n'a jamais observé un cas de contagion chez ses malades.

Le liquide céphalo-rachidien a été le plus souvent trouvé normal; dans 3 cas cependant, il y avait de la lymphocytose.

Le début a souvent été brutal chez l'enfant, dans 32 cas par des convulsions très violentes, un état de mal avec hyperthermie, dans un cas par un ictus apoplectiforme formidable. A côté de cette forme convulsive, 14 fois on trouve des signes choréiques ou athétosiques, et la chorée peut prendre une allure suraiguë avec 3 phases : algidité, coma, mort.

Les troubles oculaires sont très variés depuis les paralysies passagères jusqu'à la cétité par atrophie optique (2 cas). Il en est de même des troubles moteurs : paraplégie, hémiplégie, monoplégie, paralysie généralisée, syndrome de sclérose en plaque, ataxie cérébelleuse, épilepsie (11 fois). Bien des cas après une période de guérison apparente de 1, 2 ans voient l'épilepsie se reproduire et restent épileptiques, surtout s'il s'agit d'hérédo-syphilitiques. Parmi les autres séquelles, il faut citer la démence précoce, l'arriération, l'idiotie complète, quelquefois une persistance d'excitation cérébrale permanente.

Comme dans le cas de M. Barbier, M. Comby a vu des malades à la période aiguë ou même plus tard, perdre la mémoire des actes ordinaires de la vie (manger, mastiquer, déglutir).

Le pronostic est très variable. M. Comby pense que d'une manière générale la gravité est moins grande chez l'enfant que chez l'adulte.

Il n'a eu que 9,60 p. 100 de mortalité, alors que chez l'adulte on compte 18 p. 100 environ. Il reste des séquelles dans 66 p. 100 des cas.

M. Comby insiste sur la grande difficulté du diagnostic. Autrefois, on méconnaissait tous les cas d'encéphalite, aujourd'hui on en voit partout (chorées, hoquets, etc.). Le diagnostic doit être fait avec les tumeurs cérébrales, abcès du cerveau, la poliomyélite au début, et surtout les méningites. Si la ponction lombaire ne donne pas de leucocytose, c'est de l'encéphalite. Mais, s'il y a leucocytose, on ne peut rien dire, car il y a des cas d'encéphalite avec réaction méningée intense. De même, le diagnostic rétrospectif des séquelles est très difficile.

Quant au traitement, M. Comby n'en connaît pas, jusqu'ici, d'efficace ; on s'en tient à la médication symptomatique. Il s'élève à nouveau contre l'emploi « barbare » fait des abcès de fixation dans cette affection. Il faut y renoncer.

M. LESNÉ, en 13 mois, a vu 16 cas chez les enfants, la gravité est moindre que chez l'adulte. Tous ont guéri avec ou sans séquelles. Il lui semble que la léthargie est plus intense que chez l'adulte. Les phénomènes oculaires (ptosis, diplopie) sont presque constants. Il a pu vérifier un signe très important donné par Bollack : le nystagmus dans les mouvements verticaux qui n'existe pas dans les mouvements horizontaux. Il a observé la tuméfaction des glandes salivaires et souvent de la parésie vésicale.

Le diagnostic est très difficile avec la méningite. Cependant la ponction lombaire donne ici des signes différentiels. Dans la méningite, le liquide est beaucoup plus hypertendu, il y a augmentation de l'albumine et diminution du sucre,

alors que c'est l'inverse dans l'encéphalite. Enfin, surtout dans la méningite, les ponctions répétées montrent une lymphocytose de plus en plus marquée, tandis que dans l'encéphalite, si elle existe, elle diminue avec les ponctions. L'emploi du sérum de convalescents n'a rien donné. Dans les formes myocloniques, l'emploi de la liqueur de Boudin, à hautes doses, comme dans la chorée, a donné de bons résultats. Comme séquelles, deux fois de la chorée et une démence précoce.

M. Nobécourt pense qu'il ne faut pas, à tout prix, chercher des particularités à la maladie, chez l'enfant. Son évolution y est très variable. Témoin, trois malades présents à la clinique, dont il cite l'observation.

Dans un de ces cas, on notait dans le liquide céphalo-rachidien, une hyperalbuminose intense. Comme séquelle, il signale, dans un cas, une obésité intense. Enfin, M. Nobécourt rapporte trois observations d'encéphalite chez des nourrissons. Dans un cas encore, il y avait de l'hyperalbuminose dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Jean Hallé insiste sur le début très violent qu'on peut observer chez l'enfant. Dans 1 cas, chez un nourrisson, l'enfant ne cessait de hurler jour et nuit, successivement paralysie d'un bras, puis de l'autre, on pensa à la maladie de Barlow, guérison.

Dans un autre cas, pendant trois jours, l'enfant est en proie à une excitation cérébrale extraordinaire, impossible de le tenir au lit, il écrit les choses les plus folles, terminaison fatale.

Enfin, un cas lui a permis d'établir la contagion de la mère à l'enfant. Une mère, atteinte d'encéphalite, refuse de se séparer de son enfant qu'elle allaitait. Au 10e jour de la maladie de la mère, l'enfant présente les premiers signes de l'affection et meurt en 4 jours. La mère guérit. Des examens très précis ont été faits par M. Harvier.

M. Harvier, dans ce cas, s'est livré à deux ordres de recherches :

1° Examen du cerveau de l'enfant, il a fallu multiplier les coupes pour arriver à trouver des lésions très discrètes, mais nettes, histologiquement, en deux points : la protubérance, le locus niger.

Les inoculations du cerveau de l'enfant ont été négatives.

2° Recherche de la voie de contamination. L'inoculation du lait de la mère dans le cerveau du lapin n'a rien donné. Au contraire, celle du mucus naso-pharyngien à deux animaux, les a tués en 10 jours, le passage à un lapin a donné de l'encéphalite, avec mort au 6e jour.

Nul doute donc que l'enfant n'ait été contagionné par le mucus naso-pharyngien de sa mère.

M. Netter prend la défense des abcès de fixation, dans cette maladie et dans d'autres affections. Il l'a pratiqué souvent et parfois avec de très beaux résultats.

Le cas de M. Harvier vient confirmer d'autres cas connus de contagion de la mère à l'enfant et préciser la voie de contamination. Il est à souhaiter que, d'ici peu, les travaux de M. Harvier arrivent à l'isolement de l'agent pathogène dans le mucus buccal ou les glandes salivaires.

M. Babonneix. M. Comby reproche aux cliniciens de n'avoir pas assez porté le diagnostic d'encéphalite, il y a quelques années; M. Comby n'a-t-il pas étendu ce diagnostic à un trop grand nombre de cas? Il existe des hémorragies, ramollissements, scléroses cérébrales, des méningites séreuses, cloisonnées, sans modifications du liquide céphalo-rachidien. En face d'un syndrome cérébral de l'enfant, nous manquons d'un critérium clinique ou biologique pour poser à coup sûr, le diagnostic d'encéphalite.

Est-il sûr aussi que l'encéphalite sporadique se confonde absolument avec l'encéphalite épidémique?

L'obésité signalée comme séquelle d'encéphalite, s'observe de facon habituelle dans l'hydrocéphalée.

M. Harvier s'élève contre l'identification, faite par M. Comby, entre les cas anciens isolés d'encéphalite et l'encéphalite épidémique. Dans les cas publiés par Chartier, on trouve des lésions macroscopiques énormes, ne rappelant en rien les foyers discrets, microscopiques, à siège toujours le même dans le mésocéphale de l'encéphalite épidémique.

Il faut distraire celle-ci, que nous commençons à bien connaître, du groupe des autres encéphalites, sur lesquelles nous ne savons rien.

M. Netter appuie cette façon de voir. Il s'agit dans l'encéphalite épidémique d'un virus déterminé, sans doute différent de celui des autres cas.

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ALLYLTHÉOBROMINE (1)

Par M. le Dr Jouisse.

Se basant sur les propriétés chimiques et pharmacologiques de l'allylthéobromine et sur les résultats des expériences faites sur les animaux (prof. Pouchet, *Gaz. des hôpit.*, 23 nov. 1920, et thèse Richard St-Yves, *Th. de Lyon*, 1920), l'auteur a expérimenté l'allylthéobromine sous forme de solutions administrées par la voie buccale et surtout sous forme de solutions stérilisées administrées par voie sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse (théobryl).

Cliniquement on obtient avec l'allylthéobromine tous les résultats favorables qui ont été enregistrés avec l'emploi de la théobromine, mais de plus il semble que les phénomènes d'intolérance et en particulier les vomissements sont beaucoup plus tardifs même à la suite de l'administration de solutions concentrées d'allylthéobromine et qu'ils sont totalement absents lorsqu'on procède par injections intramusculaires.

Les injections intramusculaires ont été pratiquées dans la région fessière à la face externe de la cuisse et jamais les malades n'ont accusé la moindre douleur, de même que jamais on n'a observé de phénomènes locaux.

Dans certains cas graves, M. Jouisse a eu recours à l'injection intraveineuse. La technique de ces injections est celle que l'on pratique pour toutes les injections analogues. Signalons seulement que, à l'occasion de plusieurs incidents de ponction, embrochage des veines, injections poussées en dehors du vaisseau, on a pu constater que ces erreurs de technique ne déterminaient aucun accident local et que, à part une très légère douleur, l'allylthéobromine se résorbait facilement sans déterminer aucun accident d'inflammation ou de nécrose. Les doses moyennes utilisées ont été de 40 à 60 cg. d'allylthéobromine, soit 2 à 3 ampoules de théobryl.

Au cours des maladies de la nutrition (goutte, rhumatisme chronique, obésité), il est hors de doute que l'action de l'allylthéobromine soit comme diurétique, soit par son action voisine de la caféine, soit comme agent désintoxiquant, donne des résultats intéressants. Chez un malade obèse pesant plus de 100 kg., gros mangeur et gros buveur, aux tissus infiltrés de graisse et d'eau, l'auteur a pu, tout en instituant un régime peu sévère, obtenir une déshydratation rapide par l'administration d'allylthéobromine.

Chez les cardiaques, l'allylthéobromine continue très favorablement l'action de la digitale et c'est chez ces malades qu'il est souvent indiqué d'avoir recours aux injections intramusculaires ou même intraveineuses, car beaucoup d'asystologiques présentent de l'intolérance pour la plupart des médicaments administrés par la voie buccale; les épanchements liquides (ascite, hydrothorax, hydropéricarde) qui sont le corollaire de l'insuffisance cardiaque sont également influencés par cette médication et disparaissent en général aussi rapidement que les œdèmes des membres.

Mais l'affection pour laquelle l'allylthéobromine est véritablement le médicament de choix est la néphrite chronique hydropigène caractérisée par une rétention chlorurée souvent assez considérable, par de gros œdèmes marqués dans le tissu cellulaire des membres ou bien encore au niveau des séreuses viscérales (plèvre, péritoine, péricarde, etc.). Chez ces malades on obtient par l'administration du théobryl de véritables résurrections.

Enfin, à titre accessoire, nous signalerons l'utilisation possible de ce médicament au cours des maladies infectieuses aiguës s'accompagnant d'oligurie.

---

(1) *Th. de Paris*, 1920.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU MAL DE POTT

DORSO-LOMBAIRE (1)

d. La *rachialgie hystérique* (Brodie) : certains individus souffrent, à un moment donné, du rachis. A l'examen, on trouve une ou plusieurs apophyses épineuses, très douloureuses. On pense à un mal de Pott, au début. Mais en réalité, la douleur est superficielle, provoquée par une pression légère, plus que par une pression forte. Il n'y a pas de saillie anormale, pas de gibbosité, pas d'abcès, pas de troubles de compression. On pourra chercher les plaques d'anesthésie ailleurs, l'état de la sensibilité pharyngée, le champ visuel, etc.

e. Les *pseudo-névralgies radiculaires* : névralgie sciatique double survenant au cours de diabète, de tabès, névralgies intercostales, douleurs fulgurantes, lithiase rénale, etc. On tiendra compte, dans tous les cas, des antécédents, de la douleur spéciale, des irradiations à distance, de la présence de lésions tuberculeuses ailleurs.

II. Diagnostic de la gibbosité. — Le diagnostic rétrospectif est parfois délicat, quand l'on a à rapporter une déformation vertébrale à une tuberculose guérie depuis longtemps.

1. En *cas de cyphose médiane.* — Le diagnostic est à discuter avec les lésions *traumatiques* (luxations, fractures). Se méfier toujours des traumatismes et penser souvent à la possibilité du mal de Pott. Les malades n'ont que trop de tendance à rapporter à un traumatisme l'existence des lésions.

On a attiré l'attention, ces dernières années, sur la spondylite ou cyphose tardive traumatique, type Kummel-Verneuil. Cette lésion apparaît tardivement après le traumatisme et après que le malade a repris ses occupations. Le malade se tient d'abord demi-fléchi, puis, il se développe une gibbosité caractéristique : déformation angulaire siégeant au point traumatisé et à courbures douces au-dessus et au-dessous. La notion du traumatisme, la rechute après guérison apparente caractérisent cette affection.

La *cyphose rachitique* : sorte d'affaissement de la colonne vertébrale, qui amène la constitution d'une bosse ronde, dorsale, tout à fait différente, par conséquent, de la gibbosité à angle aigu du Pott. C'est tout un groupe de vertèbres qui est atteint et la bosse a, ici, une courbure très grande et régulière.

La *typhoïde spine* est caractérisée par des douleurs et une légère difformité du rachis, au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde.

La *spondylite syphilitique* siège en général dans la région cervico-dorsale. La réaction de Wassermann et le traitement d'épreuve feront le diagnostic.

Enfin signaler les cyphoses qui s'observent au cours de la syringomyélie, de l'acromégalie, etc.

2° Si la *déviation est latérale* : on peut penser :

à la scoliose essentielle de l'adolescence, qui est le plus souvent rachitique et qui survient sans douleurs ;

à la scoliose symptomatique d'une pleurésie ancienne guérie avec rétraction pleuro-costale ;

à la scoliose compensatrice d'une autre lésion, telle une coxalgie.

III. Diagnostic des abcès. — *A.* **Abcès postérieurs.** — Ils seront à différencier :

— du lipome ;

— du spina-bifida ;

— l'ostéo-myélite de la colonne vertébrale a une évolution aiguë, un début brusque, une marche rapide, des signes d'abcès chaud, rougeur, œdème, chaleur, douleur lancinante. Mais le diagnostic peut devenir difficile dans certains cas d'ostéomyélite subaiguë ou chronique, que rien ne permet de différencier d'une façon absolue de la tuberculose vertébrale ;

— l'actinomycose rachidienne, exceptionnelle ;

— les gommes syphilitiques, exceptionnelles ;

— certains abcès costaux postérieurs, ayant comme point de départ l'extrémité postérieure d'une côte. Mais il y a absence de contracture des muscles rachidiens ;

— certaines collections périnéphrétiques, provenant d'un calcul du rein ou d'un abcès du rein.

B. **Les abcès antérieurs.** — 1° Les *abcès de la fosse iliaque interne* pourraient être confondus avec une appendicite, une psoïtis, une suppuration périnéphrétique tuberculeuse à évolution inférieure ;

2° Les abcès pottiques qui viennent migrer vers le *triangle de Scarpa* pourraient être confondus avec une coxalgie suppurée,

un bubon ou adénite suppurée de la région,

une hernie simple.

L'examen attentif de la lésion locale et de la colonne dorso-lombaire permettra d'éviter ces erreurs.

IV. Diagnostic des accidents nerveux. — Les paraplégies sont flasquo-spasmodiques ; mais cependant l'exagération des réflexes, quoique habituelle, n'est pas constante :

1° Si les *réflexes sont diminués* ou abolis, le diagnostic se posera avec :

— la paraplégie hystérique ;

— la paralysie infantile ;

— les névrites périphériques (alcool, plomb, diabète, etc.) ;

— les myopathies, dans lesquelles l'atrophie musculaire prime et commande la paralysie ;

— les myélites aiguës dans lesquelles la paraplégie est flasque : mais le début est rapide et on note l'apparition simultanée des troubles moteurs et sensitifs, suivis bientôt de troubles trophiques et sphinctériens ;

2° Si les *réflexes sont exagérés*, penser à :

— la myélite syphilitique, qui peut avoir une évolution aiguë ou subaiguë. Elle répond souvent au tableau d'une myélite transverse atténuée : la force musculaire est à peine diminuée, il n'y a point de contracture permanente, mais la démarche est celle d'une paraplégie spasmodique, les réflexes sont exagérés, il n'y a ni atrophie, ni escarre ;

— le syndrome de la maladie de Little est facile à différencier puisque les symptômes spasmodiques existent depuis l'enfance ;

— la paraplégie de la syringomyélie : les membres inférieurs peuvent être rarement atteints, mais les troubles spéciaux de la sensibilité, les atrophies localisées font faire le diagnostic ;

— les *lésions des méninges* (cancer ou sarcome, pachyméningite hypertrophique), les *lésions vertébrales* (surtout le cancer vertébral), les *tumeurs médullaires* donnent lieu à des accidents qu'il est très difficile de différencier du mal de Pott.

En faveur du cancer vertébral, on aura des douleurs très intenses, la cachexie, l'existence d'un cancer primitif au niveau d'un autre viscère.

Le *diagnostic des limites de la compression médullaire* et du *siège de cette compression* a été précisé par les recherches de Babinski ; on peut ainsi les résumer :

1° La limite supérieure de l'anesthésie donne la limite supérieure de la zone de compression.

La limite inférieure de la compression est donnée par la hauteur à laquelle s'élève le territoire des réflexes de défense.

Ces deux notions permettent donc de délimiter ainsi en haut et en bas la tumeur.

2° Lorsque l'écart entre la frontière de l'anesthésie et celle des réflexes de défense est considérable, il s'agit d'une compression par tumeur extra-dure-mérienne ou par pachyméningite.

Lorsque les deux frontières sont très rapprochées, il est extrêmement probable qu'il s'agit d'une tumeur intra-dure-mérienne.

Pour conclure, et en cas d'un malade difficile à débrouiller, nous dirons qu'on devra toujours penser en premier lieu au mal de Pott. C'est l'affection la plus fréquente et l'on fera d'emblée un examen complet du squelette vertébral. Au besoin on s'appuiera sur la radiographie, la ponction lombaire, la réaction à la tuberculine.

Ce n'est qu'en l'absence de tous les symptômes que l'on devra discuter les autres diagnostics.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 12, p. 191 ; n° 14, p. 223, et n° 16, p. 255.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Lecène, Mocquot, Dujarier, Lardennois, Jalaguier, Michaux et Lermoyez.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES, CHARDON-LAGACHE ET HENDAYE. — Sont nommés : MM. Renault (Sainte-Périne), Rachet (Chardon-Lagache), Desprairies, Lejard, Mer, Barbaro, Py, Fumery, Chatagnon, Roland (Brévannes).

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Grimbert, Bach, Viron, Luce et Cordier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. le prof. Roque est nommé assesseur du doyen.

— STRASBOURG. — M. Boez est chargé d'un cours d'hygiène et de bactériologie, en remplacement de M. Dufourt, démissionnaire.

— TOULOUSE. — M. de Verbizier, chef des travaux de bactériologie a été chargé des fonctions d'agrégé jusqu'au 31 octobre 1921.

— Sont chargés de cours complémentaires : MM. Martin, agrégé, clinique des voies urinaires; Escande, agrégé, physique pharmaceutique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — M. Duvernoy est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— CAEN. — M. Desbouis, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie a été nommé professeur de physiologie.

— CLERMONT. — M. Moureyre, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est prorogé dans ses fonctions pour une période de 4 ans.

— DIJON. — M. Roux est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— NANTES. — Après concours, M. Raingeard a été nommé préparateur d'histologie.

— RENNES. — Un concours s'ouvrira le 24 octobre 1921, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant de chimie à l'Ecole de plein exercice de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

DIRECTION DE L'HYGIÈNE A TUNIS. — M. le Dr Gobert est nommé directeur de l'hygiène et de la santé publique.

IIIe CONGRÈS D'HYGIÈNE SCOLAIRE DE LANGUE FRANÇAISE (du 1er au 3 avril 1921, à la Faculté de médecine de Paris). — PROGRAMME. — Vendredi 1er avril, à 9 h. 1/2, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

A 10 h. : Organisation de l'inspection médicale des écoles en France. Rapporteur : Dr Dufestel.

A 15 h. : Discussion du rapport. Lecture des travaux relatifs au même sujet.

Samedi 2 avril, à 10 h. : *a.* Organisation hygiénique et pédagogique des écoles en plein air. Rapporteurs : Mlle Chauveau et Dr Genevrier; *b.* Cantines scolaires. Rapporteurs : Drs Granjux et R. Gaultier.

A 15 h. : Discussion des rapports et des communications inscrites à l'ordre du jour.

Dimanche 3 avril, à 9 h. : Education hygiénique de l'enfant à l'école. Mlle Munié et Dr Chauvois. Discussion des rapports et communications inscrits à l'ordre du jour.

A 20 h. : Banquet par souscription.

Des visites seront organisées : au préventorium de Plessis-Robinson; à l'aérium du boulevard Jourdan; au préventorium de l'hôpital Saint-Joseph; au parc sportif et au préventorium de Bry-sur-Marne; à l'école d'anormaux de Montesson.

Les demandes d'admissions doivent être adressées avec la somme de 20 fr. au trésorier, M. le Dr Leclerc, 69, rue de Rivoli.

Les rapports et communications devront parvenir le 10 mars au plus tard, au secrétaire général, M. le Dr Genevrier, 8, rue du Pré-aux-Clercs, Paris, 7e.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'Association vient de tenir son assemblée générale à la Faculté de médecine de Paris. Le bureau est ainsi constitué pour 1921. Président : M. Granjux; vice-présidents : MM. Cornet (de Paris) et Ausset (de Lille); secrétaire général : M. H. Bouquet; secrétaire général adjoint : M. L. Nass; trésorier : M. Viel.

CONCOURS. — La ville de Chauny ouvre deux concours interalliés ayant pour objet l'établissement d'un projet d'alimentation en eau potable; et l'établissement d'un projet d'assainissement. Ces concours s'ouvriront le 25 mars 1921 et seront clos le 10 juin 1921.

Il sera alloué pour chaque concours une prime de 10.000 fr. et une de 5.000 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Renaissance des Cités, 23, rue Louis-le-Grand, le lundi et le vendredi de 15 à 18 heures.

LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET LA TAXE DE LUXE. — M. Grinda, député, ayant demandé à M. le ministre des Finances si un vin de liqueur dénaturé avec 5 cg. d'arséniate de soude est considéré comme vin pharmaceutique et exempt à ce titre de la taxe de luxe, et si un fabricant peut livrer des malagas noirs dénaturés dans ces conditions, à l'usage de la fabrication des vins de quinquina, kola, iodo-tannique, etc., préparés pour la pharmacie sans avoir à payer la taxe de luxe, a reçu la réponse suivante :

« Les produits pharmaceutiques à base d'alcool ou de vin de liqueur sont exempts de la taxe de luxe de 25 p. 100 lorsqu'ils possèdent le caractère exclusivement médicamenteux, mais, aux termes de l'article 13 de la loi du 26 décembre 1908, des arrêtés du ministre des Finances rendus sur l'avis du Comité des arts et manufactures déterminent les produits auxquels ce caractère peut être reconnu. Il n'est donc pas possible, dans ces conditions, d'indiquer, a priori, le régime applicable à une préparation déterminée. » (*J. O.*, 26 janv. 1921.)

LA VENTE DES SPÉCIALITÉS ET LA TAXE SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES. — Sur une question de M. Charles Bernard, député, M. le ministre des Finances vient de préciser que l'exemption prononcée par l'alinéa 7 de l'article 60 de la loi du 25 juin 1920, ne profite qu'aux fabricants et importateurs de spécialités pharmaceutiques qui, seuls, acquittent l'impôt de 10 p. 100 institué par l'article 16 de la loi du 30 décembre 1916; par suite, les pharmaciens qui revendent à leur tour ces spécialités sont assujettis à l'impôt de 1,10 p. 100 sur le montant des ventes de ces spécialités qu'ils effectuent. (*J. O.*, 10 fév. 1921.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. (Année 1920-1921. Semestre d'été.) — HORAIRE DES COURS PRÉPARANT A L'EXAMEN D'ETAT. — 8 h. 30 à 9 h. 15. Lundi et jeudi, M. Rohmer, clinique infantile; mardi et samedi, M. le prof. Pautrier, clinique dermatologique; mercredi et vendredi, M. le prof. Duverger, clinique ophtalmologique.

9 h. 30 à 11 h. Visites dans les cliniques. Stages.

11 h. à 11 h. 45. Lundi et vendredi, M. le prof. Stolz, clinique chirurgicale; mardi, M. le prof. Bard, clinique médicale; mercredi, M. le prof. Sencert, clinique chirurgicale; jeudi et samedi, M. le prof. Léon Blum, clinique médicale.

12 h. à 12 h. 45. Lundi, mercredi et vendredi, M le prof. Schickelé, clinique obstétricale; mardi et jeudi, M. X..., clinique otiatrique; samedi, M. le prof. Pfersdorff, psychologie pathologique.

14 h. 30. Mardi, M. le prof. Masson, anatomie pathologique avec exercices; vendredi, M. le prof. Masson, anatomie pathologique.

15 h. Lundi, M. le prof. Ambard, médecine expérimentale; mercredi, M. Bellock, conférences d'anatomie topographique.

16 h. à 16 h. 45. Lundi, M. Gelma, pathologie mentale; M. Bellocq, conférences d'anatomie topographique; mercredi, M. Rohmer, vaccination; M. Boez, parasitologie; jeudi, M. Schwartz, pharmacodynamie.

17 h. à 17. 45 et 18 h. à 18. 45. Lundi, M. le prof. Sencert, médecine opératoire, avec exercices jusqu'à 19 h.

17 h. à 17 h. 45. Mardi et jeudi, M. le prof. Pfersdorff, clinique psychiatrique; mercredi, M. Gelma, médecine légale psychiatrique.

18 h. à 18 h. 45. Mardi, M. le prof. Duverger, clinique ophtalmologique; mercredi, M. le prof. Pautrier, clinique dermatologique; jeudi, M. le prof. Chavigny, médecine légale; vendredi, M. Paul Blum, conférences de clinique thérapeutique.

M. Gunsett, service central de radiologie et de physiothérapie. Ce service est ouvert tous les matins aux étudiants qui désirent étudier particulièrement ces spécialités.

M. Lickteig, clinique dentaire. Service ouvert tous les jours, matin et soir, aux étudiants en médecine dentaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

HONORAIRES DES EXPERTISES MÉDICALES

M. Grinda, député, demande à M. le ministre de la Justice pourquoi les parquets se refusent à ordonnancer les mémoires d'honoraires médico-légaux, à des docteurs en médecine régulièrement requis par une autorité judiciaire compétente en vertu des articles 43, 44 et 45 du Code de procédure criminelle, alors que le résultat de l'expertise médicale a permis de constater qu'il s'agissait d'un suicide, par exemple, ou d'un accident, et non d'un crime, ajoutant que le médecin est tenu par l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892, à déférer aux réquisitions de la justice, que s'il est requis de prêter son art, pour un crime présumé, et si son expertise conclut au crime, il sera payé, mais que s'il conclut qu'il n'y a pas eu crime, le procureur refuse le paiement des honoraires du docteur, que ce n'est cependant que le travail du médecin qui permettra de conclure à l'existence ou non d'un crime et que ce travail devrait, en bonne justice, être payé dans tous les cas. (*Question du 3 février 1921.*)

Réponse. — Le concours du médecin régulièrement requis en vertu des articles 43, 44 et 45 du Code d'instruction criminelle a pour but de servir de base à une information judiciaire. Il s'en suit que les honoraires auxquels il a droit ont incontestablement le caractère de frais de justice criminelle et, à ce titre, doivent être imputés sur le chapitre du budget de la justice affecté aux dépenses de cette nature, sans qu'il y ait lieu de faire de distinction suivant que l'expertise permet de constater l'existence d'un crime ou d'un délit, ou qu'elle aboutit au résultat contraire. Jusqu'à présent, le garde des sceaux n'a pas été saisi de réclamations de médecins légistes contre le refus des parquets de requérir le paiement de leurs mémoires dans les cas visés par les articles 43, 44 et 45 déjà cités du Code d'instruction criminelle. Si des difficultés de ce genre venaient à lui être signalées, elles recevraient une solution conforme à la jurisprudence ci-dessus exposée. (*J. O.*, 23 fév. 1921.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 9 mars. — Jury : MM. Roger, président; Broca (A.), Tanon et Abrami. — M. BROCHET (L.). Contribution à l'étude du diagnostic des maladies parasitaires. — M. ANIS (Marcel). Contribution à l'étude du traitement de la luxation de la hanche.

Jeudi 10 mars. — MM. Brindeau, président; Nobécourt, Carnot et Lereboullet. — M. BAUDET (Charles). Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur les salpingo-ovarites. — M. CHARPIN (Pierre). Sur un cas d'hémorragie méningée et ventriculaire. — Mme RAISON. Recherches cliniques sur le remplacement du beurre par du sucre dans le lait destiné aux nourrissons. — Mme TOUSSAINT. De l'hémicraniose.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Duval, Bar et Lecène. — M. LACOSTE (Ed.). De la suture précoce des plaies de la cornée et de la sclérotique. — M. DE BUTLER D'ORMOND (R.). Anesthésie régionale en chirurgie urinaire. — M. CUMENGE (Jules). Considérations cliniques sur la bactérie de l'urètre. — M. ROGER (Jean). De la délivrance artificielle après l'accouchement. — M. COIRRE (Paul). L'opération de Bouilly (amputation du col dans le traitement des prolapsus génitaux).

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1921-1922

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Gilbert; chef de clinique : M. Bénard; chefs de clinique adjoints : MM. Saint-Girons, Alfred-Coury; chefs de labor. : MM. Deval, Descomps, Dumont; interne : M. Blum; externes : M. Surmont, Mlle Lecoq, MM. Girard (Raymond), Giet, Mlles Vasseur, Cros.

2. Médecin : M. Roger; internes : MM. Lauzier, Coty; externes : MM. Truchard, Coudert (Emile), Bavachi, Baldy, Wahl, Forgeron, Lumière (Max), Corneau.

3. Médecin : M. Dalché; interne : M. Marcassus; externes : MM. Hurez, Broujaniski, Crocy, Lowenthal, Mlle Gelé de Francony.

4. Médecin : M. Caussade; interne : M. Ceillier; externes : MM. Vendel, Choquet, Evrain, Riera, Casaubon.

5. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Isch Wall; externes : MM. Hervier, Daudy, Denis (G.), Vildrin.

6. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Picard; externes : MM. Chabaud, Séglas, Mourret, Leplat (Gab.), Ménégaux, Panis.

7. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; chef de clinique : M. Bergeret; chef de laborat. : M. Renaud; internes : MM. Quénu, Petit-Dutaillis, Le Basser, Thalheimer; externes : Mlle Laurent, MM. Chabrut, Le Conte des Floris, Mlle Maas, MM. Lévy-Neumand, Roseau, Foulon, Richard.

8. Chirurgien : M. Potherat; internes : M. Lory, Mlle Pommay; externes : MM. Bachelin, Gache, Milner, Mlle Bonhomme, MM. Antonini, Vidal.

9. Chirurgien : M. le prof. de Lapersonne; assistant : M. X...; chef de clinique : M. X...; chefs de labor. : MM. Monbrun, Hautant; internes prov. : M. Ameline, Mlle Ostwalt; externes : MM. Chereau, Keller, Chantier, Parat, Mme Parat, MM. Bernard, Bécue.

10. Accoucheur : M. Macé; internes prov. : MM. Lefèvre (Bernard), Engelhard; externes : MM. Boullard (J.), Lemière (M.), Barbé (M.), Seguin (A.), Duchein, Audigier.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Foix; suppléant : M. Giroux; interne prov. : M. Desnoyers; externes : MM. Servel, Tsin, Breuillé, Bertin.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Okinczyc; suppléant : M. X...; externes : MM. Richard, Ribière (Francis), Perrève.

13. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Guilleminot; externe : M. Wickham (Roger).

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chef de clinique : M. Leconte; chef de clinique adjoint : M. Donzelot; interne : M. Mouquin; externes : MM. Desoubry, Denis le Sève, Armand, Lefèvre, Mlle Harmelin, M. Gley.

2. Médecin : M. Babinski; interne : M. Plichet; interne prov. : M. Béthoux; externes : MM. Lenfantin, Paillet, Christophe, Meyer-May, Bianquis, Fraenkel.

3. Médecin : M. Lion; interne : M. Bernard; externes : MM. Denniel, Mollaret, Ledoux, Flahaut, Cahen (Pierre), Chadourne.

4. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Perrochaud; externes : MM. Villey-Desmeseret, Leloup, Huas, Gory, Cardot, Tierny.

5. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Dalsace; externes : MM. Guilleminot, Bonan, Mlle Hallion, MM. Thérin, Tournilhac, Raoul, Amiot, Diamantberger.

6. Médecin : M. Josué; interne : M. Barbier; externes : MM. Cohen (R.), Benda, Hamburger, Michaux, Hervé, Kourilsky, Baruk, Lévy (Paul), Bertrand (Yvan).

7. Chirurgien : M. Arrou; internes : MM. Ramadier, Rougeulle, Guillouet; externes : MM. Flipo, Bonnichon, Puech, Dubois (Paul), Garrigoux, Denoy, Thibault (Raymond), Mlle Fradis.

8. Chirurgien : M. Thiéry; interne : M. Chevallier (H.); internes prov. : MM. Dessaint, Bayle; externes : MM. Vincent, Gillet, Guérin (H.), Cauchy, Piussan, Rossert, Mme Henry, Mlle Reitlinger.

9. Crèche chirurgicale : interne prov. M. Roland.

10. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Metzger, Aumont, Dujarier; interne prov. M. Berthon; externes : Mlle Lachowski, M. Ragouneau, Mlle Regnier, MM. Macon, Ravier, Séguin, Delalande, Martin-Saint-Laurent, Contant.

11. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; chef de clinique : M. Couinaud; chef de clinique adjoint : M. Réglade; interne : Mlle Labeaume.

12. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Faure-Beaulieu; suppléant : M. Jacob; interne prov. : M. Lefèvre (Paul); externes : MM. Alary, Caffort, Scemba.

13. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Küss; suppléant : M. Claeys; externes : MM. Delimal, Grandjean, Plouvier.

14. *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Grivot; suppléant : M. X...; externes : MM. Courtois (Raym.), Guillet, Gérard (Paul).

15. *Consultation. (Ophtalmologie.)* — Ophtalmologiste : M. Monthus; suppléant : M. X...; externes : MM. Boisnier, Germain.

16. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Delherm; suppléant : M. Laquerrière; externes : MM. Burnouf, Boucher.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. Legry; interne : M. Vincent; externes : MM. Kollitsch, Isnel, Fénal, Hamonic.

2. Médecin : M. Belin; interne : M. Duval; externes : MM. Collot, Barillot, Blum (A.), Hernu.

3. Médecin : M. Labbé (Marcel); interne : M. Doumer; externes : MM. George, Lallemant, Gautier, Lévy (Max), Seligman (André).

4. Médecin : M. Sergent; internes : MM. Alibert (1er sem.), de Massary (2e sem.); externes : MM. Billard (Jean), Litchenberger, Bertrand (Jean), Longnon, Camino.

5. Médecin : M. Guillain; interne : M. Gardin; externes : MM. Méry (J.-H.), Machebeuf, Huguenin, Jonesco, Reverdy.

6. Médecin : M. Castaigne; interne : M. Semelaigne; externes : MM. Laquière, Lebègue, Loubeyre, Lifschitz, Magdelaine.

7. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Ollier, Humbert, Hermet; externes : MM. Leviez, Frantz, Barbé, Grenierboley, Leclainche, Bonnemaison, Dessus.

8. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Bardon, Rouffiac, Pilatte; externes : M. Rendon, Mlle Bouisson, MM. Salmon, Laënnec, Bernheim, Petit (Roger), Ortodoxu.

9. Accoucheur : M. Devraigne; interne prov. : M. Ravina; externes : MM. Kesseler, Henriot, Cherouvrier, Mlle Joltrois.

10. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Camus; suppléant : M. Caillé; Interne prov. : M. Debray; externes : MM. Marion, de Frisquet, Fortin.

11. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Roux-Berger; suppléant : M. Ehrenpreis; externes : MM. Turrillot, Perrier (Jean).

12. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Turchini; adjoint : M. Lomon; externe : M. Peraldi.

13. *Service d'électrothérapie.* — Chef de labor. : M. Labbé (Donatien); externes : MM. Cagninacci, Thiébaux.

D. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Chauffard; chef de clinique : M. Flandin; chefs de clinique adjoints : MM. Huber, Brodin; chefs de labor. : MM. Grigaut, Troisier, Ronnaux; internes : MM. Clément (Robert), Marquézy; externes : MM. Jean (Aman), Laval, Méloir, Marmasse, Vasseur.

2. Service de tuberculeux (anciens militaires). Externes : M. Abonneau, Mlle Henry (Th.).

3. Médecin : M. Siredey; interne : Mlle Thivolet; externes : Mlles Desgrez, Sazerac de Forge, Guyot, M. Gence, Mlle Zvibak.

4. Médecin : M. Béclère; interne : M. Gibert; externes : MM. Dechambre, Blum (Jean), Mlle Wolff (M.), MM. Clayeux, Ghouila-Houri, Regnard.

5. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Renard; externes : MM. Galpérine, Souty, Lévy (Marcel), Baudet, Carvaillo, Azalbert.

6. Médecin : M. Claude; interne : M. de Léobardy; exter-

nes : MM. Hudelo, Biancani (Elio), Biancani (Hugo), Mlle Lassalle.

7. Médecin : M. Ramond ; interne : M. Jacquelin (Ch.) ; interne prov. : M. Borrien ; externes : MM. Delagenière, Meillère, du Fayet de la Tour, Jacquemaire, Gestat, Brulon.

8. Médecin : M. Bensaude ; interne : M. Wiart ; externes : MM. Marchand (Henri), Besson (Albert), Lambling, d'Hour, Boltanski.

9. Médecin : M. Coyon ; interne : M. Fris-Larrouy ; externes : MM. Degisors, Menuau, Gouvenot, Mlle Rodet.

10. Médecin : M. Lermoyez ; assistant : M. Ramadier ; suppléants : MM. Baul-Boncour, Bloch ; internes : MM. Ill, Winter ; externes : MM. Labarraque, Périer (M.), Rouchon, Guillermet, Mlle Le Provost de Saint-Jean.

11. Chirurgien : M. le prof. Lejars ; chef de clinique : M. Brocq ; chef de clinique adjoint : M. Séjournet ; internes : MM. Hertz, Millet, Lempérière ; externes : Mlle Baud, MM. Pétrignani, Colin, Barragné, Devois, Baclesse.

12. Chirurgien : M. Lapointe ; internes : MM. Moutier, Gineste, Brétégnier ; externes : MM. Chauveau, Pellerin, Bidegaray, Durand (A.), Guillot, Marguet.

13. Accoucheur : M. Bouffe ; interne : M. Langle ; interne prov. : M. Meignant ; externes : MM. Lubin, Le Normand, Bozonet, Pasquier.

14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Fiessinger ; suppléant : M. Pelisse ; interne prov. : M. Mathieu (P.) ; externes : MM. Marty, Mouton, Dufieux.

15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Basset ; suppléant : M. Barbier ; externes : MM. Cherilleau, Louvel, Deberdt, Savary.

16. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps ; suppléant : M. Joseph ; externes : MM. Richard, Bouron.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. le prof. Rénon ; interne : M. Jacquelin (André) ; externes : MM. Lorion, Hériard, Kalt, Mathieu (Jean-Julien).

2. Médecin : M. Brouardel ; interne : M. Fouet ; externes : MM. Sauvageot, Froehlicher, Mlles Papin, Aubriot, M. Jaubert.

3. Médecin : M. Sicard ; interne : M. Forestier ; externes : MM. Schrameck, Burgeat, Bouessée, Mlle Steinmetz, M. Pruvost.

4. Médecin : M. Hallé ; interne : M. Mordret ; externes : MM. Pissavy, Deconinck, Mornet (Jean), Boehler.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu ; chef de clinique : M. Marsan ; chef de clinique adjoint : M. de Berne-Lagarde ; chefs de labor. : MM. Chabanier, Verliac, Morel ; internes : MM. Fey, Chabanier, Gaume ; externes : MM. Desgrez, Mondet, Jahiel, Caillet, Bac, Thoral, Chomereau-Lamotte, Lemoine, Bothézat, Weber.

6. Chirurgien : M. Robineau ; internes : MM. Guillaume, Lascaux, Mégret ; externes : Mlles Rappoport, Zimmer, M. Darré, Mlle Lavedan, MM. Couturat, Martin (René), Phélipeau.

7. Chirurgien : M. Schwartz ; internes : M. Bazert, Mme Brian ; externes : M. Kaplan, Mlles Boutiguy, Crémieu, M. Gallot, Mlle Boegner.

8. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Darré ; suppléant : M. Thibaut ; interne prov. : M. Cordey ; externes : MM. Carette, Ledrain.

9. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Cauchoix ; suppléant : M. Doré ; externes : MM. Bilhaud, Sigrist.

10. *Radiologie.* — Chef de labor. : M. Guibert ; suppléant : M. Petit ; externe : M. Quignard.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal ; chef de clinique : M. May ; chefs de clinique adjoints : MM. Gautier, Weissenbach ; chefs de labor. : MM. Joltrain, Laudet, Raulot-Lapointe ; adjoint : M. Brissaud ; internes : MM. de Gennes, Lagrange ; externes : MM. Simon, Iselin, Ferru, Wallich, Talon, Mlle Fontaine, MM. Joanny, Coffin, Sarles.

2. Médecin : M. Œttinger ; interne : M. Bonnard ; externes : Mlle Leblond, MM. Damon, Canouet, Yver, Buisson, Minon, Gallet.

3. Médecin : M. Queyrat ; internes : MM. Deguignand, Rousseau ; externes : MM. van Bockstaël, Fritz, Maigre, Armingeat (M.), Le Coulm, Demelin.

4. Médecin : M. Fournier ; interne : M. Azoulay ; externes : MM. Dambier, Poincloux, Mme Cabouat, MM. Moret, Mordagne, Mme Bouchaud.

5. Médecin : M. Pissavy ; interne . M. Bourdeaux ; externes : MM. Touvay, Stockman, Giberton, Renault, Barbaro, Reboul.

6. *Service de tuberculeux.* — M. Pissavy ; interne : M. Broca ; externes : Mme Le Rebours, Mlle Bernard, MM. Valat, Trotot.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet ; chef de clinique : M. Girode ; chef de clinique adjoint : M. Leveuf ; chefs de laboratoire : MM. Herrenschmidt, Beauvy ; internes : MM. Lascombe, Bonnecaze, Cuvigny ; externes : Mlle Ivanichevitz, MM. Bourgeois, Vergez-Honta, Foubert, Péribère, Benoist, Dauphin, Gorostidi.

8. Chirurgien : M. Launay ; internes : MM. Duponchel, Oulié ; externes : MM. Decourt, Lemarre, Chapuis (Pierre), Djourovitch, Vialard, Ferrière.

9. Chirurgien : M. Chevassu ; internes : MM. Guillard, Lauret ; externes : MM. Vasilesco, Lazard, Sordinas, Bréger, Faugeron, Cogné, Dimitracoff, Pannier.

10. Chirurgien : M. Labey ; internes : MM. Olivieri, Phelippes de la Marnierre ; externes : MM. , Popovitch, Duchamp de Lageneste, Chapplain, Mlle Thizy, M. Diriks.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Léri ; suppléant : M. Leconte ; interne prov. : M. Laurent (M.) ; externes : MM. Mayer (Ch.), Thomas (M.).

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Mocquot ; suppléant : M. Huyghues de Beaufont ; externes : MM. Charreau, Harriague, Radoulovitch, Hyvert.

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Cantonnet ; suppléant : M. Odoul ; externes : Mlles Le Bouëdec, Perrain.

14. *Electrothérapie.* — Chef de labor. : M. Ménard ; suppléant : M. Varet ; adjoint : M. Pestel ; externe : Mlle Benoist.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard ; chef de clinique : M. Leblanc ; chef de clinique adjoint : M. Rouillard ; chefs de labor. : MM. Foix, Feuillié, Ribot, Lièvre ; internes : MM. Binet, Kermorgant ; externes : MM. Schoengrun (Georges), Lavieille, Fouché, de la Brunière, Roussel (M.), Vollant.

2. Médecin : M. Carnot ; interne : M. Libert ; externes : MM. Martiny, Aymard, Krivine, Boyer (Paul), Job, Mlle Linossier.

3. Médecin : M. Laffitte ; interne : M. Théodoresco ; externes : MM. Bordas (Paul), Lindegger, Cachera, Galtier, Mounier.

4. Médecin : M. Louste ; interne : M. Potez ; externes : M. Lenferna de la Mothe, Mme Meyer-May, MM. Autier, Teurnier.

5. Chirurgien : M. Souligoux ; internes : MM. Laburthe-Tolra, Nora ; externes : MM. Holodenko, Ackermann, Samsoen, Thiébaut, Kimpel, Joffroy, Chevereau.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Deroche ; externe : M. Merle d'Aubigné.

7. Chirurgien : M. Michon ; internes : MM. Achard, Couinaud ; externes : MM. Petit (Pierre), Plet, Risos, Emerit, Willemin, Mégret, Escande.

8. Chirurgien : M. Savariaud ; internes : MM. Jacob, Marais, Delotte ; externes : MM. Gauillard, Nadal, Arthaud, Guérin, Mlle Morin, M. Grandperrin.

9. Chirurgien : M. Terrien ; assistant : M. Goulfier ; adjoint : M. Dognon ; externes : MM. Selter, Frégier, Luigi.

10. Accoucheur : M. Rudaux ; interne : M. Niel ; externes : MM. Lion, Blanche (André), Sabadini, Mme Macrez.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Harvier ; suppléant : M. Gy ; interne prov. : M. Girot ; externes : MM. Quignon, Delafontaine, Kalmanovitch.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Heitz-Boyer ; suppléant : M. Gouguet de Girac ; externes : MM. Lange, Bonnerot, Thibault.

13. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Desternes ; suppléant : M. Baudon ; externe : Mlle Bastien.

H. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Florand ; interne : M. Grenier ; externes : MM. Finzi, Doisy, Toulouse, Lehmann (Jacques), Bardol, Jarrige-Lemas.

2. Médecin : M. de Massary ; interne : M. Girard (Jean) ; externes : MM. Cayla, Boutroux, Sebileau, Oberthür, Banget, Tiby, Ducourtioux.

3. Médecin : M. Gandy ; interne : MM. Greder (1er sem.), Lesage (2e sem.) ; externes : MM. Jondeau, Descharmes, Haye. Martin (H.), Bonis, Rousseau (Julien), Duhazé.

4. Médecin : M. Garnier ; interne : M. Cathala ; externes : Mlle Waynbaum, MM. Codet, Bourdon, Trystram, Boulanger, Fortier.

Service de tuberculeux. — Externes : MM. Agnès, Compin.

5. Médecin : M. Clerc ; interne : M. Deschamps ; externes : MM. Laffitte, Pérard, Lévy (Jean), Lerond, Lendormy, Lenoir.

6. Chirurgien : M. Marion ; assistant de consultation : M. Henry ; internes : MM. Ducastaing, Masmonteil ; externes : MM. Breton, Maechler, Duncombe, Lataix, Soullier, Tourtou, Couton, Rebuffel, Marzouk.

7. Chirurgien : M. Cuneo ; internes : MM. Poissonnier, Tourneix, Huc (Edouard) ; externes : MM. Lévy-Weissmann, Grinda, Charpentier, Maximin, Mlle Gagey, M. Lacaisse, Mlle Vogt.

8. *Chirurgie.* (Chroniques.) — M. Cunéo ; interne : M. Reinhold ; externes : MM. Baconnet, Lyonnet.

9. Chirurgien : M Duval ; internes : MM. Richard, Ecot, Brouet ; externes : MM. Dalsace (R.), Garcin, Bresson, Blondin, Nédelec, Quereilhac.

10. Chirurgien : M. Wiart ; internes : MM. Hartglass, Lemariée, Xoudis ; externes : MM. Cahen (R.), David, Topart, Mlle Schoeller, M. Kanony, Mlle Hébert.

11. Chirurgien : M. le prof. Sebileau ; assistant : M. Halphen ; suppléant : M. Bonnet-Roy ; chef de clinique : M. Rouget ; chefs de clinique adjoints : MM. Dufourmentel, Miégeville ; chef de labor. : M. Cléret ; internes : MM. Truffert, Chatellier ; externes : MM. Pagès, Vacher (G.), Goldman, Tissier, Cornet, Scialom, Menguy.

12. Ophtalmologiste : M. Morax ; assistant : M. Bollack ; internes : MM. Leroux, Jousseaume ; externes : MM. Coriat, Djordjevitch, Nida, Mlle Sturm, M. Bouvier.

13. Accoucheur : M. Démelin ; interne : M. Lantuéjoul ; interne prov. : M. Doiteau ; externes : MM. Ducrohet, Azam, Mme Poissonnier, M. du Souich.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Rivet ; suppléant : M. Bory ; interne prov. : M. Lesage ; externes : Mlle Willème, MM. Pinalie, Dufestel, Philippeau.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Toupet ; suppléant : M. Hérisson ; externes : MM. Charlot, Bruder, de Coularé-Delafontaine.

16. *Service d'électrothérapie.* — Chef de labor. : M. Hischmann ; externes : MM. Duba, Calmus.

17. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Haret ; suppléant : M. Dariau ; externe : M. Lescure.

I. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Klippel ; interne : M. Florand ; externes : MM. Huard, Parfonry, Leydet, Salavert, Jouet, Weill.

2. *Service de tuberculeux.* — Externes : MM. Bazouge, Muffat, Lamache, Devouge.

3. Médecin : M. Macaigne ; interne : M. Minvielle ; externes : MM. Potelune, Drujon, Azerad, Rigal, Jais.

4. Médecin : M. Michel ; interne : M. Richon ; externes : MM. Luton, Chatellier (J. M.), Willemin (Louis), Lefèvre (Jean).

5. Médecin : M. Lœper ; interne : M. Debray ; externes : MM. Ménard, Gauche, Bernard (R.), Risacher, Sailly, Blanche (Marcel).

6. Médecin : M. Rathery ; interne : M. Cambessédès ; externes : MM. Gournay, Chazel, Mme Dumay, MM. Leblanc (Paul), Oblin (Robert), Lotte, Berson (Pierre), Mlle Mauclaire.

7. Médecin : M. Sainton ; interne : M. Schulmann ; externes : MM. Lacombe, Callegari, Lieutaud, Le Clerc.

8. Médecin : M. Weil (P.-E.) ; interne : M. Coste ; externes : M. Blondin (M.), Mlle Dreyfus-Sée, MM. Darquier, Ehrenberg, Lévy (Robert).

9. Médecin : M. Comte ; interne : M. Marchal ; externes : MM. Mallein-Gérin, Razimbaud, Brunet (Pierre), Lemière (F.), Waitz, Martin (Jacques).

10. Chirurgien : M. Riche ; internes : MM. Delmas, Viollet, Gueullette ; externes : MM. Poulain, Bagot, Guérin, Mlle Merlhès, MM. Tailhefer, Clerey.

11. Chirurgien : M. Proust ; internes : MM. Eltrich, Dubois (René), de Nabias ; externes : M. Wilbert, Mlle Gricouroff, MM. Gerson, Trollé, Michaud, Lucchelti.

12. Chirurgien : M. Grégoire ; internes : MM. Cabouat, Michon ; interne prov. : M. Bertrand (Louis) ; externes : MM. Souron, Bardy, Krief, Thirion, Mayer.

13. Accoucheur : M. Jeannin ; interne prov. : Robin (Vict.) ; externes : MM. Salasc, Lucq, Mangini, Dossin.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lian ; suppléant : M. X.. ; interne prov. : M. Welti, externes : Mlle Levain ; MM. Laurain, Langlois (Jean).

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Martin ; suppléant : M. Maurer ; externes : MM. Ricci, Blanc-Champagnac, Jacquet.

16. *Radiologie.* — Chef de labor. : M. X... ; suppléant : M. Detré ; externe : M. Henne.

J. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Bernard (Léon) ; interne : M. Kudelski ; externes : MM. Peynet, Guiberteau, Limouzin-Lamotte, Prat-Flottes, Prévost (Charles), Poussard, Gardinier, Popovitch.

2. Médecin : M. Rist ; interne : M. Weiss ; externes : MM. Auclair, Plichon, Guinard, Perdu, Jamet, Mlle Sayag, MM. Lafaix, Brochirion.

3. *Crèche.* — Médecin : M. Bernard (L.) ; externes : MM. Vincent, Lacassie.

4. *Service de femmes tuberculeuses.* — Médecin : M. Rist ; interne : M. Hirschberg ; externes : MM. Macé, Lévy (G.), Boussange, Martin (Henry), Robin, Mlle Rékis.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Médecins : MM. Bernard (L.), Rist ; assistants : MM. Ameuille, Baron, Bigart, Brissaud, Salomon, Mme Godet ; externes : MM. Bertrand (H.), Pelissier, Vassitch, Naveau, Voukassovitch, Hazemann.

6. Médecin : M. Claisse ; interne : M. Serrand ; externes : MM. Lehmann (H.), Dolfus, Michel (F.), Calbet.

7. Médecin : M. Jousset ; interne : Mlle Déjerine ; externes : MM. Machavoine, Delgove, Grardel, Gallois.

8. Médecin : M. Laignel-Lavastine ; interne : M. Coulaud ; externes : MM. Valence (R.), Quermonne, Delaveuve, Tambareau.

9. Médecin : M. Ribierre ; interne : M. Giroux ; externes : MM. Poulin, Bascourret, Olivier (Henri), Sureau.

10. Chirurgien : M. Auvray ; internes : MM. Walther, Auvigne, Morice ; externes : M. Renard (G.), Mlle Parmentier, MM. Stieffel, Rochard, Mlle Gravier, MM. Imbert, Laporte.

11. Chirurgien : M. Bourgeois ; interne : MM. Bouchet, Leroux (Henri) ; externes : MM. Beynes, Pluney, Lemoine, Mahieu (H.-P.).

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud ; interne : M. Mérigot de Treigny ; externes : MM. Daban, Paumelle (Pierre), Mlle Ostwalt.

13. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Villaret ; suppléant : M. Pignot ; interne prov. : M. Grellety-Bosviel ; externe : M. Géray.

14. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Cadenat ; suppléant : M. ; externes : MM. Dana, Pascal.

15. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Maingot ; suppléant : M. Darbois ; externes : MM. Gally, Collin (P.).

K. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Brühl ; interne : M. Joanny ; externes : MM. Blum (Gaston), Béguin, Lemoine (R.), Rœser.

2. Médecin : M. Guillemot ; interne : M. Bocage ; externes : M. Briault, Mme Guetschel, MM. Jany, Bohn.

3. Chirurgien : M. Baudet ; internes : MM. Réau, Thouvenin, Gresset ; externes : MM. d'Auxion, Magnol, Romeyer, Girard, Lichtwitz, Brissaud, Thiolat, Hirsberg.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Laederich ; suppléant : M. Boudon ; interne prov. : M. Tassin ; externes : Mlle Franck, M. Lehmann (R.).

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Bazy (Louis) ; suppléant : M. Audard ; externes : MM. Roussel (André), Guyot (Ph.).

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Beaujard ; suppléant : M. Desmoulins ; externe : M. Chêne.

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Bergé; interne : M. Pichon; externes : MM. Faure (H.), Isaac (G.), Dumas (Jean), Dessert, Rosier.

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Bergé; interne prov. : M. Basch; externes : MM. Escalier, Sénéchal.

3. Médecin : M. Dufour; interne : M. Ravina; externes : MM. Vassal, Pierrot, Chauveau, Ripert, Brenniel.

4. *Service de tuberculeux.* — Interne prov. : M. Ferrier; externes : MM. Laplanche, Seligmann.

5. Chirurgien : M. Chevrier; internes : MM. Mérot, Larget; externes : MM. Foyatier, Hurez, Lefèvre (P.-M.), Aragon, Duminil, Maurellet.

6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Herscher; suppléant : M. Lebar; externes : MM. Gély, Chartier.

7. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Sauvé; suppléant : M. Lorin; externes : MM. Nativelle, Dubarry.

8. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Bonniot; externe : M. Lebon.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Bezançon; internes : MM. Hutinel, Cochez; externes : MM. Célice, Garnier (Ch.), Meurdrac, Thin, Vérin, Camus, Berthier, Soulas.

2. Chirurgien : M. Dujarier; internes : MM. Gerber, Ruelle; externes : MM. Jardet, Derocque, Méry (M.), Ducroquet, Mlle Lamy, MM. Roland, Marot, Beaux.

3. Accoucheur : M. Funck; interne : M. Evrard; externes : MM. Patel, Pichard, Lamaze, Cerné.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Israels de Jong; interne prov. : M. Walser; externes : MM. Rollot, Bonnot.

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Mathieu; suppléant : M. ; externes : MM. Poulet, Lacroix (René), Rebillard, Brunet.

6. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Aubourg; suppléant : M. Lebon; externe : M. Violet.

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Jeanselme; chef de clinique : M. Touraine; chefs de clinique adjoints : MM. Chevallier, Burnier; chefs de labor. : MM. Sézary, Pomaret, Bloch (Marcel); assistant : M. Lévy-Franckel; internes : MM. Joannon, Thinh; externes : MM. , Durand (Jean), Biguet, Pitres, Salmon, Perlis, Delacloche.

2. Médecin : M. Brocq; assistant : M. Desaux; internes : MM. Ruppe, Boutelier; externes : MM. Gasiglia, Golditi, Mlle Schulmann, MM. Lecarpentier-Duboscq, Chabrol, Clément (Jean), Semenon.

3. Médecin : M. Thibierge; assistant : M. Legrain; internes : MM. Rabut, Hufnagel; externes : MM. Hennetier, Fumet, Ferrier, Védrinne, Verger (Emile).

4. Médecin : M. Darier; assistant : M. Tzanck; internes : MM. Vallery-Radot, Roberti; externes : MM. Couturier, Talot dit Margival, Gallerand, Lenfant, Gornouec.

5. Médecin : M. Hudelo; assistant : M. Fouquet; internes : MM. Bigot, Walter; externes : MM. Epagneul, Arbeltier, Barbellion, Moussoir, Auger (R.), Mlle Cabiale.

6. Médecin : M. Milian; assistant : M. Sauphar; internes : MM. Périn, Salles; externes : MM. Jacquinet, Thévenard, Spinetta, Mlles Mircouche Grünbaüm, Decaux.

7. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Lebrun, Richoux, Rouffignac; externes : MM. Celestin, Le Blay, Robert, Molinard, Thibert, Quennec, Drouineau, Auvynet.

8. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Evrard, Boppe, Huet; externes : MM. Depouilly, Destouches, Bariéty, Retel, Bouillié, Castéran (Rob.), Schoengrün, Filliol.

9. Chirurgien : M. Lecène; internes : MM. Peltier, de Gaudart d'Allaines, Aurousseau; externes : MM. Seillé, Pichat, Carpentier, Mlle Odier, MM. Guignebert, Besançon (J.), Launay, Lefebvre.

10. *Service de médecine générale temporaire.* — Médecin : M. Halbron; interne : M. Gambillard; externes : MM. Levassor, Farmachi, Meurisse, Lepaumier, Lescœur (P.).

11. *Consultation. (Chirurgie.)* — Assistant : M. Bréchot; suppléant : M. Luzoir; externes : MM. Lelong, Sénoze, Wickham (Yves).

12. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Gastou; externe : Mlle Labat de Lambert.

13. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Jules Renault; interne : MM. Michel, Gayet; externes : MM. Dardel, Dalsace (Jean), Corby, Sédillot, Merklen, Monot, Barry, Jossand.

14. Chirurgien : M. Mouchet; internes : MM. Fournier, Le Gac, Bertaux; externes : M. Delotte, Mlle Bocquet, MM. Vincent, du Laurier, Eliet, Chaperon, Gricouroff, Carteaud.

15. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; interne : M. Bénit; externes : MM. Fesquet, Martineau, Estrabaut, Vanheuverswyn.

16. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Lemaitre; suppléant : M. Chouquet; interne : M. Aubin; externes : MM. Delpérier, Minière, Crocquefer, Bonnafous, Lob, Gardères.

17. *Electrothérapie.* — Interne : M. Belot; externe : M. Lepennetier.

O. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Ravaut; interne : M. Scheikevitch; externes : MM. Canoz, Martin (Henri), Breton (Marc), Longchampt, Duhail, Héraux, Boudrant, Bourloton.

2. Médecin : M. Grenet; interne : M. Levent; externes : MM. Delage, von der Horst, Bourdillon, Christol, Favreau, Rondy, Foubert, Didry, Jeanjean.

3. Chirurgien : M. le prof. Faure; chef de clinique : M. Haller; chef de clinique adjoint : M. Mossé; chef de labor. : M. Champy; internes : MM. Oberlin, Moulonguet, Braine; externes : MM. Avramovitch, Troncin, Mlle Meurs, MM. Lapeyre, Lavialle, Blondiau, Guérin.

P. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Bourgeois (Francis); externes : Mlle Tisserand, MM. Allaire, Lamy, Leroy (Roger), Barret.

2. Médecin : M. Ramond; interne : M. Baudouin; externes : MM. Biar, Laporte, Busser.

3. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Saxe, Paturet; externes : MM. Boulay, Abd-el-Morer, Widiez, Camail, Pasquet, Subileau.

4. Chirurgien : M. Descomps; internes : MM. Colombet, Turnesco, Lanos; externes : M. Monbarin, Mlle Oumansky, MM. Martin, Ray, Bidoire, Baize, Fribourg, Chiffre.

5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bouchacourt; suppléant : M. Charlier; externe : M. Ogliastri.

Q. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique : M. Maillet; chef de clinique adjoint : M. ; chef de labor. : M. Tixier; moniteur : M. Babonneix; chef de labor. de la diphtérie : M. Marie; interne : M. Janet; externes : M. Kensinger, Mlle Richard, MM. Paris (G.), Arviset, Chalot, Forgeron.

2. Médecin : M. Richardière; interne : M. Laplane; externes : Mlles Maybluh, Mortier, Baudry, M. Chevalier (Louis).

3. Médecin : M. Méry; interne : M. Mercier; externes : MM. Péronne, Robert (Paul), Lejard, Suau, Péron.

4. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Peignaux; externes : Mlle Hugueny, Mme Lion, M. Moles, Mlle Halperson.

5. Médecin : M. Apert; interne : MM. Bordet (1er sem.), Bigot (2e sem.); externes : MM. Arrivat, Leplat (Georges), Noetinger, Chevalier (Marc), Saïdman.

6. Médecin : M. Lereboullet; interne : M. Brizard; externes : M. de Vadder, Mlle de Sèze, MM. Marcel, Farret, Seguy.

7. *Crèche.* — Interne prov. : M. Tisné.

8. *Service de la sélection.* — Interne prov. : M. Vigneron.

9. Chirurgien : M. le prof. Broca; chef de clinique : M. Madier; chefs de clinique adjoints : MM. Legrand, Massart; chef de labor. : Mme Houdré; internes : MM. Philardeau, Wilmoth, Huc (G.); externes : M. Bourdin, Mme Madier, Mlle Vignaux, M. Fabre (Pierre), Mlle Marchand, MM. Vidböcher, Wolff, Frémiot.

10. Chroniques. — Interne prov. : M. Leflaive; externes : MM. Gomet, Mirault, Mlles Paturel, Henry.

11. Chirurgien : M. Ombrédanne; internes : MM. Baudet, Penot; interne prov. : M. Delahaye; externes : Mlle Deschamps, MM. Laffaille, Chassigneux, Mlle Legrand, MM. Mathias, Duruy, Marchand, Trocmé.

12. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; assistant : M. Offret; suppléant : M. Boussi; interne : M. Hartmann; externes : Mlle Frontard, M. Marq, Mlle Vachi, M. Athankovitch.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Lemée ; externe : M. Genieys.
14. *Radiologie.* — M. Duhem ; externe : M. Villetard de Prunières.

R. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Lesné ; interne : M. Powilewicz ; externes : MM. Aubry, Rimé, Huet (Léon), Blondel, Marteret, Denis.
2. Médecin : M. Papillon ; interne : M. Boulanger ; externes : MM. Fettu, Ricard, Poumailloux, Tariel, Mlles Vilter, Rogier.
3. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. X... ; interne prov. : M. Blamoutier ; externe : M. Lougnon.
4. Chirurgien : M. Hallopeau ; internes : MM. Récamier, Malgat, Surun ; externes : MM. Lortsch, Lacan, André, Dufour, Laroche, Alibert, Bos, Mlle Bailly, M. Perrin.
5. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lemaire ; suppléant : M. Chéné ; interne prov. : M. Ollivier ; externes : MM. Dubranle, Charbonnier, Prévost (Félix).
6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Mahar ; suppléant : M. Blanche ; externe : M. Perret.
7. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Moulonguet ; externe : M. Mary.

S. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Marfan ; chef de clinique : M. Blechmann ; chef de labor. : M. Dorlencourt ; internes : MM. Broussolle, Chevalley ; externes : M. Comet, Mme Ménard, MM. Paychère, Mouls, Paulin, Leboucher.
2. Chirurgien : M. Veau ; internes : MM. Doubrère, Godard ; externes : Mlle Simon, MM. Humbert (René), Bourgeois (Jean), Faure (M.), Roux, Constant, Mlle Desbrousses.
3. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Barret ; suppléant : M. Chaperon ; externe : M. Asselin de Villiencourt.

T. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Lemierre ; interne : M. Piédelièvre ; externes : MM. Westphal, Parisot, Héry, Mlle Frey.
2. Médecin : M. Courcoux ; interne : M. Deglaire ; externes : MM. Lemonnier, Bouttier, Dupont, Périgord.
3. *Consultation de médecine.* — Assistant : M. Pasteur Vallery-Radot ; suppléant : M. Stévenin ; interne prov. : M. Fatou ; externes : MM. Couronne, Hémart.

U. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Pagniez ; interne : M. Mouzon ; externes : MM. Lechaux, Prévot (R.), Male, Lamarc.
2. Chirurgien : M. Desmarest ; internes : MM. Gaillard, Valière-Vialeix ; externes : MM. , Petit (Marcel).
3. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Roubinovitch ; interne : M. Chavany ; interne prov. : M. Jacquet.
4. Médecin : M. Merklen ; interne : M. Dubois ; externes : MM. Moorlas, Faraut, Lafont, Lacapère, Ernerit.
5. Médecin : M. Riche ; interne : M. Duter ; interne prov. : M. Durand (Jacques).
6. Médecin : M. Vurpas ; interne : M. Martin de Laulerie ; interne prov. : M. Lelong.
7. *Sanatorium Clemenceau.* — Médecin : M. Lortat-Jacob ; interne : M. Turpin ; externes : MM. Mauvoisin, Mittelette, Houlnick, Zuber, Breton.
8. Médecin : M. Maillard ; interne : M. Claude ; interne prov. : M. Noël.

V. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. P. Marie ; chef de clinique : M. Chatelin ; chefs de clinique adjoints : MM. Bouttier, Béhague ; chef de labor. : M. Bertrand ; adjoint : M. Lévy ; internes : MM. Mathieu (René), Marie (A.), Pierre ; externes : Mlle Lévy (Gab.), M. Nouviale, Mlle Petit, MM. Michel-Béchet, Pavie.
2. Médecin : M. Souques ; internes : MM. Alajouanine, Codet ; externes : M. Masson, Mlle Nicole, MM. L'Ecuyer de Villers, Demerliac, Dereux, Chabrun.
3. *Vaccination antityphique du personnel hospitalier.* — Interne prov. : M. de Brun du Bois-Noir (Pierre).
4. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; chef de clinique : M. Despias ; chef de clinique adjoint : M. Monod (Robert) ; internes : MM. Flandrin, Senèque, Soupault ; externes : MM. Leibovici, Sauvage, Maziol, Mounier, Moruzi, Mlle Lacroix.
5. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Crouzon ; interne : M. de Brun du Bois-Noir (Roger) ; externes : M. Fabre (André), Mlles Maniu, Hendlé, MM. Berson, Veil.
6. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Seglas ; internes : MM. Deron, Ernst.
7. Médecin : M. Chaslin ; interne prov. : M. Marceron ; externe : M. Mugnier.
8. Médecin : M. Nageotte ; interne : M. Chatelin ; externes : MM. Baillis, Mahé.
9. *Service d'électrothérapie.* — Chef de labor. : M. Bourguignon ; suppléant : M. Ehrmann ; externe : M. Dulac.

W. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guinon ; interne : M. Lermoyez ; externes : MM. de Lorgeril, Baranger (A.), Mlle Denis, MM. Berthet, Uzan, Gauran (M.).
2. Médecin : M. Boulloche ; interne : M. Levesque ; externes : MM. Juge, Adrian, Longepierre, Louet, Mme Bertrand-Fontaine, M. Mordret.
3. Chirurgien : M. Marcille ; internes : MM. Buquet, Foucault, Vesselle ; externes : MM. Colette, Durand (M.), Lecœur (M.), Oumansky, Clément, Queinnec (J.), Delarue.
4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Renaud ; suppléant : M. Ferry ; interne prov. : M. Courtin ; externes : MM. Cunault, Lafont (Henri), Engelbach.
5. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Lobligeois ; suppléant : M. Tison ; externe : M. Goguel.
6. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Hautant ; externes : MM. Ferciot, Couderc.

X. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Vincent ; interne : M. Haguenau ; externes : MM. Gourdin, Vuillame, Le Grand, Bocquet.
2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Armand-Delille ; internes : MM. Hillemand, Lestocquoy ; externes : MM. Dumas, Noguères, Montassut, Darfeuille, Crouzat, Hiély.
3. Chirurgien : M. Lardennois ; internes : MM. Porte, Chastang ; externes : MM. Armingeat, Debray (Georges), Descomps.

Y. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Potocki ; adjoint : M. Le Lorier ; assistant : M. Levant ; interne : M. Papillon ; internes prov. : MM. Lacomme, Dauptain.
2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; interne : M. Prieur ; externes : MM. Triboulet, Lévy (Pierre), Minvielle, Guyonnaud.

Z. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier ; interne : M. Arbeit ; externes : MM. Gourdin-Servenière, Trolard, Latombe, Ribardière, Trotsky, Ducoudré, Bourges.
2. Médecin : M. Lesage ; interne : M. Cojan ; externes : MM. Fidon, Bühler, Mlle Kouriansky, MM. Lazare, Moreau (René), Oblin.
3. Service de la garde et de la sélection. — Internes : MM. Lebée, Froment.
4. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Chicotot ; externe : M. Grognot.

Aa. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Troisier ; chef de clinique : M. Gastinel ; chef de clinique adjoint : M. ; chef de labor. : M. Reilly ; internes : MM. Rivalier, Boulin, Oury ; externes : MM. Rougier, Res[illegible]ux, Bodin, Augustin, Chevrel, Dufourq-Lagelauze, Gruntescu, Villot.

Ab. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. le prof. Bar ; chef de clinique : M. Vaudescal ; chefs de clinique adjoints : MM. Didier, Viala ; chef de labor. : M. Philippe ; externes : MM. Playoust, Heitz, Mme Souffland, MM. Missirlin, Moreau (Emile).

Ac. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire ; chef de clinique : M. Cleisz ; chef de clinique adjoint : M. Morisson-Lacombe ; chef de labor. : M. Lelièvre ; externes : MM. Couvreux, Broussin, François, Omont, Ferré, Larivière.

Ad. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Weill-Hallé ; interne : M. Weissmann ; interne prov. : M. Aris ; externe : M. Theillier.
2. Chirurgien : M. Alglave ; internes : MM. Cornet, Fru-

chaud; externes : MM. Derchin, Mével, Piton, Harburger, Canal, Truchard, Mlle Dobkevitch.

Ae. Hospice Alquier-Debrousse. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Babonneix; interne; M. Denoyelle.

2. (*Tuberculeux.*) Médecin : M. Babonneix; interne : M. Périsson; externes : MM. Vernaut, Mallet, Risterucci, Vazeille, Lenormand.

Af. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne M. Solente; externes : MM. Salmon, Salvan, Dufour, Grognard.

Ag. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Trémolières; interne : M. Rachet (*Chardon-Lagache*); interne prov. : M. Renault (*Sainte-Périne*).

Ah. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Laubry; interne : M. Bloch; externe : M. Adam.

2. (*Tuberculeux.*) Médecin : M. Laubry; interne : M. Meyer; externes : MM. Terrin, Férey, Mérat, Segond, Guéneau de Mussy, Duhamel.

Ai. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Médecin : M. Sorrel; assistant : M. Tridon; internes : MM. Dayras, Bouquier, Leroy (Paul), Mlle Chauveau, M. Laban.

Aj. Hospice de Brévannes. — 1. Médecins : MM. René Marie, Aubertin, Baudouin; assistants : MM. Clément, Carton, Dumont, Thiel, Bourdeaux; internes : MM. Desprairies, Lejard, Mer, Barbaro, Py, Fumery, Chatagnon, Roland.

Ak. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le prof. Dupré; chefs de clinique : MM. Genil-Perrin; chef de clinique adjoint : M. Gallais.

Al. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Roubinovitch; interne prov. : M. Maleysson.

Am. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc; assistant : M. Brodiez.

An. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé; internes : MM.

Ao. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. Jumentié; assistant : M. Tourlet.

Ap. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M. Mutel.

Aq. — Hospices Saint-Michel et Lenoir-Jousseran. — 1. Médecin : M. Diverneresse.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants, consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° chefs de laboratoire; 4° internes titulaires; 5° internes provisoires; 6° externes.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Piédelièvre, T-1 = T. Hôpital Andral, 1. Service de M. Lemierre.

MÉDECINS
et assistants de consultation.

CHIRURGIENS
et assistants.

ACCOUCHEURS
et assistants.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES
et assistants.

ÉLECTROTHÉRAPEUTES, RADIOLOGISTES
Chefs de laboratoire, assistants et suppléants.

Bouchacourt, P-5.
Bourguignon, V-9.
Chaperon, S-3.
Charlier, P-5.
Chicotot, Z-4.
Darbois, J-15.
Dariau, H-17.
Delherm, B-16.
Demoulins, K-6.
Desternes, G-13.
Detré, I-16.
Duhem, Q-14.
Ehrmann, V-9.
Gastou, N-12.
Guibert, E-10.
Guilleminot, A-13.
Haret, H-17.
Hermann, V-9.
Hischmann, H-16.
Labbé (D.), C-13.
Laquerrière, B-16.
Lebon, M-6.
Lobligeois, W-5.
Lomon, C-12.
Maingot, J-15.
Mahar, R-6.
Ménard, F-14.
Pestel, F-14.
Petit, E-10.
Tison, W-5.
Turchini, C-12.
Varet, F-14.

SUPPLÉANTS
de consultations.

MÉDECINE

Bory, H-14.
Boudon, K-4.
Caillé, C-10.
Chené, R-5.
Claeys, B-13.
Ferry, W-4.
Giroux, A-11.
Gy, G-11.
Jacob, B-12.
Lebar, L-6.
Leconte, F-11.
Pignot, J-13.
Stévenin, T-3.
Thibaut, E-8.

CHIRURGIE

Audard, K-5.
Barbier, D-15.
Bonnet-Roy, H-11.
Doré, E-9.
Ehrenpreis, C-11.
Gouguet de Girac, G-12.
Hérisson, H-15.
Huyghues de Beaufont, F-12.
Lorin, L-7.
Luzoir, N-11.

CHEFS DE CLINIQUE

Bénard (H.), A-1.
Bergeret, A-7.
Blechmann, S-1.
Brocq, D-11.
Chatelin, V-1.
Cleisz, Ac-1
Couinaud, B-11.
Desplas, V-4.
Flandin, D-1.
Gastinel, Aa-1.
Genil-Perrin, Ak-1.
Girode, F-7.
Haller, O-3.
Leblanc, G-1.
Leconte, B-1.
Madier, Q-9.
Maillet, Q-1.
Marsan, E-5.
May, F-1.
Rouget, H-11.
Touraine, N-1.
Vaudescal, Ab-1.

Adjoints.

Béhague, V-1
Berne-Lagarde (de), E-5.
Bouttier, V-1.
Brodin, D-1.
Burnier, N-1.
Chevallier, N-1.
Coury (Alfred), A-1.
Didier, Ab-1.
Donzelot, B-1.
Dufourmentel, H-11.
Gallais, Ak-1.
Gautier, F-2.
Huber, D-1.
Legrand, Q-9.
Leveuf, F-7.
Massart, Q-9.
Miégeville, H-11.
Monod (Robert), V-4
Morisson-Lacombe, Ac-1.
Mossé, O-3.
Rouillard, G-1.
Saint-Girons, A-1.
Séjournet, D-1.
Viala, Ab-1.
Weissenbach, F-2.

CHEFS DE LABORATOIRE
et adjoints.

Beauvy, F-7.
Bertrand, V-1.
Bloch (M.), N-1.
Brissaud, F-1
Chabanier, E-5.
Champy, O-3.
Cléret, H-11.
Descomps, A-1.
Deval, A-1.
Dorleucourt, S-1.
Dumont, A-1.
Feuillié, G-1.
Foix, G-1.
Grigaux, D-1.
Guilleminot, A-13.
Hautant, A-9.
Herrenschmidt, F-7.
Houdré (Mme), Q-9.
Joltrain, F-1.
Laudet, F-1.
Lelièvre, Ac-1.
Lévy, V-1.
Lièvre, G-1.
Monbrun, A-9.
Morel, E-5.
Philippe, Ab-1.
Pomaret, N-1.
Raulot-Lapointe, F-1.
Reilly, Aa-1.
Renaud, A-7.
Ribot, G-1.
Ronnaux, D-1.
Sézary, N-1.
Tixier, Q-1.
Troisier, D-1.
Verliac, E-5.

INTERNES

Achard, G-7.
Alajouanine, V-2.
Alibert (1er sem.), C-4.
Arbeit, Z-1.
Aubin, N-16.
Aumont, B-10.
Aurousseau, N-9.
Auvigne, J-10.
Azoulay, F-4.
Barbaro, Aj-1.
Barbier, B-6.
Bardon, C-8.
Baudet, Q-11.
Baudouin, P-2
Bazert, E-7.
Bénit, N-15.
Bernard, B-3.
Bertaux, N-14.
Bigot, N-5 (1er sem.); Q-1 (2e sem.).
Binet, G-1.
Bloch, Ah-1.
Blum, A-1.
Bocage, K-2.
Bonnard, F-2.
Bonnecaze, F-7.
Boppe, N-8.
Bordet, Q-1 (1er sem.); Q-5 (2e sem.).
Bouchet, J-11.
Boulanger, R-2.
Boulin, Aa-1.
Bouquier, Ai-1.
Bourdeaux, F-5.
Bourgeois (F.), P-1.
Boutelier, N-2.
Braine, O-3.
Brétégnier, D-12.
Brian (Mme), E-7.
Brizard, Q-6.
Broca, F-6.
Brouet, H-9.
Broussolle, S-1.
Brun du Bois-Noir (Roger) [de], V-5.
Buquet, W-3
Cabouat, I-12.
Cambessédès, I-6.
Cathala, H-4
Ceillier, A-4.
Chabanier, E-5.
Chastang, X-3.
Chatagnon, Aj-1.
Chatelin, V-8.
Chatellier, H-11.
Chavany, U-3.
Chevalley, S-1.
Chevallier (H.), B-8.
Clément (R.), D-1.
Cochez, M-1.
Codet, Y-2.
Cojan, Z-2.
Colombet, P-4.
Cornet, Ad-2.
Coste, I-8.
Coty, A-2.
Couinard, G-7.
Coulaud, J-8
Cuvigny, F-7.
Dalsace, B-5.
Debray, I-5.
Deglaire, T-2.
Deguignand, F-3.
Déjerine (Mlle), J-7.
Delmas, I-10.
Delotte, G-8
Denoyelle, Ae-1.
Deron, V-6.
Deroche, G-6.
Deschamps, H-5.
Desprairies, Aj-1.
Doubrère, S-2.
Doumer, C-3.
Dubois (H.), U-4.
Dubois (R.), I-11.
Ducastaing, H-6.
Dujarier, B-10
Duponchel, F-8.
Duter, U-5.
Duval, C-2.
Ecot, H-9.
Eltrich, I-11.
Ernst, V-6.
Evrard, M-3.
Evrard, N-8.
Fey, E-5.
Flandrin, V-4.
Florand, I-1.
Forestier, E-3.
Foucault, V-3.
Fouet, E-2.
Fournier, N-14.
Fris-Larrouy, D-9.
Froment, Z-3.
Fruchaud, Ad-2.
Fumery, Aj-1.
Gaillard, U-2.
Gambillard, N-10.
Gardin, C-5
Gaudart d'Allaines (de), N-9.
Gaume, E-5.
Gayet, N-13.
Gennes (de), F-1.
Gerber, M-2.
Gibert, D-4.
Gineste, D-12.
Girard (Jean), H-2.
Giroux, J-9.
Godard, S-2.
Greder, H-3 (1er sem.).
Grenier, H-11.
Gresset, K-3.
Gueulette, I-10.
Guillard, F-9.
Guillaume, E-6.
Guillouet, B-7.
Haguenau, X-1.
Hartglass, H-10.
Hartmann, Q-12
Hermet, C-7.
Hertz, D-11.
Hillemand, X-2.
Hirschberg, J-4.
Huc (Ed.), H-7.
Huc (Georges), Q-9.
Huet, N-8.
Humbert, C-7.
Hutinel, M-1.
Hufnagel, N-3.
Ill, D-10.
Isch-Wall, A-5.
Jacob, G-8.
Janet, Q-1.
Jacquelin (André), E-1.
Jacquelin (Ch.), D-7.
Joannon, N-1.
Joanny, K-1.
Jousseaume, H-12.
Kermorgant, G-1.
Kudelski, J-1.
Labeaume (Mlle), B-10.
Laburthe-Tolra, G-5.
Lagrange, F-1.
Langle, D-13.
Lantuéjoul, H-13.
Laplane, Q-2.
Larget, L-5.
Lascaux, E-6.
Lascombe, F-7.
Lauret, F-9.
Lauzier, A-2.
Le Basser, A-7.
Lebée, Z-3.
Lebrun, N-7.
Le Gac, N-14.
Lejard, Aj-1.
Lemariée, H-10.
Lempérière, D-11.
Léobardy (de), D-6.
Lermoyez, W-1.
Leroux, H-12.
Leroux (Henri), J-11.
Lesage, H-3 (2e sem.).
Levent, O-2.
Levesque, W-2.
Libert, G-2.
Lory, A-8.
Malgat, R-4.
Marais, G-8.
Marcassus, A-3.
Marchal, I-9.
Marie (A.), V-1.
Marquézy, D-1.
Martin de Laulerie, U-6.
Masmonteil, H-6.
Massary (de), (2e sem.), C-4.
Mathieu (R.), V-1.
Mégret, E-6.
Mer, Aj-1.
Mercier, Q-3.
Mérigot de Treigny, J-12.
Mérot, L-5.
Metzger, B-10
Meyer, Ah-2.
Michel, N-13.
Michon, I-12.
Millet, D-11.
Minvielle, I-3.
Mordret, E-4.
Morice, J-10.
Moulonguet, O-3.
Mouquin, B-1.
Moutier, D-12.
Mouzon, U-1.
Nabias (de), I-11.
Niel, G-10.
Nora, G-5.
Oberlin, O-3.
Olivieri, F-10.
Ollier, C-7.
Oulié, F-8.
Oury, Aa-1.
Papillon, Y-1.
Paturet, P-3.
Peignaux, Q-4.
Peltier, N-9.
Penot, Q-11.
Périn, N-6.
Périsson, Ae-1.
Perrochaud, B-4.
Petit-Dutaillis, A-7.
Phelippes de la Marnierre, F-10.
Philardeau, Q-9.
Picard, A-6.
Pichon, L-1.
Piédelièvre, T-1.
Pierre, V-1.
Pilatte, C-8.
Plichet, B-2.
Poissonnier, H-7.
Pommay (Mlle), A-8.
Porte, X-3.
Potez, G-4.
Powilewicz, R-1.
Prieur, Y-2.
Py, Aj-1.
Quénu, A-7.
Rabut, N-3.
Rachet, Ag-1.
Ramadier, B-7.
Ravina, L-3.
Réau, K-3.
Récamier, R-4.
Reinhold, H-8.
Renard, D-5.
Richard, H-9.
Richon, I-4.
Richoux, N-7.
Rivalier, Aa-1.
Roberti, N-4.
Roland, Aj-1.
Rouffiac, C-8.
Rouffignac, N-7.
Rougeulle, B-7.
Rousseau, F-3.
Ruelle, M-2.
Ruppe, N-2.
Salles, N-6.
Saxe, P-3.
Scheikevitch, O-1.
Schulmann, I-7.
Semelaigne, C-6
Senèque, V-4.
Serrand, J-6.
Solente, Af-1.
Soupault, V-4.
Surun, R-4.
Thalheimer, A-7.
Théodoresco, G-3.
Thinh, N-1.
Thivolet (Mlle), D-3.
Thouvenin, R-3.
Tourneix, H-7.
Truffert, H-11.
Turpin, U-7.
Valière-Vialeix, U-2.
Vallery-Radot, N-4.
Vesselle, W-3.
Vincent, C-1.
Viollet, I-10.
Walter, N-5.
Walther, J-10.
Weiss, J-2.
Weissmann, Ad-1.
Wiart, D-8.
Wilmoth, Q-9.
Winter, D-10.
Xoudis, H-13.

NOTA. — *Dans la liste ci-dessus figurent quelques internes provisoires qui occupent des places habituellement réservées aux titulaires, et les internes de Brévannes, Chardon-Lagache et Sainte-Périne.*

INTERNES PROVISOIRES

Ameline, A-9.
Aris, Ad-1.
Basch, L-2.
Bayle, B-8.
Bernard, A-10.
Berthon, B-10.
Bertrand (Louis), I-12.
Béthoux, B-1.
Blamoutier, R-3.
Borrien, D-7.
Brun du Bois-Noir (Pierre) [de], V-3.
Cordey, E-8.
Courtin, W-4.
Dauptain, Y-1.
Debray, C-10.
Delahaye, Q-11.
Desnoyers, A-11.
Dessaint, B-8.
Doiteau, H-13.
Durand (J.), U-5.
Engelhard, A-10.
Fatou, T-3.
Ferrier, L-4.
Girot, G-11.
Grellety-Bosviel, J-13.
Jacquet, U-3.
Lacomme, Y-1.
Laurent (M.), F-11.
Lefèvre, A-10.
Lefèvre (Paul), B-12.
Leflaive, Q-10.
Lelong, U-6.
Lesage, H-14.
Maleysson, Al-1.
Marceron, V-7.
Mathieu (P.), D-14.
Meignant, D-13.
Noël, U-8.
Ollivier R-5.

Ostwalt (Mlle), A-9.
Ravina, c. 9.
Renault, Ag-1.
Robin (Victor), I-13.
Roland, B-9.
Tassin, K-4.
Tisné, Q-7.
Vigneron, Q-8.
Walser, M-4.
Welti, I-14.

EXTERNES

Abd-el-Morer, P-3
Abonneau, D-2.
Ackermann, G-5.
Adrian, W-2.
Agnès, H-4.
Alary, B-12.
Alibert, R-4.
Allaire, P-1.
Amiot, B-5.
André, R-4.
Antonini, A-8.
Aragon, L-5.
Arbeltier, N-5.
Armand, B-1.
Armingeat (J.), X-3.
Armingeat (M.), F-3.
Arrivat, Q-5.
Arthaud, G-8.
Arviset, Q-1.
Asselin, S-3.
Athankovitch, Q-12.
Aubriot (Mlle), L-7.
Aubry, R-1.
Auclair, J-2.
Audigier, A-10.
Auger (R.), N-5
Augustin, Aa-1.
Autier, G-4.
Auvynet, N-7.
Auxion (d'), K-3.
Avramovitch, O-3.
Aymard, G-2.
Azalbert, D-5.
Azam, H-13.
Azerad, I-3.
Bac, E-5.
Bachelin, A-8.
Baclesse, D-11.
Baconnet, H-8.
Bagot, I-10.
Baillis, V-8.
Bailly (Mlle), R-4.
Baize, P-4.
Baldy, A-2.
Banzet, H-2.
Baranger (A.), W-1.
Barbaro, F-5.
Barbé (P.-L.) C-7.
Barbé (M.), A-10.
Barbellion, N-5.
Bardol, H-1.
Bardy, I-12.
Bariéty, N-8.
Barillet, C-2.
Barragné, D-11.
Barret, P-1.
Barry, N-13.
Baruk B-6.
Bascourret, J-9.
Bastien (Mlle), G-13.
Baud (Mlle), D-11.
Baudet, D-5.
Baudry (Mlle), Q 2.
Bavachi, A-2
Bazouge, I-2.
Beaux, M-2.
Bécue, A-9.
Béguin, K-1.
Benda, B-6.
Benoist, F-7.
Benoist (Mlle), F-14.
Bernard, A-9.
Bernard (Ray.), I-5.
Bernard (Mlle), F-6.
Bernheim, C-8.
Berson (J.), V-5
Berson (P.), I-6.
Berthet, W-1.
Berthier, M-1.
Bertin, A-11.
Bertrand (H.), J-5.
Bertrand (J.), C-4.
Bertrand (Y.), B-6.
Bertrand-Fontaine (Mme), W-2.
Besançon (J.), N-9.
Besson (A.), D-8.
Beynes, J-11.
Biancani (E.), D-6.
Biancani (H.), D-6.
Bianquis, B-2.
Biar, P-2.
Bidegaray, D-12.
Bidoire, P-4.
Biguet, N-1.
Bilhaud, E-9.
Billard (Jean), C-4.
Blanc-Champagnac, I-15.
Blanche (M.), I-5.
Blondel, R-1.
Blondiau, O-3.
Blondin (M.), I-8.
Blondin (S.) H-9.
Blum (A.), C-2.
Blum (G.), K-1.
Blum (J.), D-4.
Bocquet, X-1.
Bocquet (Mlle), N-14.
Bodin, Aa-1.
Boegner (Mlle), E-7.
Boehler, E-4.
Bohn, K-2.
Boisnier, B-15.
Boltanski, D-8.
Bonan, B-5.
Bonhomme, A-8.
Bonis, H-3.
Bonnafous, N-16.
Bonnemaison, C-7.
Bonnerot, G-12.
Bonnichon, B-7.
Bonnot, M-4.
Bordas (P.), G-3.
Bos, R-4.
Bothézat, E-5.
Bouchaud, F-4.
Boucher, B-16.
Boudrant, O-1.
Bouessée, E-3.
Bouillié, N-8.
Bouisson (Mlle), C-8.
Boulanger, H-4.
Boulay, P-3.
Boullard (J.), A-10.
Bourdillon, O-2.
Bourdin, Q-9.
Bourdon, H-4.
Bourgeois (P.), F-7.
Bourgeois (J.), S-2.
Bourges, Z-1.
Bourloton, O-1.
Bouron, D-16.
Boussange, J-4.
Boutigny, E-7.
Bouttier, T-2.
Boutroux, H-2.
Bouvier, H-12.
Boyer (Paul), G-2.
Bozonet, D-13.
Bréger, F-9.
Brenniel, L-3.
Bresson, H-9.
Breton (G.-A.), H-6.
Breton (F.-N.), U-7.
Breton (Marc), O-1.
Breuillé, A-11.
Briault, K-2.
Brissaud, K-3.
Brochirion, J-2.
Broujaniski, A-3.
Broussin, Ac-1.
Bruder, H-15.
Brulon, D-8.
Brunet (S.-L.), M-5.
Brunet (P.), I-9.
Brunière (de la), G-1.
Buisson, F-2.
Bülher, Z-2.
Burgeat, E-3.
Burnouf, B-16.
Büsser, P-2.
Cabiale (Mlle), N-5.
Cabouat (Mme), F-4.
Cachera, G-3.
Caffort, B-12.
Cagninacci, C-13.
Cahen (P.), B-3.
Cahen (R.), H-10.
Caillet, E-5.
Calbet, J-6.
Callegari, I-7.
Calmus, H-16.
Camail, P-3.
Camino, C-4.
Camus, M-1.
Canal, Ad-2.
Canouet, F-2.
Canoz, O-1.
Cardot, B-4.
Carette, E 8.
Carpentier, N-9.
Carteaud, N-14.
Carvailho, D-5.
Casaubon, A-4.
Casteran (Robert), N-8.
Cauchy, B-8.
Cayla, H-2.
Célestin, N-7.
Celice, M-1.
Cerné, M-3.
Chabaud, A-6.
Chabrol, N-2.
Chabrun, V-2.
Chabrut, A-7.
Chadourne, B-3.
Chalot, Q-1.
Chantier, A-9.
Chaperon, N-14.
Chapplain, F-10.
Chapuis (Pierre), F-8.
Charbonnier, R-5.
Charlot, H-15.
Charpentier, H-7.
Charreau, F-12.
Chartier, L-6.
Chassigneux, Q-11.
Chatellier (J.-M.), I-4.
Chauvau, L-3.
Chauvot, D-12.
Chazel, I-6.
Chêne, K-6.
Chenilleau, D-15.
Chereau, A-9.
Cherouvrier, C-9.
Chevalier (L.), Q-2.
Chevallier (M.), Q-5.
Chevereau, G-5.
Chevrel, Aa-1.
Chiffre, P-4.
Chomereau-Lamotte, E-5.
Choquet, A-4.
Christol, O-2.
Christophe, B-2.
Clayeux, D-4.
Clément (J.), N-2.
Clément (J.-A.-M.), W-3.
Codet, H-4.
Coffin, F-1.
Cogné, F-9.
Cohen (R.), B-6.
Colette, W-3.
Colin, D-11.
Collin (P.), J-15.
Collot, C-2.
Comet, S-1.
Compin, H-4.
Constant, S-2.
Contant, B-10.
Corby, N-13.
Coriat, H-12.
Corneau, A-2.
Cornet, H-11.
Couderc (J.-Et.), W-6.
Coudert (Emile), A-2.
Coularé-Delafontaine (de), H-15.
Couronne, T-3.
Courtois (Raym.), B-14.
Couton, H-6.
Couturat, E-6.
Couturier, N-4.
Couvreux, Ac-1.
Crémieu, E-7.
Crocquefer, N-16.
Crocy, A-3.
Cros (Mlle), A-1.
Crouzat, X-2.
Cunault, W-4.
Daban, J-12.
Dalsace (Jean), N-13.
Dalsace (Robert), H-9.
Dambier, F-4.
Damon, F-2.
Dana, J-14.
Darquier, I-8.
Dardel, N-13.
Darfeuille, X-2.
Darré, E-6.
Daudy, A-5.
Dauphin, F-7.
David, H-10.
Deberdt, D-15.
Debray (Georges), X-3.
Decaux, N-6.
Dechambre, D-4.
Deconinck, E-4.
Decourt, F-8.
Degisors, D-9.
Delacloche, N-1.
Delafontaine, G-11.
Delage, O-2.
Delagenière, D-7.
Delalaude, B-10.
Delarue, W-3.
Delaveuve, J-8.
Delgove, J-7.
Delimal, B-13.
Delotte, N-14.
Delpérier, N-16.
Demelin, F-3.
Demerliac, V-2.
Denis, R-1.
Denis (G.), A-5.
Denis (Mlle), W-1.
Denis le Sève, B-1.
Denniel, B-3.
Denoy, B-7.
Depouilly, N-8.
Dereux, V-2.
Derchin, Ad-2.
Derocque, M-2.
Desbrousses (Mlle), S-2.
Deschamps (Mlle), Q-11.
Descharmes, H-3.
Descomps, X-3.
Desgrez, E-5.
Desgrez (Mlle), D-3.
Desoubry, B-1.
Dessert, L-1.
Dessus, C-7.
Destouches, N-8.
Devois, D-11.
Devouge, I-2.
Diamantberger, B-5.
Didry, O-2.
Dimitracoff, F-9.
Djordjevitch, H-12.
Djourovitch, F-8.
Dobkevitch (Mlle), Ad-2.
Doizy, H-1.
Dolfus, J-6.
Dossin, I-13.
Dreyfus-Sée (Mlle), I-8.
Drouineau, N-7.
Drujon, I-3.
Duban, H-16.
Dubarry, L-7.
Dubois (Paul), B-7.
Dubranle, R-5.
Duchamp de Lageneste, F-10.
Duchein, A-10.
Ducoudré, Z-1.
Ducourtioux, H-2.
Ducrohet, H-13.
Ducroquet, M-2.
Dufestel, H-14.
Dufieux, D-14.
Dufour, Af-1.
Dufourq-Lagelouze, Aa-1.
Dufour, R-4.
Duhail, O-1.
Duhamel, Ah-2.
Duhazé, H-3.
Dulac, V-8.
Dumas (Jean), L-1.
Dumas, X-2.
Dumay (Mme), I-6.
Duminil, L-5.
Duncombe, H-6.
Dupont, T-2.
Durand (A.), D-12.
Durand (Jean), N-1.
Durand (M.), W-3.
Duruy, Q-11.
Ecuyer de Villers (L'), V-2.
Ehrenberg, I-8.
Eliet, N-14.
Emerit, G-7.
Engelbach, W-4.
Epagueul, N-5.
Ernerit, U-4.
Escalier, L-2.
Escande, G-7.
Estrabaut, N-15.
Evrain, A-4.
Fabre (André), V-5.
Fabre (Pierre), Q-9.
Faraut, U-4.
Farmachi, N-10.
Farret, Q-6.
Faugeron, F-9.
Faure (H.), L-1.
Faure (M.), S-2.
Favreau, O-2.
Fayet de la Tour (du), D-7.
Fénal, C-1.
Ferciot, W-6.
Ferey, Ah-2.
Ferré, Ac-1.
Ferrier, N-3.
Ferrière, F-8.
Ferru, F-1.
Fesquet, N-15.
Fettu, R-2.
Fidon, Z-2.
Filliol, N-8.
Finzi, H-1.
Flahaut, B 3.
Flipo, B-7.
Fontaine (Mlle), F-1.
Forgeron, Q-1.
Fortier, H-4.
Fortin, C-10.
Foubert (E.), O-2.
Foubert (P.), F-7.
Fouché, G-1.
Foulon, A-7.
Fouquet, A-2.
Foyatier, L-5.
Fradis (Mlle), B-7.
Fraenkel, B-2.
Franck (Mlle), K-4.
François, Ac-1.
Frantz, c. 7.
Frégier, G-9.
Frémiot, Q-9.
Frey (Mlle), T-1.
Fribourg, P-4.
Frisquet (de), C-10.
Fritz, F-3.
Froehlicher, E-2.
Frontard (Mlle), Q-12
Fumet, N-3.
Gache, A-8.
Gagey (Mlle), H-7.
Galbois, J-7.
Gallerand, N-4.
Gallet, F-2.
Gallot, E-7.
Gally, J-15.
Galpérine, D-5.
Galtier, G-3.
Garcin, H-9.
Gardères, N-16.
Gardinier, J-1.
Garnier (Ch.), M-1.
Garrigoux, B-7.
Gasiglia, N-2.
Gauche, I-5.
Gauillard, G-8.
Gauran (M.), W-1.
Gautier, C-3.
Gelé de Francony (Mlle), A 3.
Gély, L-6.
Gence, D-3.
Genieys, Q-13.
George, C-3.
Gérard (Paul), B-14.
Géray, J-13.
Germain, B-15.
Gerson, I-11.
Gestat, D-7.
Ghouila-Houri, D-4.
Giberton, F-5.
Giet, A-1.
Gillet, B-8.
Girard, K-3.
Girard (Raym.), A-1.
Gley, B-1.
Goguel, W-5.
Golditi, N-2.
Goldman, H-11.
Gomet, Q-10.
Gornouec, N-4.
Gorostidi, F-7.
Gory, B-4.
Gourdin, X-1.
Gourdin-Servenière, Z-1.
Gournay, I-6.
Gouvenot, D-9.
Grandjean, B-13.
Grandperrin, G-8.
Grardel, J-7.
Gravier (Mlle), J-10.
Grenierboley, C-7.
Gricouroff, N-14.
Gricouroff (Mlle), I-11.
Grinda, H-7.
Grognard, Af-1.
Grognot, Z-4.
Grünbaüm, N-6.
Gruntescu, Aa-1.
Guéneau de Mussy, Ah-2.
Guérin, G-8.

Guérin, Hb-8.
Guérin, I-10.
Guérin, O-3.
Guetschel (Mme), K-2
Guiberteau, J-1.
Guignabert, N-9.
Guilleminot, B-5.
Guillermet, D-10.
Guillet, B-14.
Guillot, D-12.
Guinard, J-2.
Guyonnaud, Y-2.
Guyot, D-3.
Guyot (Philib.), K-5.
Hallion (Mlle), B-5.
Halperson (Mlle), Q-4.
Hamburger, B.-6.
Hamonic, C-1.
Harburger, Ad-2.
Harmelin, B-1.
Harriague, F-12.
Haye, H-3.
Hazemann, J-5.
Hébert (Mlle), H-10.
Heitz, Ab-1.
Hendlé (Mlle), V-5.
Hémart, T-3.
Henne, I-16.
Hennetier, N-3.
Henriot, C-9.
Henry, Q-10.
Henry (Mlle Th.), D-2.
Henry (Mme), B-8.
Heraux, O-1.
Hériard, E-1.
Hernu, C-2.
Hervé, B-6.
Hervier, A-5.
Héry, T-1.
Hiély, X-2.
Hirsberg, K-3.
Holodenko, G-5.
Houlnick, U-7.
Hour (d'), D-8.
Huard, I-1.
Huas, B-4.
Hudelo, D-6.
Huet (Léon), R-1.
Huguenin, C-5.
Hugueny (Mlle), Q-4.
Humbert (René), S-2.
Hurez (J.-L.), A-3.
Hurez (M.), L-5.
Hyvert, F-12.
Imbert, J-10.
Isaac (Georges), L-1.
Iselin, F-1.
Isnel, C-1.
Ivanichevitz (Mlle), F-7.
Jacquemaire, D-7.
Jacquet, I-15.
Jacquinet, N-6.
Jahiel, E-5.
Jais, I-3.
Jamet, J-2.
Jany, K-2.
Jardet, M-2.
Jarrige-Lemas, H-1.
Jaubert, E-2.
Jean (Aman), D-1.
Jeanjean, O-2.
Joanny, F-1.
Job, G-2.
Joffroy, G-5.
Joltrois (Mlle), C-9.
Jondeau, H-3.
Jonesco, C-5.
Jossand, N-13.
Juge, W-2.
Kalmanovitch, G-11.
Kalt, E-1.
Kanony, H-10.
Kaplan, E-7.
Keller, A-9.
Kensiger, Q-1.
Kesseler, C-9.
Kimpel, G-5.
Kollitsch, C-1.
Kouriansky, Z-2.
Kourilsky, B-6.
Krief, I-12.
Krivine, G-2.
Labarraque, D-10.
Labat de Lambert (Mlle), N-12.
Lacaisse, H-7.
Lacan, R-4.
Lacapère, U-4.
Lacassie, J-3.
Lachowski (Mlle), B-10.
Lacombe, I-7.
Lacroix (Mlle), V-4.
Lacroix (René), M-5.
Laënnec, C-8.
Laffaille, Q-11.
Lafaix, J-2.
Laffitte, H-5.
Lafont, U-4.
Lafont (Henri), W-4.
Lallemand, C-3.
Lamache, I-2.
Lamare, U-1.
Lamaze, M-3.
Lambling, D-8.
Lamy, P-1.
Lamy (Mlle), M-2.
Lange, G-12.
Langlois (Jean), I-14.
Lapeyre, O-3.
Laplanche, L-4.
Laporte, J-10.
Laporte, P-2.
Laquière, C-6.
Larivière, Ac-1.
Laroche, R-4.
Lassalle (Mlle), D-6.
Lataix, H-6.
Latombe, Z-1.
Launay, N-9.
Laurain, I-14.
Laurent (Mlle), A-7.
Laurier (du), N-14.
Laval, D-1.
Lavedan (Mlle), E-6.
Lavialle, O-3.
Lavieille, G-1.
Lazard, F-9.
Lazare, Z-2.
Lebègue, C-6.
Leblanc (Paul), I-6.
Le Blay, N-7.
Leblond (Mlle), F-2.
Lebon, L-8.
Leboucher, S-1.
Le Bouëdec (Mlle), F-13.
Lecarpentier-Duboscq, N-2.
Le Chaux, U-1.
Leclainche, C-7.
Le Clerc, I-7.
Lecœur (M.), W-3.
Lecœur (P.), N-10.
Le Conte des Floris, A-7.
Lecoq (Mlle), A-1.
Le Coulm (Mlle), F-3.
Ledoux, B-3.
Ledrain, E-8.
Lefebvre, N-9.
Lefèvre (G.), B-1.
Lefèvre (Jean), I-4.
Lefèvre (P.-M.), L-5.
Le Grand, X-1.
Legrand (Mlle), Q-11.
Lehmann (Henri), J-6.
Lehmann (Jacques), H-1.
Lehmann (Robert), K-4.
Leibovici, V-4.
Lejard, Q-3.
Lelong, N-11.
Leloup, B-4.
Lemarre, F-8.
Lemière (M.), A-10
Lemière (F.), I-9.
Lemoine (J.-A.-M.), J-11.
Lemoine (J.-E.), E-5.
Lemoine (Robert), K-1.
Lemonnier, T-2.
Lendormy, H-5.
Lenfant, N-4.
Lenfantin, B-2.
Lenferma de la Mothe, G-4.
Lenoir, H-5.
Le Normand, Ae-2.
Le Normand, D-13.
Lepaumier, N-10.
Lepennetier, N-17.
Leplat (Georges), Q-5.
Leplat (Gabriel), A-6.
Le Provost de Saint-Jean (Mlle), D-10.
Le Rebours (Mme), F-6.
Lerond, H-5.
Leroy (Roger), P-1.
Levain (Mlle), I-14.
Levassor, N 10.
Leviez, C-7.
Lévy (Gabriel), J-4.
Lévy (Mlle Gabr.), V-1.
Lévy (Jean), H-5.
Lévy (Marcel), D-5.
Lévy (Max), C-3.
Lévy (Paul), B-6.
Lévy (Pierre), Y-2.
Lévy (Robert), I-8.
Lévy-Neumand, A-7.
Lévy-Weissmann, H-7.
Leydet, I-1.
Lichtwitz, K-3.
Lieutaud, I-7.
Lifschitz, C-6.
Limouzin-Lamothe, J-1.
Lindegger, G-3.
Linossier (Mlle), G-2.
Lion (Mme), Q-4.
Litchenberger, C-4.
Lob, N-16.
Longchampt, O-1
Longepierre, W-2.
Lorgeril (de), W-1.
Lortsch, R-4.
Lotte, I-6.
Loubeyre, C-6.
Louet, W-2.
Longnon, C-4.
Lorion, E-1.
Lougnon, R-3.
Louvel, D-15
Lowenthal, A-3.
Lucchelti, I-11.
Lubin, D-13.
Lucq, I-13.
Luizy, G-9.
Lumière (M.), A-2.
Luton, I-4.
Lyonnet, H-8.
Maas (Mlle), A-7.
Macé, J-4.
Machavoine, J-7.
Machebeuf, C-5.
Macon, B-10.
Madier (Mme), Q-9.
Maechler, H-6.
Magdelaine, C-6.
Magnol, K-3.
Mahé, V-8.
Mahieu (H.-P.), J-11.
Maigre, F-3.
Male, U-1.
Mallein-Gérin, I-9.
Mallet, Ae-2.
Mangini, I-13.
Maniu (Mlle), V-5.
Marcel, Q-6.
Marchand (J.-G.), Q-11.
Marchand (H.), D-8.
Marchand (Mlle), Q-9.
Marguet, D-12.
Marion, C-10.
Marmasse, D-1.
Marot, M-2.
Marq, Q-12.
Marteret, R-1.
Martin (R.), E-6.
Martin (H.), O-1.
Martin (H.-V.-J.), H-3.
Martin (Jacq.), I-9.
Martin (M.-H.), J-4.
Martin (R.), P-4.
Martineau, N-15.
Martin Saint-Laurent, B-10.
Martiny, G-2.
Marty, D-14.
Mary, R-7.
Marzouck, H-6.
Masson, V-2.
Mathias, Q-11.
Mathieu (J.-J.), E-1.
Mauclaire (Mlle), I-6.
Maurellet, L-5.
Mauvoisin, U-7.
Maximin, H-7.
Maybluh (Mlle), Q-2.
Mayer (Ch.), F-11.
Mayer, I-12.
Maziol, V-4.
Mégret, G-7.
Meillère, D-7.
Méloir, D-1.
Ménard, I-5.
Ménard (Mme), S-1.
Ménégaux, A-6.
Menguy, H-11.
Menuau, D-9.
Mérat, Ah-2.
Merklen, N-13.
Merle d'Aubigné, G-6.
Merlhès (Mlle), I-10.
Méry (J.-H.), C-5.
Méry (M.), M-2.
Meurdrac, M-1.
Meurisse, N-10.
Meurs (Mlle), O-3.
Mével, Ad-2.
Meyer-May, B-2.
Meyer-May (Mme), G-4.
Michaud, I-11.
Michaux, B-6.
Michel (F.), J-6.
Michel-Béchet, V-1.
Milner, A-8.
Minière, N-16.
Minon, F-2.
Minvielle, Y-2.
Mirault, Q-10.
Mircouche, N-6.
Missirlin, Ab-1.
Mittelette, U-7.
Moles, Q-4.
Molimard, N-7.
Mollaret, B-3.
Monbarin, P-4.
Mondet, E-5.
Monnot, N-13.
Montassut, X-2.
Moorlas, U-4.
Mordagne, F-4.
Mordret, W-2.
Moreau (E.), Ab-1.
Moreau (R.), Z-2.
Moret, F-4.
Morin (Mlle), G-8.
Mornet (J.), E-4.
Moruzi, V-4.
Mortier (Mlle), Q-2.
Mouls, S-1.
Mounier (P.), G 3.
Mounier (R.), V-4.
Mourret, A-6.
Moussoir, N-5.
Mouton, D-14.
Muffat, I-2.
Mugnier, V-7.
Nadal, G-8.
Nativelle, L-7.
Naveau, J-5.
Nédelec, H-9.
Nicole (Mlle), V-2.
Nida, H-12.
Noetinger, Q-5.
Noguères, X-2.
Nouviale, V-1.
Oberthür, H-2.
Oblin (P.), Z-2.
Oblin (R.), I-6.
Odier (Mlle), N-9.
Ogliastri, P-5.
Olivier (H.), J-9.
Omont, Ac-1.
Ortodoxu, C-8.
Ostwalt (Mlle), J-12.
Oumansky (Mlle), P-4.
Oumansky, W-3.
Pagès, H-11.
Paillet, B-2.
Panis, A-6.
Pannier, F-9.
Papin (Mlle), E-2.
Parat, A-9.
Parat (Mme), A-9.
Parfonry, I-1.
Paris (G.), Q-1.
Parisot, T-1.
Parmentier (Mlle), J-10.
Pascal, J-14.
Pasquet, P-3.
Pasquier, D-13.
Patel, M-3.
Paturel (Mlle), Q-10.
Paulin, S-1.
Paumelle, (P.), J-12.
Pavie, V-1.
Paychère, S-1.
Pelissier, J-5.
Pellerin, D-12.
Peraldi, C-12.
Pérard, H-5.
Perdu, J-2.
Péribère, F-7.
Perier (M.), D-10.
Périgord, T-2.
Perlis, N-1.
Péron, Q-3.
Péronne, Q-3.
Perrain, F-13.
Perret, R-6.
Perrève, A-12.
Perrier (Jean), C-11.
Perrin, R-4.
Petit (Mlle), V-1.
Petit (Marcel), U-2.
Petit (Pierre), G-7.
Petit (Roger), C-8.
Pétrignani, D-11.
Peynet, J-1.
Phélipeau, E-6.
Philippeau, H-14.
Pichard, M-3.
Pichat, N-9.
Pierrot, L-3.
Pinalie, H-14.
Pissavy, E-4.
Piton, Ad-2.
Pitres, N-1.
Piussan, B-8.
Playoust, Ab-1.
Plet, G-7.
Plichon, J-2.
Plouvier, B-13.
Plumey, J-11.
Poincloux, F-4.
Poissonnier (Mme), H-13.
Popovitch (B.), F-10.
Popovitch (M.), J-1.
Potelune, I-3.
Poulain, I-10.
Poulet, M-5.
Poulin, J-9.
Poumailloux, R-2.
Poussard, J-1.
Prat-Flottes, J-1.
Prévost (Charles), J-1.
Prévost (Félix), R-5.
Prévot (Romain), U-1
Pruvost E-3.
Puech, B-7.
Queinnec (J.), W-3.
Quennec, N-7.
Quereilhac, H-9.
Quermonne, J-8.
Quignard, E-10.
Quignon, G-11.
Radoulovitch, F-12.
Ragouneau, B-10.
Raoul, B 5.
Rappoport (Mlle), E-6.
Ravier, B-10.
Ray, I-5.
Razimbaud, I-9.
Rebillard, M-5.
Reboul, F-5.
Rebuffel, H-6
Regnard, D-4.
Reitlinger, B-8.
Rékis (Mlle), J-4.
Renard (Gab.), J-10.
Renault, F-5.
Rendon, C-8.
Restoux, Aa-1.
Retel, N-8.
Reverdy, C-5.
Reynier, B-10.
Ribardière, Z-1.
Ribière (François), A-12.
Ricard, R-2.
Ricci, I-15.
Richard (A.), D-16.
Richard (J.), A-7.
Richard (P.), A-12.
Richard (Mlle), Q-1.
Riera, A-4.
Rigal, I-3.
Rimé, R-1.
Ripert, L-3.
Risacher, I-5.
Risos, G-7.
Risterucci, Ae-2.
Robert (P.-E.-M.), N-7.
Robert (Paul), Q-3.
Robin, J-4.
Rochard, J-10.
Rodet (Mlle), D-9.
Roeser, K-1.
Rogier (Mlle), R-2.
Roland, M-2.
Rollot, M-4.

Romeyer, K-3.
Rondy, O-2.
Roseau, A-7.
Rosier, L-1.
Rossert, B-8.
Rouchon, D-10.
Rougier, Aa-1.
Rousseau (J.), H-3.
Roussel (André), K-5.
Roussel (Max), G-1.
Roux, S-2.
Saïdman, Q-5.
Sailly, I-5.
Salasc, I-13.
Salavert, I-1.
Salmon (A.-R.), C-8.
Salmon (H.-M.), Af-1.
Salmon (H.-E.), N-1.
Salvan, Af-1.
Samsœn, G-5.
Sarles, F-1.
Sauvage, V-4.
Sauvageot, E-2.
Savary, D-15.
Sayag (Mlle), J-2.
Sazerac de Forge (Mlle), D-3.
Scemba, B-12.
Scialom, H-11.
Schoeller (Mlle), H-10.
Schoëngrun (A.), N-8.
Schoëngrun (Georges), G-1.
Schrameck, E-3.
Schulmann (Mlle), N 2.
Sebileau, H-2.
Sédillot, N-13.
Séglas, A-6.
Segond, Ah-2.
Seguin, B-10.
Seguin (Alb.), A-10.
Seguy, Q-6.
Seillé, N-9.
Seligmann (A.), C-3.
Seligmann, L-4.
Selter, G-9.
Semenon, N-2.
Sénéchal, L-2.
Sénoze, N-11.
Servel, A-11.
Sèze (Mlle de), Q-6.
Sigrist, E-9.
Simon (Mlle), S-2.
Simon, F-1.
Sordinas, F-9.
Soulfland (Mme), Ab-1.
Souich (du), H-13.
Soulas, M-1.
Soullier, H-6.
Souron, I-12.
Souty, D-5.
Spinetta, N-6.
Steinmetz, E-3.
Stockman, F-5.
Stieffel, J-10.
Sturm (Mlle), H-12.
Suau, Q-3.
Subileau, P-3.
Sureau, J-9.
Surmont, A-1.
Talon, F-1.
Talot dit Margival, N-4.
Tambareau, J-8.
Tariel, R-2.
Terrin, Ah-2.
Teurnier, G-4.
Theillier, Ad-1.
Thérin, B-5.
Thévenard, N-6.
Thibault (R.-R.), G-12.
Thibault (Raym.), B-7.
Thibert, N-7.
Thiébaut, G-5.
Thiébaux, C-13.
Thin, M-1.
Thiolat, K-3.
Thirion, I-12.
Thizy (Mlle), F-10.
Thomas (M.), F-11.
Thoral, E-5.
Tiby, H-2.
Tierny, B-4.
Tisserand (Mlle), P-1.
Tissier, H-11.
Topart, H-10.
Toulouse, H-1.
Tournilhac, B-5.
Tourtou, H-6.
Touvay, F-5.
Trocmé, Q-11.
Trolard, Z-1.
Trollé, I-11.
Troncin, O-3.
Trotot, F-6.
Trotsky, Z-1.
Truchard, A-2.
Truchard, Ad 2.
Triboulet, Y-2.
Trystram, H-4.
Tsin, A-11.
Turrillot, C-11.
Uzan, W-1.
Vacher (G.), H-11.
Vachi, Q-12.
Vadder (de), Q-6.
Valat, F-6.
Valence (R.), J-8.
Van Bockstaël, F-3.
Vanheuverswyn, N-15.
Vasilesco, F-9.
Vassal, L-3.
Vasseur, D-1.
Vasseur (Mlle), A-1.
Vassitch, J 5.
Vazeille, Ae-2.
Védrinne, N-3.
Veil, V-5.
Vendel, A-4.
Verger (E.), N-3.
Vergez-Honta, F-7.
Verin, M-1.
Vernaut, Ae-2.
Vialard, F-8.
Vidal, A-8.
Vidböcher, Q-9.
Vignaux (Mlle), Q-9.
Vildrin, A-5.
Villetard de Prunières, Q-14.
Villey-Desmeserct, B-4.
Villiencourt, S-3
Villot, Aa-1.
Vilter (Mlle), R-2.
Vincent, J-3.
Vincent, N-14.
Vincent, B-8.
Violet, M-6.
Vogt (Mlle), H-7.
Vollant, G-1.
Von der Horst, O-2.
Voukassovitch, J-5.
Vuillame, X-1.
Wahl, A-2.
Waitz, I-9.
Wallich, F-1.
Waybaum (Mlle), H-4.
Weber, E-5.
Weill, I-1.
Westphal, T-1.
Wickham (R.), A 13.
Wickham (Y.), N-11.
Widiez, P-3.
Wilbert, I-11.
Willème, H-14.
Willemin, G-7.
Willemin (L.), I-4.
Wolff, Q-9.
Wolff (Mlle M.), D-4.
Yver, F-2.
Zimmer, E-6.
Zuber, U-7.
Zvibak (Mlle), D-3.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er MARS 1921)

La loi de 1902. — La discussion se poursuit sur le rapport de M. Léon Bernard.

M. Paul STRAUSS, après avoir rappelé que la loi du 15 février 1902 a eu, dans son enfantement laborieux, des parrains médicaux, tels que Brouardel et Cornil, expose par des chiffres et des faits que cette loi a été loin d'être stérile. La variole, après avoir occasionné, en 1903, 166 décès, n'en fait plus que 11 en 1913. Pour la diphtérie : 63 au lieu de 111 ; pour la fièvre typhoïde, 90 au lieu de 196. Chacune des maladies évitables, la tuberculose au premier rang, doit être examinée, comme n'a cessé de le faire l'Académie de médecine, dans ses causes et dans ses remèdes en vue de perfectionner sans cesse leur prophylaxie administrative, médicale, sociale.

La mortalité générale, qui était en France de 19.300 pour 1 million d'habitants en 1903, est tombée à 17.700 en 1913.

La loi de 1902, insuffisante et imparfaite a été suivie d'autres dispositions législatives qui la complètent et lui donneront, une fois appliquées, un surcroît d'efficacité.

M. Strauss énumère ici toutes les lois et tous les règlements qui ont été prescrits dans cet ordre d'idées.

L'application de la loi sur la santé publique, même avec ses défectuosités, n'a pas été étrangère au mouvement d'opinion grâce auquel la plupart de ces améliorations ont été obtenues et se sont succédées.

Toute l'assistance, sous toutes ses formes s'en est trouvée améliorée.

Au lieu de démolir une loi imparfaite, il est plus facile et plus pratique de l'améliorer avec le concours des maires et des préfets, sous le contrôle renforcé de l'Etat et de ses techniciens.

Suites éloignées de la laryngectomie. — M. MOURE (de Bordeaux) estime que l'extirpation du larynx n'est plus une opération très grave, puisque sur 31 opérés, il a eu 30 succès opératoires.

Par contre, les récidives sont encore très fréquentes, pour le motif que la laryngectomie est souvent pratiquée trop tard, toutefois avant la période ganglionnaire. Sur 31 cas, M. Moure a vu survenir 13 récidives sur place. 4 malades sont morts 2 ou 3 ans après d'affection intercurrente, broncho pneumonie en général. 11 sont guéris, les uns depuis plusieurs années, les autres depuis moins longtemps. 2 n'ont pas été revus depuis plus d'un an ; le dernier a succombé du fait de l'opération.

Si les malades y consentent, un appareil prothétique fort simple, très ingénieux et peu onéreux leur permet de parler à haute et intelligible voix. L'auteur ajoute qu'il pratique actuellement la laryngectomie en un temps, par un procédé nouveau dont il apportera ultérieurement la technique.

M. SIEUR, apporte des faits qui confirment ceux de M. Moure. Il estime, comme lui, que la laryngectomie donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est pratiquée d'une façon plus précoce ; contrairement à M. Moure il fait l'opération en deux temps.

Une nouvelle infection. — M. MARCHOUX lit une note sur une nouvelle infection à bacilles acido-résistants qui n'est pas la tuberculose, ni la lèpre.

Les hémostatiques. — M. Emile WEIL présente quelques remarques sur la physiologie des médicaments hémostatiques.

Extirpation totale du gros intestin. — M. PAUCHET.

Toxi-infection mortelle à bacille de Morgan. Lésions de l'intestin grêle. Reproduction expérimentale. — MM. BESSON et de LAVERGNE ont observé un malade présentant un syndrome cholériforme, d'évolution rapidement mortelle. Les lésions ne portaient que sur l'intestin grêle dont la muqueuse était congestionnée avec suffusions hémorragiques. Les plaques de Peyer étaient hypertrophiées et d'aspect hémorragique.

Des selles et de la bile fut isolé le bacille de Morgan (bacille 1 de Morgan). Par voie intraveineuse, ce germe reproduit la maladie chez le lapin, avec lésions de l'intestin grêle identiques à celles de l'homme. Ce microbe possède une endotoxine très active qui lèse électivement l'intestin grêle de la même manière que les cultures vivantes.

L'intérêt de cette étude consiste à montrer que le bacille de Morgan, tant par ses propriétés biochimiques que par la modalité de son action pathogène, se distingue nettement du groupe des bacilles dysentériques.

Election. — L'Académie procède, au scrutin de liste, à l'élection de cinq membres associés étrangers.

Sont nommés : MM. Bordet (de Bruxelles) ; Ehlers (de Copenhague) ; Henrijean (de Liége) ; Hlava (de Prague) et Jonnesco (de Bucarest).

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

AVIS

Il sera procédé, le 7 mars 1921, à 2 h. 3/4, à la Bourse des Valeurs de Paris, à la vente aux enchères de :

723 ACTIONS au porteur
de la SOCIÉTÉ PARISIENNE D'ANTISEPSIE

Ces actions seront vendues en trois lots de 200 titres ; un de 73 et deux de 25 titres.

Les surenchères seront reçues le lendemain à la même heure.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les Drs Louis Hayem et de Vernéjoul.

MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE EN INDO-CHINE. — Ont été admis à prendre part aux épreuves du concours pour l'admission à l'emploi de médecin de l'Assistance médicale indigène en Indo-Chine, MM. Bigo, Escale, Lanchier, Letort et Naudin.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — (Active.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur Arnaud.

M. le médecin inspecteur général Rouget.

M. le médecin principal de 1re classe Roy.

MM. les médecins principaux de 2e classe Bar et Aune.

MM. les médecins-majors de 1re classe Silvestre et Marie.

(Active.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de 2e classe Picqué, Rencurel et Judet de La Combe.

MM. les médecins-majors de 1re classe Robert, Couderc, Frontgous, Gallier et Sandras.

MM. les médecins-majors de 2e classe Bourgarel, Fribourg-Blanc et Hornus.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de 1re classe Saint-Martin.

MM. les médecins-majors de 2e classe Achard, Arlabosse, Barral, Bertaux, Cluzan, Cordier, Diffre, Faure, Giraud, Greyfie de Bellecombe, Maisonnet, Mazot, Rivay, Sarrat, Terracol, Vermelin, Wateau, Wulliam, Bergis, Billant, Bretton (R.-J.), Bretton (R.-P.), Chaumet, Codvelle, Courty, Dano, Dufilhol, Fournier, Galan, Guyot, Hassenforder, Massonnaud, Rue.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Lambert, Le Roch, Testas, Texier, Wurmser, Bacque, Baron, Bruas, Cantuern, Castillon, Chabanier, Chaput, Dordain, Fleurant, Georget, Houssin, Hugonot, Jacob, Lassare, Luc, Picot, Richard, Staub, Thirion.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe Chaffaut, Cordier, Dumont, Fiquet, Knaub, Le Rouge, Manhès, Paramele, Pivoteau.

M. le pharmacien aide-major de 1re classe Chambert.

(Réserve et territoriale.) *Au grade de chevalier.* — M. le médecin-major de 1re classe Bellon.

MM. les médecins-majors de 2e classe Bith, Camus, David, Duval, Fabre de Parrel, Hernette, Le Goff, Margot, Meslin, Tanret, Vaubourdolle, Coillot, Hollier, Petit, Queheille, Testard.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Bazin, Bernard, Boyer, Chagavat, Deniau, Gaudeau, Gendron, Gillet, Giraud, Girode, Kuntz, Lançon, Laurence, Lecœur, Martin (A.), Montel, Nalin (P.), Walter, Abely, Barcy, Barthe, Baudru, Beaud, Bertrand, Billard, Billiard, Buzy, Callot, Chastang, David, Deguignand, Deschamps, Dubarry, Dubois, Dupret, Escale, Gaujard, Gautrot, Grauberg, Hidden, Jacquelin (A.), Jacquelin (Ch.), Laulaigne, Laurentier, Lemonnier, Latour, Lesueur, Mabile, Manissolle, Marais, Martin (A.-L.), Nalin (Ch.), Neau, Oustry, de Parthenay, Perin, Pene, Prieur, Renaud, Rouillard, Rouzaud, Salportes, Savin, Taquet, Viala, Vuillame, Wambergue, Weil, Rhry.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe Ferrand, Giraud, Bernardini, Bétirac, Boulet, Chapiro, Demarne, Humbert, Nicod, Remy-Néris, Trail, Cauchois, Silberstein.

M. le médecin auxiliaire Dussuel.

MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe Brunet, Paulin.

MM. les pharmaciens aides-majors de 2e classe Barbette, Daigre, Belugou, Hurtaud, Tortigue.

MÉDAILLE MILITAIRE. — (Active.) MM. les médecins sous-aides-majors Brochet, Camus, Cœurdevey, Daigre, Dardy, Deschamps, Leblais, Lenoir, Martin, Migayron, Moynier, Pastore, Petit, Prost, Salvetti.

(Réserve.) MM. les médecins sous-aides-majors de la Motte de Broons de Vauvert, Ducassy, Tandonnet.

MM. les médecins auxiliaires Azam, Cassaigneau, Crana, Gardes, Mauvoisin, Parfonry, Santenoise.

M. le pharmacien auxiliaire Roussel.

DISTINCTIONS ÉTRANGÈRES. — ORDRE DE LÉOPOLD Ier. — *Officier.* — MM. J.-L. Faure et Hartmann (de Paris), Montprofit (d'Angers), Delagenière (du Mans).

Chevalier. — MM. Rudeaux, Petitpas, Guisez, Coutelas, Mutin, Pierre Haret (de Paris), Guermonprez (de Lille).

ORDRE DE LA COURONNE DE BELGIQUE. — *Commandeur.* — MM. les médecins inspecteurs Coste, Lacronique et Waysse; MM. Tuffier et Walther (de Paris).

Officier. — MM. Pierre Duval (de Paris), Debeyre (de Lille).

Chevalier. — MM. Gauthier, Simonneaux, Lariski, Vallée, Lorgnier, Petit, Weisweiller, Rousseau, Béclère fils (de Paris).

MÉDAILLE DU ROI ALBERT. — MM. Maheu, Chastenet, Frémicourt, Chiffoliau, Garçon, Delagrange, Salva-Mercadé (de Paris).

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. le prof. Louis Rénon commencera le cours de pathologie interne le mardi 15 mars 1921, à 18 heures (grand amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (amphithéâtre Vulpian).

Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 3e année d'études.

Objet du cours : Tuberculose et maladies diverses de l'appareil respiratoire (mardis et samedis); — Éléments de sémiologie technique et critique (jeudis).

CHRONIQUE

LES TRENTE-SEPT JOURS DE JEUNE DE MAGLIONI AUTO-EXPÉRIENCE (1)

En 1911, M. Maglioni eut l'occasion de lire dans un journal naturiste un article sur la cure de jeûne. La lecture de cet article l'intéressa d'autant plus que l'on s'y faisait fort, par cette méthode, de guérir l'ulcère duodénal, affection dont était atteint M. Maglioni, et qu'il ne voulait à aucun prix, lui chirurgien, laisser traiter par la gastro-entérostomie ou par toute autre opération chirurgicale. Il essaya donc de jeûner : une première fois, 2 à 3 jours; une seconde, 19; au cours de cette dernière tentative, ni faim, ni envie invincible de manger; à la suite, amélioration de l'état général et local. Ayant ainsi fait quelques essais favorables, il se résolut à effectuer un grand jeûne prolongé et le commença à Londres le 20 juin 1915. Les premiers jours furent pénibles, et ce n'est qu'au bout de quelque temps qu'il s'habitua à ne pas manger. Il ne prenait que de l'eau, mais en petite quantité, n'ayant pas soif. Le sommeil fut bon au début, le réveil moins agréable, car, dès qu'il reprenait conscience, M. Maglioni se trouvait assailli par l'obsession des aliments, passant en revue les plats qu'il se promettait de déguster lorsque serait terminée son expérience, évoquant, sans fin, une certaine moitié de tête de mouton bouillie, avec sa moitié de langue et sa moitié de cervelle, se rappelant que jadis, quand il était enfant, c'était le mets que lui préparait sa mère quand il avait été malade et qu'il entrait en convalescence. Pour tuer le temps, il se promenait, sans se fatiguer, jusqu'à une heure chaque jour. Jamais de fièvre. Pouls normal. Amaigrissement considérable. Aucune douleur. Lorsqu'il allait à Londres, il s'arrêtait à la porte des restaurants, contemplant longuement les menus, et, semblable au pauvre hère qui mangeait son pain à la fumée du rôt et payait ensuite l'hôtelier du son d'un écu, il faisait ce qu'il appelle assez spirituellement un repas mental, mangeant des yeux, arrosant le repas fictif de la sauce de son imagination, et, tel le chien de Pawlow, sentant l'eau lui venir à la bouche. Même station devant le restaurant suivant à la porte duquel il se campe, extatique et ravi, comme un jeune homme devant le portrait de sa fiancée. Un dimanche qu'il s'était pesé à une balance publique et qu'il avait constaté une diminution de 2 à 3 kg. sur la semaine précédente, l'employé lui fit observer que, probablement, l'alimentation de Londres ne lui convenait pas...

Durant cette longue période, le symptôme le plus pénible fut l'affaiblissement progressif qui l'obligea à s'arrêter et voici pourquoi. Pour que la maîtresse de la pension où il était descendu ne s'aperçût de rien, il partait de grand matin et ne revenait que le soir, disant qu'il suivait les cliniques et que, pour ne pas perdre de temps, il prenait ses repas dans quelque restaurant du voisinage. Mais, au bout de 25 jours, ses jambes étaient devenues si molles, il avait tant maigri, il avait tant de peine à monter et à descendre les étages qu'il dut interrompre son jeûne. Il fait bien remarquer, à ce sujet, que ce n'est nullement une tentation invincible de manger qui l'a décidé, mais bien l'impossibilité où il se trouvait de se comporter à sa guise. S'il avait pu rester tranquillement dans son lit, jour et nuit! Mais qu'eût dit et pensé sa maîtresse de pension? Devenu un véritable cadavre ambulant, incapable de marcher et surtout de gravir des étages, ne voulant pas, d'autre part, que ladite dame s'aperçût qu'il ne mangeait pas, ce qui eût provoqué de sa part des questions embarrassantes, M. Maglioni se résigna, le 27 juillet, à capituler. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, sa faim n'avait alors rien d'excessif. Il se dépêcha d'oublier la tête de mouton, qu'il est bien difficile de se procurer à Londres dans de bonnes conditions, et se mit à absorber, avec modération et méthode, des aliments végétaux préparés très simplement : riz, fèves, pommes de terre, pommes, avoines. Parallèlement, comme eût dit Verlaine, les symptômes d'ulcère duodénal s'effaçaient; jusqu'à maintenant, ils n'ont pas reparu. Autre résultat durable : l'amaigrissement que notèrent tous ses amis lorsqu'il revint dans son pays.

L'auteur conclut donc, d'une part, qu'il est possible d'effectuer un jeûne prolongé, et que celui-ci n'est nullement incompatible avec la vie; de l'autre, qu'il peut être de quelque profit thérapeutique. Entre temps, il commente le cas des jeûneurs célèbres professionnels, type Merlatti et Succi; expérimentaux, Tanner, Dewey; et politiques, Mac Sweeney, dont le jeûne volontaire, terminé par la mort, lui a donné l'idée de publier son cas, vieux déjà de 5 ans.

L. BABONNEIX.

(1) MAGLIONI. *Mes trente-sept jours de jeûne (auto-expérience). La grève de la faim*, Buenos-Aires, imprimerie Saint-Martin, 1920.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CLINIQUE MÉDICALE ET TAXE SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES. — M. Joseph Bernier (Ain), député, demande à M. le ministre des Finances si une clinique médicale, recevant des malades hospitalisés dans l'établissement pour les soins à donner, est soumise à la taxe sur le chiffre d'affaires et ajoute qu'il s'agit en l'espèce d'une clinique de peu d'importance. (Question du 25 sept. 1920.)

Réponse. — Le médecin qui dirige une clinique recevant des malades auxquels il donne personnellement ses soins ne fait qu'exercer sa profession, et n'étant pas, de ce chef, soumis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, n'est pas davantage redevable de l'impôt sur le chiffre d'affaires. Cette solution est indépendante de l'importance de la clinique. (*J. O.*, 10 fév. 1921.)

RENSEIGNEMENTS

569. — **DOCTEUR EN MÉDECINE**, libre plusieurs heures par jour, demande consultation de médecine générale dans clinique, usine ou société de transports en commun.

Dr DAMÉE, 5, square Clignancourt, Paris (18e).

PARTICULARITÉS DE L'IMAGE RADIOSCOPIQUE

DANS UN CAS DE SYPHILIS DE L'ESTOMAC

Par A. LEMIERRE, CL. GAUTIER et RAULOT-LAPOINTE.

La syphilis de l'estomac n'apparaît pas actuellement comme exceptionnelle. Sans mentionner les cas que, depuis les premières observations d'Andral, l'on trouve épars dans la littérature médicale, les travaux d'ensemble de Galliard, Dieulafoy, Fournier, Hayem, Pater, Lion, J.-Ch. Roux, et, tout récemment, Bensaude et Rivet (1) ont montré comment des gastropathies graves ont pu guérir presque miraculeusement sous l'influence du traitement spécifique. Il ressort de ces publications que la syphilis gastrique se présente sous des aspects cliniques assez divers suivant la localisation, l'extension et l'évolution des lésions anatomiques. Certaines autopsies, certaines pièces opératoires ont mis en lumière ces différences anatomo-pathologiques; mais c'est à la radiologie surtout que nous devons de les mieux connaître.

L'observation qui va suivre emprunte justement tout son intérêt à l'examen radioscopique qui, dans un cas d'hématémèse chez une syphilitique, nous a permis de préciser le siège de la lésion stomacale et de vérifier sa régression sous l'action du traitement spécifique.

OBSERVATION. — Mme B..., âgée de 35 ans, n'ayant jamais présenté de troubles gastriques, ressent le 8 octobre 1919, pendant et après une course prolongée en automobile sur de mauvaises routes, une sensation de pesanteur désagréable dans la région épigastrique. La nuit suivante est bonne; mais pendant la journée du 9 octobre Mme B... éprouve à plusieurs reprises de légères douleurs épigastriques, sans relation apparente avec l'ingestion d'aliments. Pendant la nuit du 9 au 10 elle dort paisiblement.

Le 10 octobre, au matin, elle se réveille avec les mêmes douleurs dans la région de l'estomac; elle est sans appétit et n'absorbe aucun aliment. Elle s'applique un cataplasme sur le creux épigastrique; au même moment, elle ressent une douleur épigastrique plus vive, elle a un éblouissement et elle émet, en trois ou quatre saccades, un vomissement de sang rouge mêlé de caillots noirâtres et d'aliments.

La malade reste pendant quelques minutes dans un état de défaillance voisin de la syncope, puis se remet complètement; la douleur épigastrique disparaît à partir du vomissement de sang pour ne plus reparaître.

Le 11 octobre, Mme B... entre à l'hôpital.

Examinée à ce moment la malade est un peu pâle, mais nullement déprimée. Elle ne souffre pas; son appétit a reparu et elle réclame à manger. Le pouls, bien frappé, bat à 85.

L'examen de l'abdomen ne révèle rien d'anormal; la paroi est souple; la pression ne provoque de douleur en aucun point.

L'examen approfondi de la malade ne révèle aucune particularité, sinon une exostose peu volumineuse siégeant à la partie interne de l'extrémité inférieure du fémur droit et ayant débuté à l'âge de 14 ans.

Le 11 et le 12 octobre les matières fécales sont nettement mæleniques.

L'interrogatoire de la malade révèle que, en 1909, elle a été traitée aux Quinze-Vingts pour une choroïdite par des injections mercurielles intramusculaires, puis par des frictions mercurielles répétées périodiquement jusqu'en 1914. A ce moment, un Wassermann ayant été négatif, tout traitement spécifique a été interrompu.

(1) R. BENSAUDE et L. RIVET. Syphilis de l'estomac, *Presse méd.*, 1919, n° 62, p. 621.

Le 13 octobre. L'examen du chimisme gastrique (M. Laudat) donne les résultats suivants :

Acide chlorhydrique libre..	0
Acide lactique............	présence en faible quantité
Acidité totale............	0,29
Chlore total.............	1,16

Le 15 octobre. Examen radioscopique (Raulot-Lapointe). Le bismuth ingéré la veille et huit heures avant l'examen se retrouve tout entier dans le gros intestin; il n'en existe aucune trace dans l'estomac ni dans l'intestin grêle. On voit la bouillie bismuthée ingérée par la malade au moment de l'examen remplir la partie supérieure de l'estomac en forme de triangle à sommet inférieur, s'engager dans la partie moyenne étirée (image de ptose), puis se diviser en deux coulées semblables qui s'écartent, passant à droite et à gauche d'une zone circulaire qui est et restera transparente. Plus bas elles se réunissent pour dessiner la grande courbure avant de s'engager dans le vestibule pylorique (fig. 1).

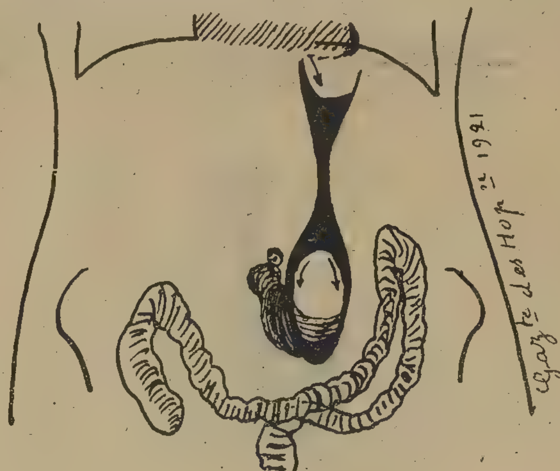


FIG. 1.

Après ingestion complète de la bouillie bismuthée, on voit l'estomac allongé, étiré au niveau de sa partie moyenne; sa partie déclive est à 5 cm. au-dessous de la ligne bi-iliaque. Le corps de l'estomac est un peu dilaté à sa partie inférieure; le corps et le vestibule pylorique, au lieu de se continuer à angle droit, sont deux tous verticaux; ces caractères morphologiques sont ceux de la ptose. Contractions gastriques limitées à la portion juxtapylorique, de rythme et d'intensité normaux. La pression transpariétale mobilise l'estomac dans tous les sens sans révéler d'adhérences; opérée de bas en haut, elle amène le relèvement de l'estomac, l'élargissement

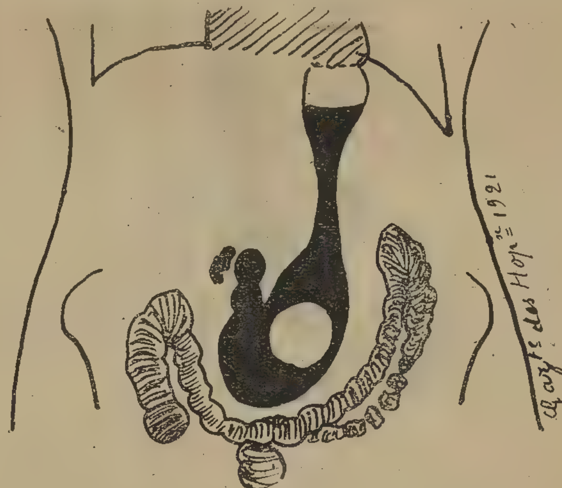


FIG. 2.

de sa partie moyenne, mais ne fait pas disparaître la *zone claire circulaire*. Cette zone est indolore; elle est due à la présence d'une tumeur développée dans la paroi de l'une des faces de l'estomac, tumeur qui fait saillie dans la cavité gastrique, vient au contact de la paroi opposée, supprime à ce

niveau tout espace libre et oblige la bouillie bismuthée à la contourner pour atteindre la partie déclive de la grande courbure. Cette tumeur a un contour parfaitement circulaire; elle est unique; elle appartient au corps de l'estomac, au-dessous de sa partie moyenne; elle est nettement séparée de la petite courbure et de la région pylorique. Ces caractères ne sont ni ceux d'une hyperplasie inflammatoire (autour d'un ulcère), ni ceux d'un épithélioma. Ils conviennent bien, au contraire, à une néoplasie gommeuse de la paroi gastrique (fig. 2).

Le 31 octobre. La réaction de Wassermann pratiquée avec le sang est positive.

Mais à ce moment on a déjà commencé à traiter la malade par les injections intraveineuses de néosalvarsan aux doses de : 0g20 le 22 octobre; 0g30 le 28 octobre; 0g40 le 5 novembre; 0g50 le 12 novembre; 0g60 le 18 novembre et 0g60 le 25 novembre.

Le 24 novembre. Examen radioscopique (Raulot-Lapointe). Le bismuth ingéré descend dans l'estomac comme un voile continu et non plus en deux filets suivant les deux courbures comme au premier examen. A la pression de la partie déclive



Fig. 3.

de l'estomac, le bismuth reflue en masse vers la grosse tubérosité. Il ne persiste plus qu'une petite zone un peu moins opaque, correspondant, vers la partie moyenne de l'organe, à l'espace antérieurement occupé par la zone claire (fig. 3).

Le 26 novembre. La malade sort de l'hôpital ne ressentant plus aucun trouble. Au milieu de décembre, un dernier examen



Fig. 4.

radioscopique montre la disparition complète de la lésion observée antérieurement (fig. 4).

Il s'agit en résumé d'une femme de 35 ans, sans aucun passé dyspeptique, qui, après 24 heures d'inappétence et de douleurs gastriques très modérées, fut prise d'une violente hématémèse rouge. Cette hématémèse marqua la fin de tous les accidents qui ne reparurent plus. L'absence de tout trouble gastrique antérieur, la bizarrerie des symptômes, l'état particulier du chimisme gastrique chez cette femme jeune firent soupçonner l'intervention de la syphilis, qui fut retrouvée dans les antécédents de la malade sous forme d'une choroïdite traitée avec succès 10 ans auparavant par des injections et des frictions mercurielles. La réaction de Wassermann fut du reste positive. L'examen radioscopique montra à mi-hauteur de l'estomac une tache claire, arrondie, de chaque côté de laquelle la grosse tubérosité et le bas-fond de l'estomac communiquaient par une mince traînée de bismuth. Après un traitement par l'arséno-benzol, l'image gastrique redevint normale.

L'histoire clinique de cette malade tient tout entière dans celle de l'hématémèse survenue en pleine santé apparente, et qui n'a rien laissé derrière elle. Au moment de l'entrée à l'hôpital, il n'existait plus aucun phénomène subjectif et l'examen de l'abdomen ne montrait rien d'anormal. Seuls, un certain degré de décoloration des téguments et des muqueuses et un mœlena, disparu au bout de deux jours, attestaient la réalité de la gastrorragie récente. Dans quelques observations dues à Fiouppe, Murchinson, Chiari, Siredey, Dieulafoy, l'hématémèse, survenant en pleine santé et pouvant même entraîner rapidement la mort, a été également l'unique symptôme de la maladie; comme il s'agissait évidemment là d'un accident révélateur de lésions évoluant insidieusement depuis quelque temps déjà, on a pu, à propos de tels faits parler d'une « forme latente » (1) de la syphilis gastrique.

Ces lésions latentes, la radioscopie nous en a, chez notre malade, révélé toute l'importance. Il faut bien admettre en effet que, seule, une épaisse infiltration syphilitique occupant une des faces de l'estomac et faisant une forte saillie dans la cavité de l'organe a pu donner sur l'écran une pareille image. Ceci n'est pas pour nous surprendre : les observations de Dubuc, d'Einhorn, de Fournier (2), de Hayem (3), de Bard (4), de Bensaude et Rivet (5), montrent que les infiltrations scléro-gommeuses peuvent être parfois perçues à la palpation de l'abdomen sous forme de placards indurés ou de tumeurs arrondies. Dans un cas de Hayem, l'épaisseur du syphilome stomacal, extirpé chirurgicalement, atteignait 2 centimètres.

Il est impossible de ne pas être frappé des analogies qui existent entre l'image radioscopique constatée dans notre cas et celle des biloculations gastriques. Au lieu du mince trait noirâtre qui, dans la biloculation, unit la grosse tubérosité au bas-fond de l'estomac, il en existait deux chez notre malade; mais l'on n'en avait pas moins l'impression de deux poches superposées communiquant entre elles par deux étroits canaux. Or, on a signalé que la bilocu-

(1) L. Hudelo. Syphilis de l'estomac, p. 30 in *Précis de syphiligraphie* de Gaucher. La syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur.

(2) A. Fournier, Syphilis de l'estomac, *La Syphilis*, n° 1, juillet 1903.

(3) G. Hayem. La syphilis stomacale. *Presse méd.*, 1905, n° 14, p. 105.

(4) L. Bard. Diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1919, n° 1, p. 1.

(5) Bensaude et Rivet. Loc. cit.

lation gastrique peut être créée par la syphilis [Leven et Barret (1), Béclère et Bensaude (2)].

Deux autres caractères de la lésion observée à l'écran chez notre malade sont d'une importance considérable : ce sont la parfaite mobilité de l'estomac et l'absence complète de la douleur à la pression de la tumeur.

L'importance de ces deux symptômes a été signalée par Bard, pour qui la mobilité et l'indolence des tumeurs abdominales perçues par la palpation sont, en même temps que la conservation d'un bon état général, des arguments en faveur d'une néoplasie syphilitique. Il est intéressant de constater que, quand la palpation ne parvient pas à découvrir la tumeur, l'examen radioscopique permet néanmoins de retrouver ces deux caractères. Ceux-ci sont du reste absolument logiques : l'indolence des syphilomes est un de leurs attributs habituels; et, d'autre part, on conçoit mal qu'un épithélioma ou un ulcère de l'estomac capable de donner une pareille image à l'écran n'ait pas provoqué des adhérences et supprimé la mobilité de l'organe.

Telles sont les particularités de l'image radioscopique que nous avons relevées chez notre malade; elles nous ont paru corroborer pleinement le diagnostic de syphilis gastrique auquel nous avions pensé sans pouvoir être affirmatifs. La disparition de la lésion sous l'influence du traitement spécifique, vérifiée sur l'écran même, a montré que nous n'avions pas surestimé la valeur des signes constatés.

ACTUALITÉS

LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

Tous les syndromes relevant de la pathologie des glandes à sécrétion interne sont encore incomplètement connus, et de nombreuses recherches apportent peu à peu quelques données nouvelles sur ces sujets difficiles. Si les grands symptômes classiques du goître exophtalmique restent les meilleurs éléments du diagnostic clinique, on a décrit des petits signes et des signes accessoires qui peuvent aider à reconnaître les cas frustes; on a surtout recherché une pathogénie définitive de l'affection.

Roussy (3) étudiant les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow montre que la théorie thyroïdienne du goitre exophtalmique repose sur une base anatomo-pathologique. On trouve en effet des lésions du corps thyroïde qui permettent de faire le diagnostic de Basedow sur une coupe histologique sans aucun renseignement de clinique; ce sont des lésions d'hyperplasie épithéliale étendue à la totalité ou à la presque totalité de la glande, avec des îlots éosinophiles et des amas lymphoïdes. Assez souvent, le thymus présente des lésions, tantôt persistance ou reviviscence, tantôt véritable hypertrophie; aussi faut-il admettre la théorie thyroïdienne, la théorie de la dysthyroïdie, d'une sécrétion adultérée intoxiquant divers organes ou éléments nerveux de manière à réaliser le syndrome.

Les modifications de l'activité thyroïdienne ne suffisant pas, en effet, à expliquer la pathogénie du goitre exophtalmique, il faut tenir compte du sympathique et des autres appareils glandulaires. H. Claude (1) a longuement exposé cette question complexe.

L'exophtalmie, par exemple, est d'origine sympathique mais actuellement on ne peut apporter aucune conclusion ferme sur les rapports de la thyroïde et du sympathique, par conséquent sur l'origine des troubles sympathiques. On connaît mieux les relations fonctionnelles des glandes endocrines, en particulier du corps thyroïde avec l'hypophyse et la capsule surrénale. Les produits hypophysaires ont parfois une action favorable sur quelques symptômes du goitre exophtalmique; en injectant de l'extrait hypophysaire à des Basedowiens, Claude a toujours déterminé de la glycosurie, un ralentissement parfois considérable du pouls et une augmentation de la pression artérielle. Par l'injection d'adrénaline, il a provoqué une tachycardie intense et durable et une exagération des signes cliniques, notamment du tremblement. Il faut donc, dans la constitution des syndromes basedowiens, faire intervenir la dysfonction thyroïdienne, l'état sympathicotonique et les actions associées des autres glandes à sécrétion interne.

Au point de vue clinique, P. Sainton (2) passe en revue les signes nouveaux et les petits signes du goitre exophtalmique. Du côté de l'appareil circulatoire, Sainton et Lian (3) ont vu que la tension artérielle est, en général, supérieure à la normale, mais que jamais l'hypertension n'est excessive. Des secousses rythmiques de la tête, analogues à celles du signe de Musset dans l'insuffisance aortique, peuvent être observées dans les goitres exophtalmiques accentués; elles paraissent en rapport avec l'augmentation de volume de l'aorte signalée chez les basedowiens (Folley), dilatation qui n'est pas constante (Lian). Le réflexe oculo-cardiaque est positif, exagéré dans 60 p. 100 des cas, inversé dans 10 p. 100 et normal dans 30 p. 100; le ralentissement du pouls varie de 10 jusqu'à 52 pulsations.

Lian a bien étudié la tachycardie des Basédowiens, qui est une tachycardie normotope ou sinusale, due à une augmentation de fréquence des incitations motrices physiologiques; mais elle peut se compliquer de crises de tachycardie paroxystique hétérotope : tachy-extrasystolie, tachysystolie auriculaire, ou tachy-arythmie complète. Chez les soldats, la tachycardie était fréquente (cœur irritable) et assez souvent on retrouvait un syndrome basedowien fruste. Lian attache une grande importance à la recherche des petits signes oculaires et au signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne décrit par lui en 1918; c'est une zone d'hyperesthésie ayant la forme du corps thyroïde et constatée lorsqu'on explore par le palper ou avec la pointe d'une épingle les faces antérieure et latérale du cou. Ce symptôme de l'hyperesthésie manque dans les goitres volumineux de la maladie de Basedow; il corres-

(1) Leven et Barret. Syphilis gastrique grave. Estomac biloculaire. Guérison par le traitement mercuriel et ioduré, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 fév. 1910.

(2) A. Béclère et R. Bensaude. Un cas de syphilis gastrique. Estomac biloculaire; troubles graves de la nutrition simulant un néoplasme; retour à la santé par le traitement spécifique; contrôle radiologique, *Soc. méd. des hôpit.*, 19 mai 1911.

(3) Roussy. Les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow. *XXIVe Congrès des aliénistes et neurologistes*, Strasbourg, août 1920. *Revue neurol.*, 1920, no 9.

(1) H. Claude. Quelques constatations biologiques dans la maladie de Basedow, *Journ. méd. français*, juillet 1920.

(2) Sainton. Les signes nouveaux et les petits signes du goitre exophtalmique, *Journ. méd. français*, juillet 1920.

(3) Lian. Les accidents cardiaques d'origine thyroïdienne, *Journ. méd. français*, juillet 1920.

pond soit à un stade initial du goitre exophtalmique, soit à l'augmentation brusque d'un petit goitre.

Les signes palpébraux sont nombreux, quelques-uns peu connus : le signe de Gifford est une rétraction spasmodique de la paupière supérieure qui oppose une résistance invincible quand on veut la retourner; le signe du frontal se présente sous deux aspects différents : immobilité du frontal dans le regard en haut ou retard de la contraction du frontal.

Le globe de l'œil présente parfois un aspect spécial par apparition de quatre stries de congestion allant de la périphérie du globe oculaire jusqu'à proximité de la cornée; ces stries correspondraient aux muscles droits qu'on aperçoit par transparence; dans d'autres cas, aux mêmes points, apparaissent deux veines sinueuses pleines de sang. Ces symptômes sont des signes de début, de même ordre que les dilatations et sinuosités des vaisseaux du fond de l'œil (Topolanski, Pinon).

Les troubles pupillaires sont rares dans le goitre exophtalmique. D'après Hartmann, la mydriase se rencontrerait dans 7 p. 100 des cas, le myosis dans 2 p. 100, l'anisocorie dans 4 p. 100. Cantonnet, faisant l'épreuve de la mydriase provoquée avec la cocaïne, l'a observée assez fréquemment chez les Basedowiens.

Le nystagmus spontané est rare, tandis que le nystagmus provoqué peut être révélé dans un tiers des cas (Sainton, Chéronnet); les secousses nystagmiformes surviennent dans les positions extrêmes du regard et de l'attention. Les paralysies oculaires qui sont rares peuvent indiquer un tabes incipiens ou une infection syphilitique concomitante.

On sait que la plupart des basedowiens maigrissent, et cependant l'appétit est conservé. Aux États-Unis, le métabolisme basal ou fondamental est très souvent étudié aux différentes phases de la maladie de Basedow. On recherche la production de chaleur du sujet au repos et à jeun, soit par mesure directe au calorimètre soit par l'évaluation de l'oxygène absorbé et de l'acide carbonique exhalé. Le taux des échanges est ainsi accru de 100 p. 100 dans les cas graves du goitre exophtalmique, il l'est de 50 p. 100 dans les cas moyens, de 30 p. 100 dans les cas légers. Les variations du métabolisme basal permettent de contrôler les résultats des traitements (médicaux, chirurgicaux, rayons X).

Le métabolisme des hydrates de carbone est altéré chez un certain nombre de Basedowiens; parfois, la modification ne se révèle que par l'épreuve de la glycosurie alimentaire; sous sa forme la plus accentuée, cette altération se traduit par le diabète, c'est tantôt un diabète léger, transitoire, tantôt un diabète durable et grave avec poussées diabétiques parallèles aux exacerbations basedowiennes (1).

Au point de vue du système nerveux, on connaît depuis longtemps l'association goitre exophtalmique et tabes, mais elle s'explique aujourd'hui par une étiologie commune : la syphilis. Pour les troubles psychiques, rien de particulier; chez tous les malades, même fond mental d'hyperémotivité, d'hyperactivité et de troubles du caractère. Quant aux psychoses survenant chez les basedowiens, les unes sont d'origine thyroïdienne, les autres dues au terrain dégénératif sur lequel évolue la maladie.

Pour l'appareil utéro-ovarien, Sainton et Gastaud, ayant examiné 25 malades, trouvèrent 24 fois des troubles génitaux : insuffisance ovarienne congénitale ou postopératoire, lésions utéro-annexielles. Une de ces basedowiennes fut très améliorée par l'ablation d'un kyste suppuré de l'ovaire. Il peut donc exister un lien entré les lésions utéro-ovariennes et l'hyperthyroïdisme, la lésion ovarienne préexistant à la lésion thyroïdienne.

La thérapeutique médicale du goitre exophtalmique donnant souvent des résultats insuffisants, le traitement chirurgical a été proposé et on a fait surtout des ligatures des artères thyroïdiennes ou des thyroïdectomies partielles. Mais ces opérations sont dangereuses, aussi de plus en plus, s'adresse-t-on à la radiothérapie (1). Les radiations de Röntgen modifient les cellules épithéliales de la glande thyroïde et y provoquent des altérations qui diminuent l'activité sécrétoire. Pour apprécier les résultats de la radiothérapie, il faut se baser sur les troubles cardiaques, sur la fréquence et l'instabilité du pouls qui doivent diminuer simultanément; sur l'état général du malade qui s'améliore comme on peut le constater par la courbe du poids. Dans les formes ébauchées du syndrome de Basedow, dans l'hyperthyroïdisme simple, la radiothérapie réussit parfaitement et toujours. Dans les formes aiguës, graves, avec affolement du cœur, la proportion des succès est encore très grande. Dans les formes chroniques, la radiothérapie demande à être poursuivie longtemps avec persévérance et les succès ne sont ni aussi constants, ni aussi complets, surtout au point de vue du goitre et de l'exophtalmie. Quand le rayonnement est bien dosé, quand le traitement est conduit avec prudence, il ne survient aucune réaction inflammatoire de la peau. M. BRELET.

(1) PARISOT et CAUSSADE. Glycosuries et albuminuries dans les affections de la glande thyroïde, *Journ. méd. français*, juillet 1920.

(1) BECLÈRE. La radiothérapie dans la maladie de Basedow, *Journ. méd. franç.*, juillet 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1921)

Désensibilisations et resensibilisations à volonté chez une malade anaphylactisée à l'antipyrine. — MM. Fernand WIDAL et PASTEUR-VALLERY-RADOT. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1er et 3 mars 1921, n° 18.)

Sur une double courbe représentant très exactement les oscillations sphygmométriques. — M. Henri HARLÉ.

L'action d'arrêt du foie sur l'acide urique exogène. — MM. CHAUFFARD, P. BRODIN et GRIGAUT.

Traitement de la tuberculose humaine. — M. Henri SPAHLINGER.

La vaccination de la tuberculose. — M. RAPPIN.

Election. — M. Jules Bordet est élu correspondant de l'Académie pour la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Pierre Morat, décédé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1921)

Dacryocystite et conjonctivite à pneumocoques; pneumococcie secondaire; œdème aigu du poumon et pneumonie bâtarde à pneumocoques consécutive. — MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU rapportent le cas d'un homme de 28 ans qui, 2 jours après l'extirpation du sac lacrymal gauche, présenta une fièvre intense (40°), des vomissements, du délire, de la

céphalée. Le 8e jour, en même temps que la fièvre fléchissait (38°), survenait un œdème du poumon qui s'accentuait le 10e jour. La fièvre, qui avait repris dans l'intervalle, fléchissait de nouveau à ce moment. Le 11e jour, apparaissait un foyer de pneumonie bâtarde qui, à peine marquée à cette date, était nettement constituée le 14e jour. Ce même jour, la fièvre qui se maintenait légèrement au-dessous de 40° tombait dans les environs de 37° et redevenait définitivement normale au bout de 3 jours. Cette dernière localisation semble jouer véritablement le rôle d'abcès de fixation. La présence du pneumocoque Talamon-Fränckel, dûment constatée dans les culs-de-sac conjonctivaux, dans le sang et dans la sérosité de l'expectoration, établit nettement la filiation des phénomènes observés et les étapes successives du pneumocoque.

Tuberculose non folliculaire de la rate. — M. Crouzon présente les coupes d'une rate tuberculeuse d'une variété anormale; il s'agit d'une masse fibreuse située en plein parenchyme de la rate, dont l'examen microscopique a montré l'existence de nombreux nodules rappelant des tubercules miliaires et ne présentant que des cellules épithélioïdes sans points caséeux et sans cellules géantes. Les nodules sont enserrés dans une réaction fibreuse intense. Il s'agit de tubercules non folliculaires avec transformation sclérosante très marquée. Cette lésion est tout à fait différente des aspects classiques de tuberculose de la rate qui sont le gros tubercule cru ou le tubercule miliaire.

Un cas de myoclonie. Epilepsie. — MM. Crouzon et Bouttier. Cette affection, extrêmement rare, a débuté chez un homme de 24 ans par une période de crises d'épilepsie à l'âge de 14 ans. Un an après sont apparus des mouvements cloniques presque incessants ne laissant au malade qu'un répit de quelques secondes ou de quelques minutes au plus. Intéressant la face, les membres supérieurs, les membres inférieurs et même le diaphragme et exagérés par la marche et les mouvements intentionnels. Dans cette 2e période, caractérisée par la myoclonie, les crises comitiales ont persisté et sont apparues à des intervalles variables. Jusqu'à présent il n'est apparu ni troubles psychiques, ni cachexie, symptômes qui caractérisent la 3e période de la myoclonie-épilepsie. Il s'agit là d'un cas très voisin de ceux décrits par Unvenicht-Lundborg sous le nom de myoclonie familiale ou de myoclonie-épilepsie, mais il ne s'agit ici que d'un cas isolé, sporadique, aucun cas semblable n'a été constaté dans la famille. Cette observation peut être rapprochée aussi de l'épilepsie continue ou des myoclonies d'ailleurs plus localisées, rencontrées au cours de l'épilepsie par les anciens auteurs et rapportées par Téré. Les traitements essayés ont une action sédative et atténuante sur les mouvements mais ne les ont pas interrompus complètement.

Des conditions de production de la crise hémoclasique d'origine alimentaire chez certains épileptiques. — MM. Ph. Pagniez et J. de Léobardy, chez un épileptique auquel l'ingestion de chocolat donne des crises hémoclasiques suivies de crises d'épilepsie ont constaté les particularités suivantes : la bromuration qui supprime les crises d'épilepsie laisse persister les crises hémoclasiques après ingestion de l'aliment nocif. Le traitement par le luminel produit la même dissociation. Chez ce sujet l'addition au repas d'une quantité de 50 g. de sucre ou d'une forte quantité de beurre suffit pour produire une crise hémoclasique. Ce n'est cependant pas le sucre seul qui agit car, ingéré à l'état isolé, il est sans effet. La crise hémoclasique et la crise d'épilepsie qui la suit, quand le malade n'est pas bromuré, serait donc liée à une action de présence d'aliments ternaires en excès. De telles susceptibilités paraissent tout à fait individuelles.

Traitement des accidents respiratoires de l'adénopathie trachéo-bronchique par la radiothérapie. — MM. d'Œlsnitz et Carcopino rapportent l'observation d'un jeune enfant présentant des accidents respiratoires menaçants, manifestation épisodique aiguë d'une adénopathie médiastine jusque-là tolérée, accidents qui cédèrent rapidement sous l'influence d'une séance de radiothérapie. L'efficacité de ce traitement proposé par l'un d'eux fut confirmée par les observations de MM. Ribadeau-Dumas et Nobécourt. Il convient donc, parmi les accidents respiratoires menaçants du jeune âge d'origine non laryngée, de toujours songer, soit à l'hypertrophie du thymus, soit à l'adénopathie trachéo-bronchique, et dans les 2 cas de procéder à l'irradiation de la région thoracique correspondante. L'action rapide des rayons s'explique probablement par une modification de l'élément congestif ou inflammatoire cause de l'exacerbation aiguë.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1921)

Traitement des phlegmons graves des synoviales par la section complète des gaines et du ligament annulaire. — M. Lecène rappelle que dans une récente communication, M. Dujarier a dit avoir emprunté ce procédé à un article d'un journal suédois. Or, 9 ans avant la publication de cet article, M. Lecène avait déjà décrit ce procédé.

M. Dujarier reconnaît le fait et s'en excuse auprès de M. Lecène.

Cholécystite aiguë, cholécystectomie. — M. Lecène fait un rapport sur une observation de M. Papin (de Bordeaux). Il s'agit d'un cas de cholécystite aiguë grave pour laquelle M. Papin crut devoir intervenir immédiatement. Il fit une incision sus-ombilicale, trouva une vésicule très grosse entourée d'un liquide louche, pratiqua la cholécystectomie d'avant en arrière, drainage sous-cutané, guérison.

On a prétendu que, dans ces cas, il valait mieux se contenter d'ouvrir, de drainer et dans un second temps, d'enlever la vésicule.

M. Lecène pense que la cholécystectomie d'emblée, quand elle est possible, est l'opération de choix; dans certains cas rares, il vaut mieux, comme l'a proposé M. Mocquot, ouvrir, drainer d'abord et faire la cholécystectomie secondaire.

M. Quénu partage l'avis de M. Lecène; mais dans certains cas graves, consécutifs, par exemple, à la fièvre typhoïde, il est plus prudent de s'en tenir tout d'abord à la cholécystostomie.

Sténose de l'angle côlique droite. — M. Lecène fait un second rapport sur une intéressante observation de MM. Brun et Masselot : Au cours d'une entérite chronique, apparut une tumeur de l'anse côlique droite, que l'on prit pour un néoplasme, mais l'examen des selles y révéla la présence d'amibes. Le traitement par l'émétine étant resté sans résultat, M. Brun intervint par une incision transversale droite, trouva un abcès qu'il ouvrit et constata que l'angle côlique était induré et rétréci. Il fit l'ablation de cette anse, fit une anastomose bout à bout et referma. Guérison. L'examen de la pièce montra que l'anse colique était le siège d'une tumeur et d'une sténose très serrée. A la coupe, la tumeur était constituée par du tissu fibreux. Ce sont là des cas très rares, dont on ne connaît pas d'exemple dans l'histoire de la dysenterie amibienne. M. Brun s'est montré peut-être un peu hardi en pratiquant d'emblée cette résection intestinale dans le voisinage d'un foyer purulent.

M. Duval approuve la réserve de M. Lecène et pense que, dans ce cas, il eût été plus prudent d'intervenir en deux temps, drainer d'abord, reséquer ensuite.

Epilepsie traumatique. — La discussion qui se poursuit, depuis déjà longtemps, sur cette question, se termine aujourd'hui par une nouvelle intervention de MM. Tuffier, Robineau, Baudet et la conclusion de M. Lenormant.

M. Tuffier apporte un nouveau cas de crises subintrantes dans lequel la craniectomie a été pratiquée, à plusieurs reprises, en état de mal et chaque fois avec une amélioration notable.

M. Robineau estime que la question est aujourd'hui jugée et qu'il faut pratiquer la crâniectomie dans ces cas de crises subintrantes. C'est le seul moyen d'améliorer au moins momentanément l'état de ces malades. M. Robineau apporte un nouveau fait à l'appui de cette manière de voir.

M. Baudet communique cinq observations qui viennent à l'appui de cette opinion. Mais il faut que la crâniectomie soit large et complète. Si elle ne donne pas une guérison définitive, elle donne des résultats très favorables.

M. LENORMANT apporte trois nouvelles observations d'un chirurgien de Liége. La question paraît bien jugée aujourd'hui. Il faut se préoccuper de la réintervention en cas de récidives. De nombreux faits ont été apportés dans cette discussion qui sont en faveur de cette réintervention. Au point de vue des indications et de la nature de l'intervention, c'est là évidemment une question difficile et obscure. C'est surtout sur la cicatrice, dans les cas de plaie crânienne qu'il faut agir. Il faut donc admettre aujourd'hui la légitimité de l'intervention dans les cas de plaies cranio-cérébrales; on obtient les améliorations indiscutables et dans bien des cas les récidives sont très éloignées.

Les neuropathologistes sont généralement pour l'abstention; mais les chirurgiens ont le droit et le devoir de dire qu'ils ont un rôle à jouer dans le traitement des épilepsies traumatiques. Il faut retenir, dans cette discussion l'application de la radiothérapie que M. de Martel a proposée pour le traitement de certaines de ces cicatrices. Enfin M. Lenormant admet qu'on doit essayer un traitement médical avant de recourir à l'opération.

M. DE MARTEL déclare avoir observé certaines améliorations après l'application de la radiothérapie.

M. BROCA conseille à M. Lenormant d'ajouter à ces mots : « après l'essai d'un traitement médical » que cet essai ne soit pas trop prolongé.

Traitement des abcès du poumon par le décollement pleuro-pariétal et l'affaissement du poumon. — M. ROUX-BERGER fait une très intéressante communication sur ce sujet. Il apporte cinq observations dont trois de ville et deux d'hôpital. Il a eu trois succès et deux insuccès. En résumé, il s'agit de cas de bronchites avec expectoration purulente et fétide avec ou sans vomiques, sans bacilles de Koch. L'opération consiste dans un vaste décollement pleuro-pariétal et un tamponnement du poumon très serré par une compresse ou par un pessaire en caoutchouc. Peu de jours après, l'expectoration diminue et cesse d'être fétide.

M. Roux-Berger donne des détails sur chacune de ces cinq observations, sur les indications et les contre-indications de cette intervention, sur les renseignements fournis, par le diagnostic, par la clinique et la radioscopie, sur les résultats de l'opération qui se caractérisent par la chute de la température, la disparition de la dyspnée, la diminution de l'expectoration et la disparition de sa fétidité, enfin sur l'utilité, après la guérison de la gymnastique respiratoire.

Un accident toujours possible, au cours de ce décollement, est la déchirure pleurale. L'indication du décollement pleuro-pariétal avec affaissement du poumon est formelle chez les malades atteints d'abcès du poumon et voués à une issue fatale.

(SÉANCE DU 2 MARS 1921)

Section du ligament annulaire du carpe dans le traitement des phlegmons graves de la main. — M. DELBET, à propos de la réclamation de priorité faite dans la dernière séance par M. Lecène rappelle que Chassaigne, dans son traité de la suppuration, avait déjà nettement formulé qu'il fallait, dans ces cas, « couper le ligament annulaire du carpe ». Cette pratique n'est donc pas nouvelle. Toutefois M. Lecène a bien fait de la remettre en vigueur.

De l'emploi du vaccin de Delbet. — M. OMBRÉDANNE fait, sur ce sujet, une intéressante communication ; il a eu recours à ce vaccin dans 72 cas, 6 fois chez l'adulte, 66 fois chez l'enfant. Chez l'adulte il a toujours observé une violente réaction. Il n'en est pas de même chez l'enfant. Cependant il a eu recours à d'assez fortes doses, 1 cmc. de 1 à 3 ans et il a été jusqu'à 4 cmc. chez les enfants de 12 à 15 ans. Il a presque toujours fait 3 injections à 48 heures d'intervalle. La réaction générale a souvent manqué. La température s'élève à peine d'un degré. L'injection n'est pas douloureuse. Il n'y a presque pas de réaction locale contrairement à ce qui se passe chez l'adulte.

Les résultats se sont montrés remarquables surtout dans les suppurations cutanées, dans les adénités, les adéno-phlegmons, les mastoïdites, plus discutables dans les appendicites à chaud, dans les péritonites, nuls ou à peu près dans l'ostéomyélite.

A l'appui de ces conclusions M. Ombrédanne apporte des faits : citons, par exemple, un érysipèle du cuir chevelu guéri en 4 jours, une série de plaies par grenades guéries sans ouverture, un gros furoncle de la fesse, des otites, des mastoïdites, un hygroma suppuré du genou guéri en 10 jours, de grosses adénites, des adéno-phlegmons guéris en quelques jours sans incisions, mais avec drainage filiforme, etc. ; depuis 6 mois qu'il a recours au vaccin de Delbet, M. Ombrédanne n'a pas incisé un seul adéno-phlegmon; une mastoïdite à streptocoques a été guérie sans incision et sans drainage.

L'action du vaccin ne s'est pas montrée très nette dans les appendicites à chaud. Enfin M. Ombrédanne n'en a pas obtenu de bons résultats dans l'ostéomyélite. Il apporte, à l'appui, un certain nombre d'observations.

Comme inconvénients, M. Ombrédanne, n'a observé que quelques poussées d'urticaire, d'érythèmes; dans un seul cas, une hémoglobinurie passagère. La méthode n'offre donc pas de dangers chez l'enfant. En terminant, M. Ombrédanne déclare que nous possédons, avec le vaccin de Delbet, une arme puissante contre les suppurations.

M. GRÉGOIRE ne partage pas tout à fait l'opinion de M. Ombrédanne au sujet de l'ostémyélite. Le vaccin de Pasteur lui aurait aussi donné de bons résultats.

L'arthrotomie par voie transrotulienne et par voie transastragalienne. — M. ALGLAVE communique deux observations de fracture avec luxation, dans lesquelles il est intervenu chirurgicalement pour réduire la luxation et traiter la fracture par l'ostéosynthèse. Au lieu des incisions latérales, habituellement pratiquées dans ces cas, M. Alglave a eu recours aux voies transrotuliennes et transastragaliennes, voies larges facilitant singulièrement les manœuvres de réduction et d'ostéosynthèse. Ses malades, mobilisés de bonne heure, ont guéri avec de bons résultats anatomiques et fonctionnels.

M. Alglave donne des détails sur ces deux observations et sur la technique opératoire, les observations sont accompagnées de dessins et de radiographies.

Cette communication est suivie d'une courte discussion à laquelle prennent part, MM. Lapointe, Baudet, Dujarier, Lenormant, Auvray et Mauclaire.

Evolution des greffes osseuses. — M. TAVERNIER (de Lyon) fait une communication sur ce sujet. Il résulte des faits observés par lui que la marche précoce a une heureuse influence sur la croissance du greffon. L'utilisation fonctionnelle du membre a une grande importance, M. Tavernier a remarqué qu'il existait une grande différence entre l'autogreffe et l'hétérogreffe, la première présentant sur la seconde de grands avantages, au point de vue de la vitalité et de la résistance du greffon.

— La commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire est composée de MM. Mauclaire, Chevassu et Proust.

HOPITAUX DE PARIS

LE NOUVEAU RÈGLEMENT DU CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX

ARTICLE PREMIER. — Les dispositions du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris, relatives à l'organisation du concours de médecin des hôpitaux, sont modifiées ainsi qu'il suit :

Art. 199 bis nouveau. — Tout candidat inscrit à partir de la mise en vigueur du présent règlement ne pourra prendre part au concours de médecin des hôpitaux que pendant dix ans, à compter du jour de sa première inscription.

Art. 200. — Le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours de médecin des hôpitaux se compose de 12 membres, tirés au sort parmi les médecins chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins des hôpitaux non encore titulaires comme chefs de service, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

A moins que l'administration n'ait en sa possession avant

le tirage au sort du jury, une demande régulière de congé de maladie, tout médecin chef de service ou des hôpitaux qui ne pourra accepter de faire partie du jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours pour lequel le sort l'a désigné, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury d'admission pendant deux années consécutives.

Les membres du jury du concours d'admissibilité ne pourront faire partie du jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours suivant.

En raison du caractère anonyme des épreuves d'admissibilité, les dispositions de l'art. 196 du règlement concernant la récusation pour parenté ou alliance ne sont pas applicables à la constitution du jury d'admissibilité.

Art. 201, épreuves d'admissibilité. — Les épreuves d'admissibilité du concours de médecin des hôpitaux sont réglées comme suit :

1° Épreuve théorique anonyme. — Une épreuve écrite comportant deux questions de médecine interne. L'une et l'autre question sont susceptibles de comprendre une partie anatomo-pathologique, bactériologique, biologique, pathogénique et thérapeutique au gré du jury. Ces deux compositions sont faites le même jour. Il est accordé quatre heures, la première heure étant toutefois consacrée à la réflexion et à l'élaboration du plan des compositions définitives.

Ces notes ne peuvent être écrites que sur un cahier de papier de couleur spéciale remis aux candidats au début de la séance. Une heure après, les candidats reçoivent deux cahiers de papier de couleurs différentes. Ils ont trois heures pour rédiger leurs compositions.

Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé par l'administration pour les concours administratifs.

A la fin de la séance, après avoir inscrit dans l'angle de la copie leur nom sur lequel ils rabattent la partie opaque gommée, les candidats viennent apporter leur brouillon et leurs compositions au membre du jury surveillant qui pointe le nom du déposant sur une liste dressée par ordre alphabétique. Les copies sont placées dans des enveloppes cachetées et paraphées par un membre du jury. Quant aux brouillons, ils sont mis sous scellés et détruits par l'administration à la fin de l'épreuve.

Le jury du concours d'admissibilité sera divisé en deux parties avant de choisir les questions. Les deux moitiés du jury resteront constituées telles qu'elles l'auront été par ce tirage au sort pour les épreuves cliniques anonymes. Chacune des deux questions sera cotée de 0 à 15 par la moitié du jury qui aura donné la question. La lecture des compositions sera faite par un interne des hôpitaux qui recevra par séance une rétribution. L'administration désignera quatre internes parmi les volontaires. La lecture sera faite pendant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves cliniques anonymes (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation écrite anonyme).

Les copies seront numérotées dans l'ordre des lectures. En aucun cas les membres du jury ne prendront en main les copies des candidats. A cet effet, les lecteurs se tiendront à leur disposition jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration. Une fois les lectures terminées, les deux sections du jury se réunissent en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles. Ces points sont écrits en toutes lettres.

2° Épreuve clinique anonyme. — Elles consistent en deux épreuves de consultation écrite anonyme jugées chacune par une moitié du jury.

Chaque candidat subit une épreuve clinique devant chacun des deux jurys : la moitié A du jury juge la série A des candidats pendant que la moitié B du jury juge la série B des candidats, puis inversement.

A cet effet, les candidats seront divisés en deux moitiés par voie de tirage au sort, la première moitié constituant la série A, la seconde moitié la série B.

L'anonymat de ces épreuves cliniques est assuré de la façon suivante :

A chaque séance des épreuves cliniques, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats.

Un censeur, choisi parmi les médecins des hôpitaux (bureau central), est chargé :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance ;

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

L'administration établit une liste de 8 censeurs tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux. A moins de raison majeure, ceux-ci doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions. Chaque jury a ainsi à sa disposition 4 censeurs. Ceux-ci peuvent être désignés, par groupes de 2, pour surveiller les candidats.

Le candidat a un quart d'heure pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait lire dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement de 0 à 20.

Après la dernière épreuve des deux séries, les noms des auteurs de chaque copie sont découverts en séance publique ; les deux notes obtenues par chaque candidat sont publiées séparément, puis additionnées pour le classement.

Il est pris, en vue de la dernière séance de l'épreuve dans chaque jury une précaution spéciale, celle de réserver, obligatoirement, six noms de candidats au minimum pour cette séance.

Élimination des candidats a la suite des épreuves d'admissibilité. — Tous les candidats subissent les épreuves théoriques et cliniques anonymes. Le nombre des admissibles est égal au double du nombre de places vacantes dans l'année. Toutefois, quel que soit ce nombre de places, celui des admissibles ne peut jamais être inférieur à 10.

Par mesure transitoire et pour tenir compte du grand nombre de candidats qui, depuis la guerre, n'ont pu prendre part au concours d'admissibilité, le nombre des admissibles pendant les trois concours à ouvrir après la mise en vigueur du présent règlement, ne pourra être inférieur à 20.

Classement des candidats. — Le classement des candidats est établi en additionnant les notes des épreuves théoriques et celles des épreuves cliniques.

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé ex æquo avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux copies acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours, enfin sur l'ancienneté de doctorat.

Les candidats classés à la suite des épreuves théoriques et cliniques anonymes seront déclarés admissibles et prendront part aux concours d'admission de la même année.

Ce titre leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs. Ils perdront toutefois ce privilège s'ils ne se soumettent pas à l'obligation de participer avec les médecins des hôpitaux au service des remplacements pendant la période des vacances.

Tout candidat qui aura acquis deux admissibilités sera déclaré admissible définitif et rentrera dans les concours ultérieurs pour les épreuves définitives.

Le candidat qui n'aura pas acquis une admissibilité dans les cinq concours qui suivront sa première inscription sera éliminé définitivement.

Toutefois, un candidat qui, pour une raison reconnue valable par l'administration, aurait été mis dans l'impossibilité matérielle de prendre part à un ou plusieurs concours ou d'en poursuivre jusqu'au bout les épreuves, aura droit de participer à un ou plusieurs concours supplémentaires sans que, dans aucun cas, il ne puisse concourir pendant plus de dix ans à compter de sa première inscription au concours.

Épreuves de nomination. — Le jury chargé de juger les

épreuves de nomination se compose de 11 membres, 10 médecins, 1 chirurgien. Ces membres sont pris parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux, chefs de service ou honoraires et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux exerçant leurs fonctions depuis 8 ans à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination. Ce jury est constitué par un nouveau tirage au sort. Toutefois, les noms des juges ayant fait partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Le jury de 11 membres ne peut procéder qu'à la nomination de 3 médecins des hôpitaux.

Si le nombre des places mises au concours annuel, conformément aux dispositions de l'article 198 est supérieur à trois, aussitôt après ces premières nominations, un nouveau jury sera constitué, devant lequel passeront tous les admissibles restants. Ce nouveau jury ne pourra nommer plus de 3 médecins des hôpitaux, et ainsi de suite jusqu'à épuisement des places à pourvoir pour l'année.

Tout médecin ou chirurgien ayant fait partie d'un jury de nomination n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort d'un jury de même nature pendant deux années consécutives.

Il pourra toutefois faire partie du jury du concours d'admissibilité suivant, à moins qu'il ne se trouve récusé par les dispositions insérées à l'article 200.

Sont appelés à prendre part aux épreuves définitives :

1° Les admissibles définitifs ;

2° Les admissibles du concours de l'année.

En raison des admissibles définitifs, la cote sera ramenée à 0 après les épreuves d'admissibilité.

Les épreuves définitives comprennent :

1° Une consultation écrite de diagnostic, de pronostic et de traitement avec 15 minutes pour l'examen du malade et 45 minutes pour la rédaction de la consultation. Cette dernière sera lue immédiatement et cotée de 0 20.

A la suite de cette épreuve, on conservera un nombre de candidats égal à cinq fois le nombre de places auxquelles chaque jury de nomination aura à pourvoir.

2° Une épreuve clinique sur un malade. Il sera accordé 20 minutes pour l'examen du malade et la réflexion et 15 minutes pour la dissertation orale devant le jury. Cette épreuve est cotée de 0 à 20.

Publicité du diagnostic du jury après chaque épreuve : pour chacune des épreuves de nomination le jury, après avoir choisi les malades, établit pour chacun d'eux un diagnostic détaillé, mis sous enveloppe, dont la suscription indique le nom de la salle et le numéro du lit.

Lorsque le candidat a terminé son épreuve, le président du jury lui remet l'enveloppe correspondant au malade qu'il a examiné. Le candidat l'ouvre et lit à haute voix en séance publique le diagnostic écrit du jury.

Au cas où après l'exposé du candidat le jury serait amené à reviser son diagnostic, il devra, en fin de séance, donner par écrit les raisons qui auront justifié la rectification et les consigner au procès-verbal de la séance.

Attribution des notes. — Les épreuves sont cotées de 0 à 20. La note acquise sera la note moyenne, obtenue en additionnant les notes données par chacun des juges et en divisant le total des points par le nombre des votants. La note votée par chaque juge, doit figurer au procès-verbal de la séance.

Au cas où deux ou plusieurs candidats se trouveraient à la fin des épreuves classés ex-æquo pour la ou les dernières places, ces candidats subiront une épreuve supplémentaire qui consistera en une épreuve clinique sur un malade, subie dans les conditions de l'épreuve clinique des épreuves définitives.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité.

Epreuves théoriques anonymes, 15 points pour chaque épreuve.......... 30 points
Epreuves cliniques anonymes, 20 points pour chaque épreuve.......... 40 —

Epreuves définitives.

Consultation écrite.......... 20 —
Epreuve clinique.......... 20 —

D. Dispositions transitoires. — a. *Candidats n'ayant pas encore concouru avant l'application du présent règlement.* — « Par dérogation aux dispositions de l'article 199 du règlement général sur le service de santé, sont autorisés à s'inscrire au concours les internes des hôpitaux nommés avant 1914, ayant accompli trois années effectives d'internat et ayant passé leur thèse depuis un an.

b. *Candidats ayant déjà concouru.* — « Tout candidat titulaire de deux admissibilités ou de deux anonymats ou de deux ex-æquo d'anonymat, est dispensé de toutes les épreuves d'admissibilité et déclaré admissible définitif. Il prendra part d'emblée aux épreuves de nomination.

« Tout candidat ayant obtenu une seule admissibilité ou un seul anonymat ou un seul ex-æquo d'anonymat, doit acquérir une seconde admissibilité pour être déclaré admissible définitif. »

JURISPRUDENCE

LE DROIT DE RÉPONSE

La loi du 29 septembre 1919 (*Journ. Officiel* du 1er octobre 1919) a modifié l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881. Cet article modifié déclare notamment : « Le gérant sera tenu d'insérer dans les trois jours de leur réception les réponses de toute personne nommée ou désignée dans le journal ou écrit périodique quotidien, sous peine d'une amende de 50 à 500 francs, sans préjudice des autres peines et dommages-intérêts auxquels l'article pourrait donner lieu. En ce qui concerne les journaux ou écrits périodiques non quotidiens, le gérant, sous les mêmes sanctions, sera tenu d'insérer la réponse dans le numéro qui suivra le surlendemain de la réception. Cette insertion devra être faite à la même place et en mêmes caractères que l'article qui l'aura provoquée et sans aucune intercalation. Non compris l'adresse, les salutations, les réquisitions d'usage et la signature, qui ne seront jamais comptées dans la réponse, celle-ci sera limitée à la longueur de l'article qui l'aura provoquée. Toutefois, elle pourra atteindre 50 lignes, alors même que cet article serait d'une longueur moindre, et elle ne pourra dépasser 200 lignes, alors même que cet article serait d'une longueur supérieure. Les dispositions ci-dessus s'appliquent aux répliques, lorsque le journaliste aura accompagné la réponse de nouveaux commentaires. La réponse sera toujours gratuite. Le demandeur en insertion ne pourra excéder les limites fixées au paragraphe précédent en offrant de payer le surplus. La réponse ne sera exigible que dans l'édition ou les éditions où aura paru l'article. »

La réglementation de la longueur de l'article, qui a été une des principales modifications envisagées par la loi, s'imposait d'une manière générale ; car la personne nommée ou désignée dans un journal ou écrit périodique peut l'être sous un jour très défavorable en très peu de lignes, et même en quelques mots. La réponse peut donner lieu à un développement justifié excédant les quelques lignes ou mots de l'article du journal ou de l'écrit périodique.

La jurisprudence a toujours consacré le caractère général et absolu du droit de réponse, sous l'empire des lois du 25 mars 1822 et du 9 septembre 1835, comme sous celui de la loi du 29 juillet 1881 ; elle a admis le droit de réponse même en matière de critique littéraire et scientifique, la loi ne faisant aucune distinction. On se souvient sans doute du procès qui eut lieu en 1897 entre la *Revue des Deux-Mondes* et M. Dubout, auteur d'une tragédie en vers, *Frédégonde* ; M. Jules Lemaître l'avait critiquée : refus d'insérer la réponse adressée par M. Dubout à la *Revue* ; condamnation à l'insertion. La Cour de cassation fut saisie ; elle se prononça en faveur du caractère général et absolu du droit de réponse (Cass., 17 juin 1898, *Gaz. Trib.*, 24 juin 1898).

La 1re Chambre du Tribunal civil de la Seine vient de faire, de nouveau, application de ces principes dans une espèce particulièrement intéressante, qui vient de soulever une vive polémique, justifiée d'ailleurs à notre avis, dans les milieux littéraires et scientifiques.

MM. Silvain et Jaubert sont les auteurs d'une tragédie en

vers, *Les Perses*, traduite de la pièce d'Eschyle; celle-ci fut représentée à la Comédie Française. A la suite de la représentation, M. Doumic en fit la critique dans la *Revue des Deux-Mondes*, le 15 juin 1919, à la rubrique « Revue dramatique ». MM. Silvain et Jaubert, nommés au cours de cet article et estimant que l'appréciation formulée par M. Doumic comportait une réponse, firent sommation à ce dernier d'avoir à insérer leur réponse. La loi d'amnistie étant intervenue et M. Doumic n'ayant pas cru devoir acquiescer à l'injonction qui lui était adressée, MM. Silvain et Jaubert l'assignèrent devant le Tribunal civil en demandant l'insertion de la réponse sous une astreinte de 1.000 fr. par jour de retard, ainsi que 1.000 fr. de dommages-intérêts pour chaque auteur.

Malgré les conclusions contraires du Ministère public, le Tribunal, dans son jugement du 12 février 1921, déclara que M. Doumic serait tenu d'insérer, dans le plus prochain numéro de la *Revue des Deux-Mondes* qui paraîtrait dans le délai de 10 jours après la signification du jugement, la réponse des deux auteurs, à peine de 100 fr. par chaque numéro de retard, pendant deux mois, passé lequel délai il serait fait droit.

Pour motiver sa décision, le Tribunal dit :

« Attendu que le texte de l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881 est général et absolu; que si d'ordinaire les personnes visées dans un article usent peu du droit que leur confère la loi, si elles acceptent en principe les critiques qui sont formulées sur leurs œuvres, surtout quand ces critiques sont sérieuses et mesurées, elles n'en ont pas moins le droit absolu, s'il leur convient, de formuler des réponses dont l'insertion ne peut leur être refusée; que ce droit de réponse est si absolu qu'il ne comporte aucune exception, même dans le cas où la réponse a été provoquée, en dehors de toute attaque personnelle, par une critique purement littéraire d'une œuvre dramatique ou artistique volontairement offerte à l'appréciation du public ou de la presse; que le législateur l'a ainsi entendu lors des débats qui ont eu lieu dans les assemblées parlementaires, aussi bien lors de la discussion de la loi du 25 mars 1822 que dans le cours des débats qui ont précédé la loi du 29 juillet 1881; qu'il n'appartient pas au Tribunal de faire des distinctions qui n'ont pas été prévues par la loi; qu'à la vérité les personnes ainsi nommées estiment la plupart du temps qu'elles ont intérêt à ne pas discuter les appréciations ainsi formulées et qui peuvent être fondées; mais qu'en droit, elles sont seules juges d'apprécier si l'article qu'elles incriminent est susceptible de motiver de leur part une réponse et les points sur lesquels peut porter cette réponse;

Attendu que Doumic ne relève dans l'acte qui lui a été ainsi signifié rien qui soit contraire aux bonnes mœurs, ni à l'intérêt des tiers; qu'il ne contient aucune expression injurieuse; qu'il se borne à soutenir que prescrire l'insertion c'est faire obstacle au droit de libre critique et porter une grave atteinte à la liberté d'écrire; qu'il ne peut, en conséquence, se refuser à insérer une réponse aux termes de laquelle on lui reproche de n'avoir pas suffisamment apprécié la valeur de l'effort poétique des auteurs et d'avoir taxé de médiocre une traduction en vers qui évoque le rythme, le mouvement et la pensée d'un grand tragique;

Attendu que la critique de Doumic est sérieuse et mesurée; qu'on ne peut lui reprocher d'avoir obéi à aucun autre sentiment que celui d'exprimer conformément à sa pensée son appréciation; que, dans ces conditions, il convient d'allouer à Silvain et Jaubert les dépens pour tous dommages-intérêts; que toutefois Doumic doit être tenu, à défaut d'insertion, à une astreinte de 100 fr. par chaque numéro de retard... »

Il faut reconnaître qu'en droit la thèse du jugement est conforme à la loi qui ne fait pas de distinction. On ne peut que critiquer la loi.

Le droit de réponse ne saurait avoir, en effet, ce caractère général et absolu qui lui est attribué par la loi, en matière littéraire et scientifique; il doit à cet égard comporter des exceptions.

Le ministère public faisait observer dans ses conclusions, que, dans l'état actuel, on peut considérer qu'il y a renonciation tacite lorsque l'auteur d'une œuvre dramatique fait appel à la publicité, par conséquent, à l'appréciation du public et de la presse, en mettant son œuvre à la scène et en convoquant à sa représentation les membres de la presse. Dans ces conditions, l'auteur doit s'attendre aux critiques, comme aux éloges, et renonce ainsi, virtuellement, à l'exercice du droit de l'article 13 de la loi de 1881, alors que le compte rendu de son œuvre contient une critique sérieuse et mesurée, sans aucune attaque personnelle ou injurieuse.

Rien n'est plus juste; mais la loi ne permet pas cette interprétation. Il est incontestable qu'elle contient quelque chose de choquant : ainsi, le public, devant qui une pièce est représentée, a un droit de critique plus brutal que celui du littérateur : si la pièce ne lui convient pas, il la siffle. Verrait-on un auteur s'attaquer au public et lui demander raison de cette critique brutale? Non; ce serait ridicule et d'ailleurs impossible.

Dès lors, du moment qu'on fait appel à l'appréciation du public, il faut décider qu'une personne de bonne foi peut être d'un avis différent de celui de l'auteur et peut faire connaître cet avis, même s'il contient une appréciation défavorable. La disposition de la loi aboutit à ce résultat que toutes les fois qu'un article de critique contiendra des appréciations qui ne seront pas du goût de l'auteur, celui-ci exercera le droit de réponse; il ne le laissera passer que s'il contient des éloges. En bonne justice, c'est impossible à admettre, et peut-être plus en matière scientifique qu'en matière littéraire. Il y a des lois en matière scientifique; faut-il obliger la revue ou le journal ayant accueilli l'article d'un auteur qui a redressé les erreurs certaines de celui qui a fait un exposé scientifique au public, à insérer la réponse de ce dernier et autoriser ainsi une discussion sans intérêt? Evidemment non; le bon sens s'y refuse.

Aussi la réforme de l'article 13 de la loi de 1881 est-elle demandée depuis longtemps. Sans doute, l'auteur doit conserver le droit de défendre son honorabilité d'écrivain ou d'artiste; mais il doit savoir supporter une critique sérieuse et mesurée, sans aucune attaque personnelle ou injurieuse, comme il sait recevoir les éloges; il faut tenir compte de cette circonstance qu'un auteur qui publie un ouvrage, le soumet à l'examen et à la discussion de la presse. En agissant ainsi l'auteur accepte, par avance, son jugement; et, pour que celui-ci soit impartial, il faut la liberté de la critique.

Tout a été dit en cette matière.

Une proposition de loi a été votée par la Chambre, en 1901, sur l'initiative de M. Jean Cruppi, alors député; elle ne fut pas votée par le Sénat. Elle était ainsi conçue : Le droit de réponse ne peut s'exercer contre les articles de critique littéraire ou scientifique, alors que l'intention d'offenser la personne nommée ou désignée ne résulte pas des termes de l'article et que la critique a été provoquée par une publication, une représentation, une exhibition publique quelconque, de nature à faire naître ou même solliciter les commentaires de la presse.

La jurisprudence est, comme on vient de le voir, définitivement assise, en présence d'un texte qui, d'ailleurs, ne peut présenter aucune ambiguïté; on ne peut espérer un revirement dans ses décisions. Il n'y a qu'une modification législative qui puisse changer l'état de choses actuel.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Réincarné, roman de l'au-delà (1), par le Dr Lucien Graux.

Le Dr Lucien Graux, aborde aujourd'hui un des problèmes qui passionnent le plus tous ceux qui s'occupent de spiritisme : la réincarnation des âmes.

Nous ne le suivrons pas dans le récit des aventures extraordinaires auxquelles il fait assister le lecteur, le transportant, au gré des esprits, de Paris en Espagne, de Beauvais sur la plateforme de la cathédrale de Strasbourg. Ce roman pourrait servir de thème à un prodigieux film scientifique. C'est dire à quel point le sujet traité par M. Lucien Graux intéressera tous les médecins. L. G.

(1) In-8. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, 1920, Edition française illustrée.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES & DIAGNOSTIC DU CANCER DU SEIN

Sous le nom de cancer du sein, on pourrait comprendre toutes les tumeurs malignes de la glande mammaire. Il est cependant classique d'en éliminer le sarcome qui présente des caractères différents, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

Le terme de cancer ne s'applique donc qu'aux *tumeurs malignes développées aux dépens de l'épithélium de la glande mammaire*. Ces néoplasmes épithéliaux constituent, par leur fréquence et leur gravité, le groupe de beaucoup le plus important des tumeurs du sein.

SYMPTOMATOLOGIE. — Cliniquement, le cancer du sein peut revêtir des formes diverses. Nous prendrons pour type de description, la forme la plus commune, celle qui survient habituellement chez la femme de 50 à 60 ans.

DÉBUT. — Le début est toujours *insidieux*. Le cancer reste, en effet, *indolent* pendant une assez longue période de son évolution. Aussi passe-t-il souvent inaperçu, et il n'est pas rare que la malade vienne consulter trop tard, à une période où le cancer est trop développé pour être opéré dans de bonnes conditions.

Habituellement, c'est *par hasard*, au cours de la toilette ou à la suite d'un léger traumatisme, que la malade constate dans son sein, la présence d'une tumeur.

A ce moment-là, il n'existe encore aucun signe fonctionnel, aucun trouble de l'état général. C'est dire l'importance de l'examen qui, seul, permettra un diagnostic précoce.

SIGNES PHYSIQUES. — L'inspection ne révèle encore aucune modification du sein.

La *palpation* doit être faite, non en prenant le sein à pleine main dans le sens transversal, mais la main à plat refoulant la glande sur le grand pectoral. On constate ainsi la présence d'une *tumeur* de volume variable.

Cette tumeur est *dure* et *indolente*.

Elle se continue avec la glande à laquelle elle est intimement adhérente, et cette *impossibilité de la délimiter* de la glande qui l'environne, constitue le caractère le plus important. La tumeur *n'est donc pas encapsulée;* elle s'infiltre tout autour et forme des prolongements dans la glande mammaire.

Quelquefois, dès cette période, il existe une légère *adhérence à la peau*. Cette adhérence doit être recherchée en pinçant légèrement la peau entre deux doigts. On voit alors que les téguments, au lieu de se laisser plisser, prennent un *aspect ridé*, comme s'ils étaient attirés vers les plans profonds par des tractus multiples.

Tumeur dure, indolente, adhérente à la glande et parfois déjà à la peau, tels sont les signes de cette période de début. A ce moment-là, il n'existe pas encore d'adénopathie axillaire.

Abandonné à lui-même, le cancer du sein évolue progressivement, envahissant toute la glande mammaire et les plans profonds.

PÉRIODE D'ENVAHISSEMENT. — SIGNES PHYSIQUES. — A l'*inspection*, on constate la *rétraction du mamelon*, signe très important : c'est une rétraction *fixe, irréductible* par la traction du mamelon ou la pression sur l'aréole. Pour que ce signe ait toute sa valeur, il faut comparer les deux mamelons et s'assurer que la rétraction n'est pas due à une lésion ancienne, telle qu'une suppuration.

La *palpation* révèle une tumeur souvent volumineuse se prolongeant en de véritables traînées dans toute la glande.

Le pincement de la peau donne l'aspect classique de la *peau d'orange* avec son piqueté et ses petites élevures rondes, prouvant une adhérence déjà étendue aux téguments.

La tumeur, assez mobile quand le grand pectoral est relâché, devient fixe quand on fait contracter ce muscle; pour constater *cette adhérence au grand pectoral*, on ordonne à la malade de rapprocher le bras du corps et on s'oppose à ce mouvement.

Dans certains cas, la tumeur est immobilisée d'une façon permanente : il existe alors un *envahissement du plan costal*.

Cet examen doit toujours être complété par l'*exploration des ganglions lymphatiques*. La palpation méthodique de la paroi interne de l'aisselle permet de constater la présence de ganglions *durs, indolores, mobiles*.

Il faut également rechercher, avec soin, les *ganglions sus-claviculaires* qui constituent la deuxième étape de l'infection ganglionnaire, cette adénopathie sus-claviculaire indiquant une évolution déjà avancée du néoplasme.

SIGNES FONCTIONNELS. — Sont encore à peu près nuls. Parfois cependant une douleur locale, irradiant vers l'épaule et le bras.

L'*état général* est peu atteint.

Le cancer continuant à évoluer finit par ulcérer la peau.

PÉRIODE D'ULCÉRATION CUTANÉE. — L'ulcération est caractéristique.

Elle est *irrégulière, déchiquetée, profonde*.

Elle est adhérente à la peau.

Ses bords sont surélevés, *éversés*, violacés et *indurés*.

Le fond est anfractueux, *sanieux*, recouvert de bourgeons jaunâtres, fétides, qui *saignent* au moindre contact.

Tout autour de l'ulcération la peau est livide et présente des bosselures.

Arrivé à cette phase, le cancer du sein s'accompagne toujours de signes fonctionnels et généraux.

Le cancer devient *douloureux*; la douleur irradie à l'épaule et au bras correspondants. Elle est souvent intense, intolérable, empêchant tout sommeil. Elle s'accompagne parfois d'œdème du membre supérieur par compression du paquet vasculaire de l'aisselle.

L'état général s'aggrave rapidement; la malade maigrit et arrive à une cachexie intense avec élévation de la température et anorexie complète.

C'est à cette période que surviennent des complications graves.

COMPLICATIONS. — I. INFECTIEUSES. — Abcès locaux ou à distance.

Phlegmatia alba dolens du membre supérieur.

II. COMPLICATIONS DE PROPAGATION ET DE GÉNÉRALISATION DU CANCER. — a. *Généralisation pleuro-pulmonaire* se caractérisant par de la dyspnée, de la toux, parfois des hémoptysies. Souvent surviennent des signes d'*épanchement pleural*, et à la ponction on retire un liquide *hémorragique*.

b. *Généralisation au fémur ou à l'humérus* se manifestant par une fracture spontanée.

c. *Généralisation à la colonne vertébrale* avec paraplégie douloureuse par compression médullaire.

d. Noyaux secondaires du foie.

EVOLUTION. — Tout cancer du sein non opéré évolue progressivement vers la mort qui survient plus ou moins rapidement.

DURÉE. — La durée de l'affection est d'environ 3 ans.

Elle peut être plus courte (18 mois, 1 an) ou exceptionnellement plus longue (4 à 5 ans).

FORMES CLINIQUES. — A côté de cette forme, la plus fréquente, il existe quelques variétés importantes de cancer du sein.

A. **Cancer aigu** (mastite carcinomateuse de Klotz et Volkmann). — S'observe surtout chez la *femme jeune* au moment de la lactation.

L'*évolution est rapide*.

Le sein se tuméfie rapidement avec les signes d'une *inflammation aiguë*. Toute la glande semble prise en bloc et on ne constate pas une tumeur distincte.

Le sein est *rouge vineux, chaud*, tendu, très douloureux.

L'*adénopathie est précoce*, et des traînées de lymphangite unissent la tumeur aux ganglions de l'aisselle.

Le cancer est assez souvent bilatéral.

La mort survient en quelques mois ou même en quelques semaines par généralisation viscérale.

B. **Cancers à forme squirrheuse.** — Se caractérisent surtout par la dureté de la tumeur. Ils peuvent revêtir plusieurs variétés :

I. SQUIRRHE PUSTULEUX DISSÉMINÉ. — Forme très grave.

Tout autour de la glande mammaire la peau et le tissu cellulaire sont infiltrés de noyaux secondaires, de nodules parfois très nombreux, comparés par Velpeau à une éruption de pustules. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Gaines synoviales des tendons fléchisseurs des doigts. — Fractures et luxation des os du carpe. »

Ordre de lecture des copies :

MM. Bergeret, Brocq, Mornard, Monod, Bloch, Charrier, Lorin, Girode,-Desplas, Houdard, Leveuf, Rouhier, Madier, Gatellier, Séjournet, Gouverneur, Maurer, Métivet.

— A propos de la répartition du personnel médical des hôpitaux. — Dans le n° 19 du 5 mars 1921, consacré à la répartition du personnel médical des hôpitaux, nous avons fait remarquer qu'un certain nombre de places d'internes titulaires étaient occupées par des internes provisoires.

Il conviendrait de faire également remarquer que plusieurs places d'internes provisoires sont occupées par des internes titulaires. C'est ainsi que MM. Blamoutier, Basch, Ferrier, Fatou, Girot, Lefèvre (Paul), Ollivier, Béthoux et quelques autres de leurs collègues, occupent accidentellement des places réservées aux provisoires bien qu'ils soient eux-mêmes internes titulaires.

— Signalons une omission, M. Gernez, chirurgien des hôpitaux, est toujours assistant de M. Arrou, à la Pitié.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est définitivement composé de MM. Régnier, Bach, Viron, Luce et Cordier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Un concours s'ouvrira le 24 octobre 1921, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Un concours s'ouvrira le 24 octobre 1921, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux de physique à ladite Ecole.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale du Syndicat médical de Paris aura lieu le dimanche 20 mars, à 2 h. 1/4 très précises de l'après-midi, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Dupas (de Nort) et Serinelli (de Septèmes).

CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE (M. le prof. Marfan). — Une série de leçons et d'exercices pratiques commencera le lundi 21 mars, à 9 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, sous la direction de MM. les Drs G. Blechmann et Hallez, chefs de clinique et Dorlencourt, chef de laboratoire.

Le cours comprendra 24 leçons (le programme est publié ci-après). Les exercices pratiques comprendront 16 leçons avec présentation de malades et 3 séances de laboratoire.

Les leçons et les exercices pratiques auront lieu le matin de 9 h. 30 à 11 h. 30 et l'après-midi, de 4 heures à 6 heures.

Prix du cours : 150 fr. Le nombre des élèves étant limité, prière de s'inscrire au laboratoire.

HOPITAL BEAUJON. — Consultation de gastro-entérologie. — Six conférences sur les ulcères digestifs seront faites pendant les vacances de Pâques, du lundi 21 mars au samedi 26 mars, par MM. P. Carnot, Harvier et P. Mathieu.

Lundi 21 mars, à 10 h. 30 : M. Harvier. Ulcus de l'œsophage, du cardia, de la petite courbure. Sténose mésogastrique ulcéreuse.

Mardi 22 mars, à 10 h. 30 : M. Harvier. Ulcus pylorique, juxta-pylorique. Sténose pylorique ulcéreuse.

Mercredi 23 mars, à 10 h. 30 : M. Harvier. Ulcus duodénal, jéjunal, colique.

Jeudi 24 mars, à 10 h. 30 : M. Carnot. Complications de l'ulcus : hémorragies, perforation, abcès sous-phréniques, périgastrites.

Vendredi 25 mars, à 10 h. 30 : M. Carnot. Thérapeutique médicale et diététique des ulcus.

Samedi 26 mars, à 10 h. 30 : M. Mathieu. Thérapeutique chirurgicale des ulcus.

Le cours est gratuit. S'inscrire à la consultation de gastro-entérologie du prof. Carnot, à l'hôpital Beaujon.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — OUVERTURE D'UNE AGENCE P.-L.-M. A GENÈVE. — La Compagnie des chemins de fer P.-L.-M ouvrira, dans le courant du mois de mars, au n°3 de la rue du Mont-Blanc, à Genève, une agence qui fournira tous renseignements touristiques (stations estivales, thermales, centres de séjour et de villégiature) sur les régions desservies par le réseau P.-L.-M., délivrera les billets de toutes catégories pour les chemins de fer français et effectuera la location des places de luxe et ordinaires dans les trains P.-L.-M.

La Compagnie P.-L.-M. maintiendra néanmoins son bureau de renseignements à la gare de Genève-Cornavin.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE PAR LES INJECTIONS FORTES D'HUILE IODÉE FRANÇAISE A 40 P. 100

M. Najib-Parah (prof. à l'Ecole de médecine de Beyrouth) a publié (1) une trentaine d'observations de malades atteints de spirochétose bronchique de Castellani et qui tous guérirent à la suite de deux séries d'injections intramusculaires d'huile iodée (2) à doses moyennes.

Dans les trois cas que vient de publier (3), en détail, le Dr Muller (de Liége), il s'agit de malades atteints d'encéphalite épidémique tout à fait caractérisée avec phénomènes myocloniques très nets, et qui tous ont guéri, à la suite d'injections massives d'huile iodée.

L'auteur ajoute, en terminant, que dans trois autres observations, après administration d'huile iodée *précocement* et à doses massives (15 cmc. répétés deux fois à 2 jours d'intervalle), il a vu disparaître des symptômes pour le moins, fort suspects, en période d'épidémie : myoclonie, troubles oculaires, etc.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de déontologie médicale (4), par H. VERGER.

La Déontologie médicale est une très vieille chose, et il peut paraître singulier qu'il ait fallu attendre le XXe siècle pour lui voir prendre place dans l'enseignement officiel par les cours et par les livres classiques. Ceci tient à ce que le milieu où s'exerce la profession médicale a subi une transformation profonde dans un temps tout récent et qui n'est point encore révolu. Jadis le simple contact des maîtres renseignait très suffisamment l'étudiant sur les conditions au demeurant assez simples de sa future vie professionnelle : il n'y avait qu'une variété de clients et une seule variété de médecins. Les choses ont bien changé : des deux côtés, les variétés se sont multipliées et des questions se sont posées auxquelles n'avaient point songé nos grands-pères. Ce *Précis* s'efforce donc de présenter comme un raccourci de la vie médicale. Dans ses grandes divisions, il reproduit l'ordre des facteurs individuels et sociaux avec lesquels le médecin entre tour à tour en rapport : les lois, les clients, les collectivités, les pouvoirs publics, ses confrères enfin.

Qui dit rapports, dit conflits; une peinture fidèle et réaliste de la vie professionnelle doit mettre justement ces conflits au premier plan. Mais le devoir de celui qui enseigne la déontologie est aussi d'indiquer les solutions. On voit que l'origine des conflits et des diverses crises, qui éprouvent à l'heure actuelle la profession, est plus sociale que morale, et qu'il y faut chercher des solutions sociales. Une les contient toutes en germe et c'est elle qui forme comme le *leit motiv* de la déontologie ; c'est l'union corporative des médecins. Ce *Précis* est avant tout de tendances corporatives et syndicales.

L. G.

(1) *Presse méd.*, 17 déc. 1919.
(2) Lipiodol.
(3) *Société de thérap.*, 21 fév. 1921. Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 16, p. 251.
(4) In-18 grand jésus de 280 pages. — Prix : broché, 9 fr.; cartonné toile, 12 fr. — Paris, Gaston Doin.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA TAXE DE L'AUTOMOBILE D'UN CHIRURGIEN-DENTISTE. — M. Masclanis, sénateur, demande à M. le ministre des Finances si la taxe entière doit être appliquée à l'automobile d'un chirurgien-dentiste, mutilé de guerre, installé dans un chef-lieu de canton et obligé de se rendre, pour exercer sa profession, dans deux succursales établies dans des cantons voisins. (*Question du 3 février 1921.*)

Réponse. — L'administration estime que, parmi les patentables des professions libérales, peuvent seuls bénéficier de la demi-taxe ceux qui en profitaient sous l'ancienne réglementation, laquelle excluait les chirurgiens-dentistes. Au surplus, il appartient aux tribunaux saisis sur plusieurs points de trancher le différend. (*J. O.*, 1er mars 1921.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 14 mars. — Jury : MM. Roger, président; Letulle, Bernard et Cunéo. — M. ROUX (Gustave). Un cas de tuberculose cranienne opéré et guéri. — M. ROSSIGNOL (Jean). Contribution à l'étude de l'endocardite infectieuse. — M. SABASSIER (Henri). L'or colloïdal intraveineux. — M. BAVACHI (Nicolas). Des ictères au cours de la syphilis.

Jeudi 17 mars. — MM. Lejars, président; Duval, Lecène et Roussy. — M. LIER (Paul). Etude sur les formes douloureuses de la tuberculose rénale. — M. LAZARIDÈS. De la valeur du rein après néphrostomie. — M. MALLEBAZ (Marcel). Les hypertrophies de prostate qui saignent. — M. TEISSIER (Ferdinand). Un nouveau procédé opératoire du ptosis. — M. REYT (Jean). Un cas d'ostéite à forme névralgique. — M. DUBOURG (Alexandre). Contribution à l'étude de la myosite rétractile.

Jury : MM. Achard, président; Teissier, Carnot et Rénon. — M. CHOUNA (H.). Rash scarlatiniforme au cours de varicelles. — M. HADDAD (Henry). Vaccinothérapie et lipo-vaccin. — M. ARCHAMBAULT (Camille). A propos d'un cas de purpura.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Brindeau, Gosset et Laignel-Lavastine. — M. LE MARCHAND (Emile). Faits cliniques pour servir à l'étude des érythèmes. — M. GENTY (G.). La méthode de Dakin-Carrel dans le traitement de l'infection utérine. — M. PLICQUE (Jean). La cataracte totale acquise des enfants. — M. ETIENNE (Robert). Symptômes oculaires dans la sinusite sphénoïdale. — M. GALLOIS (Jean). Comparaison de résultats éloignés dans l'extraction de la cataracte.

Jury : MM. Gilbert, président; Jeanselme, Nobécourt et Pouchet. — M. CHATT (Isaac). Sur les récidives et les rechutes dans la méningite. — M. HÉRISSON (Jean). L'émétique et les composés antimoniaux en pathogénie. — M. ADELMANN (Paul). Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses cutanées. — M. WEILL (René). Tuberculose pulmonaire du nourrisson. — M. GAUDOT (Georges). Les pleurésies parapneumoniques. — M. DJISMRDJIAN (Antoine). Le traitement des affections pulmonaires par l'éther sulfurique de la créosote.

REVUE GÉNÉRALE

LE CONTROLE SCIENTIFIQUE DE LA CROISSANCE DES NOURRISSONS

PAR L'EMPLOI DE LA BALANCE ET DE LA TOISE

NOTIONS PRATIQUES

Par M. J. PEIGNAUX,
Interne des hôpitaux de Paris.

C'est au prof. Natalis Guillot (1) que revient le mérite d'avoir montré la valeur des pesées régulières comme moyen de contrôler l'accroissement des nourrissons. Et c'est lui aussi qui répandit l'usage des pesées faites avant et après la tétée, sans lesquelles on ne peut rien savoir de précis sur la valeur quantitative de la sécrétion lactée.

Grâce à l'emploi de la balance, Bouchaud (2) en 1864 put établir les premières tables de croissance du nourrisson, en France. Il donna aussi la progression des accroissements de la taille de la naissance jusqu'à 1 an.

Chez le nourrisson, les deux modalités de cette grande force de la croissance doivent être contrôlées : croissance pondérale et croissance staturale.

Depuis le formidable développement en France et à l'étranger des diverses œuvres de protection de l'enfance : consultations de nourrissons, gouttes de lait, crèches, etc., aucun médecin ne manque par des pesées régulières et précises d'apprécier l'intensité de la croissance pondérale, sa régularité plus ou moins grande chez tous les nourrissons.

Par contre, le contrôle de la croissance staturale est négligé presque complètement et bien à tort, comme nous nous efforcerons de le montrer ici.

Rappelons d'abord quelle est la puissance de cette énergie mystérieuse qu'est la croissance d'un nourrisson. Dans le cours de la première année de sa vie, le nourrisson triple, en moyenne, son poids de naissance, et sa taille s'accroît de 20 cm., « soit 40 p. 100 de sa taille initiale, ce qui est énorme. » (G. Bonnier.)

Dans le cours de la deuxième année de sa vie le nourrisson prend seulement un peu plus de 2 kg. de poids et 10 à 12 cm. de taille.

Même chez l'enfant ayant eu poids et taille de naissance normaux, l'énergie de croissance ne se manifeste pas avec la même intensité dans le même temps sur les différents organes. C'est ainsi que l'autonomie réelle du développement du cerveau et sa rapidité mesurables par l'augmentation du périmètre crânien, est un fait bien connu.

Le squelette jouit lui aussi d'une activité spéciale et d'une indépendance relative dans sa croissance. Celle-ci procède d'ailleurs par poussées successives alternant avec des temps d'arrêt.

A notre maître, le Dr Variot, revient tout entier le mérite d'avoir montré l'importance du contrôle de la croissance staturale chez le nourrisson, et d'avoir établi des appareils de mesure vraiment pratiques, qui permettent de façon rapide et précise d'enregistrer la taille des bébés en même temps que leur poids. [Le pédiomètre (3), le pèse et toise-bébés (4)].

Des milliers de mensurations lui ont permis de dresser avec son élève Chaumet d'abord (5), puis en 1914 avec son élève Fliniaux (6) des tables de la croissance pondérale et staturale du nourrisson normal de 0 à 1 an. Ces tables en usage à l'hospice des Enfants-Assistés, ainsi que les graphiques de croissance dressés d'après elles, rendent les plus grands services au médecin d'enfants.

De l'examen attentif de ces tables et de ces graphiques se dégage de façon évidente une notion capitale en hygiène infantile : celle de l'harmonie étroite qui lie la croissance pondérale et la croissance staturale.

On sait qu'en pratique on exprime ce fait physiologique, en établissant le rapport numérique du poids à la taille ou rapport $\frac{P}{T}$. Ce rapport évolue sans cesse *dans un sens déterminé* au cours de la croissance *normale*. En effet, la *valeur en grammes du centimètre de taille augmente au fur et à mesure que les jours passent.*

On sait par contre, que, rapportée au kilogramme de poids, la valeur moyenne des accroissements de poids *diminue* à mesure que l'âge augmente.

Ces faits se lisent bien sur le tableau ci-joint, inspiré de ceux dressés par M. Maurel (de Toulouse.)

AGES	POIDS total	GAINS quotidiens totaux	GAIN quotidien par kilogr.	TAILLE	RAPPORT du poids à la taille	MOYENNES
Naissance	3.250	»	»	0,50	65	70
Fin du 1er mois	3.700	25 gr.	6,75	0,54	68	
— 2e —	4.500	23	5,11	0,57	79	
— 3e —	5.250	23	4,42	0,60	87	91
— 4e —	6.000	23	3,83	0,62	96	
— 5e —	6.500	20	3,07	0,63	103	106
— 6e —	7.000	20	2,86	0,64	109	
— 7e —	7.500	18	2,40	0,65	115	118
— 8e —	7.900	17	2,15	0,66	121	
— 9e —	8.300	13	1,56	0,67	124	125
— 10e —	8.660	12	1,25	0,68	127	
— 11e —	8.960	10	1,12	0,69	130	130
— 12e —	9.200	8	0,84	0,70	131	

Une fois bien précisée cette notion de l'harmonie des croissances pondérale et staturale, on reconnut — et les nombreux travaux de M. Variot occupent encore ici une place prépondérante — que, dans diverses circonstances, les unes normales, les autres beaucoup plus nombreuses, pathologiques, l'harmonie des deux croissances est rompue.

On dit alors, qu'il y a dissociation des croissances pondérale et staturale.

On peut, d'abord, dire que chez tout nouveau-né existe, pendant les 10 premiers jours de la vie, une dissociation des croissances. En effet, presque tous les nouveau-nés perdent du poids (environ 250 g. pendant les 2 ou 3 premiers jours de leur vie) et ne récupèrent leur poids de naissance que

vers le 10e jour. Or, pendant ce temps, la taille, loin de rester stationnaire, s'accroît de 2 cm. en moyenne.

Chez les prématurés, même débiles, nous nous sommes personnellement assurés que cette dissociation initiale de la croissance existe identique.

L'enfant amaigri (par hypoalimentation récente ou à la suite d'une infection aiguë) a perdu son pannicule adipeux. Mais son squelette a continué de croître. La taille de cet enfant est normale pour l'âge considéré, Il y a donc dissociation légère des deux croissances.

Dissociation aussi chez l'enfant obèse, aux tissus infiltrés de graisse, mais dissociation d'un type exactement inverse. Poids supérieur notablement à la moyenne pour l'âge considéré. Taille normale.

Beaucoup plus importantes sont les variétés de dissociation de croissance observées chez ces nourrissons à nutrition profondément troublée qu'on appelle des « atrophiques ». Chez eux, ni le poids ni la taille ne sont normaux pour l'âge considéré. En effet, l'atrophie infantile, écrit M. Variot, « est un syndrome qui se manifeste principalement par un retard plus ou moins prolongé ou même par un arrêt de l'accroissement *du poids et de la taille.*

Or, l'emploi systématique de la toise dans l'étude de ces atrophies du nourrisson a révélé que dans les cas les plus habituellement observés, la croissance staturale est d'environ 2 à 3 mois moins retardée que la croissance pondérale. Le fait est surtout net dans les atrophies d'origine gastro-intestinale. L'hypoalimentation (au sein ou au biberon), au point de vue de leur étiologie, joue à notre époque un rôle plus important que la suralimentation, surtout quand la toxialimentation ajoute ses effets (Variot).

Dans les atrophies par tares constitutionnelles (tuberculose et surtout syphilis), on observe plutôt un retard très marqué des croissances pondérales et staturales à la fois.

Il nous suffira de rappeler enfin que dans le myxœdème et l'achondroplasie, dystrophies d'origine congénitale, on note un retard très considérable de la croissance, mais portant bien plus sur la croissance *staturale* que sur la croissance pondérale.

On voit donc qu'il est capital d'enregistrer la taille de tout nourrisson, dont on surveille la croissance.

Au cours de l'élevage normal, au sein ou au biberon particulièrement, l'étude du rapport du poids à la taille, la confrontation de la courbe du poids avec celle de la taille sur les graphiques, seront une confirmation supplémentaire et des plus *précises* et *fidèles* de l'état de santé normale et de développement régulier.

Mais surtout, au médecin consulté pour un nourrisson dont la croissance est troublée pour une cause quelconque, la « pédiométrie » méthodique et systématique rendra de précieux services.

Avec un peu d'habitude, il n'est nullement malaisé de mesurer avec exactitude la taille d'un nourrisson. On peut fort bien y réussir avec une simple règle plate munie d'un curseur. La mensuration sera plus rapide et plus précise encore, cela va sans dire, avec un pédiomètre ou un pèse et toise bébés.

Informons-nous de l'âge du nourrisson, pesons-le, mesurons-le et demandons s'il est né à terme, et quel était son poids de naissance.

Par la confrontation de ces divers facteurs, le diagnostic et le pronostic seront singulièrement éclairés.

L'examen clinique sera bien entendu approfondi, l'étude et la critique des anamnestiques fouillée le plus possible, tous les moyens d'investigations biologiques (cutiréaction, Bordet-Wassermann) et physico-chimiques (radioscopie, étude de la secrétion biliaire) judicieusement mis en œuvre.

Mais déjà, comme nous le disions plus haut, la confrontation des éléments, âge, poids, taille, poids de naissance, nous aura permis de porter un jugement d'ensemble sur la nutrition du nourrisson qu'on nous présente, et de « jauger », si on nous permet cette expression; un retard de croissance, une atrophie.

Poids et taille peuvent être parallèles et harmoniques. Si les chiffres qui les expriment sont normaux pour l'âge considéré (d'après les moyennes établies sur les tables de croissance) la croissance est normale.

S'ils sont tous deux au-dessous des moyennes normales, il s'agit vraisemblablement d'un prématuré ou d'un débile qui n'a pas encore récupéré complètement le déficit initial.

Poids et taille peuvent être non parallèles ou « dissociés ».

Si taille normale et poids inférieur : enfant simplement amaigri.

Si taille normale et poids supérieur à la normale : enfant obèse. Excès de pannicule adipeux.

Poids et taille tous les deux au-dessous des chiffres normaux, le poids étant plus abaissé que la taille : nourrisson atrophique ou hypotrophique.

La taille beaucoup plus retardée que le poids : anomalies de croissance d'origine congénitale (myxœdème-achondroplasie).

Nous pouvons donc en quelques minutes, grâce à la pédiométrie méthodique, apprécier si la croissance du nourrisson examiné est normale, en avance, ou en retard sur les moyennes normales pour l'âge considéré et rapporter sans grandes chances d'erreur les anomalies de croissance à leurs causes générales.

Voilà des résultats qu'il est tout à fait impossible d'obtenir si nous ne manions que la balance, sans lui adjoindre la toise.

Bien plus, si nous voulons établir en quelque sorte le pronostic d'un retard de croissance, nous pouvons commettre une grosse erreur si nous ne prenons en considération que le retard de la croissance pondérale. En effet, chacun sait combien sont faciles, fréquentes et importantes les oscillations du poids chez les nourrissons. Le poids est donc un élément variable de la croissance.

Le squelette au contraire ne cesse de s'accroître que sous l'influence de processus pathologiques, graves par eux-mêmes ou du moins par la longue durée de leur influence.

De là, il résulte que dans toute croissance retardée, dans toute atrophie, c'est le chiffre de la taille qui nous donnera la valeur du développement corporel.

Ce n'est pas là simple vue de l'esprit. L'*étude radiologique* du squelette des enfants hypotrophiques comparé à celui des enfants normaux du même âge, montre à l'évidence que les points osseux complémentaires des os des phalanges par exemple, apparaissant chez l'enfant normal *à tel âge donné* et *avec telle taille*, n'apparaîtront chez l'hypotrophique que lorsqu'il aura atteint *cette taille elle-*

même. Il résulte bien de là que le développement du squelette est le fidèle témoin du développement général de l'organisme et que, selon l'expression heureuse de M. Variot « l'enfant a l'âge de sa taille. »

On trouvera dans le *Traité d'hygiène infantile* (Paris, O. Doin, éditeur), longuement exposées, avec clichés à l'appui, les recherches radiologiques de notre maître en collaboration avec M. Contremoulins sur les points d'ossification du squelette de la main chez les enfants normaux et les hypotrophiques (1906).

Nous ne pouvons dans cette Revue que les mentionner très rapidement, mais nous voulions du moins dire que sur ces recherches des plus intéressantes, repose tout entière la valeur du facteur taille en hygiène infantile.

C'est dès lors légitimement que le médecin peut demander à la croissance staturale du nourrisson de l'aider à fixer son diagnostic et son pronostic dans l'étude d'une croissance anormale.

Voici pour fixer les idées, un enfant âgé de 18 mois n'ayant que la taille d'un enfant de 11 mois et le poids d'un enfant de 8 mois. Il devra être assimilé pour le degré de développement à un enfant de 11 mois. L'étude radiologique de son squelette le prouve.

Si nous appréciions le degré de son retard de croissance, d'après le retard de sa croissance pondérale, nous pourrions commettre une importante erreur de pronostic.

Naturellement il reste certain qu'une atrophie pondérale de 50 p. 100 est plus grave et plus difficile à guérir qu'une atrophie de 30 p. 100 même si par ailleurs l'atrophie staturale est peu marquée.

Mais le fait clinique si souvent observé, à savoir qu'un atrophique n'ayant pas de tares constitutionnelles et soumis à un régime convenable, va s'accroître comme les nourrissons de *même taille* que lui, *et non* de *même âge*, est suffisamment démonstratif.

Se basant sur cette notion, désormais démontrée, que la taille représente le facteur fixe de la croissance, notre maître M. Variot a songé à l'utiliser dans l'établissement d'une formule mnémotechnique, commode pour la fixation des rations alimentaires du nourrisson.

Taille en centimètres $\times$ 14 = ration en grammes. Telle est cette formule simple, suffisamment exacte aussi. Le chiffre 14 est un coefficient moyen qui a été obtenu en divisant par le chiffre de leur taille, exprimée en centimètres, la quantité de lait absorbée quotidiennement au sein, par des nourrissons se développant normalement.

Alors inversement, en multipliant la taille d'un nourrisson quelconque par le coefficient 14, on trouve tout de suite la quantité de lait qui doit lui suffire, dans les 24 heures, exprimée en grammes (7).

On doit seulement retenir que les chiffres ainsi obtenus sont trop élevés pour les nourrissons de moins de 6 semaines.

Le nourrisson débile et l'atrophique, très sujets au refroidissement, exigent pour s'accroître de très fortes rations. Aussi est-il sage de calculer, chez eux, la ration d'après la taille, et non d'après le poids ou même d'après l'âge. A tous ces retardés dans la croissance, il faut, à défaut du sein de la mère ou d'une nourrice, qui est leur meilleure sauvegarde, donner du bon lait stérilisé, en quantités suffisantes. Calculons ces quantités d'après la taille. C'est elle qui représente le plus fidèlement le degré de développement, l'âge véritable de ces nourrissons retardataires. Voilà un procédé de base scientifique, le plus simple de tous ceux proposés dans le même but. Il mérite donc d'être connu du médecin.

Nous n'avons voulu faire ici qu'une revue rapide des procédés modernes pour le contrôle de la croissance des nourrissons.

Il est permis sans doute de déplorer l'accroissement incessant du nombre des élevages artificiels. Mais il est consolant, cependant, de voir le médecin de nos jours si bien outillé pour les conduire à bonne fin. La gamme des laits stériles qu'il peut manier est étendue et nuancée.

La balance garde, bien entendu, toute sa valeur d'instrument de contrôle très sensible de la croissance, trop sensible peut-être, même à certains points de vue. Mais la toise mérite maintenant de lui être intimement associée. La pédiométrie doit être méthodique. Le contrôle de la croissance staturale fait chaque semaine ou deux fois par mois au moins, fournit des renseignements précieux, si l'on veut bien les confronter à ceux que donne la balance sur la croissance pondérale. *Toute croissance normale est harmonique. Toute croissance anormale est dysharmonique.* Cherchons le *sens* de cette dysharmonie, nous en tirerons avec un peu d'habitude, des notions précieuses de pronostic et de diagnostic. La toise, enfin, nous tirera promptement d'embarras quand il s'agira de fixer une ration adéquate.

BIBLIOGRAPHIE

1. Natalis Guillot. Conférence à l'hôpital Necker, recueillie par Hervieux, *L'Union médicale*, 1852.
2. Bouchaud. De la mort par inanition et études expérimentales sur la nutrition des nouveau-nés, *Thèse de Paris*, 1864.
3. Variot. Présentation d'un pédiomètre, *Clinique infantile*, 1905.
4. Variot. Présentation d'un pèse et toise-bébé, *Clinique infantile*, 1909.
5. Variot et Chaumet. Table de croissance des enfants parisiens, *Clinique infantile*, 1906.
6. Fliniaux. Tables des croissances composées des nourrissons élevés suivant les différents modes d'allaitement durant la première année de la vie, *Thèse de Paris*, 1914.
7. Variot et Lassablière. Le calcul de la ration d'après la taille, *Clinique infantile*, 1909.

LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE
CHEZ L'ENFANT

Par le docteur A. LESAGE (1),
Médecin de l'hôpital Hérold.

SYMPTOMATOLOGIE (*suite*)

Urines. — La débilité arthritique étant une maladie de ville, je ne puis baser cette étude que sur des analyses d'urine qui, fatalement, sont souvent incomplètes.

L'urine doit être étudiée en dehors et au moment des crises dites arthritiques.

En temps ordinaire et pour le même âge, la quantité est inférieure à la normale, environ d'un tiers. Rien n'attire l'attention de la mère sur cette oligurie : il faut de parti pris la rechercher, car la coloration est normale.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 981 ; n° 68, p. 1077 ; n° 79, p. 1253 ; n° 101, p. 1613 ; 1921, n° 2, p. 21, et n° 9, p. 136. (Leçon recueillie par M. Noël Cojan, interne des hôpitaux.)

De temps en temps, une crise nerveuse apparaît, sous la forme de polyurie ou de pollakiurie. En ce dernier cas, l'enfant urine tout le temps quelques gouttes surtout la nuit (énurèse nocturne), mais la quantité journalière n'est pas augmentée.

Vu l'oligurie, qui est variable, la densité monte à 1.025, 1.030, 1.035, suivant naturellement les fluctuations de la concentration urinaire.

Du fait de l'augmentation des amino-acides, l'acidité est augmentée (sur le graphique, pointe de l'acidité parallèle à la pointe de l'acide urique). L'acide urique est élevé (0,81 au lieu de 0,56 par exemple). L'urée est au contraire, plus ou moins abaissée au-dessous de la normale, si bien que le rapport de l'urée à l'azote total tombe de 0,81 à 0,75, 0,70 et le rapport de l'acide urique à l'urée s'élève de 2,5 p. 100 à 3, 3,5. Alors que l'urée varie peu, l'acide urique présente, au contraire, de grandes variations caractéristiques de l'arthritisme.

L'élément phosphore est le plus souvent normal, avec de légères variations en plus ou en moins.

Les variations de l'élément chlore tiennent à plusieurs causes. D'abord, à la quantité de sel ingéré : certains débiles, en effet, aiment manger très salé, si bien que la quantité des chlorures dans l'urine dépasse la normale (pointe chlorurée alimentaire). Mais, à part ce fait personnel, la quantité est, en général, sous-normale, alors que l'on ne constate ni rétention chlorurée, ni augmentation de poids, ni œdème. En ce cas, la diminution chlorurée est due aux besoins intenses de sel retenu par la cellule infantile arthritique, en période de croissance, pour les nécessités des échanges.

En effet, cette baisse des chlorures est parallèle à l'augmentation de l'acide urique : en effet, si, par le traitement (Vichy), on diminue ce dernier, les chlorures augmentent, ce qui indique une amélioration dans la déviation de la nutrition arthritique.

Il faut noter que certains débiles ont des décharges anormales chlorurées sur les muqueuses (rhinorrée-bronchorrée), d'où baisse des chlorures dans les urines. Il faut encore se souvenir que le fait d'être arthritique ne met pas l'organisme à l'abri des rétentions chlorurées sanguines avec chlorurémie, œdème, etc.

On note dans l'urine, une notable quantité de carbonates, qui se décomposent par la chaleur, souvent de l'urobiline, quelquefois de l'indican et exceptionnellement du sucre.

La crise arthritique peut ne se manifester que sur les urines, en ce cas, la teinte devient foncée et un léger dépôt rosé s'incruste sur la paroi du vase.

Au moment des crises plus accentuées et visibles cliniquement, l'urine devient boueuse, rouge, chargée en sédiments uratiques, le taux de l'acide urique est très élevé. On y note une augmentation de l'élément soufre (aussi caractéristique de la crise arthritique), de l'urée, des chlorures, des phosphates, de l'acide lactique, de l'indican et du phénol (1). C'est une véritable débâcle. On peut, dans le cours de la débilité, observer de l'albuminurie dite arthritique, qui ne disparaît pas par le régime lacté, ni par l'ingestion de lactose, mais par les alcalins.

Après toute crise arthritique, l'acide urique dont le taux a été augmenté durant la crise, peut tomber pendant quelques jours à un taux bas, alors que l'urée ne change pas.

La débilité, à son degré intense et incurable, peut présenter une modification des urines qu'il faut connaître, toutes les valeurs tombent à la sous-normale, ce qui indique une chute des fonctions nutritives.

Cependant, on note que la chute de l'acide urique est légère, par rapport à la chute des autres éléments urinaires, si bien que le rapport de l'acide urique à l'urée reste élevé (caractéristique de l'arthritisme).

L'élément phosphore augmente, si bien que le rapport du phosphore à l'azote total devient également élevé.

III

LES CRISES DANS LE COURS DE LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE

Comme l'arthritique floride, le débile peut présenter toutes les variétés des crises arthritiques (d'intoxication, d'élimination, d'anaphylaxie). Cependant quelques crises lui semblent plus spéciales. Je vais les étudier en détail.

Crises nerveuses. — Elles sont plus évidentes chez le débile atone, du fait, que l'accès terminé, l'enfant retombe dans son calme habituel. L'agitation en est la caractéristique : il ne reste pas une minute en place, saute sur les chaises, a des mouvements brusques et des gestes maladroits. Il a des tics de la face, par exemple, celui de « l'avion » : brusquement, l'enfant regarde en l'air, comme pour chercher un avion dans le ciel, On note souvent un balancement de la tête ou du corps pour provoquer le sommeil long à venir.

La démarche devient incoordonnée et trébuchante; le langage est modifié : l'enfant est pris d'une loquacité inaccoutumée, parlant à tort et à travers pour ne rien dire. Les réflexes rotuliens participent à cette crise d'excitation passagère : ils réapparaissent, s'ils étaient abolis, redeviennent normaux, s'ils étaient affaiblis.

Crises de vertige pseudo-épileptiforme. — Tout à coup l'enfant est pris d'une sensation pénible et angoissante autour du nombril, devient pâle, se jette dans les bras de sa mère, perd connaissance une seconde, tout en restant debout et reprend sa vie, comme si rien d'anormal ne s'était passé.

Cela commence, dit l'enfant, par un « mouvement » dans le ventre : en effet, on peut constater quelques contractions péristaltiques avec brassage de gaz. Cette petite crise nerveuse intestinale est provoquée par un aliment mal digéré : la purée de pommes de terre, par exemple.

L'enfant conserve de la crise un souvenir pénible et angoissant, aussi, la redoute-t-il, au moindre mouvement intestinal. Ces craintes, chez certains, peuvent engendrer un psychisme de peur et d'obsession. Ce sont là, les seules manifestations de paresthésie et de cénespathie (Dupré et Camus) que j'ai observées dans le cours de la débilité.

Crises lymphatiques. — De temps en temps, accompagnant une crise digestive et cessant avec elle, apparaît un gonflement aigu, léger, apyrétique de tout le système lymphatique : les ganglions deviennent apparents, sont indolores et tous de même volume. On ne confondra pas cette adénopathie généralisée avec la fièvre dite ganglionnaire,

(1) De Saegher, *Soc. méd. chir. de Liége*, 1907. — Howland et Richard. *Arch. of pediatr.*, 1907.

dont l'origine et la localisation gutturale sont évidentes.

Crises fébriles. — D'une façon générale, l'arthritisme est apyrétique, quelles qu'en soient les manifestations. Cependant, il est bon de savoir que tout arthritique est sensible au moindre coup de fraîcheur, au moindre rayon de soleil, si bien que pour un rien, la peau devient chaude, mais le thermomètre reste à la normale.

La caractéristique de l'arthritique est de posséder un équilibre calorique, d'une très grande sensibilité, si bien qu'à la moindre des causes, la fièvre peut apparaître.

Fièvre de la diète. — La diète, la diète hydrique, certaines anorexies, comme je l'ai étudié (1) peuvent provoquer la fièvre qui cesse avec l'alimentation, Figueira a observé des faits de ce genre (2).

Fièvre d'intoxication. — Elle peut revêtir trois aspects différents :

Tantôt l'enfant fait une crise avec anorexie, langue blanche, vomissements, selles peu ou pas colorées, fièvre à 39° et odeur caractéristique alliacée très prononcée.

Tantôt un ou deux jours avant une débâcle (diarrhée ou boue urinaire), apparaît de la fièvre qui cesse avec elle.

Tantôt cet état fébrile d'intoxication persiste : la fièvre est irrégulière, augmentant avec le repos, baissant avec l'alimentation rationnelle, la marche et l'air confiné, accompagnée d'une baisse de la tonalité de la voix et cessant après une débâcle qu'il est souvent utile de provoquer.

Fièvre, suite de purgatif. — L'intestin du débile ne veut pas être « bousculé » par un purgatif et a besoin de ménagements. « Le purgatif, dit la mère, intoxique l'enfant ». Tout rentre dans l'ordre après un ou deux jours de fièvre.

Fièvre intermittente. — Certains débiles ont un accès de fièvre, à jour fixe, par exemple, tous les mercredis. On n'en trouve pas la cause. Elle cesse avec le traitement.

Fièvre d'intoxication alimentaire. — Le débile supporte certains aliments et n'en tolère pas d'autres, qui provoquent de la fièvre : ainsi la fièvre due à l'ingestion de lait, de veau, d'œufs etc.; ceci est bien connu. Chaque débile a ses intolérances.

Fièvre de l'après-diner. — Sous le nom de « fièvre de digestion (3) », on a décrit une fièvre qui apparaît dans la soirée, quand l'enfant a trop mangé ou ingéré un aliment qui ne lui convient pas (viande) (agitation, pommettes rouges, chaleur, sueurs, rêves, cauchemars, insomnie).

Elle est sujette à caution, car bien des débiles ont un accès, non pas parce qu'ils ont mangé de la viande, mais telle viande qu'ils ne tolèrent pas (bœuf, veau). Ils ne l'ont pas après ingestion, par exemple, de mouton ou de porc qu'ils tolèrent. Certains légumes, tels que les haricots verts, ne sont pas tolérés et provoquent l'accès.

A mon sens, cette fièvre de digestion est une fièvre d'intolérance.

Fièvre hépatique. — Glénard a montré qu'un accès vers 2 heures du matin est un signe d'hépatisme. Ceci peut-être observé chez le débile où la fièvre est peut-être plus fréquente, après le repas de midi, apparaissant vers 2 heures et cessant vers 6 heures. Elle ne dépend pas de l'alimentation, s'observe même avec la diète, est en relation avec l'état du foie et cesse avec la médication dite hépatique.

Fièvre thyroidienne. — D'après L. Lévi (1), on peut observer une fièvre de nature thyroïdienne, qui est justiciable de la médication correspondante.

Crises algides. — Le débile dont la température centrale est normale est constamment refroidi aux extrémités qui sont pâles ou cyanosées.

Sans que la cause en soit appréciable — probablement une intoxication dans le genre de celle qui produit les « vomissements périodiques » — le refroidissement périphérique augmente et la tempérapérature centrale peut tomber à 36° [fait signalé par Mantoux (2)]. Le pouls est faible, ralenti, même à 50 pulsations comme de Grandmaison l'a signalé chez l'adulte. La crise algide dure quelques heures, puis tout rentre dans l'ordre.

Crises de salivation. — On peut observer des crises de salivation intense qui fatiguent le débile et relèvent de l'insuffisance hépatico-pancréatique : elles cessent rapidement par le traitement et durent un temps variable.

Crises hépatiques. — J'ai déjà signalé que la petitesse permanente du foie est caractéristique de la débilité et que, de temps à autre, l'organe augmente de volume au point de redevenir normal.

Or, parfois, la crise peut être plus forte, comme ceci a été souvent observé chez l'adulte arthritique, où la congestion est intense et porte surtout sur le lobe gauche (lobe d'alarme de Pascault). [Glénard, Pascault, Grandmaison, Carton (3)].

J'ai observé des faits de ce genre chez le nourrisson (4), de même Raimondi (5).

En quelques heures, le foie grossit, déborde le rebord costal, surtout pour le lobe gauche : la pression y réveille de la sensibilité et parfois aussi sur la vésicule.

Ces douleurs siégeant également au creux épigastrique peuvent être spontanées, et assez vives, accompagnées de quelques vomissements et d'une débâcle biliaire. La congestion aiguë est accompagnée parfois d'un léger mouvement fébrile à 38°-38°5. Après deux à trois jours, tout rentre dans l'état antérieur.

Dans certains cas, la congestion n'est douloureuse qu'à la pression et caractérisée par une poussée d'acholie : elle est silencieuse et doit être recherchée.

La cause des crises bruyantes est souvent, pendant les grands hivers, un coup de froid, dû à ce que l'enfant a les jambes nues et n'est pas assez couvert.

L'ingestion d'aliments de seconde qualité ou de fraîcheur douteuse ou « peu tolérés » en général peut en être également l'origine.

Les crises silencieuses peuvent survenir sans cause appréciable, parfois même avec une certaine périodicité et relèvent évidemment d'une cause ar-

(1) Lesage. *Traité des maladies du nourrisson*. Traduction allemande, 1912.
(2) Figueira. *O. Polyclinico*, 1913.
(3) Food fever in Children. *Arch. méd. enfants*, 1906, Revue générale de Comby.

(1) L. Lévi. *Arch. méd. enfants*, 1919.
(2) Mantoux. *Semaine méd.*, 1906.
(3) *La tuberculose par arthritisme*, 1911.
(4) Loc. cit.
(5) Raimondi. *Presse méd.*, 1917.

thritique, à la manière des vomissements cycliques, qui d'ailleurs peuvent alterner avec les crises hépatiques.

Crises de tympanisme. — J'ai montré dans les pages précédentes que le tympanisme à prédominance cæcale, qui aboutit à la longue à la dilatation du cæcum (Lucas-Championnière, Pascault, Carton) est un signe excellent de la débilité. Parfois par crise, le ballonnement acquiert un grand développement portant surtout sur le cæcum, qui devient endolori et spontanément et à la pression. Outre les points iliaques et pubiens si fréquents dans la débilité, on peut noter la présence de la zone d'hypéresthésie cutanée anté-appendiculaire (zone localisée à la peau et dont on décèle la présence en soulevant le tégument). Il ne faut pas confondre cette zone avec le point de Max Burney, qui manque dans ces cas.

Le tympanisme peut se généraliser à tout l'abdomen. La crise a une durée variable et cesse avec l'expulsion de l'agent de distension.

A quoi est due cette crise intense de production de gaz? S'agit-il d'une sécrétion nerveuse, comme dans le tympanisme hystérique? S'agit-il au contraire d'une production de nature microbienne? Ce point n'est pas élucidé. En tout cas, l'examen permet d'éliminer l'aérophagie.

Crises coliques. — On peut les identifier avec les crises de spasme périodique du côlon descendant que Hutinel (1) a rapprochées des crises de vomissements cycliques. « Le côlon descendant et l's iliaque roulent sous le doigt comme une corde ou comme un tube de caoutchouc ». La douleur à la pression est assez vive. La durée est courte. La crise cesse avec l'expulsion de matières dures, entourées de mucus.

Hutinel avec juste raison, en fait une manifestation de l'arthritisme (2).

Crises de vomissements périodiques avec acétonémie. — Depuis la description de Gruère (3) les opinions émises sur la pathogénie de ces crises peuvent être ainsi classées :

1° Elles sont dues à une intoxication par l'acétone et les divers cétones. A certains moments, il y aurait une mise en liberté brusque d'une grande quantité d'acides gras, qui ne pouvant subir la transformation complète, s'arrêtent au stade « cétone ». (Baginsky, Vergely, Marfan (4), Dante Pacchioni (5), Luis Mackenna (6). Cette opinion a été très critiquée et complètement rejetée, les auteurs n'attribuant aucune importance toxique à l'acétone (Mauban) (7).

2° Elles font partie du groupe des crises du neuro-arthritisme avec lesquelles elles peuvent alterner (asthme, migraine, toux, etc.). Telle est l'opinion des auteurs américains (Holt, Rachford, Rotch, Snow, Peter Misch) de Comby (8) et Hutinel (9).

3° Elles sont le résultat d'une intoxication intestinale (spasme colique, rétention de matières) [Méry, Ausset]. Or, ces spasmes coliques ne sont également que crise arthritique (Hutinel), qui peut coïncider ou non avec la crise de vomissement.

4° Elles relèvent d'un trouble hépatique (modifications de volume de l'organe, douleur, acholie fréquente, signes de cholémie familiale). Lamacq-Dormoy (1), Gilbert et Lereboullet, Richardière (2), Mauban (3), Triboulet (4). Je renvoie le lecteur au *Traité* d'Hutinel pour l'étude complète du sujet.

A mon sens, la crise de vomissements périodiques avec acétonémie, est *surtout* observée chez les enfants atteints de débilité arthritique, telle que je viens de la décrire, Aussi la définition suivante me paraît préférable : « Crise d'intoxication froide avec acétonémie dans le cours de la débilité arthritique ». Celle-ci est une intoxication chronique : de temps en temps, une crise plus forte se déclanche, à la manière d'une crise dans le cours de l'épilepsie.

Dans ces dernières années, on a un peu trop confondu « les vomissements faciles et habituels de l'enfance » avec les vomissements dits « périodiques ». Ceci tient à la faveur très grande que présentent l'appendicite et la syphilis nerveuse, affections dont un signe important est justement le vomissement « facile et habituel ».

De là des confusions. On a même nié l'existence des vomissements cycliques; tout étant appendicite ou syphilis nerveuse. Ceci est une erreur. Les vomissements cycliques existent : ils peuvent, comme le fait remarquer avec juste raison Marfan, revenir ou apparaître chez des enfants à qui on a enlevé l'appendice. Il est nécessaire de bien connaître ces faits, car il est désagréable pour le médecin, de voir les crises revenir, alors que l'on avait pensé être à l'abri de leur retour en enlevant l'appendice. Un peu de précision est donc nécessaire.

Il faut d'abord prendre comme base, que l'enfant est déjà malade et qu'il présente tous les symptômes de la débilité que j'ai étudiés plus haut, (anorexie, tympanisme, troubles hépatiques, points iliaques et pubiens, zone hypéresthésique antecæcale, etc.).

C'est sur ce fond qu'apparaît la crise de vomissements, qui semble être brusque pour un esprit non averti. La mère qui connaît son enfant a cependant remarqué que depuis deux à trois jours, il présente quelque chose d'anormal qui ne la trompe pas. Tantôt une crise de boulimie, jamais l'enfant « ne s'est si bien porté », jamais il « n'a aussi bien mangé » : la crise éclate. Tantôt, au contraire, l'appétit qui était minime, disparaît complètement. Tantôt, il a l'haleine acétonémique. Tantôt enfin, il a une véritable agitation insolite. Tantôt enfin, il présente un léger mal de tête et un peu de constipation. Tantôt les selles sont peu colorées. En un mot, la mère note un changement. Cependant, parfois, il est impossible de prévoir la crise qui éclate brusquement.

Les symptômes capitaux sont, avec les antécédents de débilité arthritique, les vomissements et les modifications brutales de l'état général.

1. Le vomissement est le signe capital : les vomissements sont incessants jour et nuit, incoercibles, provoqués par la moindre ingestion d'eau, pénibles, angoissants, accompagnés d'un état nau-

(1 et 2) Hutinel. *Presse méd.*, 7 févr. 1914.
(3) Gruère. *Précis des travaux de la Société médicale de Dijon* (1838-1841).
(4) *Arch. méd. enfants*, nov. 1901; *Soc. péd.* 1905; *Bull. méd.*, déc. 1916 et janv. 1917.
(5) Dante Pacchioni. *Rivista di Clinica pediatria*, 1914.
(6) Mackenna. *Segundo Congreso americano del nino. Montévideo*, 1919.
(7) Mauban. *Thèse Paris* 1905. L'acétonurie (Actualités méd., 1912).
(8) Comby. *Arch. méd. enfants*, 1899.
(9) Hutinel. *Les maladies de l'enfance*, t. III, p. 288.

(1) Lamacq-Dormoy. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1903.
(2) *Soc. péd.*, 1905.
(3) Mauban. *Soc. méd. du XIIIe arrond.*
(4) Triboulet. *La Clinique*, 1910.

séeux constant. Ils sont aqueux, acides, résultat d'une hypersécrétion gastrique, et souvent bilieux. Il est exceptionnel qu'ils contiennent du sang.

L'haleine et les vomissements exhalent l'odeur caractéristique d'acétone.

Les vomissements, très intenses le premier jour, tendent à se calmer le second jour pour disparaître rapidement.

2. Les modifications brutales de l'état général sont d'une très grande importance : en quelques heures, l'organisme s'effondre et maigrit d'une façon intense et rapide qui frappe et effraye les personnes n'ayant jamais vu des faits de ce genre.

L'enfant éprouve une fatigue insolite, est déprimé, inerte, prostré, immobile, mais conserve sa conscience parfaite. Les pupilles sont égales et normales. L'abdomen s'affaisse, s'excave « en bateau »; les traits se tirent; le visage pâlit; les yeux s'excavent entourés d'un cercle bistré; les joues se plaquent; le nez s'effile; la voix devient faible et cassée. La peau est froide et sèche, surtout aux extrémités; la température périphérique peut être normale ou abaissée à 36°, 36°5. La température centrale est normale. Le pouls est faible, déprimé, accéléré à 100, 120 et parfois irrégulier. On a signalé cependant quelques cas avec 38°, 39° [Dante Pacchioni (1)].

A mon sens, il faut se défier des cas où il y a de la fièvre, car on constate souvent l'existence d'une appendicite. Il est nécessaire que, avec l'élévation de la température, il y ait tous les autres symptômes.

Il n'est pas rare de noter des accès de dyspnée sine materia, à type bulbaire.

L'examen des viscères est négatif (cœur, poumon, estomac, etc.). La langue n'est pas chargée, et se dessèche rapidement. Le foie, en général petit chez les débiles, peut être hypertrophié, surtout pour le lobe gauche qui devient sensible à la pression. On peut constater un point douloureux sur la vésicule biliaire. Le ventre est souple et ne présente aucune contracture de défense; le réflexe cutané abdominal est conservé et même exagéré. L'enfant ne se plaint pas de coliques, mais seulement de courbature des muscles. On note la présence de tous les points hyperesthésiques observés dans le cours de la débilité (points iliaques, pubiens, etc.). Absence complète du point de Max Burney; la zone hyperesthésique cutanée antéappendicitaire est fréquente. Très souvent les côlons descendant et transverse sont le siège d'un spasme douloureux qui cesse avec la crise, et qui explique la constipation brutale et intense; les selles sont souvent pâles (indice hépatique) et peuvent contenir des traces de sang seulement visibles à la recherche chimique (1).

Les urines tendent à diminuer, très acides, extrêmement acides, à tel point que l'ingestion de 2 g. de bicarbonate de soude ne les alcalinisent pas. Elles renferment de l'acétone, de l'acide diacétique et parfois de l'acide β-oxybutyrique, une augmentation de l'azote total, de l'azote ammoniacal et de l'azote des amino-acides. Elles contiennent moins d'acide urique au début, mais à la fin on note une décharge uratique (boue). Il n'existe pas de sucre, rarement de l'albumine; on note fréquemment de l'urobiline et de l'indican. La crise terminée, l'urine reprend ses caractères normaux.

La ponction lombaire est négative, ce qui élimine toute idée de syphilis méningée. On y trouve de l'acétone (1).

D'après la résistance de l'organisme aux alcalins et l'impossibilité d'alcaliniser l'urine, on peut conclure que l'alcalinité du sang est diminuée. Howland et Marriotti (2), dans un cas, ont trouvé dans le sang 0g170 p. 100 de corps acétoniques (dose élevée). Il y aurait leucopénie avec prédominance de lymphocytes, contrairement à ce qui est observé dans l'appendicite où il y a leucocytose.

Signalons comme rareté (3) l'apparition de signes de méningisme (somnolence progressive avec céphalalgie vive), de convulsions, de syncopes, de paralysies.

Les vomissements et les modifications de l'état général durent quelques heures, quelques jours, et dès que la crise est terminée le tableau change avec une très grande rapidité : l'enfant en quelques heures reprend sa santé antérieure et son appétit. Ce contraste brusque est tout à fait typique.

Les crises sont périodiques, revenant avec une certaine fixité, par exemple tous les mois. Chez certains, elles se succèdent deux, trois fois de suite, puis l'enfant est tranquille six mois, un an. Pour le même enfant la durée et l'intensité de la crise sont variables. Il est bon de noter que les crises sont à leur maximum entre deux et six ans. En général, la crise donne du bien-être pendant quelques jours, mais plus ou moins vite les signes de la débilité reviennent. Le pronostic est d'autant plus bénin que le tableau clinique est d'une certaine gravité. Cependant, dans les cas *exceptionnels* de mort, on a noté une dégénérescence graisseuse du foie et du rein. Il semble que ces lésions relèvent d'un état antérieur et n'ont que peu de relation avec la crise de vomissements, car la fréquence de ces derniers est tellement élevée et la mort tellement exceptionnelle.

IV

ÉVOLUTION DE LA DÉBILITÉ

Abandonnée à elle-même, la débilité peut s'amender à la longue et même se transformer en arthritisme floride. Le pronostic n'est donc pas grave; tout est simplement en retard de dix ans. L'arthritique fait à 30 ans ce qu'il aurait fait à 20 ans. Souffrant toujours du côté droit, l'enfant aura peu à peu de la tendance à localiser son arthritisme sur tout le côté droit (douleurs à la jambe droite, au genou droit, à la hanche droite — point sur la crête iliaque droite — tympanisme cæcal avec ses variantes et ses douleurs (l'appendice sera enlevé par erreur sans produire d'amélioration) — crises hépatiques, crises de rein flottant droit — congestions pleuro-pulmonaires de la base droite — douleur à l'épaule droite — épistaxis de la narine droite — migraine ophtalmique droite — immobilisation, vu la douleur, de tout le côté droit du tronc, d'où respiration faible à droite et déviation secondaire de la colonne vertébrale).

En un mot, c'est une véritable *maladie du côté droit* qui apparaîtra peu à peu chez le débile. On voit se dessiner progressivement à la base du thorax, au niveau des insertions du diaphragme, une

(1) Pacchioni. Loc. cit.
(1) Triboulet. *Soc. de biol.*, 1910.

(1) Souques et Aynaud. *Soc. méd. des hôpit.*, 1907. — Bousquet et Derrien. *Soc. de biol.*, 1910.
(2) Howland et Marriotti. *Pensylvania med. Journ.*, 1918.
(3) Dante Pacchioni, Loc. cit. — Baronneix et Blechmann. *Soc. méd. des hôpit.*, 1913.

couronne veineuse cutanée qui est, à mon avis, un des meilleurs signes de l'hépatisme, tout aussi bon que la sensibilité sur le lobe gauche du foie.

Dans certains cas où la débilité est intense, l'organisme fléchit (toutes les valeurs urinaires baissent) et devient une proie facile à la tuberculose. On a montré depuis longtemps que rien ne mène plus à la tuberculose que l'arthritisme invétéré et héréditaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1921)

Les phénomènes d'anaphylaxie chez les microbes. — M. Ch. RICHET, Mˡˡᵉ Eudoxie BACHRACH et M. Henry CARDOT. Il semble que l'anaphylaxie, c'est-à-dire la sensibilisation à un poison par une dose très faible de ce poison, soit un phénomène général, puisqu'il apparaît en toute netteté, sur des êtres unicellulaires, comme les bactéries.

Jusqu'à présent, on ne définissait guère l'anaphylaxie que d'après les symptômes toxiques par lesquels est affecté le système nerveux; mais dorénavant, il faudra l'envisager comme un phénomène beaucoup plus général, commun à toutes les cellules vivantes; *sensibilité accrue pour un poison, grâce à une petite dose antérieure de ce même poison.*

Il est permis de supposer que cette anaphylaxie des microbes donnera quelque jour un éclaircissement sur le processus, si inconnu encore, de l'atténuation des microbes.

Tension superficielle et choc anaphylactique. — M. Auguste LUMIÈRE.

Etude de quelques réactions leucocytaires consécutives aux injections intraveineuses. — MM. H. GRENET, H. DROUIN et M. CAILLARD. Les recherches de ces auteurs montrent que les solutions injectées dans les veines déterminent d'emblée une leucocytose dont la forme varie selon la nature du produit employé.

Et que, d'autre part, les colloïdes agissent d'abord en fonction de leur état physique (leucopénie constante avec polynucléose relative), et ensuite, au bout d'un temps assez court, en fonction de leur nature chimique, la leucocytose affectant dès qu'elle apparaît, un type variable (mononucléose ou polynucléose) selon le colloïde utilisé. On peut supposer que c'est au moment où celui-ci se dissout que survient cette deuxième phase, qui est la plus longue. Ainsi se précise ce qui revient, dans les réactions sanguines, d'une part à l'état physique (solution vraie ou pseudo-solution colloïdale) du produit injecté et, d'autre part, à sa nature chimique, qui règle seule les modifications les plus durables.

Sur la recherche des vibrations thoraciques chez la femme et chez l'enfant dans les pleurésies. — M. Henri FROSSARD recommande de faire compter les malades non seulement à voix forte, mais surtout à *voix très grave*. En effet, le thorax de la femme a une capacité très voisine de celle de l'homme, mais elle parle un octave plus haut que l'homme, aussi ses vibrations thoraciques sont-elles normalement difficilement perçues.

Il en est de même pour l'enfant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 MARS 1921)

Etude sur la réaction de précipitation du benjoin colloïdal dans les liquides céphalo-rachidiens. — MM. E. DUBOT et P. CRAMPON. Les auteurs ont examiné 100 sujets (dont 13 à 2 reprises) avec toutes les recherches cliniques et humorales comparatives. La réaction au benjoin colloïdal a été toujours négative dans les affections non syphilitiques (et notamment dans 13 cas d'encéphalite épidémique). Elle a donné dans la paralysie générale un résultat positif pratiquement constant; dans la syphilis nerveuse en général 84 p. 100 de résultats positifs. Moins sensible que la réaction de Bordet-Wassermann en dehors de la paralysie générale, la réaction du type teinture de benjoin (que les auteurs ont obtenue également avec la teinture de tolu) est simple, rapide, pratique et mérite l'attention des neuro-psychiâtres.

Lymphosarcome du thymus. — M. P. HARVIER présente les pièces anatomiques d'une femme de 25 ans, atteinte d'un syndrome de compression de la veine cave supérieure, de toux avec cornage et de pleurésie gauche. L'examen radioscopique permet de porter le diagnostic de tumeur du médiastin antérieur développée aux dépens du thymus. Traitée par la radiothérapie, la malade présenta tout d'abord une amélioration passagère, puis succomba 9 mois après l'apparition des premiers symptômes. A l'autopsie, il existait une volumineuse tumeur de nature sarcomateuse occupant l'emplacement du thymus, étendue sur toute la hauteur du médiastin antérieur du lobe thyroïdien gauche au diaphragme, refoulant les poumons latéralement et le cœur dans la profondeur. On notait en outre une thrombose néoplasique de la veine cave supérieure et des noyaux sarcomateux secondaires du cœur, des poumons, du diaphragme, du foie et des reins.

A propos de quelques cas d'ictère contagieux observés dans la région parisienne. — M. ARMAND-DELILLE a eu l'occasion d'observer 2 petites épidémies d'ictère infectieux, benins, s'étant manifestés dans des groupements scolaires ou familiaux. L'examen du sang n'a pas permis de déceler ni le spirochète ictéroïdes ni bacilles paratyphiques. Il s'est agi d'ailleurs de cas benins qui ont guéri sans incident et ne se sont accompagnés d'aucune complication.

Urticaire par fatigue et colloïdoclasie. — M. E. JOLTRAIN rapporte un cas d'urticaire récidivante provoquée par la fatigue. Chaque poussée urticarienne est précédée d'une crise hémoclasique caractéristique. Il s'agit d'une malade qui depuis 20 ans est atteinte de placards érythémateux et d'urticaire avec prurit intense survenant à tous moments, lui rendant la vie impossible et s'accompagnant de fièvre, d'albuminurie et de troubles généraux de durée variable. On avait tout d'abord attribué ces crises urticariennes à l'alimentation sans jamais parvenir à les faire cesser par n'importe quel régime et même par la suppression complète des albumines animales et du chocolat d'abord incriminés. On a pu constater une poussée d'urticaire typique chez cette malade après une marche rapide, alors qu'elle était à jeun. Les phénomènes cutanés ont été précédés par une crise hémoclasique initiale caractéristique avec leucopénie, abaissement de la pression, hypercoagulabilité, diminution de l'indice réfractométrique, albuminurie et fièvre. Le sérum de la malade présente en outre une auto-précipitation très nette au moment du choc. Chaque fois que la malade fait un effort comme le soulèvement de poids lourds, l'ascension d'une côte, une partie de tennis ou de golf, elle est reprise des mêmes accidents que ne causent ni le froid, ni les sueurs, ni la chaleur. C'est là un nouvel exemple de ces colloïdoclasies produites indépendamment de toute introduction de substances étrangères dans l'organisme dont MM. Widal, Abrami et Brissaud ont donné la démonstration à propos de l'hémoglobinurie paroxystique et auxquelles ils ont donné le nom d'autocolloïdoclasies.

Un cas d'hirsutisme avec diabète sucré. — MM. P. E. WEILL et PLICHET rapportent un cas d'hirsutisme viril qui se produisit chez une femme de 26 ans normale jusque-là, cinq ans après une grossesse. A 28 ans obésité rapide, à 31 ans diabète sucré caractérisé (50 à 100 gr. de sucre par jour) avec polyurie, polydepsie et autophagie qui amena la mort par phtisie galopante à 38 ans. L'autopsie permet l'étude des glandes endocrines. Rien à noter d'important macroscopiquement sauf la sclérose des ovaires. L'étude microscopique faite par Mulon montra une atrophie ovarienne totale, tant des ovisacs que de la glande interstitielle. Pas d'hypertrophie des surrénales; ces glandes étaient très pauvres en cholestérine, très riches en pigment. Le diabète dont les auteurs ont pu retrouver d'autres cas chez les hirsutiques (cas de Tuffier, de Guémis) peut être intense et durable ou léger et passager. Il peut aussi être latent, car Laignel-Lavastine a pu mettre en évidence chez des hirsutiques ordinaires des troubles occultes du métabolisme amylacé par des injections d'extraits glandulaires qui ne déterminaient rien

chez des témoins et provoquaient chez ces malades une forte glycosurie. Il y a donc dans l'hirsutisme avec les troubles endocriniens qui nécessitent l'aspect viril et la prolifération pilaire, d'autres troubles endocriniens portant sur le métabolisme des graisses (obésité) sur le cholestérinéogenèse (hypercholestérinémie) et enfin sur le métabolisme des féculents.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1921)

Sur l'opération du ptérygion. — M. Terson rappelle que son procédé consiste essentiellement, après résection du ptérygion, en une autoplastie conjonctivale rectangulaire avec fixation de la ligne de suture à la sclérotique aussi haut que possible et éventuellement autokératoplastie.

Fibrome de la paupière. — M. J. Chaillous présente un malade atteint d'une tumeur dure, limitée et mobile au-dessous de la peau de la paupière inférieure. Il s'agit probablement d'un fibrome ou d'un kyste séreux. La tumeur est transparente à l'éclairage de contact.

Rétinite familiale atypique. — MM. Polack et Frogé montrent trois malades (la mère et les deux filles) présentant des lésions rétiniennes semblables : tractus hyperplasiques grisâtres vascularisés, assez semblables à ceux de la rétinite proliférante, avec nodules arrondis rouges ou orangés, très vascularisés et pâlissant à la pression. Wassermann négatif.

Rétinite gravidique. — MM. Valude et Lavat présentent une femme qui fut atteinte au cours d'une grossesse de phénomènes généraux graves avec rétinite. Après avortement thérapeutique, amélioration rapide. Il ne persiste qu'une légère hypotension artérielle avec quelques lésions ophtalmoscopiques résiduelles et faible diminution de la vision.

Un cas d'exophtalmie traumatique traité par la ligature des deux carotides primitives. — MM. Poulard et Bailliart.

Un cas de stase papillaire traumatique. — MM. Bollack et P. Merigot de Treigny.

Particularités du réflexe pupillaire chez la chouette chevêche. — M. Rochon-Duvigneaud.

Atrophie essentielle et progressive des nerfs optiques guérie par la trépanation rachidienne cervico-dorsale, suivie d'évacuation du liquide céphalo-rachidien. — M. Ch. Abadie, pensant que la cause de cette atrophie optique est la contracture des artères rétiniennes, a eu l'idée de faire cesser cette contraction en agissant sur l'origine médullaire des vaso-moteurs par évacuation du liquide céphalo-rachidien anormal, pratiquée au moyen d'une trépanation au niveau du centre cilio-spinal. Cette opération a produit en quelques jours, chez un malade, une amélioration visuelle considérable de l'un des yeux qui avait conservé encore la perception lumineuse; la vision de l'autre œil, complètement perdue, n'a pas été modifiée.

M. Polack pense que pour juger de la valeur d'une thérapeutique à base aussi hypothétique et qui n'est pas sans danger, il faudrait examiner le malade avant l'intervention et ne pas s'en tenir à des résultats aussi hâtifs.

Rupture spontanée du globe oculaire. — MM. Terrien et Goulfier. Homme de 70 ans chez lequel l'accident débuta par une douleur brusque, terrible, qui fut suivie d'une hémorragie profuse à travers une large rupture de la cornée. L'examen anatomique montra qu'il s'agissait d'une hémorragie rétro-choroïdienne ayant chassé tout le contenu du globe.

M. A. Terson en a observé plusieurs cas dans le glaucome; il existe toujours un point cornéen aminci qui est l'origine de la vaste déchirure. La cause de l'hémorragie sous-choroïdienne peut être la décompression ou une congestion active. Après résection des membranes pendantes, on peut parfois s'abstenir d'énucléer.

A propos du diagnostic de la dyschromatopsie. — MM. Polack et Longuet. L'un des auteurs diagnostiqué daltonien après examen aux tableaux pseudo-isochromatiques de Stilling est en réalité trichromate anormal avec diminution de la sensibilité pour le vert. Cette trichromasie anormale semble fréquente. Elle mérite d'être recherchée systématiquement. Les laines de Holmgren n'en permettent pas le diagnostic. Le seul moyen d'y arriver est l'examen au colorbox de Maxwell.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1921)

Hémorragie de la région clitoridienne consécutive à une application de forceps. — M. J. Madon.

Persistance de l'urétérite après néphrectomie pour bacillose rénale. — M. Aublant.

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1921)

MM. de Rouville et Milhaud rapportent l'observation d'une malade atteinte d'**épithélioma intracervical** avec métastase dans un kyste parovarien inclus dans le ligament large gauche. Le kyste était multilombaire, certaines poches contenaient du liquide clair, d'autres une substance mucoïde, d'autres, enfin, du pus qui, ensemencé, a donné du staphylocoque pur.

Mollusques et fièvre typhoïde. — MM. Carrieu, Ducamp et Blouquier. Trois cas de fièvre typhoïde dus à l'absorption de moules et de clovisses ont été observés dans le service de M. le prof. Ducamp. Tous ont atteint des femmes. La première a présenté des phénomènes aigus d'intoxication 3 heures après le repas. Les 2 autres ont eu une incubation de 5 à 17 jours. L'une a été très gravement atteinte. Les autres moins. Des mollusques, examinés au point de vue bactériologique, n'ont pas permis de déceler des bacilles d'Eberth, mais on trouvait de 2.500 à 25.000 coli par litre d'eau contenue dans ces coquillages.

Allaitement. — MM. C. Gueit et Boutet rapportent un nouveau cas de reprise de l'allaitement d'un jeune bébé athrepsique après un mois d'interruption. Les auteurs rappellent l'importance de l'allaitement maternel dans le traitement de cette maladie des nouveau-nés et insistent sur cette notion déjà ancienne du retour possible de la sécrétion lactée chez la femme plusieurs semaines après la suppression de l'allaitement. Ce retour de la sécrétion lactée est surtout possible dans les premiers mois qui suivent l'accouchement.

Les greffes par semis dermo-épidermique (procédé d'Alglave). — MM. Estor et Aimes rappellent la technique du procédé si simple et si efficace de greffe cutanée publiée par Alglave en 1917, et apportent en sa faveur toute une série de cas particulièrement démonstratifs.

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1921)

Un cas de polymastie chez l'homme. — MM. Ducamp et Carrieu.

Utérus cloisonné et placentome. — MM. de Rouville et Milhaud.

Variations des propriétés du sérum antityphique en rapport avec les conditions d'immunisation. Propriété bactéricide. — M. Rodet.

Généralisation des réactions de Salkowski, Liebermann et de Schiff dans la différenciation des composés de la série terpénique. — MM. Galavielle, Portes et Christol.

Epithélioma de la grande lèvre (note histologique). — MM. Grynfeldt et Giraud.

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1921)

Vaccinothérapie par les auto-vaccins préparés selon une technique nouvelle. — MM. Vallet et Villa.

Un cas de septicémie grave traité par le vaccin de Cépède. — M. Gaussel.

Erysipèle guéri par la vaccinothérapie. — MM. Ducamp et Carrieu.

Quelques cas de vaccinothérapie. — M. Aimes.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 10 mars. — MM. Bergeret, 22; Brocq, 26; Mornard, 23; Monod, 28.

Séance du 12 mars. — MM. Bloch, 25; Charrier, 27; Lorin et Girode, 24.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de l'Université a approuvé le changement de titre de la chaire d'opérations et appareils en chaire de clinique thérapeutique chirurgicale.

— Le Conseil a également approuvé la création d'un diplôme supérieur d'hygiène. Il a décidé que les certificats qui seront délivrés aux docteurs de l'Université de Strasbourg, attachés comme assistants aux cliniques de la Faculté de médecine de Paris, seront signés par le recteur.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Derôme, professeur au lycée d'Amiens, chargé d'un cours de physique, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1920-1921, des fonctions de chef des travaux pratiques de physique (P. C. N.).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — (Active.) *Au grade de chevalier.* — M. Camper (André-Louis-Armand), médecin sous-aide-major à l'Ecole du Service de santé : sous-aide-major ayant un haut sentiment du devoir, d'une bravoure et d'un dévouement au-dessus de tout éloge. Deux fois blessé, a repris chaque fois sa place bien qu'incomplètement guéri. Blessé une troisième fois et fait prisonnier dans des conditions particulièrement dures, ayant eu son médecin-chef tué à ses côtés. Pendant ses 18 mois de très pénible captivité a eu une attitude digne d'un soldat et d'un Français et n'a cessé de donner ses soins à ses camarades prisonniers. Croix de guerre.

(Réserve.) M. le médecin-major de 1re classe Casamajor de Planta.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — A la mémoire de M. Corroy, médecin-major de 2e classe.

Médailles de vermeil. — MM. Demanneville, Accolas, médecins-majors de 1re classe.

A la mémoire de MM. Robert, médecin-major de 2e classe; Belisaire, Mercier, médecins aides-majors de 2e classe; Hilaire, médecin sous-aide-major.

MM. Ralph Bignell Ainsworth, John Frank Crombre, Francis Henry Guppy, Edward Michael O'Neill, Robert Mc Cheyne Paterson, Frank Herbert Cheney Walson, William Thomas Wood, du Royal army medical Corps.

Médailles d'argent. — MM. Genay, Lapeyre, médecins-majors de 2e classe; Merle, Negellen, médecins aides-majors de 1re classe; Marsaudon, médecin auxiliaire; Mlle Nina Szamlawska, à Varsovie; MM. Worsley Holmes, Neville Burroughes, Lorme Chapman, James Clegg, Moulagne Hanfield Jones, Hebblethwaite, Hugh Hill, Morgan Hughes, Lancelot Raoul Lamprière, Mc Lean Macfarlane, de Burgh Marsh, Jenkins Murray, Harold Orr, Hawkes Pendenred, Savory Sladed, Edward Stevens, Stuart Tayler, Michaele Clarke, Ackland, John Leach, du Royal army medical Corps. (*J. O.*, 28 fév. 1921.)

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS ALLIÉS OU AMIS (A. D. R. M.). — Cette Association a pour but primordial d'assurer par le monde à la science médicale française, le rayonnement auquel elle a droit, et pour cela :

1. Attirer, en France, en missions et en voyages d'étude, les médecins et étudiants étrangers, de les recevoir cordialement et de les guider dans nos laboratoires et hôpitaux, voire même d'organiser, spécialement pour eux, des séances d'enseignement rapide, groupant en quelques leçons les professeurs et les sujets qui les intéressent le plus dans leur spécialité; des voyages dans les Facultés de province, et dans nos stations thermales.

2. D'envoyer à l'étranger des missions d'étude et d'ensei-

gnement, d'y répandre nos périodiques, de publier dans les revues médicales du monde entier le plus grand nombre d'articles traduits ou non de nos principaux auteurs, enfin de faire mieux connaître notre vie médico-sociale et nos œuvres d'assistance et de prévoyance.

3. D'avoir dans chaque pays un correspondant médical ou mieux, un groupement médical correspondant, en même temps que chacun de ces pays aurait au sein de l'A. D. R. M. un ou plusieurs correspondants connaissant la langue et si possible, la mentalité médicale de ce pays.

L'A. D. R. M. réunit tous les groupements médicaux qui se sont occupés avant ou pendant la guerre des relations médicales franco-étrangères.

Elle a son siège à la Faculté de médecine, salle Béclard, téléphone Fleurus 07-16.

Son Conseil d'administration, sous la présidence d'honneur du Doyen et la présidence effective du professeur Hartmann, comprend à côté de nombreux professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux, des praticiens connus dans tous les milieux professionnels organisés. Son esprit est des plus large; son but unique : servir la Patrie.

Le travail déjà effectué est important. Un bureau de renseignements très complet et tenu constamment au courant, est ouvert tous les jours, salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 2 heures à 5 heures. Un annuaire va paraître très prochainement.

L'Association est en liaison constante avec le ministère des Affaires étrangères qui seconde utilement son action.

Cette œuvre d'intérêt national a besoin du concours de tous les médecins français. Les adhésions sont présentées au Conseil d'administration par deux parrains.

La cotisation annuelle est de 50 fr. pour les membres actifs; 100 fr. pour les membres bienfaiteurs; 20 fr. pour les membres adhérents.

REIMS. — SOCIÉTÉ AMICALE DES ANCIENS ÉLÈVES DE L'ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — Assemblée générale : réunion annuelle à l'Ecole de Reims, le dimanche 3 avril à 10 h. du matin. Banquet à 12 h. 30, salon Dogermann (20 fr.).

Tous nos camarades, élèves et anciens élèves; professeurs et anciens professeurs de l'Ecole, *faisant ou non partie* de l'association, sont priés instamment d'envoyer au plus tôt leur adhésion au Dr Louis Lenglet, rue de Venise à Reims.

Ils voudront bien signaler à ce dernier les noms des camarades disparus et de ceux qui ont obtenu une distinction au cours de la guerre.

Au nom du comité : le président,
COLLEVILLE.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr Isidore Bloch (de Paris).

JURISPRUDENCE

ERREURS PHARMACEUTIQUES

Les pharmaciens ont la faculté de s'assurer contre les suites des accidents causés par les erreurs commises dans leurs officines. Mais que doit-on entendre par erreurs pharmaceutiques?

La question s'est posée dernièrement devant le Tribunal de commerce de la Seine, puis devant la Cour d'appel de Paris qui a rendu à ce sujet un arrêt en date du 22 décembre 1920, dans les conditions qui vont être indiquées.

Pour se garantir contre les conséquences de certains risques professionnels, deux pharmaciens avaient souscrit à la Compagnie anonyme d'assurances « La Providence » deux polices dont la première les garantissait contre la responsabilité civile pouvant leur incomber en cas d'accidents causés aux personnes et aux animaux par suite d'erreurs pharmaceutiques de leur fait ou du fait de leurs élèves ou aides, même en cas de délivrance irrégulière de médicaments, et dont la seconde les assurait encore, jusqu'à concurrence de 20.000 fr., contre la dépréciation de leur pharmacie, en cas d'accident résultant d'une erreur pharmaceutique par eux ou par leurs élèves ou aides.

Les polices prévoyaient une réduction dans certains cas; et il était stipulé que la somme assurée pour la dépréciation de la pharmacie serait payée, sauf réduction s'il y avait lieu, en entier s'il y avait condamnation pénale et si l'erreur avait entraîné la mort de la victime; par moitié, si l'erreur suivie de condamnation n'avait pas entraîné la mort; enfin, en cas d'accident mortel n'ayant pas entraîné de condamnation pénale, mais ayant quand même produit une dépréciation appréciable de l'officine, la Compagnie allouait aux assurés une indemnité variable pouvant atteindre le quart de la somme assurée.

En 1911, deux sinistres se produisirent dans l'officine des pharmaciens : pour le premier, l'un des pharmaciens coupable d'avoir, par inobservation des règlements, causé involontairement des blessures à une dame L..., et avoir débité des préparations médicinales sans ordonnance de docteur en médecine, fut condamné à 15 jours d'emprisonnement et 100 fr. d'amende avec sursis, ainsi qu'au regard de la victime à 1.500 fr. de dommages-intérêts. Pour le second sinistre ayant entraîné la mort de la victime, le même pharmacien, poursuivi pour avoir livré et débité une préparation médicinale sans ordonnance de médecin et sans transcription sur le registre, fut renvoyé des fins de la plainte sur le chef d'homicide par imprudence, mais condamné à 500 fr. d'amende pour infraction à la loi sur la pharmacie.

Les pharmaciens ont alors allégué que les sinistres dont il s'agissait résultaient d'erreurs pharmaceutiques commises par leurs élèves ou aides, que ces erreurs pharmaceutiques avaient été portées à la connaissance du public par divers articles de presse. Il s'en était suivi pour l'officine qui les avait commises le plus grand discrédit, et par suite une dépréciation importante. Ils demandaient, en conséquence, à la Compagnie d'assurances diverses sommes à titre de dommages-intérêts.

Le Tribunal et la Cour ont rejeté cette demande en se fondant sur les circonstances suivantes : la juridiction répressive n'avait retenu la culpabilité du pharmacien, dans le premier sinistre, que pour délivrance, sans ordonnance, d'une spécialité, et, dans le deuxième sinistre, que pour délivrance irrégulière de médicaments. Il ne s'agissait donc pas d'erreur pharmaceutique.

« *Par erreur pharmaceutique*, disent-ils, *il faut évidemment entendre le fait pour le pharmacien ou ses élèves de s'écarter des prescriptions quelconques qui leur sont imposées pour la préparation et la composition d'un médicament, et de commettre ainsi une infraction aux règles de leur art, laquelle peut avoir des conséquences d'une gravité telle qu'elle est susceptible de les disqualifier auprès de la clientèle.* »

Cette définition résultait des conditions dans lesquelles les polices avaient été souscrites par les deux pharmaciens; dès lors il faut reconnaître, d'après les faits mêmes qui ont été ci-dessus rappelés, qu'aucune erreur de cette nature n'avait été retenue par la juridiction correctionnelle à la charge du pharmacien. Dans ces conditions, la demande en dommages-intérêts formée contre la Compagnie d'assurances a été déclarée mal fondée et rejetée.

La moralité qu'il y a lieu de retirer de l'arrêt de la Cour d'appel est qu'il faut porter toute son attention à la rédaction des clauses contenues dans une police d'assurances, et se pénétrer de ce principe admis par la jurisprudence et la doctrine que le contrat d'assurances est un *contrat de droit strict*, « en ce sens que la plus légère circonstance pouvant agir sur le consentement de l'assureur, l'assuré ne doit lui rien laisser ignorer qui puisse influer sur l'opinion des risques à couvrir ».

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

MORT SUBITE AU COURS D'UNE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR LE CHLORURE D'ÉTHYLE

Information judiciaire. — Remarques médico-légales (1),

PAR MM. LES DOCTEURS

COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS

Médecin des hôpitaux. Expert près les tribunaux. — Interne des hôpitaux de Paris.

Il n'est pas, en matière de responsabilité médicale, de petit détail ; il n'est pas de fait sans importance.

Les interventions les plus bénignes, les méthodes thérapeutiques les plus usuelles peuvent se compliquer d'accidents graves, exceptionnels, inattendus, quelquefois mortels, qui donnent lieu à l'ouverture d'informations judiciaires, et qui deviennent ainsi, pour des médecins instruits, consciencieux, et, à l'abri de tout soupçon, la source de difficultés sans nombre, lesquelles leur causent fatalement un préjudice important, quelle que soit, d'ailleurs, l'issue de l'enquête. Ce sont ces considérations, nées d'une pratique médico-légale déjà longue, et, au cours de laquelle bien des faits de cet ordre sont venus à notre examen, qui nous ont engagé à rapporter une observation de mort subite, au cours d'une anesthésie générale par le chlorure d'éthyle : Observation doublement intéressante, d'une part par ce fait que la mort est survenue dans des circonstances que l'on pourrait qualifier de « normales », l'anesthésie ayant été donnée par un médecin sérieux, après un examen très minutieux de la malade, et que, bien qu'il n'y ait pas eu de plainte portée par les parents de l'opérée, le parquet a cru devoir ouvrir une information judiciaire ; d'autre part, parce que ce cas, nous semble-t-il, soulève une question très importante de technique, qui, malgré l'emploi courant, et, pour ainsi dire, journalier, du chlorure d'éthyle comme agent d'anesthésie générale, est peut-être, aujourd'hui encore, insuffisamment précisée.

Voici, tout d'abord, dans quelles conditions, nous fûmes appelés à procéder à l'autopsie d'une femme, décédée au cours d'une anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

Le..... 1920, l'un de nous est commis par le procureur de la République à l'effet, de procéder à l'autopsie de Mme X..., décédée chez un chirurgien-dentiste, qui pratiquait l'extraction d'une dent sous-anesthésie générale donnée, avec le chlorure d'éthyle, par le Dr Y...

L'enquête judiciaire, et les dépositions des témoins, permettent de reconstituer cette affaire, de la façon suivante :

Mme X..., accompagnée de son mari, va, le matin à 10 heures, consulter M. Z..., dentiste, et lui demande d'extraire une molaire en mauvais état, dont on a tenté déjà l'extraction en province, et qui a été cassée au cours de cette tentative. En raison de l'état de la bouche, et, en particulier, des gencives, qui sont ulcérées, M. Z... estime que l'extraction sera impossible à l'anesthésie locale ; qu'il faudra l'anesthésie générale, et il adresse la malade au Dr Y..., en lui demandant de bien vouloir examiner Mme X..., et donner cette anesthésie, si rien ne s'y oppose.

Le Dr Y... examine très soigneusement la malade, ne constate rien qui puisse contre-indiquer l'intervention, et on convient que celle-ci sera pratiquée le soir même, à 6 heures. A l'heure fixée, la malade, à jeun, est convenablement installée dans le fauteuil spécial. Le Dr Y... opère avec un petit masque de gaze, dans lequel il a brisé deux ampoules de chlorure d'éthyle (kélène) ; la malade s'endort. Le chirurgien-dentiste place alors, un ouvre-bouche, et, pour cette opération, on retire le masque à anesthésie ; puis il tente d'extraire la dent (1re molaire inférieure) qui se broie sous son outil. Au bout d'une minute, la malade commençant à se réveiller, le docteur applique le masque une seconde fois, après avoir brisé une troisième ampoule de kélène pour prolonger l'anesthésie et, permettre de reprendre l'opération. Mais, la respiration de Mme X... devient inégale ; on cesse aussitôt l'anesthésie ; la malade est allongée sur le sol. On pratique la respiration artificielle avec tractions rythmées de la langue, inhalations d'oxygène, injections d'éther, de caféine, etc. ; un chirurgien est même appelé d'urgence ; mais, au bout de plus d'une heure de soins, on cesse toute manœuvre, le décès étant devenu certain.

Le commissaire de police, commet un médecin qui examine le cadavre quelques heures après et conclut : « La mort a été déterminée par un arrêt du cœur au cours d'une anesthésie générale pour extraction de dents. »

Le mari de Mme X... ne porte pas plainte, déclarant qu'il ne peut accuser personne, qu'il a assisté à l'examen de Mme X... par le Dr Y..., qu'il a été présent pendant tous les événements, et que l'on a tout fait pour lutter contre la mort. Il s'oppose même à l'autopsie. Le Parquet ouvre, néanmoins, une information judiciaire, et nous sommes commis, à l'effet de rechercher les causes de la mort, et de dire, s'il y a eu une faute commise par le médecin.

L'autopsie est faite 48 heures après le décès et nos constatations sont les suivantes. Il s'agit d'une femme âgée de 25 à 30 ans, vigoureusement constituée, ne présentant extérieurement aucune trace de traumatismes, sauf de piqûres à la cuisse droite. L'examen des différents organes permet de constater leur intégrité parfaite. Les poumons présentent des lésions de congestion banale aiguë, sans trace d'affection chronique antérieure. Le cœur est normal. L'estomac est vide. Le foie est normal, de même que les reins et la rate. Seule la trachée est légèrement congestionnée. L'examen de la bouche permet de constater l'existence d'une stomatite ulcéreuse, avec gencives recouvertes de fausses membranes grisâtres contre-indiquant certainement l'anesthésie locale. La première molaire inférieure gauche est cassée.

Nos conclusions sont les suivantes : le décès de Mme X... doit être attribué à l'anesthésie par le chlorure d'éthyle. Il n'existait aucune affection antérieure contre-indiquant cette opération. Il n'y a pas eu de faute commise : il s'agit d'un accident analogue à ceux qui se produisent au cours de l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme.

Nous insistons encore sur ce point, que la responsabilité du médecin ne pouvait être engagée, toutes les précautions possibles ayant été prises par lui pour éviter les accidents : examen très complet et

(1) Communication faite à l'Académie de médecine le 15 mars 1921.

très minutieux de la malade, certitude de l'intégrité de tous les organes (vérifiée ultérieurement), anesthésie donnée par une méthode couramment employée et suivant une technique décrite dans les livres classiques.

Et pourtant, cette simple observation soulève bien des problèmes !

* * *

L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle a été très employée pendant la guerre, et, tout récemment encore, G. Rosenthal publiait dans le *Journal médical français* (1) une excellente étude d'ensemble sur cette question.

Actuellement, presque tous les auteurs, et en particulier Rosenthal dans l'article précité, proclament la quasi-innocuité de cette méthode et l'extrême rareté des cas de mort pendant la narcose. Outre que cette opinion nous paraît singulièrement optimiste, nous croyons qu'il est très imprudent et même très dangereux pour les malades et pour les médecins de la soutenir; d'une part, parce qu'elle est susceptible de diminuer l'attention des anesthésistes, lesquels, persuadés « qu'il ne peut rien arriver », surveillent fatalement moins leur malade, et, d'autre part, parce que s'il arrive un accident, la famille, que l'on avait entretenue dans cette idée de l'innocuité de l'anesthésie, sera immédiatement conduite à penser que le médecin a commis une faute lourde.

Loin de nous la pensée, bien entendu, de diminuer en rien la valeur du chlorure d'éthyle comme agent d'anesthésie générale. Ce que nous voulons, c'est attirer l'attention sur ce fait que les alertes et même les accidents mortels sont loin d'être exceptionnels et qu'il est peut être possible d'en découvrir la raison dans l'imprécision de la technique.

L'un de nous, attaché pendant la guerre à différentes ambulances chirurgicales, a constaté ces alertes dans une dizaine de cas au moins et a observé un cas de mort. Plusieurs médecins et chirurgiens, interrogés par nous, ont été témoins de faits analogues et considèrent, à l'heure actuelle, que, au point de vue des accidents mortels, le chlorure d'éthyle n'est peut-être pas moins nocif que l'éther ou le chloroforme.

Ces accidents sont-ils dus à l'emploi d'une trop grande quantité d'anesthésique? Or, il résulte des travaux de Nicloux et de Camus (2) que le chlorure d'éthyle est un produit dont l'élimination est extrêmement rapide, et, d'après ces auteurs, la respiration artificielle aurait toujours raison des syncopes avec asphyxie survenant au cours de l'anesthésie.

Reste alors une autre hypothèse : les accidents tiennent peut-être à la manière de donner l'anesthésie?

Nous avons recherché quelles étaient, à l'heure actuelle, les techniques indiquées dans les différents traités de petite chirurgie et dans les notices décrivant le principe des appareils spéciaux. Il existe actuellement deux moyens de donner le chlorure d'éthyle : ou bien la simple compresse avec ou sans armature de fil de fer recouverte d'imperméable; ou bien les appareils spéciaux, tels que ceux de Camus, d'Abrand, de J. Houzel, etc.

Or, il est curieux de remarquer que les différents auteurs sont loin d'être d'accord sur la manière de donner le chlorure d'éthyle, que ce soit avec la compresse ou avec les appareils.

(1) G. Rosenthal. *Journ. méd. franç.*, sept. 1920, n° 9. Numéro consacré à l'anesthésie.

(2) Camus et Nicloux. *Acad. des sciences*, 30 déc. 1907.

Tuffier écrit, à propos du procédé à la compresse : *Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air*, et ceci est imprimé en italique dans sa *Petite chirurgie*, ouvrage actuellement classique (1). Le Dr Bourreau (2), dont l'opinion fait autorité en matière d'anesthésie, considère, au contraire, qu'il faut donner le chlorure d'éthyle, comme le chloroforme, mélangé à de l'air, en augmentant peu à peu les doses d'anesthésique.

L'appareil de Camus est construit d'après le principe suivant : on applique sur la face du malade un masque muni d'un bourrelet rendant la fermeture hermétique, et, dans ce masque contenant une très petite quantité d'air, on fait pénétrer plus ou moins vite du chlorure d'éthyle sans nouvelle admission d'air.

Le Dr Houzel, dans un article tout récent (3), considère que cette technique, « par strangulation », est absolument défectueuse, ou provoque d'emblée, dit-il, une chute notable de la tension artérielle car le chlorure d'éthyle est un hypotenseur de premier ordre. Or, de plus, Lebet a montré que le kélène avait une action directe sur la fibre cardiaque lorsque, par suite de saturation de l'organisme, il parvenait à passer dans le sang.

On peut donc admettre, dans ces cas *d'administration brutale de l'anesthésique*, qu'après une phase de suffocation qui se traduit par une agitation désespérée du sujet qui étouffe, le kélène produit son effet narcotique en envahissant tout l'arbre respiratoire; que le produit volatilisé, sous pression, peut passer dans le sang, aller au cœur et donner une syncope définitive et irrémédiable (Houzel). L'auteur ajoute qu'il en a observé personnellement un cas et conclut ainsi : « A doses brutales, le chlorure d'éthyle peut être dangereux, par action directe sur le myocarde et, mal administré, il peut produire de gros déboires, tout en étant celui de tous les anesthésiques qui supporte le mieux la médiocrité du geste. Pourtant il a tué et il tuera encore des malades », et ceci surtout, dit Houzel, à cause de la méthode employée, puis parce que le malade est trop souvent endormi sans être à jeun et sans être en position allongée, et l'auteur affirme en terminant, la supériorité non douteuse de la *méthode d'anesthésie à doses filées*, méthode qui est réalisée par les appareils de Houzel, Abrand, etc.

Ces appareils, en effet, permettent l'admission d'air en plus ou moins grande quantité, et leurs auteurs font remarquer qu'il est facile, avec eux, de prolonger ou, au contraire, de suspendre l'anesthésie, selon l'admission plus ou moins grande d'air, ou, au contraire, d'anesthésique.

Par cet exposé, on voit donc, combien il est difficile de se faire une opinion précise sur la meilleure manière d'administrer le chlorure d'éthyle, puisque le praticien se trouve en présence de deux méthodes nettement opposées, doses brutales ou doses filées, défendues chacune par des auteurs d'une notoriété et d'une valeur non douteuses.

Il est, d'autre part, un fait que nous avons souvent remarqué dans notre pratique personnelle,

(1) Tuffier. *Petite chirurgie*, 1919, 5e édition, p. 278.

(2) Bourreau. Anesthésie générale à la compresse par le chlorure d'éthyle, *Presse méd.*, 1910, n° 43.

(3) Houzet. *Arch. méd.-chir. de province*, janv. 1921.

dont la réalité nous a été confirmée par les témoignages oraux d'autres médecins et chirurgiens et qui, cependant, n'est mentionné dans aucun des travaux cités ci-dessus : c'est le suivant :

Nous avons observé, pendant la guerre, que chaque fois qu'une alerte anesthésique s'est produite, c'est toujours dans les circonstances suivantes : Le malade, généralement un petit blessé, était endormi rapidement au chlorure d'éthyle, suivant le procédé décrit par Tuffier, c'est-à-dire en appliquant hermétiquement le masque sur la face. Par suite d'incidents ou de difficultés opératoires prolongeant l'opération, on était amené à donner une nouvelle dose de chlorure d'éthyle, et, pour ce faire, à enlever le masque pour le recharger, et à laisser le blessé respirer un peu d'air. Presque aussitôt, celui-ci se cyanosait et l'on était obligé d'interrompre l'opération, de pratiquer la respiration artificielle, et dans un cas, malgré toutes les manœuvres, il fut impossible de ranimer le blessé.

Or, c'est précisément le même fait, qui s'est produit dans notre observation : application de masque, narcose, enlèvement du masque, tentative infructueuse de l'opérateur. On remet le masque avec une nouvelle dose de chlorure d'éthyle. Accidents respiratoires. Mort.

Frappés par cette coïncidence, et, en l'absence de tout renseignement, à ce sujet, dans les traités dits « pratiques » de petite chirurgie, nous avons étendu nos recherches aux ouvrages plus spéciaux sur l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, et nous avons pu ainsi relever dans un livre de Malherbe (1), une observation qui semble calquée sur la nôtre :

Il s'agit d'un ouvrier que l'on anesthésie pour une tumeur de la jambe. La quantité de chlorure d'éthyle n'est pas notée; au bout de 2 minutes, survient une excitation énorme. On redonne aussitôt une nouvelle dose de chlorure d'éthyle. Le sang devient noirâtre, des convulsions tétaniques, de la dyspnée apparaissent, et, rapidement, la mort.

Il semble bien que l'anesthésie a été donnée en deux temps, et que c'est le fait d'avoir donné une nouvelle dose d'anesthésique, qui a déclanché les accidents mortels.

Dans le même ouvrage, Malherbe et Laval rapportent les expériences de Haslebacher qui concluait ainsi : La répétition des doses de chlorure d'éthyle sur le même individu, au cours d'une même anesthésie, doit être évitée généralement à cause des troubles hépatiques, rénaux ou cardiaques que l'abus de cet anesthésique a pu faire constater expérimentalement.

N'a-t-on donc pas le droit de penser, pour toutes ces raisons cliniques et expérimentales, que les accidents graves peuvent être dus à une technique insuffisamment précisée, et qu'il serait utile que les physiologistes et les chirurgiens indiquassent d'une façon définitive, quelle est la technique à suivre, et donnassent à ce sujet des directives précises comme cela a été fait pour d'autres agents d'anesthésie, l'éther, le chloroforme, etc.

Quoi qu'il en soit, et c'est ce sur quoi nous tenons à insister surtout ici, nous estimons qu'il est imprudent d'écrire et de répéter que le chlorure d'éthyle est un anesthésique tout à fait exempt de danger, et nous ne faisons, en cela, que confirmer les opinions émises par d'autres auteurs, tels que Lop (1), Houzel (2), Chassin (3) et Bardet (4), lequel terminait une étude sur les accidents de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, en disant « il faut se garder de considérer ce produit comme un anesthésique inoffensif et il faut avoir la notion bien nette que tout corps capable de tuer le sentiment est une drogue dangereuse ».

*
* *

Peut-être éviterait-on bien des mécomptes en se souvenant seulement de cette dernière formule, et, en particulier, mettrait-on les praticiens en garde contre des accidents, peut-être évitables, et par suite, contre des poursuites judiciaires, sources évidentes de préjudices professionnels graves.

Dans l'affaire rapportée ci-dessus, notre conclusion n'était pas douteuse, et elle était conforme à l'opinion adoptée, par la Société de médecine légale, à la suite d'un rapport de Chassevant (5), sur la responsabilité des médecins dans l'emploi des anesthésiques.

Dans ce rapport, il est dit, en effet, au paragraphe 6 : « La responsabilité civile du médecin ne doit être engagée que lorsqu'on relève contre lui de la négligence ou de la légèreté. » Ce travail mettait au point la question de la responsabilité médicale, à la suite d'un jugement rendu quelques mois auparavant, en décembre 1905, par le tribunal de Château-Thierry, qui avait admis la responsabilité d'un médecin, dont le malade était mort au cours d'une anesthésie, par le chloroforme, pour réduction d'une luxation de l'épaule. — L'exposé de ce jugement était ainsi conçu : Le médecin n'avait pas asssez averti le malade, du danger de l'anesthésie par le chloroforme, alors que l'affection dont était atteint ce blessé n'était pas fatalement mortelle.

On conçoit, ainsi que le faisait remarquer le prof. Dupré, que, si une telle manière de juger se généralisait, l'exercice de la chirurgie serait singulièrement entravé.

Or, il faut bien reconnaître que malheureusement, à l'heure actuelle, et de récents procès en sont la confirmation, la tendance du public se fait de plus en plus grande à poursuivre devant les tribunaux, le médecin ou le chirurgien malheureux. Dans l'affaire rapportée ci-dessus, la famille ne s'était pas portée partie civile; mais supposons un moment qu'il y ait eu une action civile engagée et un procès avec plaidoiries : l'avocat de la partie civile n'aurait pas manqué, textes en main, de dire que l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle est absolument exempte de danger, que la mort résulte donc d'une faute du médecin et que sa responsabilité est, de ce fait, engagée. Et, de là, matière à discussions, plaidoiries, expertises, dont les résultats, favorables ou non, auraient singulièrement compromis la réputation et la situation professionnelle du médecin.

Soyons donc prudents dans les affirmations, concernant la nocivité ou la non-nocivité des anesthésiques généraux, et rappelant ce que nous disions, au début de cet article, rappelons-nous, toujours, qu'en matière de responsabilité médicale, il n'y a

(1) Malherbe et Laval. *L'Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Etude basée sur 1.000 cas personnels*, Paris, 1903, Vigot frères.

(1) Lop. Notes de chirurgie, *Presse méd.*, 1908, n° 38.
(2) Houzel. *Arch. méd.-chir. de province*, janv. 1921.
(3) Chassin. *Bull. des sc. pharmacol.*, 1920, n° 2.
(4) Bardet. *Soc. de thérap.*, 15 mai 1913.
(5) Chassevant. *Soc. de méd. légale*, 11 déc. 1905 et 8 janv. 1906.

pas de petite intervention, de petite manipulation médicale, qui ne puisse, à tout moment, devenir une source de difficultés. Evitons donc d'en ajouter d'autres, en vulgarisant des notions, quelquefois, un peu inexactes ou trop optimistes.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR

La publication du très bel ouvrage de A. Basset résumant tous les travaux du prof. Delbet sur le traitement des fractures du col du fémur, y ajoutant des recherches personnelles sur l'anatomie et la vascularisation du col, décrivant 128 observations de vissage ou enchevillement du col fémoral, les discussions qui ont eu lieu pendant tout le cours de 1920 à la Société de chirurgie de Paris et à celle de Lyon, donnent à ce sujet un intérêt d'actualité.

Il y a une quinzaine d'années, le traitement des fractures du col du fémur était presque nul; aucune tentative sérieuse de réduction et de coaptation n'était pratiquée. On se contentait tantôt d'une extension dans l'axe du membre avec des poids si légers (2, 3 kilogr.) que leur inefficacité n'était pas douteuse), tantôt on ne faisait même aucune traction et immobilisation, levant le malade le plus tôt possible dans un fauteuil et le faisant marcher avec des béquilles.

Cette conduite, insolite dans une fracture, venait : 1° de ce qu'on croyait la fracture du col du fémur spéciale au vieillard; 2° de ce qu'on croyait qu'elle était presque physiologique chez lui, résultant de la résorption osseuse du col; en présence de cette dystrophie, la formation d'un cal solide semblait impossible; 3° la crainte de la pneumonie hypostatique par séjour au lit, faisait préférer les risques d'une pseudarthrose par mobilisation précoce, à ceux de mort par complications pulmonaires.

Depuis lors, de nombreux travaux ont montré : 1° que la fracture du col du fémur n'était pas l'apanage du vieillard, qu'on l'observait souvent chez l'adulte et parfois même chez l'enfant; 2° M. Delbet a démontré (voir Basset) que chez le vieillard on observait surtout des fractures cervico-trochantériennes qui en règle se consolident par un cal osseux; que c'est surtout chez l'adulte qu'on observe des fractures cervicales vraies (transcervicales et décapitation) qui se terminent par des pseudarthroses.

Il est résulté de ces constatations une modification totale dans le traitement.

En France, depuis 12 ans, M. Delbet s'efforce de faire triompher les idées suivantes :

Les fractures cervicales vraies ne donnent jamais un cal osseux, « elles sont curables par une opération bénigne, l'enchevillement sans arthrotomie, qui est indiquée dans tous les cas ». Pour les cervico-trochantériennes, il y a avantage à traiter certaines d'entre elles par la même méthode, mais un grand nombre peuvent être guéries au moyen d'un appareil à fracture de cuisse permettant la mobilisation. Les pseudarthroses sont curables par une greffe (implantation d'un morceau de péroné dans le col).

En Amérique, depuis la même époque, Royal Whitman (*Soc. de chir. de New-York*, 8 avril 1908) a soutenu que par l'abduction forcée de la cuisse, jointe à la rotation interne, il se produisait une tension de la capsule et des ligaments qui met les fragments bout à bout et les maintient serrés l'un contre l'autre, en même temps que les muscles pelvitrochantériens, qui, par leur contracture amenaient l'abduction et la rotation externe, sont relâchés; tout déplacement devient impossible tant que la position est maintenue par un appareil plâtré. Si la fracture est bien réduite, puis bien maintenue, la consolidation osseuse a lieu et l'enchevillement du col est inutile. Nous avons exposé en détail cette méthode et sa technique dans un article précédent auquel nous renvoyons (*Gaz. des hôpit.*, 10 août 1911, nº 90). En fait, l'enchevillement du col du fémur pratiqué par Albee aux Etats-Unis depuis une dizaine d'années, a perdu peu à peu du terrain. Au contraire, la méthode de Whitman préconisée d'abord chez l'enfant, puis chez l'adulte et le vieillard semble jouir d'une grande popularité. En Europe, les orthopédistes l'ont adoptée dans son principe, plus ou moins modifiée dans l'application de l'appareil. Lorenz, Robert Jones, Calot, Judet l'ont défendue; J. P. Fiske, Hasslauer et d'autres ont tenté de rendre l'appareillage compatible avec la déambulation chez le vieillard. En Amérique, les attelles métalliques de Thomas plus ou moins modifiées (appareil de Bradford, de Taylor), attelles en abduction avec extension continue sont couramment employées et permettent la déambulation avec des béquilles. On pourrait en rapprocher l'appareil à extension par ressorts pour fractures de cuisse de Delbet qui peut être appliqué dans les fractures cervico-trochantériennes, mais pour les fractures vraies du col, il ne permet pas une abduction suffisante. Enfin l'extension continue en attelle métallique, en abduction forcée, peut être combinée avec la suspension du membre, ce qui permet au malade de se mobiliser facilement au lit; cette méthode a donné à Patel 5 beaux résultats.

Quels sont les résultats obtenus par la méthode de l'abduction forcée? Bons, disent les auteurs; mais, il faut l'avouer, les précisions manquent souvent, et la lecture des observations, quand il y en a, montrent qu'il y a pas mal de résultats médiocres. Whitman lui-même reconnaît que sa méthode est loin de toujours donner la consolidation osseuse. Il constate seulement qu'il a amélioré considérablement les résultats fonctionnels comparativement à ceux des méthodes antérieures.

Pour M. Delbet, pour Basset, la consolidation *osseuse* d'une fracture *cervicale vraie* n'a jamais été obtenue par les méthodes non sanglantes et prouvée par la radiographie ou des pièces; les auteurs ne font aucune distinction entre les cervicales vraies et les cervico-trochantériennes et les bons résultats obtenus incomberaient toujours à des cervico-trochantériennes.

Cependant quelques observations plus précises ont été fournies dernièrement. W. C. Campbell sur 70 cas de fractures récentes en note 29 à la partie moyenne du col avec 24 cas (89; 2 p. 100) ayant un résultat fonctionnel excellent et consolidation osseuse. Malheureusement la radiographie n'a pu être faite dans tous les cas. Il n'en reste pas moins que dans certains cas la radiographie semble montrer une consolidation osseuse. Patel dans 5 observations de fractures transcervicales a constaté à la radiographie une bonne consolidation. Judet, récemment rapporte 2 fractures intracapsulaires avec un excellent résultat et consolidation osseuse (contrôle radiographique).

En face des méthodes de réduction non sanglantes, voyons les avantages des méthodes sanglantes, en particulier l'enchevillement ou vissage sans arthrotomie de Delbet, « opération simple, rapide, parfaitement réglée » (Basset) et qui fournit à coup sûr dans les fractures cervicales vraies, où elle est indiquée « dans tous les cas », la consolidation osseuse que M. Delbet dénie aux autres méthodes.

La technique de cette opération vient d'être décrite avec une grande minutie par Basset dans le *Journal de chirurgie*. Nous renvoyons à cet article pour sa description. Le premier fait qui frappe à cette lecture c'est qu'il s'agit d'un acte opératoire très délicat, nécessitant une instrumentation compliquée, et sur beaucoup de points de laquelle on est encore loin d'être d'accord. Suivons pas à pas les différents temps de l'opération. La vis ou cheville après avoir traversé le trochanter et le col doit s'enfoncer dans le *centre* de la tête fémorale. Ceci suppose un repérage très exact de l'emplacement de la tête fémorale et de la longueur du col. On procède à ce repérage soit par la radioscopie (Contremoulins) qui permet de voir la tête fémorale ou à son défaut, chez les sujets gras, les bords supérieur et inférieur du cotyle (Tribout, Aubourg, Mauclaire). Ce repérage radioscopique est jugé insuffisant (Japiot), il faut le compléter par un procédé métroradiographique précis (Contremoulins). Ce repérage radioscopique ou radiographique doit forcément être exécuté dans la position exacte dans laquelle le malade sera opéré et la réduction étant faite; mais celle-ci nécessite parfois l'anesthésie, ce qui conduit logiquement à faire du repérage le premier temps de l'opération et à l'effectuer dans la salle même d'opération. Mais même dans ces conditions, on peut avoir des échecs, le repérage même radiographique pouvant être insuffisant (Aubourg), le point marqué sur la peau pouvant se déplacer par suite de l'incision des tissus de la cuisse. Aussi, en vient-on à

préconiser l'opération sous le contrôle intermittent de l'écran (Aubourg). C'est ainsi qu'ont opéré Marcille, puis Dujarier. Mais là encore, la radioscopie peut se montrer insuffisante (Desgouttes). Elle permet bien de suivre la marche de la vis par rapport à l'angle d'inclinaison, mais non à celui de déclinaison; on voit bien si on vise trop haut ou trop bas, mais on ne voit pas si on vise trop en avant ou trop en arrière. M. Delbet, on le sait, a fait construire un appareil-guide qui permet de guider la vis ou la cheville selon les 2 angles du col : l'angle d'inclinaison est déterminé d'après le repérage de la tête fémorale, à la radioscopie, l'angle de déclinaison étant constant chez l'homme pour la même orientation du pied (Delbet), le guide donne la direction idéale de cet angle lorsque le pied du malade regarde le zénith. C'est parfait sur le cadavre et le sujet normal. Mais on visse dans un col brisé dont on suppose la réduction idéale faite. Or il n'en est pas toujours ainsi. Nous considérons que peut-être le plus gros reproche que l'on puisse faire à la méthode de Delbet, c'est la réduction par la traction dans l'axe du corps et non en abduction forcée. La réduction, la coaptation des fragments est certainement très inférieure à celle que donne la tension capsulaire et le relâchement musculaire de la méthode de Whitman. Mais comment visser un col en abduction forcée? La réduction reste donc souvent incomplète; soit qu'il y ait un tassement osseux inégal du col (fracture cervico-trochantérienne) soit que la tête ait basculé dans le cotyle (fracture par décapitation), la vis passera en avant ou en arrière du centre de la tête et ne tiendra pas, ou mal. La difficulté est si grande que des chirurgiens en arrivent à proposer d'opérer sous le contrôle du doigt, soit en restant en dehors de la capsule (Laroyenne) soit par voie intracapsulaire (Leriche, Tavernier), comme le fait Albee.

La mesure de la longueur de la vis ou du greffon à employer est indispensable avant l'opération. On l'obtiendra par un orthodiagramme très exact du col obtenu à l'écran ou par une radiographie faite avec un grand écartement de l'ampoule (80 cm. au moins) pour éviter la déformation.

La position à donner au malade et la fixation du bassin ne sont pas moins importantes. Il faut que le malade ait les deux membres inférieurs dans une position rigoureusement symétrique et que le bassin ne bascule pas à droite ni à gauche pour que la direction indiquée par l'appareil-guide soit exacte. Le malade sera couché à plat sur une planche posée sur la table d'opération. Basset montre l'importance de savoir par essai sous-radioscopie, la quantité exacte du poids nécessaire pour réduire la fracture. On fera avec cette quantité une extension sur les deux membres inférieurs La table est abaissée légèrement du côté de la tête pour que le poids du corps fasse la contre-extension. Reste la fixation du bassin.

M. Delbet se contente de faire tenir la crête iliaque du côté sain pour l'empêcher de basculer. Heitz-Boyer a récemment présenté à la Société de chirurgie, un cadre spécial pour la fixation du bassin, sur ce cadre des tiges métalliques avec pédales pour la fixation des pieds permettent « la réduction intégrale du chevauchement ». Le malade est rigoureusement immobilisé dans la position de réduction.

Ceci fait, le malade est endormi ou anesthésié localement, ou une rachianesthésie a été faite à l'avance. L'opération est ensuite pratiquée avec l'appareil-guide de Delbet, avec ou sans le contrôle intermittent des rayons X.

Le malade est ensuite mis dans son lit, le membre calé avec des coussins ou de l'extension continue (Dujarier) pour lutter contre la tendance à la rotation externe. M. Delbet applique, le plus souvent, après l'opération ou quelques jours après, son appareil de marche à extension continue pour fractures de cuisse. Une épreuve radiographique de la hanche de face et de profil (Santy) vérifie la position de la vis avant le lever.

Après vissage, les malades non pourvus d'appareils de marche se sont levés du 12e au 30e jour, ceux pourvus d'appareil de marche du 3e au 13e jour. Après greffe d'un segment de péroné, les premiers se sont levés du 20e au 60e jour; les seconds du 10e au 40e jour (Basset).

Quels sont les résultats obtenus? Très beaux dans l'ensemble. La mortalité opératoire est nulle, la mortalité par congestion pulmonaire moindre que par les méthodes nécessitant le séjour prolongé au lit.

Pour les fractures récentes, le résultat anatomique est parfois très beau et Basset affirme que dans un certain nombre de cas de fractures du col, la consolidation osseuse est certaine, constatée, soit à la radiographie, soit sur la pièce anatomique, soit parce que la réduction s'est maintenue bien que la vis ait été enlevée. Les résultats fonctionnels ne sont pas moins bons. Pour les fractures anciennes, les pseudarthroses, le résultat est moins brillant, car dans certains cas avec déformation accentuée, quelle que soit la traction qu'on fasse sur le membre, pendant l'opération, même sous anesthésie générale, on n'arrive pas à réduire complètement l'ascension du fragment externe, ni l'angulation des deux fragments. Le vissage ou la pose du greffon fixe ceux-ci dans cette attitude légèrement vicieuse d'où la persistance d'un peu de raccourcissement et de rotation externe (Basset). Mais comparé à l'état antérieur de ces malades, l'amélioration est énorme.

Cependant la méthode a eu des échecs ou des accidents, ceux-ci sont dus à différentes causes.

Tout d'abord, il y a eu des erreurs commises; emploi de greffons trop courts (Basset-Delbet), obstacle à éviter dans les fractures sous-capitales ou le fragment supérieur formé par la tête est peu volumineux et difficile à atteindre.

D'autres fois, la vis a été trop longue, ce qui empêche le serrage des fragments de se faire (Basset) ou amène l'embrochement du cotyle (Santy, Desgouttes, 5 cas de Basset) ou la compression de la veine fémorale et sa thrombose (Murard).

Dans les cas plus nombreux, la vis a été mal placée et, en général, trop bas (Dujarier) ou trop en avant. C'est dans les fractures sous-capitales, surtout, que cet incident a été observé (obs. de Murard, Bérard, Patel, 3 cas; Tavernier, Arcelin, Girode, Robineau, 3 cas). On a attribué cet échec à ce que le vissage a été effectué alors que la réduction était incomplète. Le trou foré dans l'axe du col au lieu d'aboutir an centre de la tête, aboutit à sa partie supérieure (Robineau). De plus (Arcelin-Patel) sous la pression du foret, lorsque cette pression n'est pas absolument centrale, la tête bascule et fuit. Or, dit Tavernier; dans la fracture sous-capitale, la réduction absolue n'est pas possible et il propose d'opérer à ciel ouvert comme Albee.

Patel abandonne l'enchevillement dans ces cas. Même si la vis ou la cheville ont été bien placées, on n'est pas à l'abri des accidents.

Les chevilles d'os pris sur le malade (fragment de péroné) ou les vis d'os de bœuf, peuvent se rompre. Il y a deux variétés de ces ruptures : les ruptures précoces par insuffisance de solidité de la vis osseuse (au 12e jour, Basset, Duval, au bout de 5 semaines, Heitz-Boyer). Les ruptures tardives par résorption trop rapide de la cheville (Tuffier-Delbet, 5 cas sur 127 observations, avec 4 consolidations secondaires). Il semble bien que l'os de bœuf employé pour le vissage, soit cassant (Mauclaire). Cependant, on ne peut augmenter le volume de la vis qui a déjà 12 mm. de diamètre dans un col, dont le plus petit diamètre varie de 26 à 28 mm.

Quant à la résorbabilité comparée des greffons humains et de l'os de bœuf, on n'est pas d'accord à leur sujet; ce dernier se résorberait plus lentement (Cunéo, Rouvillois) pour les uns, ou au contraire très vite (Ombrédanne, Basset), sa résorption est très marquée dans des cas de 2 mois et demi et de 4 mois, elle est déjà appréciable dans un cas de Delbet, au 38e jour. Or, le cal du col fémoral demande 10 à 11 mois à se former complètement.

Faut-il revenir à la vis métallique malgré ses inconvénients (Hallopeau, Alglave, Lenormant)?

Delbet et Basset la conseillent pour les cas récents, revenant au greffon de péroné pour les pseudarthroses.

Enfin, Heitz-Boyer, Dujarier ont préconisé et employé une vis d'os mort armée d'une tige métallique intérieure.

La question du matériel à employer n'est donc pas encore au point.

Même lorsque la vis est bien placée et tient bien, la réduction absolue ne se maintient pas toujours.

Dujarier signale que secondairement le fragment externe remonte à cause de la friabilité du tissu osseux qui entoure la vis. Ce déplacement peut se produire avant que le blessé ait marché.

Que conclure de tout cela?

Que la méthode de M. Delbet constitue certes un progrès très considérable dans le traitement des fractures du col du fémur. Pour les fractures anciennes mal consolidées et les pseudarthroses, elle constitue indiscutablement la méthode de choix. Pour les fractures récentes constitue-t-elle la méthode de choix « dans tous les cas ». Ceci reste à démontrer.

Tout d'abord, nous avons vu que dans les fractures sous-capitales elle échoue assez souvent à cause de l'insuffisance de la réduction. La façon dont cette réduction est effectuée par traction longitudinale n'est sans doute pas étrangère à ce résultat. Dans l'abduction forcée avec rotation interne la tête est serrée sur le col, bloquée dans le cotyle et la coaptation des fragments plus certaine, mais dans cette attitude le vissage n'est guère possible, même en couchant le malade sur le ventre.

D'autre part, si le vissage extraarticulaire est une opération bénigne c'est une opération délicate, et, de plus, elle nécessite un outillage spécial, compliqué, la radiographie à la salle d'opération, bref un ensemble de circonstances qui semblent réserver son application aux grands centres chirurgicaux. Or, l'on ne se casse pas le col du fémur que dans les grandes villes.

On a bien tenté (Santy) de simplifier beaucoup la technique de l'opération, mais cela aux dépens de la sûreté du résultat. M. Delbet a répudié d'avance ces tentatives : « Quelques chirurgiens, au coup d'œil précis, très sûrs d'eux-mêmes, feront le vissage sans se servir de mon instrumentation. Ils réussiront certainement, mais pas toujours... D'autres, au contraire, chercheront à apporter encore plus de précision dans la technique. C'est de leur côté que je me range. »

Donc il nous semble qu'il ne faut pas proscrire de parti-pris la méthode de la réduction en abduction forcée, rotation interne et contension dans un plâtre, méthode qui assure une bonne réduction, une consolidation solide comme des observations récentes le prouvent, et permet le lever à béquilles et d'asseoir le malade au bout de 48 heures, quand le plâtre est sec. Il nous semble que dans les fractures sous-capitales ou dans les fractures du col que l'on a à soigner loin d'un centre chirurgical outillé pour pratiquer le vissage dans de bonnes conditions, elle constitue encore la méthode la meilleure.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

A. BASSET. *Les Fractures du col du fémur* (Ann. de la clinique chirurgicale du prof. Delbet), 1920, 1 vol., n° 7, F. Alcan.
Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1920, t. XLVI : 27 avril, p. 606, Ch. DUJARIER. Discussion : Mauclaire; — 6 juillet, p. 1010, P. DELBET; — 23 nov., p. 1289, HEITZ-BOYER. Discussion : Mauclaire, Lenormant, Heitz-Boyer, Dujarier, Tuffier, Cunéo, Rouvillois, Ombrédanne, Broca, Alglave; — 30 nov., p. 1345, P. DUVAL, P. DELBET; — 14 déc., p. 1442, P. HALLOPEAU, TUFFIER, ROBINEAU.
1921, t. XLVII : 15 fév., n° 5, p. 219, Ch. DUJARIER; — 22 fév., n° 6, p, 257, Ch. DUJARIER.
Soc. de chir. de Lyon, comptes rendus in *Lyon chir.* : 18 déc. 1919, SANTY.
1920 : 8 janv. PATEL; — 5 fév., BÉRARD; — 19 fév., DESGOUTTES; — 25 fév., NOVÉ-JOSSERAND; — 6 mai, SANTY, DESGOUTTES. Discussion : Laroyenne, Leriche; — 25 nov., MURARD. Discussion : Bérard, Patel, Tavernier, Villard, Bérard, Patel.
Fred H. ALBEE. *The amer. Journ. of orthop. surg.*, 18 août 1918, vol. XVI, n° 8, p. 493.
SANTY. *Lyon chir.*, sept.-oct. 1919, t. XVI, n° 5, p. 405.
W. C. CAMPBELL. *Ann. of surg.*, nov. 1919.
SANTY et AIGROT. *Lyon chir.*, sept.-oct. 1920, t. XVII, n° 5, p. 553.
R. WHITMAN. *Journ. of orth. surg.*, oct. 1920, vol. XVIII, n° 10, p. 548.
A. BASSET. *Presse méd.*, 1er déc. 1920, n° 88, p. 867; — Repérage radiologique dans les opérations de vissage du col, *Journ. de chir.*, 1921, t. XVII, n° 2, p. 81.
F. ARCELIN. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, 1920, t. IV, n° 1, p. 12; — JAPIOT. *Id.*, n° 2, p. 65; — TRIBOUT. *Id.*, n° 8, p. 350.
AUBOURG. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 11 juin 1920, n° 11, p. 273.
ARCELIN. *Lyon chir.*, nov.-déc. 1920, t. XVII, n° 6, p. 609.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 MARS 1921)

La revision de la loi sur la santé publique. — M. Paul COURMONT préconise l'organisation régionale de l'hygiène, très préférable, à son avis, à l'organisation départementale. Il fait remarquer que cette organisation par régions a fait grandement ses preuves pendant la guerre et donné d'excellents résultats. Si on voulait bien rééditer sur les mêmes bases ce qui a été fait alors et a bien fonctionné, on aurait des succès comparables, et, en outre, tout serait prêt pour la mobilisation hygiénique.

Prophylaxie de l'encéphalite léthargique. — M. NETTER, au nom de la Commission nommée par l'Académie pour étudier cette question, lit un rapport, concluant à classer l'encéphalite léthargique dans les maladies dont la déclaration est obligatoire, Cette déclaration devrait être étendue également aux cas douteux. Elle est obligatoire en Angleterre, en Suisse et aux Etats-Unis.

Dents surnuméraires développées dans l'orbite. — MM. DE LAPERSONNE, VELTER et PRELAT rapportent la curieuse observation d'une jeune fille présentant de l'exophtalmie et chez qui l'examen radiographique permit de constater la présence de tout un chapelet de dents surnuméraires (une douzaine au moins) qui part un peu en arrière de la dernière molaire supérieure droite, pénètre dans l'orbite et se termine au fond de cette cavité. Les auteurs établissent le mode de développement de cette anomalie et discutent l'acte opératoire, qui pourra débarrasser le sujet de ces dents, assez difficilement tolérées.

Le pouvoir pathogène des bacilles de Morgan et de Castellani. Syndrome entérohémorragique. — M. DOPTER fait ressortir le haut intérêt que comporte l'observation de MM. Besson et de Lavergne présentée à la dernière séance, montrant dans un cas mortel d'entérite cholériforme provoquée par le bacille de Morgan, des lésions hémorragiques de l'intestin grêle et l'intégrité du gros intestin.

A son sens, ce fait est de nature à bien préciser le rôle de ce germe qu'on a indûment fait rentrer, pendant la guerre, dans le cadre, déjà élargi à plaisir, des bacilles dysentériques. Les altérations qu'il produit n'ont pas le même siège, et se différencient nettement encore par leur aspect qui se traduit par de l'entérite hémorragique, contrastant avec les lésions nécrotiques, puis ulcéreuses de la dysenterie bacillaire.

M. Dopter rapproche de ces constatations, celles qui ont été faites pendant la guerre à l'autopsie d'un certain nombre d'atteintes cholériformes observées sur toute l'étendue du front, mais plus spécialement en Argonne. Les lésions se sont montrées identiques aux précédentes, développées uniquement ou avec une prédominance nette sur le grêle, atteignant moins sévèrement le gros intestin, mais parfois aussi l'estomac. De telles altérations se traduiraient par la production d'un syndrome, non pas dysentérique, mais cholériforme avec selles liquides, abondantes, véhiculant parfois quelques lambeaux de mucus sanguinolent.

Or, dans deux cas mortels de cette affection, M. Besredka avait isolé un germe se rapprochant étroitement du bacille de Morgan et qui peut être considéré comme un bacille de Castellani. L'expérimentation reproduit, avec ce dernier, des lésions identiques à celles que le bacille de Morgan détermine chez l'homme. Tous deux sont totalement étrangers à l'étiologie spécifique de la dysenterie bacillaire.

Des données précédentes, une notion nouvelle semble se dégager : c'est, en regard du syndrome dysentérique dont il diffère essentiellement au point de vue anatomo-clinique et qui est dû à l'action pathogène du groupe des bacilles dysentériques, l'existence d'un syndrome cholériforme, ou entéro-hémorragique ; ce dernier est l'expression d'un état inflammatoire, souvent hémorragique, de l'intestin grêle, causé par l'action pathogène, non d'un germe spécifique, mais d'un groupe spécifique de germes, parmi lesquels les bacilles de

Morgan, et de Castellani, peut-être encore des variétés de paratyphiques B. ou des bacilles du type Ærtryck peuvent être rangés.

Ces faits sont de nature à susciter des recherches multiples dans le cadre nouveau qui vient d'être tracé.

Extraction d'un projectile du péricarde. — M. Bœckel.

Névralgies pelviennes périodiques chez la femme dues à la présence de vers intestinaux. — M. Léo.

— Communication faite à la séance du 1er mars 1921 :

Cancer du côlon - Résection de tout le gros intestin et de 30 cm. d'iléon. Abouchement de l'iléon à l'anus. Guérison. — M. Pauchet communique l'observation d'une femme de 57 ans qui subit quatre opérations, dont les deux premières par Gustave Bernard et les deux autres par Bernard et Pauchet.

1° Résection segmentaire d'un squirrhe ficelle de la sigmoïde. Impossibilité d'abouchement colo-rectal. Fixation du bout colique à la paroi, anus contre nature. Sphacèle secondaire du segment recto-colique.

2° Anus transverse dans un but de dérivation pour favoriser la cicatrisation pelvienne et sa désinfection.

3° Tentative inutile d'abaissement du côlon à l'anus. Abouchement de l'iléon mobilisé par une section du mésentère amené dans l'anus par une pince extérieure. Suites normales.

4° Excision des deux anus et colectomie totale. Suites simples.

L'état général de la malade remonte très rapidement; elle engraisse de 8 kg. Le nombre des selles est d'abord de 40 par jour, avec érythème fessier, puis les selles arrivent au nombre de 6 par 24 h. La malade mène une vie normale. Malheureusement, elle fait une métastase du foie.

L'examen coprologique montre des digestions normales.

La rectoscopie montre une muqueuse qui ressemble à celle du rectum.

Cette résection large de l'intestin, côlon total, rectum supérieur et terminaison de l'iléon, a été un procédé non pas choisi, mais de nécessité; l'auteur se garde donc d'ériger ce procédé en principe pour les cas semblables. Le but de l'opérateur était simplement d'abaisser le côlon descendant à l'anus; c'est par impossibilité matérielle qu'il s'est attaqué à l'iléon, mais le procédé est à retenir dans les cas analogues.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉCRET FIXANT LES TARIFS DES SOINS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES PRÉVUS PAR L'ARTICLE 64, PARAGRAPHE 5, DE LA LOI DU 31 MARS 1919.

Le *Journal officiel* du 10 mars publie le décret suivant :

« Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des pensions, primes et allocations de guerre et du ministre des finances,

Vu la loi du 31 mars 1919 et, notamment le § 5 de l'art. 64 modifié par l'art. 54 de la loi de finances du 31 décembre 1920 ainsi conçu : « Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat. Le tarif en sera établi par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique » ;

Vu le décret du 26 septembre 1919, portant règlement d'administration publique pour l'application de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 ;

Le Conseil d'État entendu,

Décrète :

TITRE PREMIER

Tarifs médicaux de consultation et de visite.

Article premier. — Le prix de la consultation et de la visite médicale, y compris les menues interventions telles que pansement simple, petits massages, pointes de feu, ventouses, injections hypodermiques, est fixé comme suit :

Communes de 5.000 habitants au plus :

Consultation .... 4 fr.
Visite .... 5 fr.

Communes de 5.001 à 50.000 habitants :

Consultation .... 5 fr.
Visite .... 6 fr.

Communes de 50.001 à 100.000 habitants :

Consultation .... 6 fr.
Visite .... 7 fr.

Communes de 100.001 à 200.000 habitants :

Consultation .... 7 fr.
Visite .... 8 fr.

Communes au-dessus de 200.000 habitants :

Consultation .... 8 fr.
Visite .... 10 fr.

Lorsqu'il sera procédé à une visite, le billet de visite devra faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin.

Le tarif applicable est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi de 1919.

Art. 2. — Si le médecin traitant estime qu'il y a lieu d'appeler en consultation un autre médecin, notamment un spécialiste, il en avise immédiatement le préfet et lui fait connaître les motifs pour lesquels la consultation est demandée. Le médecin consultant est rémunéré au moyen d'un billet de visite en travers duquel sont inscrits les mots : « médecin appelé en consultation », signé à la fois par le médecin traitant et par le médecin consultant. Ce dernier est rémunéré au tarif de la commune qu'il habite, majoré de 50 p. 100.

Art. 3. — Le prix de la visite est doublé lorsque, dans les cas d'urgence, elle doit avoir lieu entre 22 heures et 6 heures.

Les circonstances qui justifient l'urgence doivent être mentionnées sur le bulletin de visite.

TITRE II

Frais de déplacement des médecins.

Art. 4. — Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile sont établies pour chaque département, sur la proposition des préfets, par arrêtés concertés entre le ministre des pensions et le ministre des finances. Les tarifs tiendront compte des régions, parcours et modes de transport.

Les indemnités ne pourront être supérieures à 1 fr. 50 par kilomètre effectivement parcouru sans que le montant total de l'indemnité puisse excéder celle attribuable au médecin ou au spécialiste le plus rapproché.

L'indemnité kilométrique n'est allouée en aucun cas ni pour les parcours de moins de 2 km., ni dans les limites d'une agglomération, ni dans les communes de 100.000 habitants et au-dessus.

Lorsqu'un médecin visite plusieurs malades échelonnés sur un même parcours, l'indemnité kilométrique n'est décomptée qu'une fois, en tenant compte du parcours effectué. Le montant de l'indemnité est décompté sur la feuille de visite du malade le plus éloigné avec référence réciproque entre la feuille de visite des différents malades visités.

TITRE III

Interventions opératoires.

Art. 5. — Les interventions opératoires nécessitant l'hospitalisation sont assurées gratuitement aux frais de l'Etat dans les hôpitaux appropriés, aux conditions fixées par le § 6 de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919.

Art. 6. — Les opérations de petite chirurgie et les menues interventions qui ne nécessitent pas l'hospitalisation et ne rentrent pas néanmoins dans les actes médicaux usuels indiqués à l'art. 1er sont tarifées au prix de deux ou de trois consultations ou visites, suivant la distinction qui sera faite par une instruction ministérielle prise après avis d'une commission spéciale.

La nature et le prix de l'intervention sont portés par le médecin sur le bulletin de visite qui est alors spécialement soumis au contrôle prévu par l'art. 19 du décret du 26 septembre 1919.

TITRE IV

Produits pharmaceutiques.

ART. 7. — Le tarif des produits pharmaceutiques à livrer au bénéficiaire de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 sera établi par arrêté concerté entre le ministre des pensions et le ministre des finances après avis d'une commission spéciale de cinq membres comprenant au moins un médecin et un pharmacien.

Ce tarif comportera le prix des examens bactériologiques, analyses et réactions ordonnés par les médecins et pour lesquels on ne pourrait recourir aux laboratoires publics.

ART. 8. — Le ministre des pensions, primes et allocations de guerre et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 9 mars 1921.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :
Le ministre des pensions, primes et allocations de guerre,
MAGINOT.

Le ministre des finances,
PAUL DOUMER. »

LE TARIF MÉDICAL DE LA LOI DES PENSIONS ET L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

L'Union des syndicats médicaux nous adresse la déclaration suivante :

« Le tarif publié par le *Journal officiel* ne peut qu'aggraver le conflit existant depuis le 1er février entre le corps médical et le ministère des pensions.

On se rappelle que l'Union des syndicats médicaux de France demandait :

1° Une organisation de soins, c'est-à-dire une nomenclature complète des actes médicaux, chirurgicaux et de spécialités, un véritable statut précisant les modalités d'application et de fonctionnement du tarif;

2° L'établissement d'un contrôle sérieux;

3° Un tarif suffisant pour permettre aux médecins qui ont besoin de vivre, de faire convenablement leur métier.

Au cours du conflit, l'Union des syndicats médicaux avait dit que le ministère entendait ne pas créer cette organisation de soins, se borner à tarifer la visite et la consultation et, pour le reste, envoyer systématiquement à l'hôpital les malades qui auraient besoin d'une intervention quelque peu importante, soit de médecine, soit de chirurgie, soit de spécialité.

Nous avions dit que l'Administration voulait calquer le service médical pour les bénéficiaires de la loi des pensions sur son service d'Assistance publique.

Or, le décret publié hier confirme pleinement ce qu'avait prévu l'Union des syndicats médicaux. Le tarif publié est d'une insuffisance complète; *il ne comporte aucun tarif chirurgical, aucun tarif pour les actes médicaux*, en dehors de la visite et de la consultation, exception faite de quelques petites interventions dont la nomenclature n'est même pas donnée et qui sont évidemment insignifiantes.

Ainsi, il est démontré que l'Administration veut systématiquement adresser les malades à l'hôpital, leur retirant par cela même, *la liberté de se confier au médecin de leur choix.*

Le décret ne comporte aucune *organisation de contrôle*, il fait simplement allusion à un décret antérieur qui, lui-même, est d'*une telle insuffisance sur ce point, qu'il n'est défendu par personne.*

Enfin, les prix proposés par l'Etat sont tels, qu'il est impossible à un médecin qui veut faire consciencieusement son métier, de vivre dans les conditions qui lui sont offertes, sauf pour la première catégorie.

Le corps médical, cédant à des sollicitations d'ordre budgétaire, avait fini par accepter que les prix appliqués aux honoraires pour soins donnés aux bénéficiaires de la loi des pensions, soient les mêmes pour la visite et la consultation que ceux qui ont été acceptés pour le tarif des accidents du travail. Le corps médical avait fait cette concesion pour affirmer sa bonne volonté et pour démontrer qu'il ne s'agissait pas seulement pour lui d'une question d'argent. Le ministère, au lieu de cela, a divisé les médecins en cinq catégories dont la première est payée deux fois plus cher que la cinquième! Cette division qui ne repose sur rien, qui met les médecins des campagnes et des petites villes dans un état d'infériorité notoire, ne peut être acceptée par le corps médical.

Par conséquent, le conflit continuera jusqu'à ce que satisfaction ait été donnée sur les trois points suivants :

1° Organisation de soins qui garantisse le libre choix du malade et lui permette, dans les cas les plus graves, de donner sa confiance au médecin qu'il aura librement désigné;

2° Organisation d'un contrôle sérieux;

3° Tarif établi d'accord, et suffisant, pour permettre aux médecins de faire honnêtement la médecine.

L'Union des syndicats médicaux s'étonne qu'on demande à une profession libérale, très lourdement frappée, de faire des sacrifices qu'elle ne pourrait consentir qu'au détriment des malades eux-mêmes; elle s'étonne d'autant plus que la crise des professions libérales est aujourd'hui officiellement reconnue et que les médecins ne comprennent pas, dans leur sein, un seul des profiteurs de guerre.

Les médecins n'acceptent donc pas un tarif qui n'a pas été établi d'accord avec eux, et que l'Etat *ne peut leur imposer.* Ils ignoreront le décret du 9 mars et ils continueront à ne pas reconnaître aux blessés, malades et mutilés de guerre, la qualité des bénéficiaires de la loi. Ceux-ci seront soignés comme des malades ordinaires, selon la décision prise par l'Union des syndicats médicaux, dans l'intérêt même des blessés, malades et mutilés de guerre.

LIVRES NOUVEAUX

L'Epilepsie (1), **par Jules PECH.**

Cet ouvrage dont la lecture est si captivante, même pour des profanes, est marqué au coin d'une intellectualité supérieure.

Le Dr J. Pech nous donnait, l'année dernière, la *Théorie électro-dynamique de la pensée* qui a été si élogieusement appréciée ; voici, traité par lui et avec son originalité habituelle, un sujet que peu de savants oseraient aborder ; on ne peut s'empêcher d'être séduit par cet exposé si complet, si lumineux, et qui dévoile chez son auteur une connaissance vraiment profonde de la physiologie et de la pathologie générale.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES & DIAGNOSTIC DU CANCER DU SEIN (2)

II. SQUIRRHE EN CUIRASSE. — Forme grave.

La peau de la paroi thoracique présente de larges plaques indurées, rougeâtres, peu douloureuses au toucher, constituant parfois une véritable cuirasse. Les douleurs sont habituellement très vives et la malade meurt souvent d'asphyxie.

III. SQUIRRHE ATROPHIQUE. — Assez rare, se voit surtout chez la *vieille femme.*

La glande mammaire est déformée, ratatinée. Le *mamelon est très rétracté.*

La peau et la glande sont collées contre la paroi thoracique.

A la palpation, on constate un noyau peu volumineux, dur, adhérent à la peau et aux plans profonds.

L'*évolution est longue*, pouvant durer jusqu'à 10 et 15 ans.

Exceptionnellement, elle aboutit à l'ulcération ou à la généralisation.

C. **Cancer encéphaloïde.** — Rare.

La tumeur, de consistance molle, envahit rapidement la peau qui devient violacée avec des varicosités.

La palpation donne une sensation de *fluctuation.*

L'évolution est rapide. L'ulcération donne issue à des

(1) In-8, 112 pages. — Prix : 7 fr. — Paris, A. Maloine et fils.
(2) Fin. — *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 20, p. 319.

débris de tumeur mous, grisâtres, rappelant la substance cérébrale. Après cette élimination, de nouveaux bourgeons sanieux se forment, donnant à l'ensemble un aspect végétant.

La mort survient rapidement (en quelques mois) et succède souvent à des complications septiques.

D. **Cancer intracanaliculaire.** — Se voit surtout de 35 à 50 ans.

Il se manifeste d'abord par l'*écoulement d'un liquide sanguinolent* par le mamelon. C'est une sérosité sanglante, non coagulable, laissant sur le linge une tache rosée.

A la palpation, on constate une tumeur arrondie, peu volumineuse, ferme, rarement fluctuante, *siégeant sous le mamelon* en pleine glande mammaire. Adhérente à la glande, elle est assez bien isolée des tissus voisins. La traction du mamelon la déplace.

Le mamelon n'est pas rétracté.

La pression de la tumeur provoque l'*écoulement d'un liquide sanguinolent.*

Dans quelques cas, la peau qui recouvre la tumeur est ecchymotique.

Il n'y a pas d'adénopathie.

L'évolution est lente et dure 10 et même 15 ans.

Mais cette variété peut aussi parfois se propager ou s'ulcérer et elle évolue alors comme les autres cancers.

E. **Cancer du sein chez l'homme.** — Exceptionnel.

Il est assez souvent intracanaliculaire.

PRONOSTIC. — Abandonné à lui-même, le cancer du sein a un pronostic fatal.

Son évolution est plus rapide chez la femme jeune.

Le pronostic s'est cependant notablement amélioré depuis qu'on institue un traitement chirurgical précoce.

DIAGNOSTIC. — La constatation d'une tumeur du sein doit toujours faire penser au cancer. Le cancer constitue, en effet, la tumeur du sein la plus fréquente. Le diagnostic doit toujours être fait précocement, car de cette précocité dépend le succès de l'intervention. Il faut donc procéder à un examen minutieux et rechercher avec soin le caractère principal du cancer : l'*absence d'encapsulement*; la tumeur ne peut pas être séparée de la glande; elle fait corps avec elle.

Le *diagnostic différentiel* présente des difficultés variables suivant que la tumeur est ou n'est pas ulcérée.

A. **Dans la phase de tumeur non ulcérée**, il faut d'abord rechercher si le néoplasme est encapsulé.

I. TUMEUR ENCAPSULÉE. — Peut être isolée des plans superficiels et du reste de la glande. Il faut étudier sa consistance; elle peut être solide ou liquide.

a. *Tumeur solide.* — Il s'agit alors d'un néoplasme du groupe des *adénomes.*

1° *Adénome ou fibro-adénome.* — Il s'agit d'une femme jeune (15 à 35 ans).

La tumeur a habituellement le volume d'une noix, rarement davantage.

Elle est *très nettement encapsulée.*

Le nodule est généralement unique, mais on peut parfois en trouver plusieurs dans les deux seins.

Le mamelon est quelquefois étalé, mais *jamais rétracté.*

Il n'existe *pas d'adénopathie* axillaire.

2° *Adéno-sarcome.* — Se reconnaît à ses grosses lobulations, à la consistance différente des masses qui le composent.

La tumeur est toujours encapsulée et mobile sous la peau.

Il existe habituellement une dilatation du réseau veineux sous-cutané.

Le mamelon n'est pas rétracté.

La pression fait sourdre quelquefois un liquide séreux ou brunâtre.

Il n'y a pas de ganglions axillaires.

b. *Tumeur liquide.* — Il peut s'agir d'un *épithélioma intracanaliculaire* dont les caractères ont déjà été étudiés, et il faudra éliminer le *galactocile.*

Le *galactocile* apparaît habituellement *pendant la lactation* ou au moment du sevrage.

Il se présente sous la forme d'une tumeur assez volumineuse, arrondie, *nettement liquide.*

La pression fait sourdre par le mamelon un *liquide lactescent.*

Dans le doute, on pourra recourir à la ponction exploratrice qui ramènera un liquide analogue au lait.

II. LA TUMEUR N'EST PAS ENCAPSULÉE. — C'est surtout dans ce cas qu'il faut soupçonner le cancer. Une seule affection peut égarer le diagnostic : c'est la *mastite chronique.*

Mais la mastite débute souvent pendant la lactation.

Sa durée est habituellement assez longue avec parfois des phases de régression.

La pression du doigt est parfois douloureuse et *presque toujours sensible.*

Il n'y a pas de rétraction fixe du mamelon.

L'adhérence à la peau se fait sur une surface assez large.

Les ganglions axillaires, un peu douloureux, présentent des caractères inflammatoires.

En réalité, c'est souvent là un *diagnostic très difficile.* On hésite entre un cancer et un noyau isolé de mastite chronique. Le diagnostic devient encore plus hésitant s'il s'agit d'une femme de 40 ans, et nous avons déjà vu combien il était important de faire un diagnostic précoce. On se gardera bien de compter sur l'évolution de l'affection car ce serait perdre un temps précieux, et il faut recourir à l'*incision exploratrice* qui seule tranchera le doute.

B. Quand le cancer est arrivé à la **phase d'ulcération**, le diagnostic devient beaucoup plus facile. L'ulcération qui repose sur une tumeur dure est irrégulière, à bords indurés, éversés, à fond sanieux, bourgeonnant.

Il sera généralement facile d'éliminer les autres ulcérations.

1° L'ULCÉRATION TUBERCULEUSE ne repose pas sur une tumeur nette; ses bords sont violacés, décollés; au stylet, on trouve une fistule qui conduit à des lésions profondes.

2° LA GOMME SYPHILITIQUE ULCÉRÉE a une forme irrégulière; ses bords sont épais; l'ulcération est taillée à pic et présente un fond bourbillonneux. Dans les cas difficiles, on se basera sur les antécédents, sur la coexistence d'autres lésions syphilitiques, la réaction de Wassermann, le traitement d'épreuve.

3° L'ULCÉRATION ACTINOMYCOSIQUE est rare; elle est constituée par un ensemble de fistules qui laissent écouler un pus dans lequel le microscope révèle les grains caractéristiques.

4° L'ADÉNO-SARCOME ULCÉRÉ repose sur une tumeur volumineuse. L'ulcération est à l'emporte-pièce; ses bords sont décollés et les bourgeons néoplasiques font saillie sans y adhérer.

En somme, le diagnostic ne présente de difficultés qu'à la période de début, c'est-à-dire au moment où il est le plus important. Il est, en effet, souvent difficile de distinguer le cancer d'un adénome ou d'un noyau de mastite chronique. Aussi faut-il, en cas de doute, recourir à l'incision exploratrice qui permettra de pratiquer une *biopsie.*

A l'examen microscopique, le cancer se caractérise par l'existence de *cellules atypiques* avec des noyaux altérés et des figures anormales de karyocinèse. La lumière du tube glandulaire, au lieu d'être régulière, est limitée par une ligne brisée; souvent elle est entièrement comblée par les cellules. Enfin, la vitrée est repoussée et effondrée par les cellules cancéreuses qui envahissent le tissu conjonctif avoisinant et constituant des *cordons cellulaires pleins.*

La biopsie permet également de reconnaître la variété du cancer, et, à côté de l'*épithélioma atypique infiltré* qui constitue la forme commune, on pourra reconnaître :

La *forme squirrheuse* avec tissu conjonctif abondant et boyaux épithéliaux rares;

La *forme encéphaloïde* avec développement intense des cellules épithéliales;

La *forme colloïde* avec ses grandes cavités entourées par un stroma conjonctif et remplies de mucus;

La *forme intra-canaliculaire ou dendritique* caractérisée par des cellules épithéliales *cylindriques* très hautes recouvrant des axes conjonctifs.

BIBLIOGRAPHIE. — LECÈNE. *Précis de pathologie chirurgicale.* — LE DENTU-DELBET. *Traité de chirurgie.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
RAEGER

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 15 mars. — MM. Desplas, 25 ; Houdard, 27 ; Leveuf, 28 ; Rouhier, 27.

— CONCOURS DU PRIX DE L'INTERNAT (MÉDAILLE D'OR). — *Médecine.* — Séance du 12 mars. — Jugement des mémoires : MM. Moreau, Léchelle et Turquéty, 30.

Séance du 14 mars. — Question donnée : « Ulcère simple du duodénum. »

MM. Léchelle, 19 ; Turquéty, 18 ; Moreau, 19.

Séance du 16 mars. — Question donnée : « Les cirrhoses pigmentaires. — Structure et physiologie de la muqueuse de l'intestin grêle. »

MM. Turquéty, 27 ; Moreau, 29 ; Léchelle, 28.

Classement : 1er prix (médaille d'or) : M. Moreau, 78 points.
2e prix (médaille d'argent) : M. Léchelle, 77 points.
3e prix (accessit) : M. Turquéty, 75 points.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AMIENS. — Le concours pour la place d'un chirurgien s'est terminé par la nomination de M. de Butler d'Ormond).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 17 mai 1921, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, guichet n° 2, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au 7 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1921.

— CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 23 mai 1921, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, guichet n° 2, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au 14 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1921.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Hugounenq, ancien doyen, est nommé doyen honoraire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Chazarain, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, du 1er mars 1921 au 28 février 1922, d'un cours de physiologie.

MÉDECINS DES ASILES. — Un décret en date du 1er mars 1921 fixe la limite d'âge des fonctions de médecin des asiles publics d'aliénés à 65 ans.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE SOCIALES. — *Au grade d'officier.* — MM. les Drs Barth, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ; Brindeau, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Veroudart (de Noyon), Civel (de Brest), Bonnefoy (de Saint-Julien-en-Genevois).

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — MM. le Dr Gautrez (de Clermont-Ferrand), le médecin-major de 1re classe Trutié de Vaucresson.

L'ÉTAT SANITAIRE EN MÉDITERRANÉE. — Voici, d'après le *Tunis médical*, quel était à la fin de février l'état sanitaire en Méditerranée.

En Méditerranée orientale la situation sanitaire paraît nettement améliorée. On ne signale plus de peste à Constantinople depuis un mois : le nombre des cas de typhus exanthématique et typhus recurrent, parmi les réfugiés russes, a notablement diminué.

Quelques cas sporadiques de peste sont toujours signalés au Pirée : de nombreux cas de variole existent à Palerme.

En Tunisie, quelques cas de peste bubonique ont été observés dans la région de Zarzis (Sud Tunisien), du 25 décembre au 25 janvier. Le dernier cas a été isolé le 25 janvier : aucun cas nouveau n'a été constaté depuis cette date. Le foyer

de la maladie, a été découvert et isolé à plusieurs kilomètres de Zarzis : grâce aux sévères mesures prises (isolement, désinfection, vaccinations préventives), tout danger d'épidémie a été écarté.

LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE A L'HOTEL-DE-VILLE. — Au moment où le disparition des fortifications et la préparation du plan d'extension de Paris imposent aux élus de l'agglomération parisienne et à l'administration le devoir de préciser les directives suivant lesquelles se développeront à la fois la capitale et sa banlieue, la 5e commission du Conseil municipal s'occupe de déterminer la place qu'il conviendra de donner aux établissements hospitaliers. L'étude de cette question a été confiée à M. de Fontenay, qui se trouve ainsi appelé à déterminer le rôle que doivent jouer, dans le problème de l'hospitalisation et pour une grande ville comme Paris, l'hôpital urbain et l'hôpital rural.

Comme point de départ de son intéressante étude, M. de Fontenay a pris le « plan idéal » exposé par M. Mourier, lors de son installation à la direction de l'Assistance publique, et qui, transportant dans le domaine civil la formule éprouvée par la guerre, ne laisse dans la ville que de simples postes de secours d'où, « malades et blessés, méthodiquement triés, seraient transportés dans les services spécialisés, organisés, outillés pour le travail en série dont ils seraient tributaires ».

Partant de là, M. de Fontenay admet qu'on place sur les terrains des fortifications désaffectées, comme le demandent MM. Varenne et Lemarchand, quelques hôpitaux. Mais comme il ne croit pas qu'il soit possible d'en édifier « huit », il considère comme désirable la conception de l'hôpital à la campagne « à une moyenne de 30 à 40 kilomètres ».

Mais immédiatement apparaît la nécessité de recourir à une classification des hôpitaux suivant les malades qu'ils auraient à recevoir. Pour la chirurgie, de même que pour les maternités, l'hôpital urbain s'impose. A l'hôpital rural, on enverrait ceux pour lesquels l'intervention chirurgicale n'est pas nécessaire, ainsi que ceux qui sont atteints d'affections « suppurées ». Aux cancéreux, conviendrait la campagne, si le traitement par le radium ne faisait préférer à M. de Fontenay, l'hôpital suburbain (*Le Temps*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OUVERTURE DU COURS DE PATHOLOGIE INTERNE

M. Rénon, qui deux heures auparavant avait été élu membre titulaire de l'Académie de médecine à la presqu'unanimité des suffrages, a fait sa première leçon mardi devant un amphithéâtre comble, en présence de M. le Doyen, et entouré de ses maîtres, de ses collègues et de ses nombreux amis.

Après les remerciements d'usage, il a parlé de ses maîtres dont le premier fut Léon Labbé. Les autres furent Widal, Barth, Huchard, Bar et surtout Dieulafoy.

C'est avec une grande simplicité, mais trouvant toujours le mot juste et avec un louable sentiment de gratitude qu'il a fait l'éloge de chacun de ces maîtres. Il a particulièrement insisté sur les travaux et les découvertes du prof. Widal dont il fut témoin et qu'il a pu, l'un des premiers, apprécier. Il en a fait un tableau si saisissant et un éloge si mérité que toute la salle a frénétiquement applaudi pendant un long moment. Ce fut un bel hommage et bien spontané rendu à l'éminent professeur dont les travaux illustrent la médecine française.

Après Widal, ce fut Barth auprès duquel M. Rénon s'est perfectionné dans l'étude de la bonne et saine clinique et a trouvé un bel exemple de conscience et d'honorabilité professionnelle. M. Rénon s'égara ensuite pendant une année dans l'obstétrique; mais il n'y perdit pas son temps puisque ce fut chez le prof. Bar qu'il passa cette année d'internat. Il fit aussi une excursion à l'Hôpital Saint-Louis et parvint enfin chez Dieulafoy. Il nous trace un beau portrait de ce grand clinicien, de ce travailleur, de ce chercheur qui allait toujours au devant de tout progrès, de ce brillant professeur dont l'éloquence si claire, si persuasive, attirait toujours un si grand public aux leçons de l'Hôtel-Dieu, public composé d'autant de médecins que d'élèves.

Puis M. Rénon, qui était convaincu qu'il reste toujours quelque chose à apprendre, alla faire un stage à l'Institut Pasteur, sous la conduite de Martin, de Nicolle, etc.

Alors M. Rénon se trouva mûr pour les concours, qu'il suivit avec ses amis Soupault, Triboulet, aujourd'hui disparus et auxquels il rend un pieux hommage.

Après de pareilles études, on conçoit que M. Rénon arriva facilement aux hôpitaux et à l'agrégation. Le voilà donc muni de tous les grades, de toutes les qualités requises pour faire un bon professeur.

Dans la seconde partie de cette belle leçon, M. Rénon fait connaître son programme, la façon dont il entend l'enseignement de la pathologie, l'importance de l'association de la pathologie avec l'hygiène, la parfaite entente de la clinique avec la bactériologie, l'histologie, la radiologie, etc. Il faut toujours, dit-il, partir du malade qui doit être le premier sujet d'étude, s'en éloigner pour se tourner vers la bactériologie et la radiologie, et revenir en fin de compte au malade, but final de toutes les recherches.

Dans la façon dont M. Rénon entend la pratique de la médecine, on reconnaît l'auteur de « la médecine sociale ». Ce n'est plus seulement le malade, mais aussi la collectivité que le médecin doit envisager et se diriger ainsi, de plus en plus, vers la prophylaxie.

La place nous manque malheureusement pour suivre M. Rénon dans le développement de ses idées si larges et si justes.

Nous ne doutons pas du succès qui est réservé à son enseignement.

A. BROCHIN.

NOTES DE PRATIQUE

DE L'ADONIS VERNALIS COMME MÉDICAMENT CARDIAQUE

Roch (de Genève) a prétendu que l'adonis était un médicament infidèle, qui n'avait d'action qu'à des doses intolérables pour les voies digestives. Mollard (de Lyon), dès 1912, s'est élevé contre cette opinion et a relaté les résultats qu'il a obtenus en employant l'adonis.

Il convient tout d'abord de remarquer qu'il a utilisé l'infusion de la plante alors que Roch s'était servi de teinture d'adonis. Et tandis que ce dernier n'avait obtenu ni action cardiaque, ni diurèse, ni diminution de la dyspnée, Mollard a observé des résultats favorables constants, et, à côté de cas où l'adonis a joué le rôle de « brillant second » de la digitale, il en a vu d'autres où, la digitale ayant échoué, l'adonis est devenu le médicament héroïque.

Pour appuyer ses conclusions, Mollard rapporte deux observations extrêmement intéressantes. Dans l'une, il s'agit d'un cardiopathe chronique ne pouvant vivre qu'avec l'aide continue d'un toni-cardiaque et chez lequel l'adonis, administré après des échecs répétés des préparations de digitale, amena un soulagement immédiat.

Dans l'autre, il s'agissait d'un cœur en état d'asystolie chronique, réagissant admirablement à tous les médicaments cardiaques, mais ne pouvant à aucun moment s'en passer. Parmi les médicaments employés, l'adonis s'est montré l'égal de la digitale et même à certains moments lui est devenu supérieur.

Ce sont là deux observations typiques; on pourrait en citer quantité d'autres qui n'en seraient que la reproduction. Il faut donc admettre à l'heure actuelle que l'adonis vernalis, surtout sous la forme d'extrait total (Diurène), a des propriétés physiologiques et thérapeutiques très sensiblement analogues à celles de la digitale; qu'il a l'avantage sur cette dernière de ne pas s'accumuler; qu'enfin l'adonis vernalis est en même temps un diurétique puissant et qu'il est, à ces divers titres, appelé à rendre les plus éminents services dans le traitement des cardiopathies.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE & RADIOLOGIQUE
DE
L'ULCÈRE SIMPLE DU DUODÉNUM

Par le Dr EDOUARD ANTOINE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Généralités. — LES ULCÈRES DU DUODÉNUM. — L'ulcère du duodénum peut être primitif ou secondaire.

1. L'ULCÈRE PRIMITIF est l'ulcère simple, survenant sans cause apparente et ayant une évolution le plus souvent chronique.

2. Les ULCÈRES SECONDAIRES peuvent survenir au cours de brûlures étendues, de l'urémie, de certaines infections des nouveau-nés, de traumatismes, et des toxi-infections diverses : anthrax, érysipèle, phlegmon, infection urinaire, pneumonie, diphtérie, variole, infection opératoire.

Leur allure est aiguë et le diagnostic clinique en est rarement posé, soit que l'ulcération cicatrise rapidement, soit qu'elle provoque la mort par hémorragie profuse ou perforation, Dieulafoy a appelé l'attention sur les ulcérations du duodénum ou de l'estomac secondaires à l'appendicite. Ces lésions peuvent aller depuis l'érosion simple à l'exulcération et à l'ulcère perforant.

L'histoire clinique et les limites mêmes de l'ulcère du duodénum sont des plus discutées. Alors que l'école française, à la suite de Bucquoy, Letulle, Collin, admet que l'ulcus duodénal est beaucoup plus rare que l'ulcus gastrique; au contraire les Anglo-américains, avec Mayo-Robson, Mayo, Codmann, Moynihan, considèrent que l'ulcus duodénal est deux fois plus fréquent que l'ulcus gastrique. Mathieu, reprenant les idées de Soupault, Hayem, s'est fait le champion de l'école française dans ces dernières années, alors que Ricard, Pauchet ont adopté les idées anglo-américaines.

En réalité, on peut distinguer 2 sortes d'ulcères du duodénum :

1° l'un, *ulcus duodénal pur*, siégeant nettement sur le duodénum, en dehors de la zone d'influence du pylore;

2° l'autre, *ulcus juxta pylorique*, ou *duodéno pylorique* se développe dans le territoire physiologique du sphincter pylorique.

Alors que le premier a une symptomatologie clinique et des signes radiologiques assez nettement individualisés, l'ulcus duodéno pylorique rentre dans le groupe très vaste des ulcères juxta pyloriques. Et, en réalité, c'est surtout au sujet de ces derniers que les divergences d'opinions éclatent : tel ulcus, étiqueté par les Américains, comme étant duodénal, est au contraire rattaché aux ulcères gastriques par l'école française.

Existe-t-il un point de repère anatomique qui puisse servir de délimitation? les Américains s'appuient uniquement sur l'existence de la *petite veine pylorique*. Cette anastomose parcourt de haut en bas la face antérieure du segment gastro-duodénal et correspondrait exactement au pylore au niveau de son versant gastrique. Tout ce qui est à droite de ce vaisseau est duodénal, tout ce qui est à gauche est gastrique. Malheureusement la présence de cette veine n'est pas constante; et si, sur le vivant, au cours de l'opération, elle apparaît souvent nettement et dilatée, il n'en est plus de même sur le cadavre où il est difficile de la retrouver.

Cette opposition des ulcus pyloriques et duodénaux se retrouve encore au point de vue clinique. Si Soupault et Hartmann comprennent dans leur syndrome pylorique (syndrome des douleurs tardives) les ulcus pylorique et duodénal, Moynihan, au contraire, rattache le syndrome pylorique à l'ulcus duodénal seul. Cette conception est vraiment trop absolue!

Il semble cependant que peut-être, dans la plupart des cas envisagés, il n'y ait qu'une différence de terminologie. Avec Mathieu, on peut donc opposer l'*ulcus duodénal vrai et pur* à l'*ulcus duodéno pylorique;* l'ulcus duodéno pylorique à prédominance duodénale ressemble par ses symptômes et son évolution à l'ulcus pylorique ou juxta pylorique à prédominance gastrique. Tandis que l'ulcus duodénal proprement dit, situé en plein duodénum et loin du territoire fonctionnel du sphincter pylorique, a une symptomatologie clinique et radiologique assez marquée pour qu'on puisse, à l'heure actuelle, et dans bien des cas, en faire le diagnostic autrement qu'au cours d'une intervention opératoire.

Étude clinique. — Déjà Bucquoy, en 1887, publiait un travail dans lequel il cherchait à démontrer que l'ulcus duodénal a réellement une histoire clinique. Il lui attribuait comme symptômes cardinaux :

la prédominance des hémorragies par l'intestin,
la douleur surtout marquée à droite,
la conservation de l'appétit,
l'absence de phénomènes dyspeptiques,
le rétablissement rapide de la santé après les crises paroxystiques.

Soupault et Hartmann, en décrivant le syndrome tardif ou syndrome pylorique, le considéraient comme la traduction clinique d'un ulcus pylorique, juxta-pylorique ou duodénal.

Houdart, reprenant récemment ces idées, prétend qu'il est impossible de distinguer cliniquement un ulcère du duodénum d'un ulcère pylorique. Il y a parfois des signes de présomption, mais qui sont bien incertains, à la vérité.

Avec Mathieu, il faut admettre que ces conclusions sont vraies seulement pour l'ulcère duodéno pylorique. Il n'en est pas de même pour l'*ulcus vrai du duodénum*, développé en dehors du territoire fonctionnel du sphincter pylorique. C'est lui que l'on doit prendre comme type de description.

Le *début* est bien souvent obscur et l'on peut voir des ulcus complètement silencieux dont le premier symptôme peut être une perforation avec péritonite secondaire ou bien une abondante hémorragie intestinale. Mais plus souvent, les sujets atteints d'un ulcère duodénal souffrent depuis longtemps de l'estomac, et on les croit atteints d'une dyspepsie hypersthénique, d'hyperchlorhydrie, d'hypersécrétion à jeun, d'appendicite chronique, d'anémie, de cholécystite.

PÉRIODE D'ÉTAT. — 1° La *douleur* peut parfois se réduire à quelques troubles dyspeptiques, mais dans certains cas elle est caractéristique; elle apparaît tard, loin du repas, 4 heures et plus même après les repas. Ces crises douloureuses, plus ou moins marquées, surviennent soit l'après-midi entre 4 et 6 heures; soit la nuit, entre minuit et 2 heures du matin. La sensation de faim douloureuse (hunger pain), qui apparaît fréquemment à ce moment, ne

serait en somme que la traduction d'une « douleur très tardive ». L'ingestion d'aliments calme les douleurs; aussi ces malades mettent-ils parfois des aliments ou des boissons à portée d'eux la nuit pour calmer leurs douleurs.

La douleur siège à l'épigastre et surtout *à droite de la ligne médiane*. Légère au début, elle consiste en une simple sensibilité à la pression, un malaise, des tiraillements. Parfois très intense, elle oblige le malade à se courber en deux, et peut même devenir insupportable. D'abord limitée à l'épigastre, elle ne tarde pas à irradier du côté droit vers la région sous-hépatique, l'hypochondre droit, et aussi vers la base droite du thorax. L'irradiation dorsale est exceptionnelle, alors qu'elle est presque constante au cours de l'ulcère de la petite courbure.

Cette douleur s'accompagne parfois de *sialorrhée* réflexe, plus ou moins abondante et d'*aérophagie*.

La crise douloureuse se termine souvent par des éructations ou même le rejet de liquide acide, que le malade provoquerait en mettant les doigts dans la bouche. Les vomissements sont exceptionnels, tant qu'il n'y a pas de sténose ou de périduodénite.

L'appétit est généralement conservé. Mais il y a là un cercle vicieux; car si le malade calme momentanément ses douleurs par l'ingestion d'aliments, il sait bien que l'alimentation amène l'apparition des douleurs tardives. Aussi, dans bien des cas, réduit-il spontanément son alimentation; de là, il s'ensuit un degré d'amaigrissement plus ou moins accentué selon les cas.

2° *L'intermittence des crises douloureuses*. — Le malade ne souffre pas d'une façon permanente. Il souffre par crises, dont la durée est variable. Pendant des périodes de quinze à vingt jours, les douleurs se reproduisent quotidiennement, à horaire fixe, puis il survient une période de bonne santé apparente. Ces intervalles caractéristiques d'amélioration peuvent durer plus ou moins longtemps, parfois des semaines et même des mois. Le sujet peut même se croire guéri. Mais bien souvent les crises réapparaissent sous l'influence de causes très minimes : froid, humidité, écarts de régime surtout et surmenage physique ou intellectuel.

Il faut attribuer une très grande importance au point de vue du diagnostic à ce caractère périodique des crises.

3° *Les hémorragies intestinales*. — Le vomissement de sang est tout à fait exceptionnel. Au contraire, l'hémorragie intestinale est assez fréquente au cours de l'ulcus duodénal, mais à vrai dire, les *grandes hémorragies* sont plutôt une complication qu'un symptôme.

Les crises douloureuses s'accompagnent, en général, de suintement sanguin, plus ou moins accusé suivant les moments. Tantôt il s'agit d'*hémorragies occultes*, qu'il faut rechercher systématiquement dans les selles par les réactions de Weber, de Meyer et de Rolland et par des examens répétés. Tantôt l'hémorragie est plus abondante et il y a du *melæna* : pendant plusieurs jours, les selles sont plus ou moins liquides et noires. Beaucoup plus rarement, il survient une *grande hémorragie*, premier symptôme et complication grave d'un ulcus passé jusque-là inaperçu.

4° *Examen physique du malade*. — Dans les intervalles de calme, l'examen du malade est bien souvent négatif. L'abdomen reste souple et non douloureux. Pendant les périodes de crise, il n'en va pas de même : l'abdomen, qui est souple et se laisse aisément déprimer dans sa moitié gauche, présente, en général, une zone de sensibilité et de contracture réflexe du grand droit à droite et au-dessus de l'ombilic. Le *point douloureux épigastrique* est assez fréquent, mais peu vif; tandis qu'un examen attentif révèle un point douloureux à droite *dans la région du carrefour*. Il semble difficile de préciser le siège anatomique exact du point douloureux dans cette région. S'agit-il d'une douleur qui indique une souffrance du pylore, du duodénum, de la vésicule biliaire ou du côlon? Dans l'ulcus duodénal, le point douloureux peut être localisé sur une ligne oblique, allant de l'ombilic au rebord costal vers l'extrémité antérieure de la 10e côte, à 5 à 6 cm. de l'ombilic. D'autre part, la douleur ainsi localisée s'exagère notablement si le doigt qui déprime l'abdomen tend à se déplacer en descendant vers l'ombilic; tandis que la douleur augmente dans la cholécystite, si le doigt est déplacé en remontant vers les côtes. *En somme, on peut dire que le point douloureux de l'ulcère duodénal est nettement à droite du point douloureux pylorique, et nettement au-dessous du point douloureux vésiculaire*. Cette présomption en faveur de l'ulcère duodénal est d'ailleurs confirmée par l'examen radioscopique, qui permettra dans bien des cas de localiser d'une façon certaine le siège anatomique du point douloureux.

5° Examen radiologique. — L'examen radiologique doit toujours être pratiqué, chaque fois que l'on soupçonne la possibilité d'un ulcus duodénal. Les renseignements que cet examen peut fournir sont de date relativement récente, et se sont complétés peu à peu depuis ces dernières années. Ils sont, à notre avis, d'une importance capitale pour confirmer l'existence d'un ulcère du duodénum.

On peut diviser les renseignements obtenus en *signes directs* (duodénaux) et en *signes indirects* (*gastriques*), qui varient d'ailleurs suivant que l'ulcère du duodénum est ou non *sténosant*.

I. *Signes directs*. — Dans bien des cas, on peut observer la *déformation* des contours du duodénum, bien qu'une image absolument normale n'exclue pas l'idée d'un ulcère. La valeur de cette déformation duodénale peut d'ailleurs être discutée, étant donné que d'autres lésions de voisinage peuvent entraîner des déformations du duodénum, et que, d'autre part, la coexistence d'un *spasme* surajouté exagère bien souvent la déformation primitive. A l'opération, les lésions observées sont parfois moindres, et hors de proportion avec les déformations constatées aux rayons X.

Carman distingue plusieurs types de déformations :

a. Une déformation généralisée, donnant au bulbe l'aspect d'une branche de corail.

b. La déformation de la base du bulbe.

c. L'image diverticulaire en niche.

d. L'image d'incisure, uni ou bilatérale.

e. La diminution de calibre du bulbe, qui apparaît anormalement petit.

f. L'image diverticulaire, complètement séparée du bulbe (petite poche accessoire).

Ces déformations sont surtout visibles au niveau du bulbe et ne sont pas toujours faciles à apprécier. *L'importance d'une déformation dépend surtout de sa constance*. Le spasme pur, secondaire à une lésion d'un organe de voisinage est souvent intermittent.

Il faut y ajouter la *douleur localisée* sur un point du duodénum. La fixité de cette douleur sur le duodénum, le malade étant examiné successivement *debout et couché*, a une grande valeur.

II. *Signes indirects.* — Les signes indirects n'ont pas moins d'importance que les signes directs. Joints aux signes cliniques, ils peuvent permettre à eux seuls de poser le diagnostic. Ils se résument en une triade symptomatique : hypertonie, hyperkinésie, évacuation accélérée de l'estomac.

a. *Hypertonie.* — L'estomac est petit, ramassé sur lui-même, il se moule sur son contenu et ses bords sont parallèles. Son bas-fond reste au-dessus de la ligne bis-iliaque.

b. *Hyperpéristaltisme.* — Il existe dans 60 p. 100 des cas; il se traduit par la présence simultanée de 3 à 4 vagues de contractions gastriques se succédant continuellement. C'est un symptôme, en général, intermittent.

c. *L'évacuation accélérée de l'estomac* (Barcley). — Le baryum passe en flots copieux et il y a une évacuation rapide du repas, du moins au début de l'examen. *Le duodénum est, dans ce cas, visible en totalité et en permanence.* La tête de colonne du repas après 6 heures est souvent dans le transverse et le descendant.

III. *Sténose duodénale par ulcus.* — Les signes de la sténose duodénale sont :

a. L'étroitesse localisée et permanente en un point précis du duodénum.

b. La dilatation du segment duodénal situé en amont du point rétréci.

c. Le temps d'arrêt de la bouillie opaque à ce niveau. On peut voir parfois un petit résidu, une petite tache dans le duodénum, persistant 6 heures après le repas.

d. La présence de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques duodénaux.

e. L'existence d'un point douloureux localisé au niveau du point d'arrêt sur le duodénum.

f. L'estomac devient alors hypotonique : au début, le manque de compensation se manifeste seulement au niveau de l'antre pylorique, qui est élargi. Plus tard, le bas-fond gastrique se laisse distendre dans sa totalité.

Dans la position couchée, on constate fréquemment l'estomac et le duodénum visibles dans leur totalité, ou bien « l'estomac en haltère », avec deux poches, l'une sous-diaphragmatique, l'autre pyloro-duodénale. Le *résidu dans le duodénum* peut subir des déplacements de va-et-vient par suite des contractions péristaltiques et antipéristaltiques.

L'hyperpéristaltisme gastrique, la rétention partielle du repas, après 6 heures, et l'élargissement de l'estomac ont une grande valeur lorsqu'ils coexistent avec l'histoire clinique (Carman).

6° EXAMENS COMPLÉMENTAIRES. — *a. Etude du chimisme gastrique.* — Les malades atteints d'ulcère du duodénum, se plaignent parfois de pyrosis, de brûlures gastriques, de régurgitations acides; on doit rattacher tous ces symptômes au spasme du pylore et de l'estomac. L'examen du suc gastrique après repas d'épreuve, donne des résultats contradictoires.

Cette hyperacidité serait, pour quelques auteurs, purement clinique, car l'augmentation de l'acidité gastrique est loin d'être la règle (hyperchlorhydrie, 40 p. 100, normaux 40 p. 100, hypochlorhydrie, 20 p. 100 d'après Moynihan).

Mathieu, Büchs, cependant, ont constaté fréquemment, soit une acidité chlorhydrique normale, soit une hyperchlorhydrie nette. Pour Robin, l'hyperacidité est due, non à l'HCl libre, mais aux acides de fermentation (butyrique, lactique).

b. Les *hémorragies occultes* doivent être recherchées systématiquement par les réactions de Weber, de Meyer et surtout de Rolland. La présence de sang dans les selles est très irrégulière, inconstante et variable comme quantité.

On a signalé également la non-digestion des graisses, et leur absence de dédoublement, la persistance des noyaux dans les fibres musculaires, la présence de grains d'amidon non digérés dans les selles, qui traduisent un déficit biliaire ou pancréatique. Mais, en réalité, toutes ces dernières recherches ne présentent que bien peu d'intérêt dans l'étude de l'ulcus duodénal.

c. Signalons enfin des méthodes nouvelles : le *cathétérisme duodénal* par le tube d'Einhorn et aussi l'*exploration duodénale* par l'*imprégnation du fil* (Einhorn). On fait avaler un fil de coton, à l'extrémité duquel est placée une petite boule de gélatine. La boule traverse l'estomac et pénètre dans le duodénum. S'il y a un ulcère en activité, le contact du fil contre l'ulcère sera marqué par une tache de sang. On pourra ainsi préciser la distance approximative de l'ulcère par rapport aux arcades dentaires.

Evolution. — La conservation de l'état général est fréquente et peut s'expliquer par l'absence de vomissements et la conservation de l'appétit. Les périodes d'amélioration étant d'assez longue durée au début, le malade peut s'alimenter suffisamment et reprendre du poids. Mais, ultérieurement, les crises sont plus fréquentes et irrégulières; elles peuvent être exagérées par l'ingestion d'aliments. C'est alors que les malades maigrissent par réduction progressive de l'alimentation. Cet état physique n'est pas sans influencer l'état moral, provoquant même le découragement et la neurasthénie chez ces malades.

La *durée* de l'affection est des plus variables; elle peut varier de quelques semaines à quelques années, en moyenne 10 ans (Mathieu), elle a pu se prolonger 24 ans (Delagénière).

La guérison spontanée est possible par cicatrisation.

Dans certains cas, la cicatrisation peut dépasser son but et provoquer une sténose duodénale.

Le *pronostic* est variable : favorable dans un certain nombre de cas, où la cicatrisation survient sans incident.

Il peut être défavorable dans d'autres : survenue d'une complication grave, amaigrissement, cachexie qui peuvent favoriser l'éclosion d'une pneumonie grave ou d'une tuberculose pulmonaire.

Complications. — D'une manière schématique, on peut diviser les complications en trois groupes :

1° Les complications *aiguës* : hémorragie abondante, perforation et péritonite aiguë.

2° Les complications *subaiguës* : abcès sous-phréniques, pancréatites, fistules.

3° Les *complications chroniques* : sténose sous-pylorique, ulcéro-cancer exceptionnel.

A. HÉMORRAGIES. — Ces hémorragies peuvent se traduire cliniquement de différentes manières : 1° les hémorragies *occultes*, reconnues par l'examen coprologique; 2° les hémorragies *visibles*, soit sous la forme d'hématémèses, soit sous la forme de

mélæna. Elles peuvent devenir alarmantes par leur répétition; 3° enfin les hémorragies *profuses*, le malade perd par l'anus une grande quantité de sang noirâtre, jusqu'à 1 lit. 1/2 (Mathieu); il peut s'ensuivre des phénomènes d'anémie aiguë, qui menacent la vie des malades; 4° d'autres fois, il survient des hémorragies *foudroyantes* qui emportent rapidement le malade.

B. Perforations. — La perforation de l'ulcus duodénal est une complication assez fréquente. Elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

Quand elle est *aiguë*, elle correspond à un orifice large, avec un estomac plein d'aliments et, dont le contenu se déverse dans la cavité abdominale. Il se produit alors une péritonite diffuse rapidement mortelle.

Subaiguë, elle est la conséquence d'une plaie petite, si l'estomac est vide la perforation est rapidement obturée par un bouchon épiploïque et par des adhérences, l'infection est limitée. A la suite, il se produit fréquemment des abcès.

Chronique, la perforation se produit sur un ulcère adhérent déjà à un viscère voisin. Il en résulte une fistule, ou une péritonite plastique.

La *perforation aiguë* d'un ulcus duodénal s'annonce par une douleur brusque, angoissante, en coup de poignard. Aussitôt, l'abdomen est contracturé, tétanisé dans toute son étendue. La respiration est rapide et superficielle, à type supérieur, le pouls est rapide et filant, le faciès grippé. Dans les 24 heures, le ventre se ballonne, la phase de paralysie succède à la phase de contracture, et si l'opération n'est pas pratiquée dans les premières heures, la mort survient rapidement dans le collapsus. C'est là le tableau de toute péritonite suraiguë par perforation. Mais il semble difficile à ce moment de préciser le diagnostic étiologique. La rigidité plus marquée de l'abdomen à droite, dans l'hypochondre, et l'histoire des antécédents peuvent y faire penser. D'ailleurs peu importe, quelle que soit la cause de la péritonite, il faut opérer d'extrême urgence et explorer toujours l'estomac et le duodénum.

Dans la *forme subaiguë*, après un début brusque et dramatique, tout s'arrange dans la suite. Au bout de 15 à 20 heures, le ventre s'assouplit, et les phénomènes généraux s'amendent; l'infection aboutit à la formation d'un abcès.

Dans la *forme chronique*, des adhérences limitent les lésions. Le duodénum est uni aux organes voisins, qui forment tampon. Il en résulte une fistule, ou une péritonite plastique, parfois il se constitue un abcès sous-phrénique.

C. Abcès sous-phréniques. — Complication assez rare. Sur 880 abcès sous-phréniques, Piquand n'en relève que 35 cas dus à une perforation du duodénum.

Le début est brusque par une douleur violente au niveau de l'épigastre ou de l'hypochondre droit; l'abdomen est contracturé. Des vomissements se produisent, le pouls est rapide, la température monte à 39°. Mais dans les jours, qui suivent, tous ces symptômes alarmants s'améliorent. La perforation une fois produite, les liquides et les gaz s'accumulent dans la région sous-hépatique, entre le foie et le côlon transverse. Il se constitue ainsi le plus souvent un abcès sous-phrénique postérieur et droit. Plus rarement l'abcès se développe en avant. L'examen radiologique est d'un puissant secours pour préciser l'existence et le siège de la collection hydro-aérique.

Le pronostic de cette complication est toujours grave, seule une opération précoce peut amener la guérison.

D. Complications pancréatiques. — Assez fréquentes : 37 cas sur 300 (Juillard). Il s'agit là le plus souvent de complications latentes. Il se développe parfois des troubles de dyspepsie pancréatique, vomissements graisseux, sialorrhée, diarrhée abondante et surtout stéarrhée. L'examen des selles après repas d'épreuve donne des renseignements utiles.

La pancréatite chronique peut amener des hémorragies abondantes et de l'ictère par compression biliaire.

E. Sténoses du duodénum. — A la longue, l'ulcus duodénal peut se cicatriser et provoquer ainsi des réactions fibreuses et cicatricielles qui diminuent la lumière du duodénum. Ainsi peut se constituer progressivement une sténose organique, à laquelle se surajoute toujours d'ailleurs un degré variable de spasme.

Les signes cliniques de cette sténose sont les mêmes que ceux de la sténose pylorique, quand la lésion siège *au-dessus de l'ampoule de Vater* (vomissements de plus en plus abondants et plus rares, dilatation progressive de l'estomac, signes de stase, lutte de l'estomac contre l'obstacle). Nous avons étudié en détail déjà les signes radiologiques de cette sténose duodénale. Ces signes radiologiques permettent d'ailleurs de poser un diagnostic précoce.

Si la sténose duodénale siège au-dessous de l'ampoule de Vater, on se trouve en présence des signes de *sténose sous-vatérienne :* les douleurs ont une grande intensité, elles sont déchirantes; les vomissements renferment de la bile et du suc pancréatique. Ils sont extrêmement abondants; les selles sont souvent décolorées et graisseuses; le liquide résiduel ne contiendrait pas de débris alimentaires.

D'ailleurs les rétrécissements duodénaux peuvent provoquer des lésions de voisinage (par périduodénite) : oblitération des canaux cholédoque, cystique, hépatique, canal de Wirsung. Il survient alors un ictère par rétention, le plus souvent, ou bien un ictère par infection plus rarement (Bernard).

F. Enfin, il faut signaler la transformation néoplasique possible, quoiqu'il soit classique de dire que l'ulcère gastrique dégénère fréquemment et l'ulcère duodénal exceptionnellement.

Formes cliniques. — A côté de la forme d'ulcus vrai prise pour type de description il faut signaler :

1° L'*ulcus latent*, qui ne se révèle que par une perforation inattendue, et une péritonite suraiguë.

2° L'*ulcus à type hémorragique*, avec un minimum de phénomènes douloureux. Les hémorragies intestinales par leur répétition et leur abondance occupent ici le premier plan.

3° L'*ulcus duodéno pylorique*. — A côté de l'ulcus duodénal « vrai et pur » que nous avons pris comme type de description, on peut placer l'ulcus duodéno pylorique.

Il faut entendre par là, avec Mathieu, l'ulcus juxta pylorique qui intéresse la valvule pylorique partiellement, mais qui est surtout développé sur le versant duodénal. Son tableau clinique est dominé par des symptômes de spasme pylorique et d'hypersécrétion gastrique, comme s'il s'agissait d'un ulcus pylorique pur. Dans ce cadre clinique on pourrait à la rigueur faire entrer les ulcères du duodénum,

situés à une petite distance du pylore, mais qui sont dans le territoire physiologique du sphincter pylorique.

Cliniquement, l'affection se caractérise par des périodes de douleurs séparées par des périodes d'accalmie plus ou moins longue. Les douleurs sont du type tardif; il y a de l'hypersécrétion, et le matin à jeun on peut trouver dans l'estomac du liquide chlorhydro-peptique. Les phénomènes de spasme pylorique sont constants et il existe toujours un certain degré de stase le matin à jeun. Les vomissements alimentaires ne sont pas rares. A la pression le point douloureux siège au pylore; en faveur de l'hypothèse d'ulcus duodénal, on peut trouver la prédominance de la douleur à droite et les signes radioscopiques sur lesquelles nous avons suffisamment insisté. Mais le diagnostic est bien souvent impossible.

4° L'*ulcus duodénal avec périduodénite déformante.*

5° L'*ulcus duodénal avec sténose.* — Déjà étudié aux complications.

6° L'*ulcère des nouveau-nés.* — (Démelin). L'hémorragie gastro-intestinale constitue parfois à elle seule toute la symptomatologie. L'anémie en est la conséquence. L'examen de l'abdomen est négatif. D'autres fois l'hémorragie intestinale s'accompagne de fièvre, de convulsions, d'hémorragies multiples et d'ictère.

Diagnostic. — I. SUR QUELS SYMPTÔMES APPUYER LE DIAGNOSTIC ? — Malgré la richesse apparente de la symptomatologie de l'ulcus duodénal, le diagnostic quoique possible, n'est pas toujours facile. *Il est des cas dans lesquels on ne peut qu'hésiter, malgré une étude approfondie du malade.* L'histoire clinique, l'examen radiologique et les examens secondaires (dont la recherche du sang dans les selles occupe le premier rang) ne donnent dans bien des cas que des présomptions et non une certitude.

a. *Les signes cliniques.* — Il s'agit d'un malade de 20 à 50 ans, soigné depuis des années pour hyperchlorhydrie ou dyspepsie hypersthénique. La douleur est tardive, 4 heures après les repas; la faim douloureuse est calmée momentanément par les aliments; les crises aiguës ou subaiguës alternent avec des périodes de calme complet. L'amaigrissement et la reprise du poids alternent parallèlement. Le point douloureux se trouve nettement à droite de la ligne médiane.

b. *Les signes radiologiques.* — On ne saurait trop insister sur l'importance des renseignements qu'on peut retirer de l'examen du duodénum, de la localisation du point douloureux, ainsi que de l'étude critique des symptômes gastriques secondaires.

c. *Les examens complémentaires.* — La constatation du sang dans les selles en petite ou grande quantité a une réelle importance. Elle affirme la présence d'une ulcération sur le tractus intestinal, et il reste à en préciser le siège. Son absence n'élimine pas un ulcus. L'examen clinique, la radiologie précisent ce siège. Einhorn préconise certaines manœuvres, qui ne sont pas sans intérêt pour arriver à ce résultat :

Le *tubage duodénal* se pratique avec la sonde d'Einhorn et permet d'aspirer du liquide duodénal et d'en faire l'examen. Ce procédé est plutôt utile pour faire l'étude du suc pancréatique et de la bile. La présence du sang dans le liquide ainsi retiré a une réelle valeur.

Einhorn fait avaler une capsule de gélatine suspendue à un fil de soie qui est attaché à l'arcade dentaire. On retire l'appareil le lendemain matin et l'on examine le fil. S'il y a un ulcère, le fil s'est teinté en brun à son contact (par l'existence de sang) et il suffit de mesurer la distance qui sépare cette *tâche d'imprégnation* de l'extrémité du fil pour connaître le siège de l'ulcus. De 40 à 58 cm., l'ulcus siège sur la petite courbure et le pylore. Au-delà de 59 cm. l'ulcère est dans le duodénum.

II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Le duodénum se trouve dans une région anatomique, la région du carrefour où sont rassemblés plusieurs organes importants : le pylore, le duodénum, le pancréas, l'angle colique droit, les voies biliaires. C'est dire que tous les syndromes douloureux de cette région seront à différencier de l'ulcus duodénal. Par suite de leur voisinage, ces organes peuvent retentir réciproquement les uns sur les autres et amener la formation d'adhérences et l'apparition de troubles fonctionnels qui rendent parfois le diagnostic d'origine des plus délicats.

A. — **Diagnostic des crises douloureuses tardives.** — 1° *Ulcus pylorique ou juxta pylorique.* — Le diagnostic est-il possible? Il semble possible entre l'ulcus duodénal vrai et l'ulcus pylorique. Hayem, Soupault, Mathieu ont montré que les crises douloureuses paroxystiques avec hypersécrétion à jeun traduisent l'existence d'un ulcus de la région pylorique. C'est ce que certains auteurs appelaient autrefois, le syndrome de Reichmann. Chaque fois que le pylore est intéressé, que l'ulcère soit sur le versant gastrique ou sur le versant duodénal, on se trouve en présence d'un même syndrome : douleurs tardives, hypersécrétion, hyperchlorhydrie, stase variable mais toujours existante. Malgré les discussions, qui ont eu lieu sur le sujet, il semble bien que l'on doive admettre les idées de Mathieu, reprises par Knud-Faber et Kemp : « lorsqu'il y a hypersécrétion avec un certain degré de rétention, il existe un ulcus gastrique et plus particulièrement encore, un ulcus pylorique ou juxta pylorique. »

L'hypersécrétion seule n'est pas, cependant, un signe certain d'ulcus pylorique. Le diagnostic avec l'ulcus duodénal n'est pas toujours des plus nets : ce dernier peut, en effet, à la longue, comme nous l'avons vu, retentir secondairement sur l'estomac et amener la distension de l'antre pylorique, puis du bas-fond gastrique et par suite provoquer des troubles de l'évacuation et un certain degré de stase. L'histoire de la maladie pourra, dans certains cas, aider à poser le diagnostic; l'ulcus pylorique conserverait plus longtemps la régularité de ses crises douloureuses et serait plus longtemps calmé par l'ingestion d'aliments et d'alcalins. Alors que l'ulcus pylorique, même en période d'accalmie, s'accompagne de troubles dyspeptiques, l'ulcus duodénal, en général, reste latent durant ces périodes de calme.

Quoiqu'il en soit, dans les cas douteux, qu'il s'agisse d'un ulcus pylorique vrai ou d'un ulcus duodénal ayant retenti secondairement sur le pylore et l'estomac, peu importe à cette période. Le traitement et l'indication opératoire restent les mêmes dans ces 2 cas et le dernier mot reste toujours au chirurgien.

2. *L'ulcère de la petite courbure.* — Dans la plupart des cas (mais pas dans tous cependant), il n'y a pas de rétention, ni de sténose pylorique. Mais ici les douleurs sont précoces, persistantes, résis-

tant à tous les traitements, non calmées par l'ingestion d'aliments et irradiant non vers la droite, mais vers la région dorso-lombaire (douleur transfixiante). Mais les ulcus de la petite courbure peuvent s'étendre et envahir ultérieurement le pylore, et dans certains cas, il peuvent aussi s'accompagner de spasme pylorique sans lésion pylorique.

Enfin, il peut y avoir coexistence d'un ulcus duodénal et d'un ulcus gastrique.

3. *Douleur tardive dans le cancer gastrique.* — Cette douleur existerait dans 8 p. 100 des cas d'après Mathieu. Mais il s'agit d'une douleur extrêmement violente, résistant aux alcalins, exaspérées par les aliments. L'anapepsie et l'anachlorhydrie sont de règle.

4. *Douleurs tardives d'origine biliaire.* — Elles peuvent relever de plusieurs processus : la *colique hépatique à forme gastralgique*, les *cholécystites* chroniques et les *adhérences* cystico-duodéno-pyloriques. C'est, à notre avis, le diagnostic le plus important à discuter et aussi le plus difficile.

L'étude attentive du malade et l'étude critique de tous les symptômes peuvent permettre dans certains cas de poser le diagnostic.

M. Chauffard en fait une excellente étude dans ses *Leçons sur la lithiase biliaire.* On en retiendra les points principaux :

— Le point phrénique droit à la base du cou serait très caractéristique de la lithiase.

— Les douleurs de la lithiase ne sont pas calmées par les alcalins. Dans l'ulcus, au contraire, les douleurs sont calmées par l'ingestion de certains aliments et exacerbées par certains autres : acides, crudités, salades, vin pur.

— Dans la lithiase, les selles peuvent être décolorées par périodes.

— La présence d'un ictère est en faveur de la lithiase. Cependant, mais d'une manière exceptionnelle, l'ictère peut être secondaire à l'ulcus (sténose).

— Au cours de la lithiase, l'examen des urines peut montrer des pigments biliaires, de l'urobiline, de la glycosurie provoquée.

— A l'examen radioscopique, on pourra noter certains signes en faveur de la lithiase : douleur vésiculaire située nettement au-dessus du duodénum, adhérences colo-duodéno-sous-hépatiques, ascension et fixité du pylore, position transverse de l'estomac très attiré vers la droite.

— L'examen du chimisme gastrique peut donner des indications, quoique cette question soit très controversée. Avec Ohly, Mathieu, il faut admettre qu'une hyperchlorhydrie notable est en faveur de l'ulcus.

Au cours de la lithiase, dans les cas récents, on peut trouver fréquemment de l'hyperacidité ; dans les vieilles lithiases, on trouve de l'hypo ou de l'anachlorhydrie dans 80 p. 100 des cas.

— Le dosage de la cholestérinémie donnera une valeur normale de 1g50 dans l'ulcus ; cette quantité pourra être très augmentée dans la lithiase.

— La recherche du sang dans les selles (hémorragies occultes) peut, elle aussi, être discutée. Car dans certains cas de lithiase surviennent des hémorragies intestinales (Chauffard); ces hémorragies relèvent de trois causes :

Dégénérescence néoplasique vatérienne ou duodénale.

Ulcération de l'artère hépatique par calcul de voisinage.

Ou duodénite érosive ou congestive, qui serait assez fréquente.

— Enfin dans certains cas, malgré l'analyse serrée de tous ces symptômes, le diagnostic reste douteux encore. Le traitement d'épreuve peut être essayé (lait, farineux, cure bismuthée) et il ne donnera aucun résultat dans la lithiase, alors qu'il améliorera l'ulcus. En cas de lésion sténosante du duodénum, les rayons X, s'ils déterminent le siège de la lésion, ne permettent pas d'en préciser l'origine. Bien souvent, on ne saurait dire, avant l'opération, si la lésion a siégé primitivement sur le duodénum avec adhérences ultérieures à la vésicule, ou bien si elle a débuté par la vésicule avec réaction de péricholécystite et de périduodénite secondaire.

5. *Douleurs tardives d'origine pancréatique.* — A l'examen, il est délicat et souvent impossible de différencier le point douloureux duodénal du point pancréatique de Desjardins (abouchement du canal de Wirsung dans le duodénum).

Les douleurs peuvent être dues soit à la lithiase pancréatique (douleurs extrêmement violentes en barre, glycosurie, amaigrissement), soit à des lésions de pancréatite chronique secondaire à la lithiase biliaire, soit encore à un cancer de la tête du pancréas. Dans ce dernier cas, les douleurs sont d'une intensité extrême et sont en rapport avec les lésions du plexus solaire. La cachexie est précoce et l'ictère constant.

6. *Colite chronique.* — La douleur tardive se montre parfois au cours de la colite et survient alors, 4 à 5 heures après le repas, au moment où les aliments sont rassemblés dans le cæcum. Mais il s'agit plutôt d'une sensation de colique et d'une douleur transversale, que d'une crampe gastrique.

La crise est, en général, suivie d'une selle molle, pâteuse, contenant des mucosités et du sang. Mais, il n'est pas exceptionnel que la colite coexiste avec l'ulcus ou même lui succède. On touche ici à la question de l'*appendicite chronique.* Ulcus duodénal et appendicite chronique peuvent coexister ou se simuler, d'autant plus que l'appendicite chronique peut provoquer une infection vésiculaire et des adhérences cystico-duodénales. Certains auteurs américains sont même allés jusqu'à dire que l'ulcus duodénal est fréquemment la conséquence de l'appendicite chronique (Waugh).

B. — **Diagnostic des complications.** — 1. Le *melæna* abondant, répété peut être observé au cours de l'ulcus duodénal ; mais il peut relever aussi d'un ulcus gastrique ou pylorique, d'une lésion de l'intestin grêle ou du gros intestin. Les hémorragies occultes peuvent également relever de toutes les affections ulcéreuses du tractus digestif. C'est par les signes concomitants, la douleur et son siège, qu'on pourra localiser la lésion.

2. La *perforation aiguë* d'un ulcus duodénal peut être le premier symptôme de la maladie. Le diagnostic causal en est impossible, et l'on est en droit de penser à une péritonite par perforation gastrique, intestinale, appendiculaire lithiasique, ou à une occlusion intestinale, à une pancréatite aiguë. Ce n'est qu'au cours de la laparotomie que l'on peut préciser la cause exacte.

La perforation dans des adhérences amène la production d'un *abcès sous-phrénique.* Il est bien difficile de préciser si l'abcès est la conséquence d'une lésion gastrique, duodénale ou biliaire. D'ailleurs, dans toutes ces complications graves, le diagnostic causal, difficile à poser, importe peu. L'intervention

opératoire s'impose, elle sert à la fois de procédé d'exploration diagnostique et de traitement curateur.

3. *Les sténoses duodénales.* — Les sténoses duodénales sus-vatériennes sont difficiles à différencier des sténoses pyloriques. De même le diagnostic des sténoses sous-vatériennes est à différencier des occlusions hautes du grêle iléus biliaire, de la compression du duodénum par le pédicule mésentérique à la suite de la chute du côlon droit, dont nous venons de voir tout récemment un très beau cas; s'agit-il d'un ulcère cicatrisé du duodénum, ou d'une compression par cholécystite adhérente, d'une obstruction par calcul ou par cancer de l'ampoule de Vater? L'examen complet du malade, la radioscopie et, bien souvent, la laparotomie exploratrice seule, renseigneront sur le siège et la cause de la sténose.

C. — **Diagnostic de la nature des lésions duodénales.** — L'ulcus chronique, simple, du duodénum est enfin à différencier :

— du néoplasme duodénal, qui est extrêmement rare et se greffe exceptionnellement sur un ulcère chronique.

— d'un polype ou d'un lipome, très rares.

— des ulcérations aiguës ou subaiguës d'origine toxique ou infectieuse, pouvant survenir au cours de l'urémie, d'un érysipèle, de grandes brûlures, etc.

— enfin des ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques du duodénum.

On soupçonne aujourd'hui la fréquence de la syphilis gastrique, qui peut simuler toutes les formes anatomiques des lésions gastriques. On peut aussi bien prévoir que les recherches ultérieures révèleront une fréquence aussi grande de la syphilis duodénale.

BIBLIOGRAPHIE

On ne trouvera ici que les travaux récents :

Nous renvoyons le lecteur, qui désire avoir une bibliographie complète de la question aux publications antérieures, en particulier à la *Revue générale* de FERRAN, à la *thèse* de HOUDART.

BECK. Diagn. value of duodenal tube and R. X. findings in ulcer of stomach and duodénum. *Arch. of diagnosis*, oct. 1917, n° 4, p. 307.

IVe Congrès de l'assoc. internat. de chirurgie, New-York, avril 1914, Ulcère de l'estomac et du duodénum, rapport de Hartmann et Lecène, Mayo.

CAILLIÉ. *Thèse de Paris*, 1914.

CARMAN. Rœntgenologie diagnosis of duodenal ulcer, *Amer. Journ. of Rœntgenology*, mai 1916.

E. CONSTANTIN. Note sur l'insuffisance fonctionnelle du pylore dans l'ulcère du duodénum, *Journ. de radiol. et d'électr.*, n° 10, 1919.

CADE et PARTURIER. Séméiologie de l'ulcus duodénal non compliqué, *Journ. méd. franç.*, juin 1919.

CARMAN. *The Rœntgen diagnosis of diseases of the alimentary canal*, W. B. Saunders Company, 1920.

CHAOUL. Zur diagnose und pathologie des ulcus duodeni, *Münch. med Woch.*, 24 nov. et 4 déc. 1917.

EINHORN. *The duodenal tube and its possibilities*, Saunders Comp , London 1920.

FERRAN. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 29.

HOUDARD. L'ulcus du duodénum non perforé, *Thèse de Paris*, 1913.

CARL HARDT. Considérations sur l'ulcère du duodénum. *Mitteil. aus den grenz in med. u. ch.*, t. XXXI, cahier 3.

HARDT. La douleur dans les processus pathologiques actifs de l'estomac et du duodénum, *Journ. of amer. med. Assoc.*, t. LXX, n° 12.

KEMP. Diagnostic et traitement de l'ulcus chronique juxtapylorique, *Mitteil. aus den grenz in med. u. chir.*, 1914, t. XXIV, cahier 3.

KNUD-FABER. L'ulcère chronique juxtapylorique, *Med. Klin.*, 1913, n° 34.

MATHIEU. Le syndrome ulcéropylorique, *Gaz. des hôpit.*, 1914, nos 29 et 36.

MATHIEU. L'ulcus duodénal, *Gaz. des hôpit.*, n° 41, avril 1914.

ŒTTINGER. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 mai et 1er juin 1911.

PACINI. Blood in stools in duod-ulcer, *Med. record*, 1er déc., t. XCII, n° 22.

ROVSING. Ulcère chronique du duodénum, *Hospitalstidende Copenhague*, LX, n° 27.

RICARD et PAUCHET. Rapport au *XXIIIe Congrès de chirurgie*, Paris, 8 oct. 1910.

SEIDL. De l'emploi de la sonde duodénale molle pour la recherche des hémorragies latentes dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum, *Arch. f. verd. k.*, t. XXVI, cahier 1, 1920.

WHITE. Etiology and pathology of perforating gastric and duodenal ulcers, *Boston med. and surg. Journ.*, oct. 1918, n° 16.

WAUGH (Londres). Les conséquences pathologiques d'un côlon ascendant mobile avec une statistique de 180 interventions, *Brit. Journ. of Surg.*, t. VII, juin 1920, n° 27.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 MARS 1921)

Influence de la température des eaux thermales de Luchon sur leur flore. M. Jean DUFRÉNOY.

Sur les tumeurs de la glande interstitielle du testicule du cheval. — M. A. PEYRON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 MARS 1921)

La revision de la loi de 1902. — M. CALMETTE intervient dans la discussion. Il se déclare tout d'abord d'accord avec le rapporteur de la commission, dont les conclusions rallient la grande majorité des membres de l'Académie. D'autre part, tous les inspecteurs départementaux, c'est-à-dire tous les compétents, sont également d'avis d'appliquer la loi modifiée dans le sens indiqué par la commission académique.

M. Calmette ne cache pas sa répulsion à l'égard de l'intervention des préfets et des maires dans les questions d'hygiène, et il cite des exemples dans lesquels cette intervention n'a abouti qu'à paralyser les efforts de savants compétents qui ont été amenés à démissionner. L'inspecteur départemental doit jouir de sa pleine indépendance et doit n'avoir à subir, dans aucun cas, l'influence des hommes politiques.

Jusqu'ici, la loi de 1902 n'a pas donné tous les résultats qu'on en pouvait attendre. En matière d'hygiène, c'est l'initiative privée qui a presque tout fait. Il est temps que les pouvoirs publics interviennent à leur tour, mais à condition qu'ils s'adressent à des personnes compétentes, ayant fait des études bactériologiques suffisantes, et qu'ils fassent que ces personnes soient complètement indépendantes à l'égard des préfets.

Physiologie générale du tutiorisme. — M. COUTIÈRE donne lecture d'une note dont voici le résumé :

Aucun mécanisme chargé d'une fonction n'est abandonné à lui-même. Il se trouve toujours, soit un organe vicariant, soit un organe de régulation et de contrôle. Tout se passe comme si l'organisme, largement calculé, était en mesure d'assurer, avec le maximum de sûreté, l'exécution des fonctions (tutior : plus sûr) : organes pairs, constance de composition du milieu intérieur, vicariance des organes lympho et hématopoiétiques, sens de l'équilibre, voies de conduction à la fois humorale et nerveuse, enclanchements multiples des sécrétions intestinales, des sécrétions endocrines, etc.

Le mot est emprunté à la théologie et servait à désigner la sévère doctrine de Port-Royal.

Responsabilité médicale. Mort subite au cours d'une anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. Information judiciaire. Autopsie. Remarques médico-légales. — MM. Courtois-Suffit et F. Bourgeois. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 22, p. 341.)

Empoisonnement par les champignons. — M. Azoulay indique un certain nombre de mesures propres à éviter ces empoisonnements.

Chimisme à jeun dans l'ulcère de l'estomac. — M. Fron communique un travail sur ce sujet.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la Section de thérapeutique et histoire naturelle médicale.

Classement des candidats : en 1re ligne, M. Rénon; en 2e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique MM. Carnot, Le Noir, de Massary, Nobécourt, Rathery; adjoint à la présentation, M. Neveu-Lemaire.

Au premier tour, sur 70 votants, M. Rénon ayant obtenu 65 suffrages, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 11 mars 1921)

L'épreuve de la glycuronurie provoquée (méthode d'exploration fonctionnelle du foie). — MM. Chiray et E. Caillé. Les travaux de Roger et Chiray ont montré que la cellule hépatique est le lieu principal, sinon exclusif, de la conjugaison glycuronique. La glycuronurie normale étant fonction de l'activité cellulaire hépatique, la glycuronurie provoquée par ingestion d'un corps glycuronoformateur peut constituer une excellente méthode d'exploration fonctionnelle du foie.

Les auteurs administrent 1 gr. de camphre porphyrisé divisé en deux capsules gélatinées de 0g50 chacune. Ils insistent sur la nécessité d'utiliser un camphre naturel pur. Pour rechercher la glycuronurie provoquée, les auteurs s'en tiennent à la réaction de Grimbert et Bernier, modifiée par Roger. Ils pratiquent le dosage clinique au moyen d'une échelle colorimétrique établie à l'aide d'une solution d'acide glycuronique pure et titrée.

Dans les conditions normales, l'ingestion de 1 gr. de camphre en capsules gélatinées augmente le taux d'élimination de l'acide glycuronique dès la troisième ou la quatrième heure. De sa valeur normale (0,010 à 0,040 mmg. par litre), l'acide glycuronique passe à 0,080 et se maintient à ce taux pendant 6 à 8 heures. L'ingestion intestinale et l'injection sous-cutanée donnent des résultats légèrement différents.

Compression de la moelle cervicale dans un cas de maladie de Recklinghausen. — M. Georges Guillain présente un malade atteint de maladie de Recklinghausen avec neurofibromes sur le trajet des nerfs, taches de lentigo, molluscum, chez lequel s'est développé un syndrome de compression médullaire cervicale en rapport avec une tumeur intrarachidienne; les observations semblables sont rares dans la littérature médicale. La compression médullaire se traduit par une paraplégie spasmodique avec surréflectivité tendineuse, inversion du réflexe cutané plantaire, exagération des réflexes dits de défense, troubles de l'innervation sympathique. La localisation de la zone comprimée peut être fixée par l'étude des territoires où la sensibilité thermique est troublée et surtout par une paralysie bilatérale amyotrophique avec modifications des réactions électriques et de la chronaxie dans le cinquième et sixième segment radiculo-médullaire, de plus par une inversion des réflexes des cinquième et sixième segments médullaires alors que la réflectivité est conservée dans les septième et huitième segments. Chez ce malade, la ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien xanthochromique avec hyperalbuminose massive, lymphocytose légère et coagulation spontanée; ce liquide contient du complément, de l'hémolysine anti-mouton, mais non d'isolysine ou d'autolysine. Ce syndrome spécial du liquide céphalo-rachidien n'a pas encore été signalé dans la neurofibromatose radiculo-médullaire.

Considérations sur la réaction du benjoin colloïdal comparée avec la réaction de l'or colloïdal dans les affections non syphilitiques du névraxe. — MM. Georges Guillain, Guy Laroche et P. Léchelle. Il existe des causes d'erreur multiples inhérentes à la technique de la réaction de Lange à l'or colloïdal; le défaut principal de cette réaction est l'impossibilité, malgré tous les correctifs employés, d'avoir des solutions d'or colloïdal présentant un même pouvoir précipitant. D'après des publications récentes, il apparaît de plus que la réaction de l'or colloïdal peut être positive dans des affections autres que la paralysie générale ou la syphilis. Des courbes de précipitation de l'or colloïdal semblables à celles des paralytiques généraux ont été constatées dans des cas de tumeur cérébrale, d'abcès du cerveau, de méningite tuberculeuse, de psychoses non syphilitiques, d'encéphalite épidémique. La réaction du benjoin colloïdal, que les auteurs ont proposée, n'est pas positive avec les liquides céphalo-rachidiens de sujets ne présentant pas une syphilis évolutive du névraxe, elle est plus constante dans ses résultats et permet, leur semble-t-il, beaucoup mieux que la réaction à l'or colloïdal, la discrimination entre les affections syphilitiques du névraxe et les affections non syphilitiques.

Réaction de Schick et prophylaxie de la diphtérie dans un internat isolé. — MM. P. Armand-Delille, Favre et Pierre-Louis Marie, à l'occasion d'un début d'épidémie de diphtérie, ont pratiqué systématiquement la réaction de Schick à tous les élèves et au personnel d'un internat, soit un total de 308 personnes. Tous les sujets portant une réaction positive ont reçu une dose préventive de sérum antidiphtérique. Par ce procédé, il a été possible d'arrêter immédiatement et complètement les progrès de l'épidémie. Cette méthode peut donc rendre des services importants lorsqu'il est impossible, comme c'était le cas, de faire des ensemencements systématiques de gorge et de pratiquer l'isolement des porteurs de germes.

Maladie osseuse de Paget avec signes pupillaires et réaction de Bordet-Wassermann positive. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, H. Stévenin et E. Fatou.

Lésion cutanée rappelant la sclérodermie en bande et spina bifida occulta. — MM. Queyrat, André Léri et Engelhard présentent une malade de 28 ans, atteinte d'une lésion cutanée à type scléro-dermoïde, unilatérale, occupant à la cuisse gauche le domaine du plexus lombaire et à l'abdomen celui des trois dernières racines dorsales; cette lésion, alternativement hyper et dépigmentée, s'est accompagnée d'ulcérations atones de la jambe, à l'extrémité du territoire lombaire, à type de maux perforants.

On constate, de plus, chez cette malade, une bifidité très accentuée des apophyses épineuses correspondant au territoire radiculaire altéré, ébauche de spina bifida occulta.

Il y a d'ailleurs chez la même malade d'autres troubles de l'ossification du rachis sous la forme d'un spina bifida sacré.

Diverses autres altérations cutanées, trophiques ou pigmentaires, peuvent être sous la dépendance d'un spina bifida occulta méconnu. Les cas de trophœdèmes coïncidant avec un spina bifida sacré, rapportés par l'un des auteurs (André Léri), font partie du même groupe de faits. Il semble que des anomalies de l'occlusion du rachis, méconnues si on ne les recherche pas de parti-pris, soient souvent, non pas la cause de troubles trophiques des tissus cellulo-cutanés, mais le signe de lésions méningo-médullo-radiculaires qui déterminent ces troubles; ces anomalies acquièrent ainsi une importante valeur pathogénique.

Lombarisation de la première vertèbre sacrée. Sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire. — MM. André Léri et Engelhard présentent les radiographies de quatre cas de sacralisation de la cinquième lombaire et les dessins de cinq autres cas.

La lombarisation de la première vertèbre sacrée est l'anomalie inverse; elle semble moins fréquente que la sacralisation et surtout elle semble moins souvent complète; les auteurs ont pourtant pu en réunir six cas dont ils présentent les radiographies ainsi que le dessin d'une pièce anatomique.

Les troubles cliniques dus à ces seules anomalies semblent relativement rares. Certaines manifestations sont dues, soit à la concomitance d'autres anomalies (scolioses, etc.), ce qui n'est pas rare, soit à la coïncidence d'affections banales qui ont attiré l'attention et provoqué la découverte de l'anomalie.

Pourtant ces malformations paraissent susceptibles d'augmenter l'importance de symptômes dus à certaines altérations acquises dans le cours de l'existence.

Nouvelle preuve du développement d'une maladie chronique sur un organisme immunisé contre l'infection aiguë. Guérison par vaccinothérapie. — M. H. Dufour vaccine un lapin contre une dose mortelle de para B. Une dose mortelle de la même culture, injectée ensuite dans les veines, détermina une paraplégie, laquelle guérit ensuite après deux injections, l'une d'une dose mortelle du même virus, l'autre de vaccin chauffé.

Guérison de la spondylite typhique par vaccinothérapie. — MM. H. Dufour, Debray et Guyard rapportent un cas de spondylite posttyphique guérie par trois injections de vaccin TAB, trois autres injections étant faites, en outre, pour consolider la guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 MARS 1921)

A propos du traitement des cholécystites. — M. Baudet pratique la cholécystectomie quand il peut la réaliser, chose qui n'est pas toujours facile; il apporte plusieurs observations.

A propos de la vaccinothérapie. — M. Grégoire, à propos de la communication de M. Ombrédanne, dit que la vaccinothérapie peut, dans les cas aigus, donner de réels succès; il cite deux cas de guérison complète après injection de vaccin.

A propos de l'arthrotomie transrotulienne. — M. Wiart étudie la communication de M. Alglave et fait des réserves au sujet de l'arthrotomie transrotulienne qui a pour lui, des indications limitées. Dans un cas de fracture du condyle interne du tibia il put après arthrotomie en U, suturer très aisément les fragments.

Traumatisme de l'avant-bras. — M. Baumgartner dans un cas de double fracture du cubitus, fracture du radius, luxation du radius en arrière, fit la réduction de la luxation et la suture du radius, puis dans un deuxième temps, la suture du cubitus : excellent résultat.

Perforation aiguë d'un ulcère cancérisé de l'estomac, gastro-pylorectomie : guérison. — M. Duval fait un rapport sur une observation de M. Tecmène (de Liége) : homme de 60 ans opéré 4 heures après accidents de perforation au niveau d'un cancer de la petite courbure, gastropylorectomie, puis gastroentérostomie postérieure. Guérison très rapide du malade.

Deux cas de cancer de la région iléo cæcale. — M. Duval fait un rapport sur deux observatious de M. Cadenat. Ces deux cas ont été opérés avec diagnostic de tuberculose iléocæcale. Dans les deux cas, l'auteur a opéré en deux temps : ablation de la tumeur après anastomose iléo-transverse : guérison des deux malades.

M. Duval envisage la meilleure conduite à tenir dans ces tumeurs compliquées d'infection et d'abcès périnéoplasiques, fistulisées ou non.

Décollement épiphysaire du coude, réduction sanglante. — M. Proust rapporte une observation de M. Sauvé; enfant de 4 ans, réduction sanglante, bon résultat malgré un certain degré de cubitus varus.

A propos du volvulus du côlon pelvien. — M. Alglave résume la discussion ouverte; il en résulte qu'il faut opérer le plus vite possible et faire suivant les cas la résection de l'anse ou son extériorisation.

Chondroplastie dans le traitement de l'hallux valgus. — M. Gernez fait une lecture sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 MARS 1921)

Le diabétique peut-il maigrir? — M. P. Rathery distingue trois variétés d'amaigrissement chez le diabétique. L'amaigrissement pathologique relève de trois causes principales : diabète consomptif, tuberculose, abaissement marqué du coefficient d'assimilation hydrocarboné (forme grave du diabète simple). Ce type d'amaigrissement est de pronostic grave.

L'amaigrissement diététique relève de fautes de régime : tantôt il y a insuffisance de ration d'entretien, tantôt il y a excès d'aliment hydrocarboné (absence de régime).

L'amaigrissement thérapeutique est d'un ordre tout différent. Le diabétique obèse qui présente un poids supérieur à celui qu'il devrait avoir, voit son état s'améliorer par la seule restriction alimentaire. Il est donc tout indiqué de tâcher de l'obtenir chez certains diabétiques.

De l'usage du manganèse pour relever les fonctions alanguies. — MM. Camescasse et Bisot, sous ce titre emprunté à un ancien auteur, montrent l'influence remarquable du manganèse dans la chlorose des filles, l'hémophilie des garçons et un grand nombre de cas où la croissance n'est pas normale.

Les malades prennent 7 cgr. de bioxyde de manganèse, 12 jours par mois, durant 3 mois.

Opothérapie de la ménopause. — M. A. Marie (de Villejuif) apporte une contribution à cette question qui intéresse le médecin aliéniste aussi bien que tout clinicien.

Emploi du permanganate d'argent dans le traitement des maladies des voies urinaires. — M. P. Gallois utilise ce corps, en dissolvant 0g05 ou 0g10 dans un litre d'eau chaude, au début de la blennorragie et dans le traitement des cystites.

Les solutions paraissent à peu près aussi douloureuses que la solution de permanganate de potasse à 0g25 p. 1000.

Les farines composées alimentaires et la question des vitamines. — MM. Emile Perrot et Raoul Lecoq, en étudiant de nombreuses farines composées expérimentant sur le rat, établissent qu'un certain nombre d'entre elles carencent l'animal. En conséquence, l'industriel doit étudier soigneusement son mélange, avant d'affirmer la valeur de produits insuffisants.

Les carences sont multiples. Pratiquement, les protéines des céréales peuvent être améliorées par des protéines animales; il faut des ions sodium, calcium et chlore suffisants; la stérilisation au-dessus de 110° est toujours nocive. La notion des vitamines a trop fait oublier les données de la chimie alimentaire.

Les eaux de Vrnci. — M. Michailovitch (de Belgrade) fait une étude complète des eaux bicarbonatées de Vrnci, station minérale serbe.

Hydrothérapie et névroses tachycardiques. — M. Robert Dubois (de Saujon) étudie l'action de l'hydrothérapie sur les névroses tachycardiques.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE

1° Régime lacto-végétarien.

2° Révulsifs locaux (séton à la nuque) et intestinaux, par exemple :

Scammonée	0g40
Jalap	0g15
Gomme-gutte	(0g15)

En 2 paquets. A prendre à 20 minutes d'intervalle. Renouveler tous les 10 ou 15 jours.

3° Pendant 15 jours par mois, prendre avant les repas une cuillerée à soupe d'une solution iodurée (3 g. K I pour 300 g. d'eau distillée).

4° Pendant les 15 jours restants, prendre, matin et soir, 1 cachet de 0g50 de Théosalvose phosphatée ou lithinée comme diurétique et éliminatrice des chlorures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 24. — MARDI 22 & JEUDI 24 MARS 1921. 94e ANNÉE. MARDI 22 & JEUDI 24 MARS 1921. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 17 mars. — MM. Madier, 24; Maurer et Gouverneur, 25; Métivet, 27.

Prochaine séance, jeudi 14 avril, à 17 heures, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours du prix de l'internat (médaille d'or). — *Chirurgie et accouchements.* — Séance du 15 mars. — Jugement des mémoires : MM. Cap, 25; Bloch, 27,

Séance du 18 mars. — Oral : « Torsion des kystes de l'ovaire. »

MM. Clap, 15; Bloch, 16.

Séances des 18 et 19 mars. — Epreuve écrite. — Question donnée : « Anatomie du nerf spinal. — Formes cliniques du tétanos. »

MM. Clap, 26; Bloch, 29.

Classement : Médaille d'or, M. Bloch; médaille d'argent, M. Clap.

— Dentiste adjoint des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de dentiste adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 18 avril 1921, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, de 4 heures à 17 heures, du lundi 21 mars 1921 au samedi 2 avril inclusivement.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés qui s'est ouvert au ministère de l'Hygiène, le 7 mars 1921, s'est terminé le 14 du même mois.

Douze candidats s'étaient fait inscrire, huit ont subi les épreuves du concours.

Ont été reconnus aptes, par ordre de mérite, à l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés :

MM. les Drs Brousseau et Borel, de la Faculté de Paris; Mirc, de la Faculté de Toulouse; Bouyer, de la Faculté de Paris; Régis et Jourdran, de la Faculté de Bordeaux; Vullien, de la Faculté de Lille.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — (Active.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux ou médecins-majors Mathieu de Fossey, Morisson, Perot, Poirée, Randon, Roussille, Soulié.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Streissel, Volf, Barbier, Bodard, Bouchard, Doliveux, Dumas, Franchi, Guillermin, Jausion, Loubens, Nenon, Magrenot, Pouget, Rivet, Rue, Vernet, Villeclère.

MM. les médecins de 2e classe de la marine Barthelet, Boulle, Chauchard, Gaillard, Le Gall et Naudon.

(Réserve.) MM. les médecins-majors Aurientis, Berthou, Blanc, Bontemps, Bournoville, Bouvaist, Castelain, Crop, Decousser, Dubau, Durand (R.-J.-L.), Flambart, Flament, Fornari, Gaveau, Guérillon, Haton, Lapeyre, Legenne, Lemaître, Leveuf, Martinet, Mattei, Missimilly, Molard, Mollaret, Moralli, Offret, Oriol, Orsini, Paire, Petit (G.-A.), Piot, Poli, Reinfelt, Reverdy, Sézalory, Vignes, Vatrin, Arène, Astruc, Auchier, Badier, Bailly, Baumelou, Blaise, Bonnet (M.-A.-J.-F.), Breysse, Camous, Cassan, Castelli, Castelnau, Charpentier, Choux, Clément, Coignion, Collin, Duplay, Duval-Arnould, Ferrand (H.-G.-F.), Ferru, Florand, Folliero de Luna, Froment, Gasquet, Gauran, Gay, Genillon, Godart, Hennart, Infernet, Julhe, Julien, Léchelle, Lemariée, Louart, Maffet, Marange, Marchioni, Marsan, Marsault, Massoulie, Morize, Mouries, Naveau, de Nabias, Oddo (Jean), Petit (F.-M.-J.), Poirée, Régis (Louis), Rolin, Roudeau, Roustan, Savary, Six, Souquet, Sraer, Temporal, Thalheimer, Tognet, Toulouse, Vegeas, Vermelin, Vullien, Watel, Cornudet, Delahaye, Demelin, Desbos, Dhers, Diesbecq, Duval (H.-L.).

MM. les pharmaciens-majors Dehorter, Gallet, Jacques, Mellin, Corbasson, Plancke, Wallerand.

MÉDAILLE MILITAIRE. — (Active.) MM. les médecins sous-aides-majors ou auxiliaires Adisson, Ambrogi, Billot, Boide, Camentron, Capart, Clément, Cochard, Dechézelle, Esnault, Fabre, Foix, Fontaine, Garrigues, Girod, Guéguen, Joly, Lafue, Le Chez, Manchet, Meyrignac, Petiteau, Raymond, Ribollet, Sevez, Tisné, Tonnairi, de Verbizier, Villard, Antonini, Bazin, Crozes et Warnecke.

M. le médecin auxiliaire de la marine Giodarni.

(Réserve.) MM. les médecins sous-aides-majors ou auxiliaires Desbruères, Kleinpeter, Krick, Maritoux, Michel (L.), Narboni et Trampol.

M. le pharmacien auxiliaire Dumouthiers.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE (siège social : 5, rue de Surène, Paris, VIIIe). — L'assemblée générale annuelle aura lieu le dimanche 17 avril, à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Elle sera précédée d'une assemblée générale extraordinaire consacrée à l'étude d'un projet de retraites de droit et aux modifications statutaires que comporte cette création.

Le soir, à 7 h. 1/2, banquet au Palais d'Orsay où sont invités MM. les présidents et délégués des sociétés locales.

JURISPRUDENCE

LOI DU 1er MARS 1921 SUR LE MAINTIEN PROVISOIRE EN JOUISSANCE DE CERTAINS LOCATAIRES

Le *Journal officiel* a promulgué, le 2 mars 1921, une nouvelle loi sur les loyers ; elle porte la date du 1er mars 1921 et est intitulée *loi relative au maintien provisoire en jouissance des locataires de bonne de foi de locaux d'habitation*. Ce ne sera pas la dernière; le 4 mars, en effet, le garde des Sceaux déposa, sur le bureau de la Chambre des députés, un projet de loi sur les baux, dont le principe est le retour au droit commun; la loi du 1er mars est une loi d'attente, comme l'indique d'ailleurs son titre.

La loi nouvelle ne s'applique qu'aux locaux d'habitation et non aux locaux à usage commercial ou industriel.

But de la loi. — Le législateur n'a pas voulu que ceux dont le bail ou la location expirait le 31 juillet 1921, se trouvassent sans habitation, étant donné la crise actuelle des logements; il les maintient *provisoirement* dans les lieux pendant un délai maximum de 6 mois, sous certaines conditions, qu'on va énumérer plus loin.

L'article 1er de la loi dispose que le locataire d'un local à usage d'habitation personnelle qui occupera ce local au jour de la promulgation de la loi et dont le contrat est arrivé ou arrivera à expiration avant le 1er juillet 1921 pourra, à défaut d'accord amiable avec le bailleur, introduire, dans le mois à dater de la promulgation de la loi, devant le président du tribunal civil statuant en référé ou devant le juge de paix pour les loyers inférieurs à 600 fr., une demande tendant à son maintien provisoire dans les lieux loués *durant un délai maximum de 6 mois* à dater de l'expiration du terme en cours au moment de la décision à intervenir.

Ainsi, la demande doit être formée entre le 2 mars et le 2 avril, devant le juge des référés et non devant la Commission arbitrale.

La loi n'aura qu'une application restreinte parce qu'il ne peut s'agir que de locations qui n'ont pas droit à la prorogation : en effet, l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 spécifie que les baux et locations verbales, en cours au 1er août 1914, sont prorogés à la demande du locataire, aux conditions fixées au bail et *à compter du décret fixant la cessation des hostilités*. Or, on sait que la cessation des hostilités a été fixée au 23 octobre 1919 et que la prorogation la plus courte est de deux années; ce qui nous reporte au 24 octobre 1921. Il faut donc supposer, pour l'application de la loi, un locataire n'ayant pas droit à la prorogation; ce qui comprend notamment les locataires d'après-guerre, sous réserve de l'application de la loi du 4 mai 1920 qui accorde la prorogation de *certains* baux et locations verbales contractés entre le 1er août 1914 et la cessation des hostilités (1).

Conditions imposées. — La loi ne peut être invoquée que par des Français, ou par des étrangers ayant servi dans des armées alliées (art. 4, § 2). D'autre part, la demande n'est recevable que si le locataire remplit les conditions ci-après prescrites par la loi :

1° Justifier qu'il a exécuté toutes les conditions imposées par son contrat, par les usages locaux ou par décision judiciaire.

2° Occuper ou s'engager à occuper, dans la plus grande partie, l'immeuble donné à bail, soit par lui-même soit par les membres de sa famille qui l'occupaient antérieurement avec lui.

3° Prendre l'engagement, dont acte sera donné dans la décision à intervenir de payer, pendant toute la durée de la prorogation, en sus du loyer actuel, la majoration qui, à défaut d'accord amiable, sera fixée par le juge en tenant compte des charges subies par le propriétaire.

La décision rendue par le juge des référés n'est susceptible ni d'opposition ni d'appel, c'est-à-dire qu'elle est exécutoire immédiatement sans recours possible.

Cas où la loi ne peut être invoquée. — L'article 2 et l'article 4 indiquent plusieurs cas où les dispositions de l'article 1er qui viennent d'être analysées ne peuvent être invoquées. Ce sont les cas suivants :

1° Les locataires qui ont réalisé des bénéfices de guerre dans les conditions prévues par la loi du 1er juillet 1916 ne peuvent invoquer les dispositions de l'article 1er;

2° Ces dispositions ne sont pas opposables aux veuves de guerre, ni aux titulaires des pensions militaires ou civiles accordées au titre des lois des 31 mars et 24 juin 1919, à moins que le locataire ne soit lui-même une veuve de guerre, un pensionné de l'une ou l'autre des lois précitées ou un réfugié des régions libérées ne pouvant réintégrer son local d'habitation d'avant-guerre;

3° Ces mêmes dispositions ne sont pas opposables au propriétaire qui prouvera qu'il va occuper réellement le local, à titre d'habitation par lui-même ou par ses ascendants, ou les descendants, ou par les ascendants ou descendants de son conjoint;

4° Enfin la loi ne peut être invoquée par le locataire ayant plusieurs logements, à moins qu'il ne justifie que sa fonction ou sa profession l'y oblige.

La loi vise, dans son article 2, paragraphe 2, l'occupation de locaux d'habitation consentie à raison d'un contrat de louage de services et permet à l'occupant d'obtenir son maintien provisoire en jouissance des lieux occupés dans les conditions prévues à l'article 1er; l'exercice de ce droit n'est conféré qu'à celui qui a loué ses services, à l'employé notamment, mais non aux membres de sa famille ou à ceux qui ont occupé avec lui lesdits locaux d'habitation. C'est ce qui résulte de l'interprétation donnée par un arrêt de la Cour d'appel de Bordeaux du 9 mars 1921 (*Gaz. trib.*, 11 et 12 mars 1921) qui a considéré que la femme, son mari étant mort, ne rentre pas dans la catégorie des personnes limitativement désignées par la loi du 1er mars 1921, qui est une loi exceptionnelle; dans l'espèce visée, la femme n'avait pas loué, comme son défunt mari, ses services au propriétaire des locaux occupés par elle.

Dispositions diverses. — L'article 3 spécifie que la prorogation subie par le propriétaire en vertu de l'article 1er ne peut donner lieu à des dommages-intérêts soit de la part d'un acquéreur de l'immeuble, soit de la part d'un locataire, auquel il aurait donné le local à bail antérieurement à la promulgation de la loi.

L'article 5 oblige les ministères et autres administrations publiques dépendant de l'Etat, autres que les services des finances, des postes et des télégraphes, des pensions et des régions libérées, à abandonner, avant le 1er juillet 1921, les locaux privés à usage d'habitation qu'ils ont occupés postérieurement au 1er août 1914.

La loi est applicable à l'Algérie (art. 6).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 52, p. 818 et n° 56, p. 891.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

GYNÉCOLOGIE -- OBSTÉTRIQUE

Par M. le Dr M. DELESTRE.

GYNÉCOLOGIE

Etude histo-physiologique du corps jaune périodique : ovulation et menstruation chez la femme. (WATRIN et HAMANT. *Revue méd. de l'Est*, 1er mai 1920, p. 431.) — Les auteurs ont réuni 135 observations d'ovaires sains recueillis à des dates plus ou moins rapprochées de la période menstruelle. D'après des coupes ils ont pu constater que la ponte ovulaire se fait à une époque invariable, 12 à 14 jours avant la date d'apparition des règles. Le corps jaune atteint le maximum de son développement quand le flux menstruel apparaît; puis, dès que celui-ci a pris fin, il régresse et disparaît finalement.

Pour les auteurs, le corps jaune, par sa sécrétion interne, conditionne la menstruation chez la femme.

Un cas de cancer à marche aiguë développé sur un fibrome utérin traité par le radium. (JACOBS. *Soc. belge de gyn. et d'obst. de Bruxelles*, 2 oct. 1920.) — Ce serait chose mauvaise, pouvant entraîner de très graves conséquences, que de laisser se répandre l'idée que tous les fibromes sont justiciables du traitement au radium. M. Jacobs, qui a pu personnellement appliquer ce traitement dans de nombreux cas, a eu l'occasion d'enregistrer des disparitions rapides des tumeurs et l'arrêt complet des hémorragies. Mais il tient également à signaler les mécomptes et il apporte l'observation d'un cas d'évolution extrêmement rapide de dégénérescence après traitement de la malade par le radium pour un fibrome. Il se demande si le radium a été pour quelque chose dans l'apparition du cancer; mais il ne lui paraît pas douteux que ce traitement ait eu une action sur l'évolution anormale du néoplasme. Il semblerait, d'après lui, que la radiumthérapie devrait être surtout réservée aux fibromes qui saignent, après la ménopause ou au voisinage de celle-ci, mais qu'il faut s'en abstenir à un âge éloigné de la ménopause.

Un procédé d'hystérectomie sans section des vaisseaux. (VAN HOOSEN. *Surg. gyn. and obst.*, août 1919, p. 196.) — Les décès qui surviennent après l'hystérectomie sont dus pour la plupart à l'hémorragie, à l'infection et au shock par traumatisme du système nerveux sympathique.

Van Hoosen, pour réduire ce pourcentage, pratique l'hystérectomie de la façon suivante :

Dans un premier temps, il libère la trompe au ras de l'insertion du ligament large et repousse avec le pouce et l'index la base du ligament large qui contient l'anastomose de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne ; puis il sectionne au bistouri le péritoine qui va du ligament large sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus en empiétant sur les faces de cet organe. Le péritoine ainsi décollé, on fait un évidement conique de la portion isthmique; on répète la même chose du côté opposé et on enlève ainsi les trompes et l'utérus dépouillé de sa séreuse sur les parties latérales de ses faces antérieure et postérieure. On termine en suturant ensemble les deux bords du ligament large qui s'inséraient sur l'utérus.

Les avantages de cette méthode énumérés par van Hoosen sont : 1° de permettre aux ovaires de conserver leur circulation normale; 2° de ne pas traumatiser le système nerveux et les ganglions sympathiques de l'utérus; 3° de ne pas modifier la situation des uretères et de la vessie; 4° de conserver le cloisonnement de la cavité pelvienne par ce qui reste des deux ligaments larges suturés l'un à l'autre et d'éviter les maux de reins; 5° de permettre aux malades de conserver leur fonction menstruelle dans le segment isthmique que l'on a laissé.

Sur 58 cas, 16 malades n'avaient pas atteint la ménopause et 10 sont réglées régulièrement.

Parallèle entre les tendances et les buts de la gynécologie et de l'obstétrique opératoires. (DE ROUVILLE. *Réunion obst. et gyn. de Montpellier*, avril 1919.) — Après avoir montré que l'obstétrique fait œuvre de vie, M. de Rouville démontre que la gynécologie opératoire, en dépit des apparences, se propose le même but. Le gynécologue doit avant tout sauver sa cliente, mais il ne doit jamais perdre de vue l'objectif physiologique; conservation de l'aptitude à la fécondation et de la fonction menstruelle. Certes si, dans les salpingo-ovarites, la castration s'impose souvent, elle ne doit pas être non plus pratiquée à la légère. Le diagnostic même pièces en main est parfois bien difficile à poser, même impossible et cela explique les revers de la gynécologie conservatrice. L'auteur, dans ces cas difficiles, incrimine l'intervention trop tardive et recommande les laparotomies précoces, internes et exploratrices, qui permettraient les interventions restreintes, économiques; elles feraient aussi souvent découvrir et supprimer des causes de stérilité qui restent ignorées.

Les boues radio-actives dans le traitement des salpingo-ovarites. (CHIFOLIAU et GUILLARD. *Progrès méd.*, 6 mars 1920.) — Frappés des excellents résultats des applications de radium dans les affections gynécologiques, mais craignant l'action congestive des sels de radium sur les suppurations, les auteurs ont utilisé les boues radio-actives, substance de faible radio-activité, à action lente, facilement maniable et d'un prix de revient peu élevé. Ces boues sont, on le sait, des produits accessoires du traitement des minerais radio-actifs; si elles ne contiennent qu'une dose insignifiante de radium, elles ont, par contre, une très forte activité mesurée en rayonnement. Par suite des traitements chimiques, elles ont été rendues stériles et de réaction absolument neutre.

Chifoliau et Guillard les ont utilisées en applications abdominales et vaginales; c'est à ce dernier procédé qu'ils se sont arrêtés. Leur technique est ainsi décrite :

« Soit une salpingite double avec blindage des culs-de-sac latéraux et postérieurs, masses annexielles perceptibles dans ces culs-de-sac, col immobilisé; nous faisons une toilette vaginale soigneuse avec des tampons imbibés d'éther; le col est essuyé et touché à l'alcool iodé.

Nous modelons un cylindre de boue entouré de gaze, nous l'enroulons de façon à lui faire prendre la forme du cul-de-sac vaginal, au travers duquel nous voulons agir sur l'annexe ou les annexes malades. En cas de salpingite double, c'est un anneau que l'on glisse autour du col; dans le cas de salpingite unilatérale ou saillante dans un cul-de-sac, on peut se contenter d'appliquer au contact de la lésion un demi-anneau, ou une ou plusieurs boules de boue. Suivant la largeur et la profondeur du cul-de-sac postérieur la boule sera plus ou moins volumineuse. De toutes façons la boue sera maintenue en place par un tamponnement à la gaze.

Après le pansement, la malade est reportée dans son lit et complètement immobilisée avec glace sur le ventre.

La boue est laissée en place de 24 à 48 heures. Au bout de ce temps on l'enlève, on fait une longue et abondante irrigation vaginale et on applique un pansement à la gaze glycérinée. Ce pansement sera renouvelé suivant les cas une fois ou deux.

Après un repos de 2 à 4 jours, suivant la réaction locale, il sera fait une nouvelle application de boues. Nous avons pu ainsi faire quatre à cinq applications successives sans le moindre inconvénient. »

Les conclusions tirées d'un nombre important d'observations sont ainsi formulées : « En résumé, sédation rapide de

la douleur et de la température, tendance à la résorption rapide des masses inflammatoires péri-annexielles, régression des masses annexielles permettant des opérations conservatrices, tels sont les résultats que nous avons observés après l'application de pansements vaginaux à la boue radio-active combinée à l'application de sachets de glace sur le ventre. Nous avons dans les boues un moyen simple et efficace de raccourcir la phase aiguë des salpingites. »

OBSTÉTRIQUE

Bassin coxalgique. Etude de la ligne innominée et de l'atrophie. (Cleisz. *Gynécologie et obstétrique*, 1920, t. II, n° 5.) — Travail résultant de l'étude des bassins conservés au musée de la clinique Baudelocque. Elle a permis à l'auteur de rectifier les notions courantes sur les dimensions et la forme de la ligne innominée, qui ne participe pas, du côté coxalgique, à l'atrophie de l'ensemble du bassin et reste normale, sinon allongée. L'atrophie porte sur l'aile iliaque et surtout sur la portion de l'os iliaque sous-jacente à la ligne innominée, en particulier sur la région isclinatique.

Avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps de l'utérus. (Couvelaire. *Gynécologie et obstétrique*, 1920, t. II, n° 4.) — Le professeur Couvelaire étudie l'histoire de 50 gestations survenues chez des femmes ayant subi antérieurement l'opération césarienne. Il en conclut que les progrès réalisés dans la technique de cette opération en ont amélioré les résultats éloignés. L'imperfection de la cicatrice abdominale, les adhérences de l'utérus à la paroi ou aux organes voisins, sont aujourd'hui le plus souvent nulles ou légères et pratiquement négligeables. La cicatrisation de l'utérus a donné souvent, sinon toujours, des résultats satisfaisants. On peut donc dire qu'en l'état actuel de la chirurgie obstétricale, l'opération césarienne conservatrice, pratiquée dans les conditions techniques convenables, compromet l'avenir obstétrical des opérées dans une trop faible mesure pour que nous en restreignions les indications logiques.

Un moyen de diagnostiquer avant l'accouchement une grossesse triple. (Elis Essen Möller. *Gynécologie et obstétrique*, 1920, t. II, n° 3.) — L'auteur ayant voulu confirmer par la radiographie un diagnostic de grossesse qu'il pensait être femellaire, produit un cliché où l'on voit nettement le contour de trois crânes fœtaux.

La thérapeutique intra-utérine de l'infection utérine post partum. (H. Vignes. *Gynécologie et obstétrique*, 1920, t. II, n° 3, p. 161.) — A l'heure actuelle un grand nombre d'accoucheurs ont renoncé à toute thérapeutique intra-utérine de l'infection puerpérale. Il est intéressant à ce point de vue de noter l'évolution des idées d'un grand clinicien, observant pendant plus de 30 ans dans une même maternité.

En 1896, M. Pinard préconisait :

1° Les injections intra-utérines à la première élévation de température, que celle-ci se produise le 2e ou le 3e jour;

2° L'irrigation continue, lorsque l'infection n'a pas cédé à l'injection pratiquée soit avant, soit après le curettage;

3° Le curettage dans les cas plus rebelles.

En 1905 (*Rev. prat. d'obstétr. et de pédiatr.*), M. Pinard enseigne que l'expérience l'a conduit à restreindre les indications des interventions intra-utérines pendant les suites de couches.

En 1909 (*Ann. de gynéc. et d'obstétr.*), M. Pinard déclare que le curettage n'est rationnel que dans des cas exceptionnels.

Actuellement à la Clinique Baudelocque ces interventions sont presque complètement abandonnées. Pourquoi cette évolution? Elle résulte tout à la fois de l'expérience clinique obstétricale de l'infection streptococcique, de beaucoup la plus fréquente, et de deux données bien mises en lumière par ce que nous a appris la chirurgie de guerre :

1° L'une, c'est que les plaies streptococcique sont particulièrement rebelles au traitement local;

2° L'autre c'est que le seul traitement local efficace de ces plaies est l'exérèse très précoce en vase clos, qui, en cas de streptococcie utérine serait l'hystérectomie, opération radicale habituellement injustifiée, étant donné ce que nous savons de l'avenir des infectées après l'accouchement à terme.

Les incisions de la portion intravaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme. (V. Cathala. *Gynécologie et obstétrique*, 1920, t. I, n° 2.) — Lorsque le col est incomplètement dilaté, que la dilatation ne progresse pas et qu'il est nécessaire de terminer l'accouchement, la majorité des accoucheurs ont recours à la dilatation manuelle, à la dilatation instrumentale ou à la césarienne vaginale. Les incisions du col sont préférables dans bien des cas à ces différentes interventions : leur technique est simple et facile, mais il est nécessaire pour les pratiques, de bien en préciser les indications.

Le danger de ces incisions réside dans leur extension possible par déchirure jusqu'au segment inférieur au moment du passage de la partie fœtale. Pour que ces incisions soient donc praticables sans danger, il faut que la circonférence la plus grande de la présentation ait passé ou puisse passer sans distendre la circonférence d'insertion vaginale du col. Ce n'est pas sur le degré de dilatation du col, mais sur les profondeurs des culs-de-sac vaginaux qu'on doit se baser.

Au cas où l'examen montrerait que la tête fœtale ne peut pas passer sans distendre l'insertion vaginale, il ne faudrait pas recourir aux incisions du col pour terminer l'accouchement : on devrait décoller la vessie pour sectionner l'utérus au-dessus de l'insertion vaginale, c'est-à-dire pratiquer une césarienne vaginale.

Cathala préfère les incisions médianes aux incisions latérales. La section est pratiquée avec des ciseaux droits qui tranchent le col depuis l'orifice externe jusqu'à l'insertion vaginale. La lèvre antérieure est sectionnée la première, en plaçant une valve dans le cul-de-sac antérieur du vagin et en refoulant la vessie. La section du col en arrière est plus difficile : l'opérateur doit conduire les ciseaux en les guidant sur les doigts de la main gauche.

Après s'être assuré que les incisions du col sont suffisamment profondes, qu'elles approchent l'insertion vaginale sans l'atteindre et surtout sans la dépasser, l'opérateur extrait le fœtus, exceptionnellement par version, presque toujours par une application de forceps.

Les incisions médianes ne saignent pas si elles n'atteignent pas la muqueuse vaginale. La réunion des lèvres des incisions se fait généralement spontanément, mais l'absence de réunion ne détermine pas de conséquences graves.

Au cas où, au cours de l'intervention, au moment de l'extraction de l'enfant, on s'aperçoit que le bipariétal ne peut passer l'insertion vaginale du col sans risque d'extension des incisions, on peut prolonger avec les ciseaux la section de la lèvre antérieure jusque sur le segment inférieur en incisant auparavant le cul-de-sac vaginal et en décollant la vessie. On termine ainsi par une césarienne vaginale, ce qui n'est pas possible avec les incisions latérales.

La soupe et le pain comme galactagogues dans l'alimentation des nourrices. (G. Variot et L. Malet. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 août 1920, p. 597.) — M. Variot a examiné en 8 ans environ 10.000 nourrices. Celles dont la lactation était la plus abondante se nourrissaient surtout de soupes et de pain. Les auteurs ont amélioré notablement des lactations médiocres en augmentant la ration quotidienne de pain.

Contribution à l'étude des cas de procidence du cordon sans battements, les bruits du cœur étant ou non perceptibles, et qui donnent naissance à des enfants vivants. (Samuel E. Bermann [de Buenos-Aires]. *Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris*, 8 nov. 1920.) — Voici les conclusions pratiques que l'auteur tire d'une observation détaillée rapportée par lui, et de cas analogues relatés dans les travaux sur ce sujet :

1° La non-constatation de battements dans le cordon procident, même coïncidant avec l'absence des bruits du cœur fœtal, ne permet pas d'affirmer la mort du fœtus;

2° En l'absence des bruits du cœur fœtal à l'auscultation et des battements du cordon au doigt, la dilatation étant suffisante, on introduira la main dans l'utérus, en appliquant les doigts sur la région précordiale du fœtus, afin d'essayer la perception directe des battements;

3° Même si ce toucher ne permet de rien percevoir, on s'appliquera à extraire un fœtus non mutilé, les conditions maternelles le permettant; car on n'aura la certitude de pra-

tiquer l'embryotomie sur un enfant ne pouvant être ranimé qu'une heure après l'absence de tout signe de vie;

4° La probabilité de survie fœtale dans ces cas, dépendant de l'intensité et de la durée de la compression du cordon, sera fonction de la rapidité de l'extraction de l'enfant et de l'application des moyens habituels contre la mort apparente, y compris le massage du cœur.

A propos de deux cas de rétinite gravidique. (COUVELAIRE. *Gyn. et obst.*, 1920, t. II, n° 5.) — Ce sont des rétinites apparues au cours de la gestation, en dehors de tout état pathologique antérieur et cliniquement conditionnées par la présence d'un œuf vivant dans la cavité utérine. Les deux cas rapportés étaient associés au syndrome banal d'insuffisance rénale (oligurie, albuminurie) avec hypertension artérielle.

Dans une de ces observations, l'apparition de l'albumine dans les urines n'a pas précédé, mais suivi l'apparition des troubles oculaires. Ce fait nous démontre que l'albuminurie n'est pas toujours le premier signe clinique précurseur des accidents graves. Le médecin qui a la responsabilité de l'évolution d'une gestation ne doit pas s'en tenir à la recherche de l'albumine dans les urines. Il ne doit négliger aucun symptôme pathologique même discret. A cet égard, le symptôme subjectif, céphalée et le symptôme objectif hypertension artérielle doivent attirer spécialement son attention, au même titre que l'albuminurie, l'oligurie et les œdèmes.

La femme atteinte de rétinite est sous le coup d'une intoxication massive brutale, lésant, en même temps que sa rétine, des organes essentiels comme le foie, provoquant des syndromes dramatiques comme les convulsions éclamptiques ou les hémorragies utéro-placentaires.

En l'absence d'une réaction favorable rapide au traitement médical, la suppression de l'œuf peut seule juguler l'état toxémique et l'on procèdera rapidement à l'évacuation de l'utérus, quel que soit l'âge de la grossesse.

Rupture de la vessie associée à une rétroversion de l'utérus gravide. (S. Gordon LUKER. *Proc. of the royal Soc. of med.*, Londres, juillet 1920, sect. d'obst. et de gyn., t. XIII, p. 159.) — Il s'agit d'une femme enceinte de 3 mois qui fut prise d'une douleur abdominale violente avec difficultés de la miction. Quatre jours après, sensation de rupture dans le ventre, vomissements. La malade opérée, on trouve une certaine quantité d'urine dans la cavité abdominale L'utérus rétroversé fut remis en place et la vessie suturée. C'est la seconde observation connue de rupture de la vessie causée par une rétroversion de l'utérus gravide.

Recherches sur les cas de vomissements dans la gestation en rapport avec la glande et la grandeur du corps thyroïde. (ALBECK. *Soc. jutlandaise de méd.*, 1919.) — L'auteur a interrogé 1.707 femmes enceintes et parmi elles 1.157 (67,78 p. 100) avaient eu des vomissements. Il ne croit pas que les vomissements soient de cause nerveuse, mais il est possible que les cas de vomissement simple puissent s'aggraver chez les femmes nerveuses. Il croit que les vomissements simples, comme les vomissements incoercibles, comme les cas avec ictère et polynévrite sont tous des cas de toxémie gravidique très apparente provoquée par des substances nuisibles provenant de l'œuf, et il trouve une relation constante entre la glande thyroïde (grandeur et consistance) et l'intensité des symptômes : les femmes avec une glande grande et molle ne vomissent pas, tandis que celles ayant une glande petite et dure ont toujours des vomissements.

Le chancre syphilitique du col de l'utérus chez la femme enceinte. (P. LANTUÉJOUL. *Gyn. et obst.*, 1920, t. II, n° 2.) — Le chancre du col revêt, chez la femme enceinte et du fait de la grossesse, des caractères de durée et d'étendue tout particuliers. Il est, dans la majorité des cas, un obstacle absolu à l'accouchement spontané. La césarienne abdominale sera faite quand la femme sera venue consulter avant ou immédiatement après le début du travail. L'hystérectomie abdominale sera faite quand la femme étant en travail depuis longtemps l'infection grave mettra en danger la vie de la mère. Enfin, dans les cas intermédiaires ou les cas douteux, quand, malgré la prolongation du travail, la femme paraît peu ou pas infectée, la césarienne abdominale ne doit plus être tentée; il faut intervenir par la voie vaginale, soit à l'aide de grandes incisions latérales ou médianes, soit par une hystérotomie vaginale. Il serait toujours temps de recourir à la voie haute pour faire l'hystérectomie si, au cours de l'intervention par voie basse, l'utérus paraissait trop infecté pour être conservé sans danger.

VOIES URINAIRES

Par M. le Dr DE BERNE-LAGARDE.

REINS

Contribution à la connaissance des tumeurs primitives des calices rénaux. (S. ROLANDO. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. IX, n° 5-6, 1920.) — Le malade est un homme de 53 ans, souffrant depuis 2 ans, dans le flanc gauche. Il existe des hématuries intermittentes, totales, non douloureuses et les urines sont purulentes. Points urétéraux uniquement à gauche. Le cathétérisme de l'uretère donne, de ce côté, des urines purulentes, avec globules rouges et une déficience fonctionnelle de ce rein.

Ce dernier est extirpé par voie lombaire. Le calice inférieur dilaté, est rempli d'une masse jaune friable, adhérente à la muqueuse. Il s'agissait d'un adénome papillaire, tubulaire, dont le point de départ est la muqueuse du bassinet. Le rein est atteint de lésions de néphrite interstitielle.

En résumé, observation à classer comme document anatomo-pathologique.

Du caractère idiopathique de la dilatation du bassinet dans l'hydronéphrose intermittente. (BARD. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. IX, n° 4, p. 243.) — Cette variété d'hydronéphrose ne serait, d'après l'auteur, qu'un cas particulier de la dilatation idiopathique dont tous les organes tubulés fournissent des preuves. Les obstacles ne sont pas primitifs ; les coudures, les valvules, les sténoses ne seraient que secondaires à la dilatation.

Bard explique d'ailleurs ainsi la dilatation du côlon, de l'œsophage, du rectum, de la vessie, des bronches, de l'œil même (hydrophtalmie).

Il apporte une observation, avec pyélographies, d'une hydronéphrose intermittente à laquelle, malheureusement, manque le contrôle anatomo-pathologique.

ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE

Quelques considérations pratiques sur l'albuminurie orthostatique. (P. LE NOIR. *Journ. de méd. de Paris*, n° 21, p. 435.) — L'albuminurie orthostatique est souvent méconnue parce que les urines confiées à l'analyse sont mal recueillies. Il faut toujours faire porter le premier examen sur les urines de l'après-midi. L'albuminurie une fois constatée doit être ensuite recherchée à différents moments de la journée.

Pour éviter certaines causes d'erreur, éliminer les albuminuries digestives et génitales.

Sans entrer dans une discussion théorique approfondie, l'auteur pense qu'il s'agit non d'une affection rénale mais d'une maladie de l'enfance et de l'adolescence coïncidant avec la croissance et chez les fillettes avec l'apparition de la menstruation.

Le pronostic est généralement favorable. Cette albuminurie disparaît en général vers la vingtième année. Des malades de Lenoir ont pu se marier et mener à terme leurs grossesses sans albuminurie.

Au point de vue thérapeutique, pas de restrictions alimentaires à formuler. Ne pas proscrire les exercices physiques au

grand air, convenablement réglés. Le traitement médicamenteux se réduira à l'usage des préparations phosphatées ou arsenicales, ces dernières à petites doses.

Dans les rares cas où l'on soupçonnerait une lésion rénale, le pronostic doit être réservé.

VESSIE

Une observation d'angiome de la paroi vésicale. (P. Launay, H.-P. Achard et C. Carrière. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. IX, nos 5 et 6, 1920.) — Observation d'un intérêt anatomo-pathologique, car c'est une tumeur rare de la vessie. Au cours d'une laparotomie pour annexite droite et appendicite, on découvre, à la face postéro-latérale droite de la vessie, une tumeur sous-péritonéale du volume d'une orange, lobulée. Cystectomie partielle; fermeture de la vessie en deux plans avec sonde à demeure. Ablation des annexes droites et de l'appendice. Guérison.

Cet angiome caverneux de la vessie avec transformation kystique s'était révélé cliniquement par de la pollakiurie douloureuse avec hématurie terminale intermittente. Ces phénomènes avaient presque disparu par le repos au lit et la palpation bi-manuelle ne permettait pas de découvrir la tumeur vésicale. Un examen cystoscopique aurait été probablement utile.

De l'étincelage dans la tuberculose vésicale (travail du service Civiale, hôpital Lariboisière). (Parisi: *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. IX, nos 5-6, p. 341 et 379.) — Après la néphrectomie pour bacillose rénale, les manifestations vésicales disparaissent, en général. Cependant elles peuvent surgir à nouveau ou persister dans les cas trop avancés. La plupart des traitements locaux n'ont, sur la vessie, qu'une médiocre influence.

Parisi recourt à l'étincelle de haute fréquence appliquée à des intervalles variables de 8 à 15 jours selon les phénomènes réactionnels accusés par le patient. Il faut utiliser des étincelles de courte longueur et peu chaudes, avec une intensité ne dépassant pas 100 milliampères au milliampèremètre thermique de Gaiffe. On peut se servir aussi des étincelles obtenues à l'aide d'appareils à basse tension (type d'Arsonval). Elles doivent recouvrir toute la surface ulcérée ou lésée, à traiter. On contrôle facilement leurs applications au cystoscope par le blanchissement des points étincelés. Il n'est besoin que de recourir à l'anesthésie locale de la vessie avec une solution de cocaïne à 4 p. 100.

La réaction vésicale consécutive est parfois intense et peut se traduire immédiatement par de la pollakiurie et de violentes douleurs d'une façon plus tardive par de l'incontinence. Ces symptômes ont, en général, disparu en 3 ou 4 jours.

Parisi rapporte, sur 21 observations, 10 guérisons, 9 améliorations et 2 échecs. Le nombre de cas de guérisons le plus élevé concerne la forme ulcéreuse pure. Cette méthode peut cependant donner de bons résultats dans les formes de tuberculose vésicale secondairement infectées puisque les courants de haute fréquence possèdent une action antiseptique très nette.

Grâce à son efficacité, il est facile de prévoir l'application de l'étincelage dans l'urétérite tuberculeuse qui persiste après la néphrectomie, augmentant, par sa présence, le nombre de certaines cystites postopératoires.

Tuberculose primitive de la vessie. (Jungano (de Naples). *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. X, n° 1, p. 15-41.) — A propos d'un cas personnel, Jungano fait une revue générale sur ce sujet. La voie de pénétration du bacille nous échappe encore. Dans l'immense majorité des cas, la tuberculose vésicale est secondaire à une lésion rénale. On ne peut parler de tuberculose primitive de la vessie que lorsque l'examen des caractères cliniques a été confirmé par l'exclusion de tous les organes voisins et qu'elle a été nettement affirmée par l'examen histo-bactériologique des sécrétions des deux reins et par le résultat négatif de l'inoculation aux cobayes.

Diverticules de la vessie. Traitement. (V. Pauchet et de Butler d'Ormond. *Journ. d'urol., méd. et chir.*, t. X, n° 1, p. 1-13.) — Revue générale à propos d'un cas personnel. Les auteurs exposent la technique opératoire suivie : voie mixte extra et intravésicale.

Le diverticule qui siégeait à gauche au-dessus et en dehors de l'uretère est retourné en doigt de gant dans la cavité vésicale. Des points en U oblitèrent son collet. Suture incomplète de la vessie; drainage temporaire hypogastrique. Guérison.

PROSTATE

Etude sur les tumeurs bénignes urètro-prostatiques (hypertrophie de la prostate). Morphologie. Topographie. Histologie. (Papin et Verliac. *Arch. urol. de la clin. de Necker*, t. II, fasc. 4, p. 425, 567.) — Le début de ce travail est constitué par un exposé historique d'anatomie macroscopique et topographique de « l'hypertrophie prostatique ».

Les auteurs rapportent ensuite leurs recherches personnelles sur des pièces opératoires. Ils y joignent des examens nécropsiques d'opérés et de non-opérés, ces derniers prostatiques ou non.

L'adénome prostatique se développe toujours dans la région prespermatique de la glande. Au cours de l'énucléation hypogastrique, on n'enlève qu'une tumeur bénigne, à dimensions variables, qui siège en arrière et sur les côtés de la portion sus-montanale de l'urètre. Lorsque l'adénome enlevé est volumineux, le tissu prostatique est aplati par refoulement excentrique.

Après l'ablation, il existe une cavité plus ou moins vaste qui se continue en haut avec la vessie, en bas avec l'urètre sous-montanal. L'examen de cette cavité, dans les jours qui suivent l'opération, la montre encore large et tapissée de caillots sanguins. Sa paroi postérieure est formée par les canaux éjaculateurs. La glande prostatique est étalée autour de la cavité. Microscopiquement, on y trouve « des trousseaux musculo-fibreux tout autour desquels se voient des glandes prostatiques et circulent des vaisseaux et des nerfs ». Le stroma est surtout fibreux. Les glandes prostatiques ressemblent peu aux glandes de la tumeur périurétrale. Les vaisseaux sont atteints d'endo et de périvascularite fibreuse. Ces lésions sont identiques à celles que l'on observe dans les prostates non hypertrophiques de vieillards, lésions que la compression aggrave sans les modifier dans leur essence.

Les déformations de l'urètre postérieur, par l'adénome, y sont remarquablement exposées ainsi que les rapports de ces tumeurs avec la vessie, les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, les canaux déférents, le rectum.

Signalons un chapitre concernant l'étude histologique des prostates séniles.

Les auteurs montrent que chez le vieillard, la glande non-adénomateuse est en voie d'atrophie et de transformation fibreuse avec lésions scléreuses des vaisseaux; lésions identiques à celles des coques prostatiques.

Les conclusions sont les suivantes :

Toute lésion inflammatoire qui a lésé profondément l'urètre postérieur et détruit les glandes sous-urétrales supprime les éléments aux dépens desquels pourraient se constituer les tumeurs sous-urétrales. La nécessité de l'ablation totale de l'urètre sus-montanal au cours de l'énucléation, pour éviter les récidives est le deuxième corollaire de la situation des glandes sous-urétrales dans la paroi de l'urètre. Enfin, en raison du siège de ces glandes, il semblerait possible de traiter, par voie endo-urétrale, le début de l'hypertrophie si on pouvait le soupçonner assez tôt.

L'activité des glandes sous-urétrales coïncide avec la sénescence prostatique. L'évolution parallèle de ces deux ordres de lésions dépend peut-être d'une modification humorale ou organique.

Résultats éloignés des différentes méthodes d'opérations pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate. (Pousson. Rapport de la *XXe session de l'Ass. fr. d'Urologie*. Paris, octobre 1920.) — L'auteur passe successivement en revue les méthodes qui suppriment l'obstacle anatomique : prostatectomie totale périnéale ou hypogastrique, prostatectomie partielle, prostatotomie par voie endo-urétrale :

1° Après un aperçu anatomique sur la nature et la topographie des lésions constituant l'hypertrophie prostatique, l'auteur étudie, d'après divers procédés d'investigation, les résultats de la restauration du col et de l'urètre prostatique.

La prostatectomie sus-pubienne totale détruit l'urètre sus-montanal, le transformant en une cavité lisse mais respecte le veru montanum et les canaux éjaculateurs.

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

PAR



l'Huile de Paraffine



MONSIEUR LE DOCTEUR,

Depuis 1904, où le professeur SCHMIDT, *dans un mémoire devenu classique, préconisa l'agar ou la paraffine au cascara comme traitement idéal de la constipation, nous avons fait une étude pharmacodynamique approfondie de ces deux substances. D'accord en cela avec le célèbre professeur, nous avons reconnu la supériorité indiscutable de l'agar. C'est pourquoi, les premiers en* FRANCE, *nous avons préparé sous le nom de* THAOLAXINE *un produit à base d'agar, dont l'apparition et la diffusion rapide dans le public médical ont révolutionné la thérapeutique de la constipation. Dès ce moment (1906), nous avions également mis au point, dans nos Laboratoires, un produit à base de paraffine. Mais nous avions renoncé à le lancer pour ne pas créer de confusion dans l'esprit du praticien, en lui laissant le choix entre deux substances de valeur inégale, l'insuccès de l'une pouvant nuire au succès de l'autre et déconsidérer ainsi une admirable méthode de traitement de la constipation.*

Aujourd'hui, sur la demande de quelques-uns des nombreux médecins qui sont nos clients personnels, nous nous sommes décidés à présenter le produit que nous avions alors étudié,

L'OLÉOLAXINE

à base d'huile de paraffine chimiquement pure et complètement désodorisée.

*L'***OLÉOLAXINE** *est naturellement préparée avec la perfection et le soin qui ont établi la réputation de notre marque dans le public médical, et représente par conséquent le produit de choix pour faire l'expérience de la médication à l'huile de paraffine.*

*L'***OLÉOLAXINE** *se prescrit à la dose d'une à deux cuillerées à entremets, le matin à jeun et le soir en se couchant.*

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de notre respectueux dévouement.

DURET & RABY,
5, Avenue des Tilleuls,
PARIS (Montmartre).

La prostatectomie périnéale typique conserve tout l'urètre postérieur qui, plus large que normalement, se plisse sur lui-même constituant ainsi une série d'obstacles au cours de l'urine et du cathétérisme : le veru montanum et les canaux éjaculateurs sont détruits ou sectionnés.

2° Accidents et complications opératoires. — A. *Fistules.* — Elles deviennent de plus en plus rares suivant les progrès de la technique opératoire. Les fistules hypogastriques, exclusivement urinaires, permettent le port d'un appareil collecteur et ne menacent pas l'existence. Les fistules périnéales sont parfois stercorales et sont un danger d'infection rénale ascendante.

B. *Eventration.* — Elle est assez rare après la prostatectomie hypogastrique et peut être évitée, dans une certaine mesure, par de petites incisions.

C. *Ostéome cicatriciel.* — Complication dont il n'existe que deux cas connus par Pousson.

D. *Déformation anatomique du col vésical et du trajet prostatique.* — Après la prostatectomie hypogastrique, il peut se former au niveau de l'urètre postérieur un obstacle résultant de sa déchirure, de la conservation d'un lambeau trop long de muqueuse vésicale ou d'un tamponnement défectueux de la loge prostatique. Comme conséquences, on observe des déviations de l'urètre, des suppurations difficiles à tarir, la réouverture de la plaie, la formation de fistules. La prostatectomie périnéale laisse des déformations de l'urètre postérieur; l'oblitération incomplète de cette partie de l'urètre paraît imputable, au contraire, à la prostatectomie hypogastrique.

E. *Récidives de l'hypertrophie.* — La voie hypogastrique est meilleure en ce sens qu'elle permet plus complètement l'ablation de la totalité de l'adénome. Ce dernier peut cependant se développer, après l'opération, aux dépens de la partie restante de la prostate.

F. *Prostatite.* — Après la sus-pubienne, il peut y avoir des suppurations de la prostate puisqu'elle reste en place.

G. *Calculs.* — S'observent rarement après la prostatectomie hypogastrique.

3° Résultats fonctionnels. — A. *Mictions.* — Le rétablissement de la miction est plus rapide et plus constant après la prostatectomie hypogastrique.

B. *Incontinence.* — Elle est exceptionnelle et se voit plutôt après la périnéale.

C. *Evacuation de la vessie.* — Les meilleurs résultats sont obtenus par la prostatectomie hypogastrique.

D. *Désinfection de la vessie.* — Quoique longue à obtenir, elle est en général complète. Quand elle persiste, des causes locales peuvent l'entretenir : cellules et diverticules vésicaux, pyélonéphrite, etc.

E. *Etats des reins.* — En supprimant l'obstacle, l'ablation de l'adénome améliore le fonctionnement rénal.

F. *Résultats fonctionnels génitaux.* — La sus-pubienne qui respecte les canaux éjaculateurs et le veru montanum conserve ou améliore, suivant les cas, les fonctions sexuelles. Elle reste supérieure en cela à la périnéale après laquelle les fonctions génitales disparaissent le plus souvent.

4° Effets généraux. Survie. — En améliorant le fonctionnement de l'appareil urinaire, en rendant l'organisme plus résistant aux infections, la prostatectomie donne une survie parfois longue. Les troubles psychiques pré-opératoires s'améliorent et l'on constate un relèvement des facultés intellectuelles.

Prostatectomie partielle. — Opération exceptionnelle, à ne pratiquer que dans certains cas bien déterminés et fort rares d'ailleurs.

Prostatotomie. — Le sillon que l'on creuse dans l'adénome, par l'intervention, tend à disparaître. Les résultats sont, de ce fait, essentiellement transitoires.

L'opération de Bottini est abandonnée en France. Le forage de la prostate, encore trop récent, ne permet pas de juger des résultats obtenus. La cautérisation de l'obstacle avec les courants de haute fréquence n'a encore été employée que deux fois.

Somme toute, les résultats post-opératoires anatomiques et fonctionnels les plus brillants sont à l'actif de la prostatectomie hypogastrique. La voie périnéale n'a plus que des indications fort restreintes.

De l'incision abdomino-périnéale dans le phlegmon sus-prostatique ou cellulite pelvienne. (P. Bazy. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. IX, nos 5-6, p. 335.) — En présence d'un phlegmon sus-prostatique droit, sans traces de fluctuation et de point ramolli, Bazy pratique une taille hypogastrique à vessie vide. Il dénude successivement les faces antérieure, latérale droite et postérieure de la vessie pour arriver au contact de la vésicule séminale où il dissocie le tissu cellulo-adipeux périphérique. Il ne trouve que du liquide rousseâtre, fluide. Un clamp courbe est glissé dans la plaie et vient bomber au périnée dans le triangle ischio-bulbaire droit. On incise la peau, à ce niveau ; ce qui permet d'y faire passer un drain qui ressort par la plaie abdominale. Ce drain est, les jours suivants, progressivement raccourci de bas en haut. Le malade guérit normalement.

Ce mode opératoire, paraît absolument justifié, dans ce cas par la situation, l'aspect des lésions et l'issue favorable de la maladie.

GÉNÉRALITÉS

Précis d'urologie. (Legueu et E. Papin ; Paris 1921, Maloine.) — Cet ouvrage est bien un précis destiné aux étudiants et aux praticiens. Sous une forme claire et concise, en 700 pages, sans bibliographie, il renferme trois parties essentielles :

a. L'exploration de l'appareil urinaire contient un chapitre d'anatomie clinique que nous devons signaler. Il en est de même des paragraphes concernant les examens de laboratoire et l'étude des fonctions rénales où se trouvent exposées la doctrine et la pratique actuelles de l'école de Necker.

b. La séméiologie urinaire traite des grands syndromes.

c. La pathologie spéciale de l'appareil urinaire.

Cet ouvrage se termine par un appendice où se trouve brièvement résumée, d'après Letulle, la manière de procéder à l'autopsie d'un urinaire.

Nous signalerons, enfin, l'incontestable utilité d'un index bibliographique des principaux ouvrages de pathologie spéciale parus dans différents pays ; la liste des périodiques français et étrangers traitant de l'urologie; les musées d'anatomie pathologique de Paris; la liste de la plupart des sociétés savantes françaises et étrangères.

De nombreuses illustrations schématiques s'intercalent fort heureusement dans le texte. La majorité a été exécutée par Papin; toutes d'ailleurs furent conçues par lui.

LIVRES NOUVEAUX

Guide du médecin oculiste dans les accidents du travail (1), par M. Caillaud.

Dans la nouvelle édition de ce guide, le Dr Caillaud fait état des nouveaux textes de lois et décrets concernant les accidents du travail. En particulier, il commente longuement les difficultés d'application du tarif Breton, ce qui intéresse tous les médecins qui ont à soigner des accidentés du travail. Une compétence reconnue en cette matière lui a permis de recueillir une foule de documents de jurisprudence concernant l'application de la loi du 9 avril 1898 et qu'il publie en annexe à la fin du volume, que tout le monde compulsera avec fruit.

L'auteur s'étend longuement sur la question des expertises, et permet à tout médecin chargé d'un rapport d'expertise de pouvoir remplir facilement la mission à lui confiée. L'ouvrage fait connaître les droits et devoirs du médecin expert dans les divers actes de l'expertise. Enfin, il renseignera l'expert sur la taxation de ses honoraires, soit d'après le nouveau tarif du 5 octobre 1920, soit sur le tarif civil de 1807.

En dehors de la partie qui concerne plus spécialement les oculistes (en particulier le pourcentage dans l'évaluation d'un dommage), presque tout l'ouvrage a un intérêt d'ordre général pour tout médecin ayant à connaître de la loi sur les accidents.

L. G.

(1) Deuxième édition, revue et mise à jour. — Prix : 7 fr. — Paris, A. Legrand.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES
DE
LA PNEUMONIE AIGUE

DÉFINITION. — La pneumonie aiguë est la manifestation la plus habituelle de la pneumococcie : elle traduit anatomiquement l'infiltration fibrineuse massive d'un lobe ou d'une partie d'un lobe pulmonaire par l'infection pneumococcique. L'allure clinique de l'affection dépend de la virulence de l'agent pathogène, de la localisation anatomique du foyer pneumonique au niveau de tel ou tel lobe du poumon, de l'âge du malade et des associations morbides.

Dans presque toutes ces formes cliniques, on retrouve le caractère biologique habituel du pneumocoque : virulence très grande et courte, par suite de l'auto-vaccination qui se produit dans un délai assez court.

I. **FORME COMMUNE.** — Nous prendrons comme type de description, la *pneumonie lobaire de la base* chez un adulte.

Début. — Le début est brusque, dramatique même, caractérisé par un *frisson*, unique, intense, prolongé, qui fait claquer des dents. Il traduirait peut-être un stade de septicémie qui précéderait la localisation pulmonaire.

En même temps apparaît un *point de côté* : c'est une douleur aiguë, violente, exaspérée par la toux, la respiration, et siégeant au niveau du mamelon. Chez l'enfant, cette douleur siège parfois dans le flanc ou l'abdomen. Le point de côté peut durer 1 à 2 jours et cède, en général, rapidement à l'application d'un cataplasme sinapisé ou de ventouses scarifiées.

Enfin la *température* monte brusquement à 40°. Le pouls s'accélère en proportion.

Etat. — En quelques heures est réalisée cette période d'état.

1. Les **SIGNES FONCTIONNELS** sont des plus nets : la dyspnée est intense avec polypnée : 30 à 40 respirations par minute. La toux est d'abord sèche, quinteuse, douloureuse à cause du point de côté.

L'expectoration, d'abord visqueuse, à peine rosée, devient bientôt caractéristique : ce sont des crachats rouillés, visqueux, adhérents. D'après Bezançon et de Jong, ils n'auraient pas la constitution fibrino-leucocytaire classique :

Au début, on y trouve très peu de leucocytes, mais des hématies, du mucus et des gouttelettes séro-albumineuses. Les jours suivants, apparaissent les polynucléaires et les cellules en dégénérescence réticulée. Ce sont ces réseaux qui auraient été pris à tort pour de la fibrine. La fibrine n'y existe qu'au niveau des formations spiralées. De plus, les crachats sont très riches en albumine. On y trouve aussi des pneumocoques virulents au 4e, 5e jour.

2. Les **SIGNES GÉNÉRAUX** sont au maximum : Le malade a un faciès congestionné, un aspect vultueux, les pommettes rouges, les yeux brillants. On a même signalé la rougeur de la pommette qui est du même côté que le bloc hépatisé.

L'herpès est constant, sur le pourtour de la bouche. Bien souvent, il n'apparaît qu'à la période critique. La fièvre reste élevée en plateau à 40° pendant toute la période d'état, sans rémission matinale.

Le pouls est tendu, vibrant, mais parallèle à la température.

Les urines sont peu abondantes, colorées, denses, fréquemment albumineuses; elles sont pauvres en éléments d'excrétion : chlorures et urée et peu toxiques par conséquent.

Les troubles digestifs sont fréquents : la langue chargée et saburrale, parfois sèche et rôtie; la soif est vive, l'anorexie est absolue. La rate et le foie sont un peu augmentés de volume.

Le sang est hyperfibrineux; il y a de la polynucléose.

3. Les **SIGNES PHYSIQUES** sont caractéristiques.

On peut noter parfois une dilatation légère du côté malade, et une diminution de l'amplitude inspiratoire de ce côté. Il y a de la polypnée.

Dès que l'hépatisation est constituée, on trouve à la percussion, une matité très nette, étendue à tout le lobe inférieur, sans résistance au doigt, ni perte de l'élasticité.

L'auscultation révèle, au début de l'affection quelques altérations du murmure vésiculaire; la respiration est rude et exagérée, l'inspiration est souvent diminuée.

Très vite apparaît le signe capital : le *râle crépitant* : Il est formé de petites bulles égales, presque sèches, qui se succèdent avec rapidité et qui éclatent surtout par bouffées à la fin de l'inspiration. Il est surtout perceptible, quand on fait tousser le malade.

La région de l'hépatisation devient vite le siège d'un souffle. Le *souffle tubaire* se substitue au murmure vésiculaire. Il s'entend, au début, à l'inspiration seulement, puis aux deux temps de la respiration. Il est intense, rude, à timbre métallique. Au niveau du souffle, on peut encore entendre les crépitants; parfois, ces derniers disparaissent pour n'être perceptibles qu'en couronne, autour de la région soufflante.

La voix haute, auscultée au niveau du foyer, est tubaire, retentissante et bourdonnante (bronchophonie).

La pectoriloquie aphone est constante.

Les vibrations vocales sont exagérées.

Cette période d'état dure 7 à 8 jours. Puis se produit la crise dans les cas favorables.

Crise. — Cette crise est souvent précédée d'une exacerbation précritique de tous les symptômes généraux et fonctionnels.

La *température* atteint son maximum; Robin a signalé à ce moment une augmentation de l'urée dans l'urine.

Le lendemain, c'est-à dire en 12 à 14 heures, la température tombe brusquement et revient à 37° et même au-dessous parfois.

A côté de cette chute brusque de la fièvre, on peut observer quelques anomalies : la chute de la température peut se faire progressivement en escaliers, en lysis. D'autres fois, du 3e au 5e jour, il survient des rémissions matinales, tellement accentuées qu'on pourrait croire à la guérison. Mais ce sont des pseudo-crises.

Les *sueurs* sont constantes à ce moment.

Les *urines* augmentent de volume, mais deviennent très toxiques par suite de décharges de chlorures, d'urée, d'acide urique.

Le *pouls* se ralentit, mais pendant quelques jours, il peut rester faible et inégal.

Les *signes physiques* sont plus longtemps persistants : le souffle tubaire persiste plusieurs jours après la crise, mais il va en s'atténuant. Alors, peu à peu, reviennent dans la zone soufflante, de nouveaux râles bulleux, plus gros et plus humides, les râles sous-crépitants de retour (Bergé), (crépitans redux des anciens auteurs). Souvent à ce moment on constate une efflorescence d'herpès labial.

La pneumonie est terminée alors, et si l'on envisage l'ensemble de la maladie, on voit que pendant toute l'évolution :

a. La température s'est maintenue en plateau pour tomber brusquement. Le pouls est parallèle.

b. La courbe leucocytaire est également parallèle. Pendant toute la période d'état, on peut observer 25.000 globules blancs avec polynucléose prédominante. Au moment de la crise, cette leucocytose polynucléaire disparaît rapidement.

c. Par contre, la courbe urinaire subit une marche inverse. Au début, très basse comme quantité et comme produits extractifs, on la voit au contraire croiser les courbes précédentes au moment de la crise et atteindre alors son maximum.

RADIOSCOPIE. — L'examen aux rayons X d'un pneumonique ne deviendra jamais d'un usage courant. Cependant, dans certains cas de diagnostic difficile chez l'enfant et le vieillard, on peut être appelé à pratiquer cet examen. Le foyer pneumonique se révèle par une ombre circonscrite, très nette. Longtemps après la crise, on voit persister de la diminution de la clarté pulmonaire, et une diminution de l'excursion inspiratoire du diaphragme du côté correspondant.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour 2 places de chirurgien-adjoint s'ouvrira le 5 juillet 1921.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Camus, chef de travaux, est chargé, en outre, jusqu'au 31 octobre, de l'enseignement de la physiologie.

— M. Langlois, chargé du cours d'éducation physique, est chargé, en outre, jusqu'au 31 octobre, de l'enseignement de la physiologie, en remplacement de M. le prof. Richet, en congé.

— M. Mauclaire, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Cabanes est chargé d'un cours de médecine opératoire.

— M. Gillot, professeur de clinique des maladies des pays chauds, cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine d'Alger, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale infantile à ladite Faculté, en remplacement de M. Crespin, décédé.

— Lille. — M. Potel, agrégé, près la Faculté de Lille, est nommé, à partir du 1er avril 1921, professeur de pathologie externe et clinique des maladies des voies urinaires à ladite Faculté, en remplacement de M. Carlier, décédé.

— Toulouse. — M. Dalous, agrégé près la Faculté de Toulouse, est nommé, à partir du 1er avril 1921, professeur de médecine légale et déontologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Guilhem, décédé.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — (Active.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin principal de 2e classe Albert.

Ministère de l'intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Wiet (de Sillery).

(A titre posthume.) *Au grade d'officier.* — M. le Dr Gairal, maire de Carignan, resté à son poste pendant l'occupation allemande, et a, par sa fermeté et son courage, soutenu le moral de ses concitoyens. Malgré la défense de l'ennemi, a tenu à continuer l'exercice de ses fonctions municipales. Condamné pour ce fait à la déportation, interné à Celle (Hanovre), a été conduit à Mannheim avec promesse de libération. Signalé comme particulièrement dangereux en cas de retour à Carignan, a été de nouveau dirigé sur Celle, où il est décédé, des suites du dur traitement de captivité qu'il a subi, le 15 mars 1919.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES DES HOPITAUX. — La première assemblée des externes des hôpitaux a eu lieu samedi 19 mars, à 21 heures, à l'amphithéâtre des travaux pratiques de la Faculté. Après avoir écouté un rapport de leur secrétaire général et les chiffres de leur trésorier, ils ont décidé la création d'un Bulletin dans lequel seront publiées les demandes de remplacement des externes, et traitées toutes questions pouvant les intéresser.

En fin de séance, ils ont élu leur bureau définitif ainsi constitué : président, M. Risacher; vice-présidents, MM. Jean-Paul Grinda et Besançon; secrétaire général, M. Lepernelier; secrétaire adjoint, M. Marchand; trésorier, M. Ardouin; trésorier adjoint, M. Reverdi.

LES ÉLÈVES ET LES AMIS DE M. LE PROF. NETTER, désireux de lui témoigner leur reconnaissance et leur sympathie au moment où il va se séparer d'eux, ont décidé de se réunir pour lui offrir une plaquette.

Les souscripteurs sont priés de faire connaître leur adhésion et d'adresser leur cotisation à M. le Dr Durand, 6, square Moncey.

La souscription de 40 fr. donne droit à une plaquette de bronze.

La souscription de 100 fr. donne droit à une plaquette bronze argenté.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (Bruxelles, 15-30 juillet). — Nous avons

annoncé dernièrement que le Service de santé de l'armée belge organisait un Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. Ce Congrès, auquel les différents gouvernements ont déjà désigné des délégués et des rapporteurs officiels, se tiendra à Bruxelles du 15 au 20 juillet prochain.

Les questions étudiées sont les suivantes :

1° Organisation générale du Service de santé aux armées et rapports du Service de santé militaire avec la Croix-Rouge ;

2° Etude clinique et thérapeutique des gaz de combat employés pendant la guerre par les Empires centraux, les séquelles de leur action sur l'organisme et leur influence sur les invalidités ;

3° Lutte antituberculeuse et antivénérienne à l'armée ;

4° Les enseignements de la guerre dans le traitement des fractures des membres ;

5° Epuration des eaux en campagne.

Les rapports et communications pour chacune de ces questions devront parvenir au secrétariat général du Congrès, hôpital militaire de Liége (Belgique), pour le 1er mai. Ils seront rédigés en français, anglais ou italien.

La cotisation est fixée à 25 fr. belges (compte-chèque postal nº 41.042).

ASSISTANCE MÉDICALE. — Un concours pour la nomination à 15 places de médecin de l'Assistance médicale à domicile sera ouvert le lundi 25 avril 1921, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir, devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de 14 heures à 17 heures, du lundi 21 mars 1921 au samedi 9 avril inclusivement.

Conditions du concours et formalités à suivre. — Les candidats devront réunir les conditions suivantes : 1° Etre de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des Facultés de médecine de l'Etat; 2° s'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Les fonctions de médecin de l'Assistance médicale sont incompatibles avec celles d'administrateur du bureau de bienfaisance. Les médecins de l'Assistance médicale ne peuvent, d'autre part, tenir officine ouverte de pharmacien.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à l'Administration (service du personnel) pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre recommandée.

Les candidats devront déposer à l'appui de leur inscription : 1° Leur diplôme de docteur en médecine ; 2° une pièce établissant leur qualité de Français (livret ou pièce militaire, carte électorale, acte de naturalisation s'il y a lieu); 3° un extrait de leur casier judiciaire; 4° un relevé certifié de leurs services médicaux publics antérieurs.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture du registre ne peut être accueillie.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — L'Académie vient, sur le rapport de M. Lépine, d'accorder un prix de 5.000 fr. à l'Œuvre Grancher (préservation de la tuberculose).

COURS LIBRE D'ÉLECTROLOGIE, RADIOLOGIE ET CURIETHÉRAPIE. — La Société des médecins-chefs des laboratoires de radiologie et d'électroradiothérapie des hôpitaux de Paris organise, à partir du 11 avril 1921, une série de conférences et de démonstrations pratiques d'électroradiologie et de curiethérapie.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris.

Des démonstrations pratiques auront lieu, le matin, dans les laboratoires de radiologie et d'électroradiothérapie des hôpitaux de Paris.

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser au Dr Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (XIIe).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS DES CLASSES 1918 ET 1919

Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser à M. Durand-Béchet, député, la lettre suivante, du plus haut intérêt pour les étudiants.

« J'ai l'honneur de vous informer qu'aux termes de l'instruction du 14 juin 1920, les étudiants de la classe 1918 qui, n'ayant pas obtenu de sursis d'incorporation, ont été retenus sous les drapeaux au delà de la durée normale du service militaire sont autorisés à accomplir leurs études médicales suivant l'ancien régime.

Les sursitaires des classes 1918 et 1919 ne sauraient légitimement prétendre à bénéficier de la même mesure de faveur.

Il convient, en effet, de remarquer que ces jeunes gens ont pu reprendre le cours de leurs études en novembre 1919 après avoir accompli, les premiers 30 mois, les seconds 18 mois de service militaire.

Toutefois, *j'ai décidé, par ma circulaire du 10 février dernier*, que les sursitaires de la classe 1918 qui justifieraient de 3 mois de service dans une unité combattante ou qui auraient été évacués des armées pour blessure ou maladie, pourraient bénéficier de l'ancien régime. »

SYNDICAT DES CHIRURGIENS D'URGENCE

ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE ET DU TRAVAIL

26, rue Serpente, Paris.

Nous recevons la communication suivante :

« Sous ce titre vient d'être créé un nouveau syndicat qui a pour but :

1° De grouper tous les médecins indépendants s'occupant spécialement de chirurgie traumatique.

2° De coopérer à l'étude de toute législation nouvelle concernant les accidents.

3° *D'épurer* la pratique des accidents du travail en surveillant de très près l'application par tous : *Médecins, pharmaciens, chefs d'entreprise et assurances* des lois actuelles et en particulier de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 et *l'article 2 de la loi du 25 octobre 1919 en vigueur depuis le 27 janvier 1921.*

Dans ce but, le nouveau syndicat veillera spécialement sur la moralité de ses membres. Il ne permettra plus qu'on exploite habilement l'existence de quelques brebis galeuses de la profession pour jeter le discrédit sur toute une catégorie de praticiens honorables, à tel point que le médecin le plus intègre ne peut s'intéresser particulièrement aux accidents du travail, *à moins de s'inféoder à une Compagnie d'assurance*, sans risquer de ternir sa réputation professionnelle.

Le syndicat le premier, par son Conseil de famille, *prendra l'initiative de toute sanction, voir même de poursuites judiciaires* contre les médecins coupables d'agissements regrettables.

En revanche, il n'hésitera pas non plus à combattre toute illégalité et *en particulier toute atteinte au libre choix*, qu'il pourrait relever contre les chefs d'entreprise, les Compagnies d'assurance ou leurs médecins.

Le syndicat n'a pas voulu retenir les critiques d'avant-guerre et a tenu à accepter tous les confrères qui ont contresigné sincèrement et qui respectent les engagements sévères qu'il exige de ses membres.

Au moment *où l'Union des syndicats médicaux de France défend, avec opiniâtreté, la question du libre choix* pour les mutilés de la guerre, l'action du nouveau syndicat vient à son heure. Il espère que le corps médical tout entier l'aidera à faire triompher la *liberté et l'indépendance de la profession contre toute tentative de fonctionnarisme médical.*

REVUE GÉNÉRALE

LES TROUBLES PSYCHIQUES DE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Laennec.

L'intérêt qui s'attache à l'encéphalite épidémique est toujours actuel et ses manifestations psychiques fréquentes (1), nombreuses et polymorphes sont non seulement utiles à connaître pour le praticien, mais soulèvent des problèmes de pathologie générale très importants au point de vue nosographique.

Aussi, comme dans une leçon clinique faite à Sainte-Anne, le 27 juin dernier, étudierai-je successivement les *symptômes psychiques* en général, les divers *types* (2) *psychiques*, les *séquelles psychiques*, le *diagnostic* psychiatrique, l'*anatomie pathologique* dans ses rapports avec les troubles mentaux, le *pronostic*, le *traitement* et la *médecine légale*, propres aux encéphalitiques à réactions psychiatriques (3).

*
* *

I. Symptômes psychiques. — Si la léthargie doit être citée la première parmi les manifestations mentales de l'encéphalite épidémique, puisqu'elle en est la plus frappante expression, à tel point que Netter en avait, par elle, étiqueté la maladie, cependant cette léthargie est loin d'être le seul trouble psychique et de plus, à l'analyse, elle apparaît davantage une perturbation de la fonction du sommeil qu'une nuance clinique d'un état confusionnel.

Cet *état confusionnel* existe, cependant, dans les formes graves et est alors, en quelque sorte, la toile de fond sur laquelle se dessinent les divers symptômes psychiques, selon que prédomineront la *somnolence*, le *rêve*, l'*agitation*, ou certains automatismes moteurs.

Je décrirai donc, après la *léthargie*, la *confusion mentale*, l'*onirisme*, l'*agitation*, la *catalepsie*, les *stéréotypies*.

Ces divers symptômes peuvent s'intriquer comme dans un cas de Bourges et Marcadier (4) : *Encéphalite léthargique avec coexistence de somnolence, de paralysies partielles oculaires, de mouvements choréo-athétosiques, de secousses myocloniques, de catatonie et de troubles délirants (forme mixte à symptômes intriqués).*

1. Léthargie. — Ce terme, désormais consacré, n'exprime pas parfaitement cette *hypersomnie*, qui n'est, pour ainsi dire, jamais le sommeil paisible de l'homme normal.

C'est une narcose plus ou moins profonde, dont on tire un instant le malade ; « il recouvre alors, en quelques instants. sa lucidité qui se révèle parfaite : il répond aux questions, se rend compte de son état, du lieu où il se trouve, reconnaît les personnes qui l'entourent ; mais dès qu'on cesse d'insister, il s'endort à nouveau (1). » Il se laisse aller à des rêvasseries, comme l'indiquent quelques jeux rares de la physionomie, qui, par moments, éclairent le visage, en général, immobile et comme figé. Comme l'a dit Hesnard « il s'agit plutôt dans ces cas d'une « psychose les yeux fermés » que d'un véritable sommeil. »

L'auto-observation de Delater (2) rend bien compte de cette narcose vue du dedans. Au début, dit-il, « je me sens pris d'un besoin invincible de dormir ; il semble que je me fonde dans le sommeil, que j'y glisse vertigineusement ; j'en sors cependant par intermittences et lis un peu. Pendant 3 jours, je lutte dans mon service d'hôpital et parviens à ne pas y dormir ; je somnole dans le métro et laisse passer les stations où je dois descendre, j'ai de la fièvre et de la courbature et m'alite enfin, épuisé.

Pendant 10 jours, j'ai dormi tout le temps, sans aucune agitation, tiré seulement de mon sommeil par celle qui veillait sur moi et m'obligeait à m'alimenter. L'engourdissement de mes facultés laissait seulement ma haute conscience clairvoyante, sorte de béate indifférence. Une haute réunion de professeurs, qui me permirent la joie un peu éteinte, de constater qu'eux enfin avaient un diagnostic et le nom de M. Netter remit en ma mémoire, sous une forme délirante et maladivement répétée, un article de Sainton sur l'encéphalite, lu quelques mois auparavant et des communications de Netter. Je me rappelle, d'une période un peu postérieure, certaines reprises de conscience, quand je ne dormais pas. Je percevais nettement une dissociation dans mon psychisme. Je voyais s'empresser autour de moi ceux qui me soignaient, je surprenais leur inquiétude et parfois, malgré leur dissimulation, leur chagrin. Je n'en étais pas ému, ni ne m'en effrayais, pas plus que de me sentir glisser, insensiblement, vers un épuisement extrême ; toute perception était conservée, mais je n'en éprouvais aucune émotion. J'assistais à ma fin, en spectateur, je pensais à mes enfants qui pouvaient être privés de leur père, comme s'il se fût agi d'un autre. Je me rendais compte de la nature délirante de certaines idées qui faisaient suite à des préoccupations d'avant ma maladie (promotion à un grade plus élevé, gain d'un million dans des tirages à lots, désir d'être autopsié si je mourais) et quelquefois mon contrôle ne s'exerçait qu'après que je les avais extériorisées en les répétant à mon entourage. »

Malgré les légères réserves, que comporte la diminution de l'auto-critique dans un pareil état et les illusions de la mémoire, lors de la rétraction, ce témoignage a une grosse valeur.

Il montre cette indifférence affective, si utile au malade et la fragilité de l'onirisme qui voltige comme à fleur de conscience.

Quand cet onirisme s'accroît, il se manifeste davantage et les malades sont facilement pris pour des ivrognes. Ce *type ébrieux*, signalé par Hesnard et sur lequel a insisté Rieux avec Mme Marcarian-Porcher (3) établit la transition entre la léthargie et la confusion mentale.

(1) Dans 31 cas, vus par Denéchau et Ch. Blanc, les troubles psychiques existèrent 13 fois, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 déc. 1920, p. 1614.
(2) Achard. Formes cliniques de l'encéphalite léthargique, *Paris méd.*, 24 juillet 1920, p. 69-79.
(3) Harmand. Troubles psychiques dans l'encéphalomyélite épidémique, *Th. de Bordeaux*, 1920.
(4) Bourges et Marcadier. *Soc. méd. des hôpit.*, 14 mai 1920.

(1) H. Durand. L'encéphalite léthargique, *Revue de méd.*, 1920, n° 6, p. 329.
(2) Delater. Auto-observation d'encéphalite léthargique, *Paris méd.*, 30 oct. 1920. p. 316-319.
(3) Rieux et Mme Marcarian-Porcher. Trois cas d'encéphalite épidémique, *Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai 1920.

2. Confusion mentale. — L'obnubilation avec désorientation a été très fréquente.

Comme l'a écrit Frédéric Bosc (de Montpellier), dans son travail sur le *délire dans l'encéphalite léthargique et les formes délirantes simples* (1), « le délire a été le symptôme le plus constant de notre épidémie et dans 4 cas, il a été le symptôme unique de la maladie (formes délirantes simples). Dans tous ces cas ce délire a présenté des caractères généraux identiques : professionnel, confusionnel, avec hallucinations de la vue, parfois avec hallucinations de la sensibilité générale (impression d'une personne assise sur la poitrine ou le ventre), apeurement, impulsions parfois violentes à partir, et, dans quelques cas, idées de persécution capables d'entraîner, après une période de calme sournois, des actes d'agression; puis l'apyrexie se produit brusquement et les malades paraissent sortir d'un rêve avec un facies ravagé, des yeux hagards, angoissés, parfois méchants; puis les périodes délirantes diminuent et le délire finit par disparaître, mais les malades conservent longtemps de l'angoisse et une expression un peu égarée de leur physionomie ».

Des exemples analogues sont légion.

3. Onirisme. — Souvent il est seulement nocturne, comme dans un cas d'Alphonse Leroy (2) (de Liége). Mais nocturne d'abord, le délire de rêve devient bientôt *diurne*.

Hallucinatoire, il frappe vivement l'entourage. En voici une bonne description due à Henri Roger (3) (de Marseille). « La malade reconnaît par moments les personnes de son entourage, mais sans se demander les raisons de leur présence anormale auprès d'elle ; rapidement elle continue son délire. Elle est à sa pension, interpelle par leur nom ses petites amies, échange avec elles des bribes de conversation sur des sujets dont elle les a entretenues récemment. Elle paraît les voir, les entendre. Elle débite des fragments de leçons, qu'elle a apprises; elle épèle le mot à mot de ses versions latines, espagnoles ou anglaises. Elle ne cesse de parler pendant 3 jours et 3 nuits d'une voix un peu saccadée, impérieuse. Quand on l'interpelle vivement, elle répond à la question posée, puis se tait quelques secondes et reprend son délire. Celui-ci, quoique portant sur le même ordre de préoccupations habituelles, passe assez rapidement d'une idée à une autre.

Il existe des hallucinations visuelles et auditives (elle cherche ses ciseaux, son stylo sur le lit), des interprétations délirantes (la vessie de glace qu'elle a sur la tête est un chapeau qu'elle a mis pour aller en classe, mais qu'elle ne veut pas supporter). A tout moment elle veut se lever, s'habiller pour aller à ses études. » A la phase terminale de la maladie, cet onirisme hallucinatoire est à peu près constant [Sicard (4)].

4. Agitation. — Cet onirisme entraîne souvent, comme dans le délire alcoolique aigu, des réactions violentes contre lesquelles il ne faut pas employer les moyens de contention, car trop souvent, selon la forte parole de Magnan, un délirant agité, camisolé, est un homme mort.

(1) F. Bosc. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai 1920, p. 648-650.
(2) A. Leroy. L'épidémie d'encéphalite, *Liége méd.*, 27 mars 1920, p. 82-88.
(3) H. Roger. Encéphalite insomnique, choréo-ataxique et délirante, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 fév. 1920, p. 246-248.
(4) Sicard. *Presse méd.*, 4 avril 1920.

5. Catalepsie. Stéréotypies. — Chez certains malades l'obnubilation confusionnelle s'exprime par la persévération des attitudes et la flexibilité cireuse des membres (catalepsie) ou bien permet en quelque sorte l'évasion des automatismes moteurs, qui se répètent (stéréotypies). J'y reviendrai à propos des formes cliniques.

II. **Types cliniques psychiatriques.** — Rentrent dans ces formes les types cliniques, où prédominent à tel point les réactions psychiques que les malades nécessitent des soins et une surveillance spéciale.

Abadie et Hesnard (1) ont proposé de réunir ces faits sous le nom de *psycho-encéphalite épidémique*. Plusieurs travaux bordelais, parmi lesquels je citerai ceux de Cruchet, Anglade et Verger (2), Dubourg (3), Verger et Hesnard (4), avaient ouvert la voie. Parmi les types psychiatriques, je décrirai le type *léthargique*, le type *délirant*, le type *épileptique*, le type *maniaque*, le type *dépressif*, le type *hébéphréno-catatonique*.

1. Type léthargique. — Ce type est trop connu pour que j'y insiste. On sait quelle fut sa fréquence au début de l'épidémie parisienne. C'est après une fièvre souvent légère et qui peut même passer inaperçue, une somnolence plus ou moins accusée, allant de la simple tendance au sommeil (5) à une léthargie invincible, dont on tire un instant le malade, qui y retombe aussitôt après. En même temps ptosis inégal et diplopie fugace et qu'il faut rechercher. Ce type précède souvent les types suivants; mais, selon la remarque d'Euzière (6), l'inverse est exceptionnel.

2. Type délirant. — La première description française en date est celle de Marcel Briand et A. Rouquier (7) qui nomment *forme délirante et hallucinatoire de l'encéphalite léthargique à localisation corticale* un type clinique se rapprochant du délire aigu classique et qu'ils ont relevé chez 9 malades. Ceux-ci « tantôt anxieux, demi-conscients, tantôt très agités et par intervalles impulsifs et violents, offrent le tableau d'un état confusionnel ou onirique; ils ont parfois des hallucinations multiples, colorées, mobiles, susceptibles de prendre la forme zoopsique. Leur délire peut devenir ambulatoire, s'accompagner d'agitation hypermaniaque. Certaines de leurs impulsions ont un tel caractère de violence qu'elles constituent un véritable danger pour leur entourage et pour eux-mêmes.

(1) Abadie et Hesnard. Sur une forme psychique pure d'encéphalite aiguë épidémique, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 29 mai 1920.
(2) Cruchet, Anglade et Verger. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 9 janv. 1920.
(3) Dubourg. *Id.*, 13 fév. 1920.
(4) Verger et Hesnard. Un cas de stupeur épidémique, *Id.*, 17 avril 1920.
(5) H. Roger. Les petits signes de l'encéphalite léthargique, *Presse méd.*, 15 mai 1920, p. 302.
(6) Euzière. Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique, *Gaz. des hôpit.*, 2 et 4 déc. 1920; n° 102, p. 1633.
(7) M. Briand et A. Rouquier. Quelques cas d'encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire, *Soc. méd. des hôpit.*, 13 fév. 1920, p. 198-199. — M. Briand avait déjà parlé de cette forme le 26 janvier 1920 à la Société médico-psychologique à propos du cas d'encéphalite léthargique de Truelle et Brousseau, p. 255.

Deux des cas présentés par Bremer (1), à la Société de psychiatrie, répondaient au tableau du délire aigu. Chez l'un, c'était un délire hallucinatoire avec agitation motrice et verbale, insomnie extrême, fièvre élevée (39°5). Fièvre et délire disparurent et furent remplacés par des douleurs et des secousses myocloniques. Chez l'autre, la maladie débuta par des hallucinations terrifiantes. Il s'agissait d'une femme de 47 ans, employée des Postes, qu'on ne pouvait convaincre de l'absurdité de ses hallucinations et qui en a gardé un souvenir curieusement précis. Fièvre et délire décrurent lentement. Au bout de 3 mois persistaient les myoclonies, mais aucune séquelle mentale.

A l'asile de Bourges, Georges Petit (2) a également observé 9 cas de délire aigu à symptômes mésocéphaliques, qui rentrent dans le cadre de l'encéphalite épidémique et sont à rapprocher des observations antérieures de Cruchet (3), Bosc (4), Sainton (5), Carnot (6), Roger et Aymès (7), Froment et Comte (8), Ardin-Delteil et Raynaud (9).

3. Type épileptique. — Des convulsions toniques et cloniques peuvent survenir au cours des syndromes confusionnels et hallucinatoires sans constituer le type épileptique. Je réserve ce nom aux cas où les crises épileptiques sont ou la seule manifestation clinique ou dominent à ce point le tableau symptomatique qu'on pense d'abord à un épileptique et non à un infecté général.

Il en était ainsi chez un malade de Dumolard et Aubry (10) qui se présenta avec des crises d'*épilepsie bravais-jacksonnienne* limitées à un côté du corps et se reproduisant de façon très fréquente. Il existait un coma incomplet qui s'accentuait à chaque crise ; aux convulsions succéda bientôt une hémiplégie complète du même côté avec abolition des réflexes tendineux.

4. Type maniaque. — Un cas remarquable a été présenté par Bremer (11), à la Société de psychiatrie.

Il s'agissait d'un enfant de 9 ans, entré à la Salpêtrière pour une forme oculo-léthargique typique et chez qui, à la somnolence, succéda de l'insomnie nocturne, puis une phase d'insomnie constante et d'excitation maniaque, surtout nocturne. Les accès de manie gaie ou furieuse étaient devenus tellement tapageurs qu'il fallut interner l'enfant à Sainte-Anne.

Ces accès apparaissent, en général, dans la première moitié de la nuit, parfois, après un court sommeil provoqué par de fortes doses de calmants. Cellier a décrit un de ces accès de la façon suivante :

(1) Bremer. Formes mentales de l'encéphalite épidémique, *Soc. de psych.*
(2) G. Petit. Encéphalite léthargique et délire aigu, *Soc. méd.-psych.*, 28 juin 1920; *Annales*, sept.-oct. 1920, p. 462-487.
(3) Cruchet. *Soc. méd. de Bordeaux*, 9 janv. 1920.
(4) Bosc. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars et 7 mai 1920.
(5) Sainton. *Id.*, 30 avril 1920.
(6) Carnot. *Id.*, 3 mai 1920.
(7) Roger et Aymès. *Id.*, 20 fév. 1920.
(8) Froment et Comte. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 20 avril 1920.
(9) Ardin-Delteil et Raynaud. *Soc méd. des hôpit. de Paris*, 5 mars 1920.
(10) Dumolard et Aubry. Considérations sur quelques cas d'encéphalite aiguë avec prédominance de manifestations convulsives observées à Alger. Augmentation du taux du sucre dans le liquide céphalo-rachidien. Rapports avec l'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 mars 1920, p. 319.
(11) Bremer. Formes mentales de l'encéphalite épidémique, *Soc. de psych.*, 17 juin 1920; *Encéphale*, 10 août 1920, p. 517-520.

« L'agitation motrice est assez marquée, l'enfant ne tient pas en place. Il fait des bonds et gesticule debout sur son lit, puis il saute à terre, brandit le poing et menace un adulte vigoureux de se battre avec lui. Puis il provoque d'autres malades, crache par terre, court dans la salle en chemise, se sauve dans la salle voisine, se cache sous les lits, se livre à une gymnastique effrénée, grimpe le long des barreaux de son lit-cage, fait des rétablissements. D'une voix de commandement, il crie : « Que tout le monde sorte ! Je veux rester seul avec une infirmière ; nous coucherons ensemble ! » Il essaie d'embrasser une infirmière, lui passe le bras autour du cou et dit : « Oh ! ce sont de faux nichons ! » Comme on dit devant lui qu'il est un vrai singe, il imite à merveille un singe qui se gratte et qui cherche et mord ses puces. Il rit et chante par moments. Aucune confusion. Pas d'hallucinations.

D'autres fois, ce furent des accès d'excitation furieuse. L'enfant se précipitait contre les murs, brisait une vitre, tentait de s'étrangler, criait : « A mort ! A mort ! » invectivait tous ceux qui essayaient de le maîtriser. »

L'agitation psychique avec modalité maniaque (rires, chants sans confusion ni obnubilation) dura 2 jours chez une malade de Pierre Kahn (1), âgée de 23 ans. Il existait une agitation motrice intense comprenant les mouvements des quatre membres, du thorax, de l'abdomen et de la tête et, au point de vue psychique, orientation dans l'espace et le temps ; pas de confusion mentale, mais parole difficile à cause des mouvements involontaires.

5. Type dépressif. — Ce type, qui fait contraste avec le précédent, a été décrit par Henri Roger (2) sous le nom de phase dépressive, succédant à la phase somnolente, dans la forme curable de l'encéphalite. La dépression est double, physique et psychique : dépression physique qui fait, volontiers, garder le lit au malade (il ne dort plus, mais il sent le besoin de repos) ; dépression psychique (le malade préfère rester seul, ne pas causer ; il reste longtemps inapte à tout travail intellectuel). Il n'a pas de fièvre.

Cette dépression peut aboutir au délire mélancolique. Il en était ainsi dans un cas d'Euzière (3). A la suite d'une encéphalite à type successivement léthargique, puis mélancolique, est apparu un délire mélancolique avec idées d'incurabilité, sensation de mort prochaine et crises d'angoisse. La malade n'était pas encore remise en décembre 1920 (4), bien que le début des accidents remontât à décembre 1919.

6. Type hébéphréno-catatonique. — Deux observations de Logre (5) imitaient le syndrome hébéphréno-catatonique tel qu'on l'observe couramment chez les « déments précoces » : même aspect somnolent, avec stupeur, catalepsie, stéréotypies, impulsivité incohérente et agressive.

(1) Pierre Kahn. Un cas d'encéphalite successivement névralgique, psychique, choréiforme, myoclonique, léthargique avec séquelles hémi-myocloniques après la guérison, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 avril 1920, p. 542-545.
(2) H. Roger. Les petits signes de l'encéphalite léthargique, *Presse méd.*, 15 mai 1920, p. 302.
(3) Poujade. *Th. de Montpellier*, 1920.
(4) Euzière. *Gaz. des hôpit.*, 2 et 4 déc. 1920, p. 1634.
(5) Logre. Deux cas d'encéphalite léthargique avec syndrome psychique ressemblant au syndrome hébéphréno-catatonique, *Soc. de psych.*, 17 juin 1920 ; *Encéphale*, juillet, p. 476-481.

Il s'agissait donc de syndrome hébéphréno-catatonique d'origine encéphalitique. Mais des réserves sont à faire relativement aux séquelles toujours possibles et dont on sait la fréquence.

(A suivre.)

SPÉCIFICITÉ OU NON-SPÉCIFICITÉ

DU

SIGNE D'ARGYLL-ROBERTSON

Par M. L. BABONNEIX.

Au sujet de la valeur séméiologique qu'il convient d'attribuer au signe d'Argyll-Robertson, deux opinions principales :

1° Ce signe ne s'observe jamais que chez des sujets atteints de syphilis ou de parasyphilis nerveuse. *Il est donc pathognomonique* [Winaver (1)];

2° Tout en s'observant surtout dans la syphilis et dans la parasyphilis nerveuses, il peut se rencontrer, quoique rarement, dans un certain nombre d'états morbides n'affectant, avec l'infection due au tréponème, aucune relation de causalité. *Il n'est donc point pathognomonique.* De ces deux théories opposées, laquelle doit l'emporter? Question grosse de conséquences pratiques, tout récemment encore soulevée à la *Société médicale des hôpitaux* (2) et que nous voudrions discuter ici.

*
* *

Lorsqu'on relit les observations invoquées par les partisans de la non-spécificité, on voit qu'elles rentrent toutes dans l'un des deux groupes suivants :

I. Observations a rejeter. — Elles se divisent elles-mêmes en quatre catégories :

1° *Cas où les renseignements fournis sont notoirement insuffisants.* — Tantôt il n'y est pas fait état des réactions pupillaires à la convergence et à l'accommodation; tantôt l'immobilité pupillaire à la lumière n'y est indiquée qu'en passant, d'une façon sommaire et incomplète. Dans son excellent article de la *Semaine médicale* (3), M. F. Rose, non sans raison, fait la critique de tels cas, auxquels il est impossible d'attribuer la moindre signification.

2° *Cas complexes*, où non seulement la pupille ne réagit plus à la lumière, mais encore où, contrairement au desideratum formulé par MM. Babinski et Charpentier, il existe, soit des lésions du globe oculaire ou du nerf optique, soit une paralysie de la IIIe paire.

3° *Cas où la syphilis n'a pas été systématiquement recherchée.* — Les anciens auteurs n'avaient à leur disposition aucune des méthodes biologiques dont nous disposons aujourd'hui pour déceler cette affection : examens du sang, du liquide céphalo-rachidien. De plus, leur attention n'avait pas été assez attirée sur les relations qui unissent la syphilis à l'immobilité pupillaire réflexe à la lumière.

4° *Cas où le signe d'Argyll, ayant été observé à la suite d'un traumatisme, en a été considéré comme la conséquence.* — Ne peut-on admettre que, *pour au moins quelques-uns d'entre eux*, il y a eu coïncidence, ou encore que, comme dans les faits rapportés par MM. Chauffard (1), Babonneix et David (2), Dujardin (3), Goubeau (4), le traumatisme a, pour ainsi dire, déclanché une syphilis nerveuse jusqu'alors complètement latente?

II. Observations a conserver. — Les cas précédents une fois éliminés, en reste-t-il d'autres où, d'une part, la constatation du signe dont nous nous occupons a été entourée de toutes les précautions, faite par les observateurs les plus qualifiés, et où, d'autre part, la syphilis ne semble pas en jeu, au moins à première vue? Assurément. En voici l'énumération complète :

A. *Traumatismes orbitaires* [Caspar; Velter (5); Cl. Vincent (6)]; *craniens* [Bergl (7); Dufour (8)]; *rachidiens*, que le traumatisme ait porté sur les régions cervicale (Brassaert) ou lombaire [Lassignardie (9)];

B. *Affections pédonculaires*, d'origine traumatique (G. Guillain et Houzel) ou vasculaire (G. Guillain, Rochon-Duvigneau et Troisier);

C. *Affections de la moelle cervicale* : traumatisme (v. plus haut);

D. *Syringomyélie*, surtout cervicale [Dejerine et Mirallié, F. Lemaître et F. Rose, J.-A. Sicard et Galezowski (10)];

E. *Alcoolisme chronique*, avec manifestations nerveuses [Eperon, F. Rose, Curschmann, Nonne (11)]. Dans plusieurs cas de ce dernier auteur, comme dans celui de Curschmann, publié par Mees et cité par Nonne, les « quatre réactions » étaient négatives; il n'existait aucun signe de syphilis ou de parasyphilis nerveuse, mais, par contre, on observait, au grand complet, la symptomatologie de l'alcoolisme chronique chez des sujets ayant abusé du « schnaps ». Dans le dernier, les examens spéciaux permettaient d'éliminer l'hypothèse de névrite optique.

F. *Encéphalite léthargique* [Iconomou, Sala,

---

(1) Winaver. Le signe d'Argyll-Robertson, *Th. de Paris*, 1912, n° 154.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, séance du 28 janv. 1921; n° 3, 3 fév. 1921, p. 74-79; discussion (MM. Sicard, Netter, Achard, Lortat-Jacob, G. Guillain), à propos de la communication de MM. G. Guillain, P. Jacquet et P. Léchelle.

(3) F. Rose. Le signe d'Argyll-Robertson dans les affections non syphilitiques, *Semaine méd.*, 4 déc. 1912, n° 49, p. 577. — Les observations dont nous ne donnerons pas l'indication bibliographique se trouvent citées, soit dans ce mémoire, soit dans la thèse de M. Winaver.

(1) A. Chauffard. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1914, p. 325, art. 24.40.

(2) Babonneix et David. Traumatismes cérébraux et syphilis, *Revue neurol.*, juin 1917, n° 6.

(3) Dujardin. *Ann. des mal. vénér.*, juillet 1920, p. 433, n° 7.

(4) Goubeau. Traumatisme et syphilis, *Le Médecin français*, n° 23. 1er déc. 1920, p. 447-448.

(5) Velter. Signe d'Argyll-Robertson par traumatisme orbitaire, *Arch. d'ophtal.*, 1913, p. 120.

(6) Cl. Vincent. Signe d'Argyll-Robertson unilatéral. Traumatisme de l'orbite. Pas de syphilis décelable, *Soc. de neurol.*, 11 juin 1914.

(7) Bergl. Signe d'Argyll-Robertson bilatéral après un trauma cranien par éclatement d'obus à distance, *Deut. med. Woch.*, 23 sept. 1915, p. 1161.

(8) H. Dufour. Signe d'Argyll-Robertson unilatéral consécutif à une blessure de guerre, *Revue neurol*, 1917, t. I, p. 130.

(9) Lassignardie. Signe d'Argyll-Robertson et autres signes tabétiques à la suite d'un violent traumatisme lombo-sacré, *Congrès de la Soc franç. d'ophtalm.*, 4-5 mai 1909, p. 277.

(10) J.-A. Sicard et Galezowski. Syringomyélie cervico-dorsale avec signes d'Argyll-Robertson et de Horner, *Soc. de neurol.*, 10 juillet 1913, *Revue neurol.*, 1913, t. II, p. 104.

(11) Nonne. Recherches cliniques sur un cas de raideur pupillaire sans syphilis dans l'alcoolisme chronique grave, *Neurol. Centralbl.*, 1915, p. 254-257.

Worms (1); Nonne, Naef, Lauxen (2); Achard (3)];

G. Diverses *affections nerveuses* : *hémiatrophie faciale* [Langelaan (4)]; *néoplasmes cérébraux* (Chozten); *névrite interstitielle* (Dejerine et Sottas, Dejerine); *atrophie musculaire Charcot-Marie* [Cassirer et Maas, Dejerine, Siemerling (5)]; *méningite cérébro-spinale* (Terrien et Bourdier); *sclérose en plaques* (v. Rad, Uhthoff); *affections indéterminées non spécifiques du système nerveux* [G. Guillain et J. Dubois (6); de Lapersonne et Cantonnet]; *débilité mentale* [Séglas et Cotard (7)]; *démence précoce* [Reichmann (8)];

H. Infections générales : *spirochétose ictéro-hémorragique*;

I. *Diabète* (Biermann);

J. *Intoxication par l'oxyde de carbone* [Uhthoff (9)];

K. *Maladie de Paget* [P. Vallery-Radot, Stévenin et Fatou (10)].

Tous ces cas méritent sérieuse considération. Mais sont-ils tous également démonstratifs ? Nous ne le croyons pas. Ils peuvent, en effet, être répartis en trois catégories :

A. *Cas où la syphilis intervient peut-être.* — Ce sont ceux où le signe d'Argyll-Robertson a été observé au cours d'affections nerveuses [sclérose en plaques, syringomyélie, alcoolisme et saturnisme chroniques], mentales [idiotie et imbécillité, débilité mentale, démences précoce et sénile, psychoses périodiques], ou osseuses qui jouissent de leur autonomie ou qu'il n'est pas encore classique de rattacher à la syphilis.

Qu'il nous soit permis, à leur propos, de faire quelques remarques :

a. Derrière l'alcoolisme chronique se cache parfois une syphilis nerveuse indiscutable [Babonneix et David (11)];

b. De même, au saturnisme peut parfaitement s'associer une infection spécifique du névraxe [Anglada (12)];

c. Certaines syringomyélies [Barré (13)], certaines scléroses en plaques (Catola, Navarro et Matheu, Taillens, etc.), relèvent peut-être de la syphilis;

d. La tendance actuelle, en psychiatrie, consiste à faire jouer à cette infection un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne le croyait jadis. En ce qui concerne les affections mentales dans lesquelles le signe d'Argyll-Robertson a été signalé, ne convient-il point de rappeler qu'on a rattaché à la syphilis certaines démences précoces [Raviart et ses collaborateurs (1), Roubinovitch et Levaditi (2), Czarnicki (3), Nonne (4), S. Soukhanoff (5), Klutcheff (6), Leroy et R. de Fursac (7), L. Lavastine et Barbé (8), Poppéa (9)] ou séniles [Raviart et ses collaborateurs (10), Babonneix et David (11)]; certains états mélancoliques (Id.); certaines imbécillités, idioties et débilités mentales [Hutinel et Babonneix (12)]. D'ailleurs, la réaction de fixation n'était-elle point positive dans les cas de démence précoce rapportés par MM. G. Ballet et Gallais (13), F. Rose, Klutcheff, Raviart, etc.?

e. Certains diabètes relèvent de la syphilis;

f. L'existence fréquente, dans la spirochétose ictéro-hémorragique, de lésions iriennes, enlève toute valeur aux cas, d'ailleurs rarissimes, où l'immobilité pupillaire à la lumière était venue compliquer cette affection.

g. La maladie osseuse de Paget a été souvent rattachée à la syphilis.

B. *Cas où le diagnostic d'affection nerveuse étrangère à la syphilis est, sinon absolument certain, du moins très vraisemblable.* — Ce sont ceux auxquels manque seulement le résultat d'une méthode importante d'examen, ponction lombaire, examen du fond de l'œil (14). *Ils constituent, à parler franc, la majorité.*

C. *Cas où le signe d'Argyll existait à l'état isolé*, c'est-à-dire ne se compliquait ni d'atrophie pupil-

---

(1) Cités par Lhermitte. Encéphalite léthargique, *Gaz. des hôpit.*, 8 janv. 1921, n° 3.

(2) Cités par Netter, discussion de la *Soc méd. des hôpit.* du 28 janv. 1921.

(3) Acharo. *Id.* — Le cas de MM. Lortat-Jacob et Hallez est contesté par M. Lhermitte.

(4) Langelaan. Sur un cas d'hémiatrophie faciale gauche avec signe d'Argyll-Robertson contro-latéral, *Revue neurol.*, 1913, t. II, p. 520.

(5) Cités par Dejerine. *Séméiologie du système nerveux*, 1914, p. 1163.

(6) G. Guillain et J. Dubois. Sur une affection mutilante des extrémités inférieures, *Ann. de méd.*, mai 1914.

(7) Séglas et Cotard. Débilité mentale avec signe d'Argyll-Robertson, *Soc. de psych. de Paris*, 16 juillet 1908.

(8) Reichmann. Troubles pupillaires de la démence précoce, *Arch. f. Psych.*, 1914, t. LIII, fasc. I, p. 302. — Cet auteur a trouvé un signe d'Argyll-Robertson plus ou moins typique dans 70 p. 100 de ses cas. Il distingue complètement, d'ailleurs, cette immobilité pupillaire à la lumière, d'origine catatonique, du même phénomène lié à une métasyphilis cérébrale.

(9) Cité par Dejerine.

(10) Pasteur Vallery-Radot, Stévenin et Fatou. Maladie osseuse de Paget avec signes pupillaires et réaction de Bordet-Wassermann positive, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, n° 9, 17 mars 1921, p. 339.

(11) L. Babonneix et H. David. Sur quelques cas de syphilis nerveuse anormale, *Monde méd.*, sept. 1918, n° 546, p. 260 et sqq.

(12) Anglada. Signe d'Argyll-Robertson chez un saturnin syphilitique atteint de polynévrite, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 6 déc. 1912.

(13) Barré. Les ostéo-arthropathies du tabes, *Th. de Paris*, 1911-1912, p. 196-197. — Sur 3 syringomyélies observées par cet auteur, 2 concernaient des syphilitiques.

(1) Raviart, Breton, Petit, Gayet et Cannac. Réaction de Wassermann et aliénation mentale, *Revue de méd.*, sept. 1908, p. 840-852. — Sur 19 démences précoces, ces auteurs comptent 5 réactions positives.

(2) Roubinovitch et Levaditi. Rôle de la syphilis dans la démence précoce, *Soc. de biol.*, 5 juin 1909. — Les auteurs, malgré 3 réactions de fixation positives sur 15 cas, arrivent à des conclusions négatives.

(3) Czarnicki. Démence précoce et syphilis, *Arch. intern. de neurol*, avril et mai 1910.

(4) Nonne. Cité par L. Babonneix. Rôle de l'hérédo-syphilis en neuropathologie, *Monde méd*, août 1920, n° 574.

(5) S. Soukhanoff. Démence précoce et syphilis, *Revue neurol.*, 1911, t. II, p. 521.

(6) Klutcheff. Réaction de Wassermann dans le diagnostic des affections psychiques, *Revue neurol.*, 1912, t. L, p. 404

(7) Leroy et Rogues de Fursac. Un ménage de syphilitiques : paralysie générale et démence précoce, *Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale*, janv. 1913, p. 27.

(8) Laignel-Lavastine et Barbé. Démence précoce. Syphilis, *Revue neurol.*, 1914, p. 163.

(9) Poppéa. Démence précoce et syphilis, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Bucarest*, 20 nov. 1919, p. 105 (bibliogr.).

(10) *Loco citato.* — Sur 5 cas de démence sénile, 3 réactions de fixation positives chez des sujets présentant tous le signe d'Argyll-Robertson.

(11) Babonneix et David. Syphilis nerveuse avec troubles mentaux d'allures particulières, *Revue neurol.*, n°s 10-11-12, oct.-nov.-déc. 1917.

(12) Hutinel et Babonneix. Conception actuelle des encéphalopathies infantiles, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 oct. 1909, art. 26.189.

(13) G. Ballet et Gallais. Etat simulant la démence précoce. Signe d'Argyll-Robertson, Rémission unilatérale du signe d'Argyll-Robertson. Guérison des troubles mentaux, *Soc. de psych. de Paris*, 18 janv. 1912.

(14) Nonne reconnaît lui-même que, pour l'un de ses cas (1912), l'hypothèse d'une névrite optique n'a pu être formellement éliminée et n'attribue de valeur absolue qu'à son dernier cas (1915).

laire, ni de paralysie portant sur la IIIe paire, *et où, en confrontant les résultats fournis par tous les moyens d'exploration*, cliniques, biologiques, anatomiques, *on a pu éliminer formellement l'hypothèse de syphilis nerveuse.* Ils sont *tout à fait exceptionnels*, mais leur existence n'est pas contestable. Nous n'en voulons pour preuve que le dernier cas de Nonne. Est-il auteur plus qualifié pour confirmer ou pour infirmer, par les recherches de laboratoire les plus précises, le diagnostic de syphilis nerveuse?

*
* *

Il existe donc, dans la littérature, quelques cas où le signe d'Argyll-Robertson semble indépendant de toute syphilis latente ou patente. Ces cas sont, toutefois, assez exceptionnels pour qu'en pratique, la constatation de ce symptôme *signifie syphilis nerveuse et doive, dans l'immense majorité des cas, faire orienter le traitement en conséquence.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 MARS 1921)

La loi de 1902. — M. G.-H. LEMOINE (du Val-de-Grâce) rappelle que tous les arguments invoqués jusqu'ici en faveur de la substitution d'une loi nouvelle à la loi du 15 février 1902 portent sur la non-exécution de cette dernière. Pour justifier cette substitution, il serait nécessaire de montrer d'abord que cette dernière est inapplicable.

Or, M. Calmette, dans la dernière séance, a fait voir que dans huit départements au moins les conseils départementaux avaient donné des résultats très appréciables, et M. Henriot, antérieurement, avait souligné les progrès et les réformes accomplis par le Conseil départemental de la Seine.

Il y a lieu, d'ailleurs, de croire que la liste des conseils départementaux utiles n'est peut-être pas aussi limitée qu'on le pense. La loi du 15 février 1902 a donc fourni là où elle est appliquée des résultats positifs. D'autre part, le cadre régional proposé d'après l'expérience faite au cours de la guerre a été établi conformément aux dispositions des articles 8 et 9 de la loi de 1902. Il a fonctionné dans des conditions reconnues excellentes par tous, en liaison avec le cadre départemental. L'opposition faite entre ces deux organes ne semble donc pas fondée.

Pour des raisons techniques légitimées par la pénurie de personnel des hygiénistes de carrière et la nécessité de posséder des laboratoires suffisamment installés, le système régional est un perfectionnement indispensable, mais il peut être greffé sur les organismes départementaux existants.

D'autres modifications doivent être apportées à la loi de 1902, surtout en ce qui concerne le rôle des municipalités, mais ces remaniements ne sont pas de nature à justifier une transformation complète de cette loi.

Valeur nutritive des aliments complémentaires de l'allaitement des nourrissons. — M. DOLÉRIS fait, sur ce sujet, une communication d'un haut intérêt pratique. D'expériences entreprises sur les animaux par MM. Perrot et Lecoq, il résulte que ces produits complémentaires constituent, comme aliment unique, une alimentation tout à fait insuffisante, et parfois même nuisible. La plupart des animaux soumis à cette seule alimentation sont morts, soit par insuffisance, soit même par toxicité. D'ailleurs, ajoute M. Doléris, on a pu constater, pendant la guerre, la mortalité assez considérable d'enfants soumis à cette alimentation, faute de lait. Il y a donc des mesures à prendre pour instruire le public de l'insuffisance et des dangers de cette alimentation pour les nourrissons. On conviendra que ces faits méritent toute l'attention de l'Académie.

M. VAILLARD estime, en effet, que c'est là une question qui mérite d'être étudiée, et demande quelle suite l'Académie compte donner aux conclusions de M. Doléris.

MM. Darier, Martel, Quénu appuient la proposition de M. Vaillard. Il est décidé que la communication de M. Doléris sera renvoyée à la Commission de l'hygiène de l'enfance.

Les manifestations extrapulmonaires de la pneumococcie. — M. BAZY fait une communication sur ce sujet et apporte plusieurs observations à l'appui.

Les stations climatiques et hydrominérales. — M. POUCHET fait un rapport très documenté sur des demandes en autorisation d'exploitation de stations climatiques et hydrominérales. Il signale bien des lacunes, bien des conditions hygiéniques mauvaises dans un grand nombre de ces stations qui jouissent d'une réputation imméritée.

Il y aurait lieu d'appeler sur ces faits l'attention des pouvoirs publics.

Les conclusions de M. Pouchet sont adoptées.

Traitement d'une tumeur inopérable du sein par la castration ovarienne. — M. REYNÈS (de Marseille) communique les observations suivantes :

Le 19 avril 1904, il a présenté à l'Académie une jeune femme de 32 ans traitée avec un résultat et une survie remarquables par castration ovarienne pour deux tumeurs inopérables des mamelles.

Le 1er octobre 1920, de propos délibéré, il a pratiqué la castration ovarienne chez une femme de 45 ans, bien réglée, atteinte de tumeur inopérable du sein gauche avec deux gros ulcères, adénopathies axillaire, sus-claviculaire et cervicale ; il y avait d'énormes œdèmes du cou, du bras, de la main. Cachexie complète. Etat général lamentable.

Huit jours après, il y eut une régression des œdèmes, des ulcères et de la masse principale. Le cou qui était infiltré s'est dégagé.

Actuellement, plus d'œdème; les ulcères sont cicatrisés; le sein est très diminué. L'état général est méconnaissable; la malade va, vient, se lève et va aller en convalescence.

Le résultat de régression a été remarquable.

Ces faits très rares sont contraires à l'origine parasitaire des cancers. Ils font penser à un processus d'hyperexcitation cellulaire par sécrétions exagérées de l'ovaire, par une sorte d'hyperovarie endocrine.

En pareil cas, la castration pourrait être tentée par rayons X.

Tumeur du rein. — M. DESNOS communique une intéressante observation de tumeur mixte du rein.

Réflexe oculo-cardiaque dans ses rapports avec la tension artérielle dans l'hydrocéphalie. — M. ROUBINOVITCH, en collaboration avec MM. Tidemant et Joannesser, a fait une série de recherches sur ce réflexe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 MARS 1921)

A propos de quelques cas d'ictère contagieux observés dans la région parisienne. — M. ARMAND-DELILLE a eu l'occasion d'observer deux petites épidémies d'ictères infectieux bénins s'étant manifestés dans des groupements scolaires ou familiaux. L'examen du sang n'a pas permis de déceler ni le spirochète ictéroïde, ni bacilles paratyphiques; il s'est d'ailleurs agi de cas bénins qui ont guéri sans incident et ne se sont accompagnés d'aucune complication.

Sur un cas anatomo-clinique de hoquet épidémique avec névraxite. — MM. CLERC et FOIX. Cliniquement, hoquet d'abord apyrétique pur, dans les dernières 48 heures, fièvre montant jusqu'à 40°, stupeur et mort. Pas de phénomènes oculaires, ni myocloniques en dehors du hoquet. Anatomiquement, névraxite s'étendant à toute la moelle, mais très prédominante au niveau de la moelle cervicale haute et notamment des 3e et 4e segments cervicaux. Les lésions sont les lésions périvasculaires habituelles de l'encéphalite. Mésocéphale et notamment pédoncule à peu près intacts. Noyaux gros centraux, cortex indemnes. Ce cas tend à établir : 1° que le hoquet est bien une forme de l'encéphalite ; 2° qu'il est dû à une lésion avant tout médullaire et notamment cer-

vicale ; 3° que c'est l'irritation des centres cervicaux et non une lésion plus haut placée qui le provoque.

La syphilis hépatique tertiaire fébrile, hypertrophique et anictérique. La fièvre syphilitique tertiaire. — MM. GILBERT, CHIRAY et KHOURY rapportent trois cas de syphilis hépatique tertiaire fébrile se caractérisant par un gros foie, peu ou pas douloureux, sans ictère, ni ascite, ni circulation collatérale, par une fièvre durant des mois et des années, par un amaigrissement souvent considérable. Symptômes donnant lieu à de fréquentes erreurs de diagnostics (tuberculose, abcès du foie, cholécystite, etc.) et entraînant parfois des interventions chirurgicales inutiles. De l'étude de ces faits, les auteurs tirent les conclusions suivantes : 1° la syphilis hépatique tertiaire fébrile est relativement fréquente ; 2° la fièvre de la syphilis hépatique tertiaire peut affecter les types les plus variés, mais elle a pour caractères essentiels sa très longue durée, sa résistance absolue aux antithermiques et à tous les traitements, sauf au traitement spécifique ; 3° elle cède quasi miraculeusement (3 ou 4 jours) à l'action du traitement mercuriel et arsenical, lequel provoque en même temps une régression du volume du foie et un engraissement considérable très rapide ; 4° la syphilis tertiaire viscérale est plus souvent fébrile qu'on ne le croit généralement et il y a lieu de la suspecter toutes les fois qu'une maladie fébrile prolongée n'a pas fait sa preuve.

A propos de la spirochéturie dans la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. Noel FIESSINGER et Henri JANET, à l'occasion d'une observation de Dargien et Plazy, résument une observation de spirochétose ictéro-hémorragique où la spirochétose ne se montra qu'à deux reprises, à l'occasion d'une deuxième poussée fébrile et au 16e jour. Il faut opposer aux cas où la spirochéturie est intense, ceux où elle n'est qu'éphémère. Cette recherche ne peut donc avoir de valeur, que lorsqu'elle est positive et encore à la condition de la rechercher tous les jours. En cela, elle se montre inférieure au séro-diagnostic et ne peut constituer qu'un moyen de fortune pour le diagnostic de laboratoire.

Maladie de Miculicz avec état de sympathicotonie et syndrome polyglandulaire fruste. — MM. H. MÉRY, L. GIRARD et MERCIER présentent une fillette de 13 ans atteinte de maladie de Miculicz, chez laquelle ils ont constaté un état de sympathicotonie et un syndrome polyglandulaire, fruste, réaction de Wassermann négative. Ils pensent expliquer ces associations de symptômes par une hérédosyphilis probable (naissance prématurée, fausses-couches de la mère, très légère réaction méningée) qui a déterminé un syndrome polyglandulaire fruste, lié à l'état de sympathicotonie constatée, lequel agit sur les sécrétions salivaires et lacrymales en déterminant le syndrome de Miculicz (infection chronique et cirrhose hypertrophique des glandes).

Un nouvel œsophagoscope. L'œsophagoscope à crémaillère. — MM. R. BENSAUDE et M. LELONG présentent un œsophagoscope à crémaillère. Ce nouvel instrument remédie à l'inconvénient du ressort du tube de Brunigs. Grâce à une crémaillère placée sur de petits tubes rallonges et articulée à une vis de propulsion, on peut régler la longueur du tube endoscopique aussi facilement qu'on fait la mise au point d'un microscope à l'aide de sa vis micrométrique. Cet instrument présente, de plus, l'avantage de pouvoir être utilisé avec tous les systèmes d'éclairage : frontal, externe ou interne.

Fréquence de la bifidité des apophyses épineuses dorso-lombaires. — MM. CROUZON et BÉHAGUE présentent une série de malades, chez lesquels ils ont constaté la bifidité des apophyses épineuses des deux dernières vertèbres dorsales et de la 1re lombaire. Les malades présentant cette malformation sont très nombreuses ; en quelques jours, sur 31 malades examinées, 17 ont présenté la bifidité des apophyses épineuses. Cette disposition anatomique est tout à fait différente du spina bifida occulte. Elle ne parait pas avoir de conséquence pathologique. Quant à sa cause, elle n'est pas précisée par les auteurs qui font, toutefois, remarquer qu'il s'agit sans doute d'une anomalie vertébrale, rendue plus évidente chez leurs malades qui étaient toutes des tuberculeuses, soit du fait de l'amaigrissement, soit du fait de la déminéralisation.

Spondylites et ostéites typhiques. Vaccinothérapie. — MM. SICARD et ROBINEAU étudient quelques cas d'ostéite typhique traitée par l'opération, le vaccin et les deux traitements associés. Ils concluent que la vaccination comme l'a montré P.-E. Weil, donne des résultats thérapeutiques, le plus souvent favorables. Elle peut cependant échouer dans certains faits de suppuration éberthienne avec ou sans séquestre. La vaccination doit alors suivre et parfaire l'acte opératoire entravant ainsi le développement de nouveaux foyers caséeux.

L'hypotension artérielle au cours de la sérothérapie. — M. Ch. JOUSSET et L. BINET ont étudié la tension artérielle chez les sujets soumis à la sérothérapie équine. Chez tous les sujets soumis à cette médication survient une hypotension dont le degré, le moment d'apparition et la durée sont des plus variables, mais qui est constante. Il en existe deux variétés : 1° l'hypotension précoce immédiate, légère, durant quelques heures, qui paraît liée à la toxicité du sérum injecté ; 2° l'hypotension tardive plus accusée qui commence vers le 4e jour et peut durer plus d'une semaine, s'accusant ou se prolongeant à l'occasion de manifestations sériques ou articulaires. Elle relève d'une auto-intoxication par les déchets cellulaires de l'organisme. A l'une, correspond une phase de coagulabilité sanguine exagérée ; à l'autre, une période d'hypocoagulabilité. L'hypotension, quand elle s'accuse donne la clef de la plupart des manifestations générales, légères ou graves de la sérothérapie, somnolence, vertiges, syncope, collapsus grave, choc pseudo-anaphylactique, etc. Si elle accompagne ordinairement les accidents sériques, tels que l'urticaire, elle n'en est nullement solidaire et ne saurait en expliquer le mécanisme. Quoique d'un pronostic bénin, elle commande des mesures thérapeutiques préventives ou curatives appropriées, abstention chez les grands hypotendus, séjour obligatoire au lit, médication stimulante et spécialement adrénaline, par la voie rectale, chez tous les malades soumis à ce traitement déprimant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 MARS 1921)

Le vaccin de Delbet. — M. Louis BAZY, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Ombrédanne, retient ce fait que la réaction produite par ce vaccin est presque nulle chez l'enfant alors qu'elle est au contraire très forte chez l'adulte. M. Bazy croit pouvoir expliquer ce fait. Les jeunes enfants n'ayant pas encore eu de maladies microbiennes ne réagissent pas. M. Bazy émet des considérations d'ordre général sur les sérums et les vaccins qu'il serait bien difficile de résumer sans avoir sous les yeux le texte original.

Traitement de l'anus artificiel. — M. OMBRÉDANNE fait un rapport sur deux observations adressées par M. François (d'Anvers) dans lesquelles l'auteur a eu recours à un procédé spécial de fermeture d'anus iliaques définitifs.

Arthrites, rupture des ligaments, atrophie musculaire. — Une discussion quelque peu confuse à laquelle prennent part MM. Pierre Bazy, Savariaud, Tuffier, Walther, Quénu, Delbet, s'élève sur ces sujets d'où ressort surtout l'importance de l'atrophie musculaire dans ces cas. Il faut donc apporter la plus grande attention à cette atrophie.

Coxa plana ou ostéochondrite déformante. — M. MOUCHET fait un rapport sur un travail de M. Jacques Calvé relatif à l'étude de cette affection. Un enfant boîte et souffre de la hanche. La radioscopie ne révèle rien de particulier. Un an après, on constate une fonte du noyau épiphysaire. C'est à cette affection que M. Calvé donne le nom de coxa plana auquel M. Mouchet préfère celui d'ostéochondrite déformante.

Traitement chirurgical de l'arthrite blennorragique. — M. Louis BAZY fait un rapport sur une observation de M. Martin. Un jeune homme de 19 ans, au cours d'une blennorragie, est atteint d'une arthrite du genou avec 40° de température. Il s'agit évidemment d'une arthrite purulente. M. Martin pratiqua aussitôt une arthrotomie, évacua le pus et de gros paquets de fibrine, lava à l'éther et laissa la plaie

béante. La température tombe ; mobilisation, guérison. Dans un second cas, il s'agit d'une fille de 17 ans, atteinte d'une vaginite blennorragique; arthrite du genou gauche, température à 39°7 ; arthrotomie latérale externe ; extraction de gros paquets fibreux et de pus, lavage à l'éther, suture sans drainage, mobilisation précoce. Guérison.

Le traitement chirurgical des arthrites blennorragiques a déjà été, à la Société, l'objet de plusieurs discussions. M. Bazy estime qu'il y a lieu d'y revenir et c'est pourquoi il félicite M. Martin des deux beaux résultats qu'il a obtenus.

Des abcès pulmonaires. — M. Delbet revient sur cette question actuellement en discussion. Il insiste sur les signes de l'affection : absence de bacilles de Koch, expectoration extrêmement abondante, jusqu'à 1 litre 1/2 par jour. A la percussion et à l'auscultation, zone de matité, signes cavitaires, bronchophonie, pectoriloquie. A la radioscopie, une zone obscure caractéristique.

Il s'agit là d'une affection essentiellement sclérosante, à évolution très lente, avec de grandes oscillations thermiques. La pneumotomie, après résections costales, permit d'arriver sur deux petites cavités purulentes; drainage et souvent bons résultats. M. Delbet apporte plusieurs observations.

Elections. — La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. La liste de présentation portait, en 1re ligne, ex æquo, par ordre alphabétique, MM. Cauchois et Pauchet; en seconde ligne, M. Renez.

Au 1er tour, sur 60 votants, M. Cauchois obtient 40 suffrages, et M. Pauchet, 20. En conséquence, M. Cauchois est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1921)

Ralentissement du pouls au cours du pneumopéritoine. Réflexe abdomino-cardiaque. — M. P. Brodin. L'insufflation de la cavité péritonéale provoque, en règle générale, un ralentissement du pouls, d'une dizaine de pulsations à la minute, en moyenne. Ce ralentissement apparaît au moment où la distension marquée s'accompagne de douleurs dans l'épaule droite et dure un temps variable suivant la rapidité de résorption du gaz.

Il semble reconnaître pour cause l'excitation du plexus solaire et de ses ramifications.

Destruction de l'alcool dans l'organisme du chien accoutumé à l'ingestion d'alcool. — MM. Balthazard et Larue. Contrairement aux résultats obtenus par Pringsheim chez le rat et le lapin, par Schweisheimer chez l'homme, la destruction de l'alcool dans l'organisme du chien accoutumé à l'ingestion d'alcool, s'opère de la même façon et dans le même temps que chez le chien non accoutumé.

L'accoutumance aux effets de l'alcool, observée chez les alcooliques, semble donc due à une tolérance croissante du système nerveux plutôt qu'à la plus grande rapidité de la destruction de l'alcool dans l'organisme.

Mesure quantitative des ferments pancréatiques du suc duodénal. — MM. P. Carnot et H. Mauban. On commence par préparer une dilution de celui-ci dans l'eau distillée qui, partant du suc pur, passe successivement par la moitié, le 1/4, le 1/8e, le 1/32e, etc., de façon à atteindre la dilution qui donnera la réaction limite. Dix à douze dilutions sont généralement nécessaires. Ils recherchent et dosent : *A.* la stéapsine, par des gouttes de ces dilutions posées sur des plaques de gélose graisse déjà décrites; *B.* la trypsine, en se servant de plaques de gélatine à 5 p. 100 sur lesquelles les gouttes de liquide duodénal dilué creusent en 12 heures de véritables trous à l'emporte-pièce par digestion et liquéfaction de la gélatine; *C.* l'amylase, en utilisant des plaques de gélose amidon sur lesquelles l'amidon transformé en glycose disparaît en 12 à 18 heures au niveau des gouttes de suc duodénal dilué qui y ont été déposées. En versant sur la plaque, une fois l'action du ferment terminée, une solution faible iodo-iodurée le fond se colore en bleu intense et l'action du ferment s'inscrit par des taches blanches partout où l'amidon a été digéré. En se servant du liquide duodénal progressivement dilué pour impressionner les plaques de gélose graisse, de gélatine, ou de gélose-amidon, on obtient dans chaque épreuve une réaction limite de lecture facile et qui rapportée à une moyenne indique rapidement la valeur du ferment essayé.

L'action des sérums sur les arsénobenzénes. — M. Rubinstein. L'action précipitante des sérums sur le novarsénobenzol peut être entravée in vitro par l'addition de carbonate ou d'hyposulfite de sodium.

Le phosphate trisodique n'exerce pas une action analogue.

Les sérums ne précipitent pas l'arsénobenzol dissous dans les conditions normales.

Au sujet de la note de M. Rubinstein sur « l'action des sérums sur les arsénobenzènes ». — M. POMARET. Dans cette note l'auteur signale que les expériences qui ont fait l'objet de la communication de M. Rubinstein (15 janv. 1921), ont été non seulement publiées antérieurement, mais encore expliquées quant à leur mécanisme physico-chimique. (Travaux de Ch. Fleig, 1914, et de M. Pomaret, 1920.)

Ces mêmes expériences qui avaient pour but d'éclairer par des méthodes expérimentales la pathogénie des accidents « nitritoïdes, anaphylactiques », qui résultent parfois de l'emploi des arsénobenzènes par la voie intra-veineuse, n'avaient conduit l'auteur ni aux conclusions biologiques de Danysz, ni à celles de M. Rubinstein.

La précipitation d'un complexe « protéino-arsénobenzolique » relève du conflit qui s'établit entre l'acidité du sang et la phénolicité des novarsénobenzènes et non de la précipitation des arsénos par les sérums.

Ces faits permettent de comprendre ce qui se passe parfois in vivo, production d'un déséquilibre physico-chimique humoral colloïdoclasique et présence dans la circulation d'une suspension albumino-arsénobenzolique se comportant initialement comme un corps insoluble de toxicité mécanique et non chimique, susceptible de déterminer le choc anaphylactique par le mécanisme récemment exposé par A. Lumière et H. Couturier.

Préparation d'une échelle diaphanométrique stable pour le dosage extemporané de l'albumine du liquide céphalo-rachidien. — MM. Marcel BLOCH et Marcel POMARET donnent la technique de préparation d'une échelle diaphanométrique constituée par une émulsion de benjoin à doses croissantes, stabilisée de façon pour ainsi dire indéfinie dans un milieu solide à base de glycérine-gélatine insolubilisé par le formol et conservé dans des tubes scellés.

Cette échelle dont la graduation est établie suivant les principes déjà donnés en 1913, avec des solutions d'albumine titrées pondéralement, permet un titrage exact de l'albumine céphalo-rachidienne pour des taux allant de 0g20 à 2 g. En pratique 2 cc. de liquide céphalo-rachidien sont additionnés de six gouttes d'acide nitrique, on obtient un trouble dont on apprécie l'intensité au diaphanomètre, ce qui donne par simple lecture la teneur en albumine par litre du liquide examiné.

Diffusion dans le nerf pneumogastrique de poisons de l'estomac. — MM. LOEPER, FORESTIER et TONNET rapportent les résultats d'expériences faites sur le chien avec le ferrocyanure de potassium, l'aldéhyde formique et la toxine tétanique.

Dans un estomac sain, même après ligature du pylore, aucune de ces substances ne se retrouve dans le nerf vague.

Il en est différemment lorsque la muqueuse présente une lésion ou une érosion traumatique même minime. Alors on peut caractériser le formol dans le pneumogastrique gauche et provoquer le tétanos en injectant ce nerf broyé dans la patte du cobaye.

Ces expériences nous conduisent à admettre la diffusion possible dans le pneumogastrique de certains poisons accumulés ou retenus dans des estomacs pathologiques.

M. GUILLAIN rappelle, à ce sujet, les expériences de MM. Homen et Laitinen, M. MESNIL, celles de M. A. Marie, M. ARMAND-DELILLE, celles de M. Babonneix. M. JOLLY suppose que la toxine, ou le principe actif introduit dans l'estomac, remonte par la gaine lymphatique du névrilemme.

Les orateurs auraient pu, également, évoquer les expériences de Lichtwitz, qui, chez une grenouille, sectionne tous les tissus d'une patte, à l'exception du sciatique, injecte ensuite de l'adrénaline à l'extrémité de cette patte et observe bientôt une dilatation pupillaire, indiquant que le produit a passé de la patte au tronc par le nerf sciatique.

Physiologie pathologique respiratoire dans les ictères infectieux bénins. — MM. Georges GUILLAIN et R. GARCIN font remarquer que, dans le syndrome ictère, les physiologistes et les cliniciens, ont étudié avec beaucoup de précision les troubles cardio-vasculaires, mais que, par contre, les troubles respiratoires ne sont pas mentionnés, abstraction faite de la bradypnée de Frerichs, de la toux hépatique et de la dyspnée toxique des ictères graves. MM. Guillain et Garcin ont constaté dans les ictères infectieux bénins avec rétention des sels et pigments biliaires que, durant la phase ictérique, la capacité vitale pulmonaire diminue de 1 litre environ, que la durée du temps d'apnée volontaire est sensiblement abaissée, de même que la durée de la tenue respiratoire sous pression de 4 cm. de mercure; il y a dans l'ensemble de ces faits un syndrome de physiologie pathologique respiratoire très spécial à la phase ictérique. Lorsque les voies biliaires au contraire redeviennent perméables et que le syndrome urinaire critique existe, on observe parallèlement une augmentation de la capacité vitale, de la durée du temps d'apnée volontaire et de la durée de la tenue respiratoire sous pression de 4 cm. de mercure.

Ces troubles de la fonction respiratoire chez les ictériques, durant la phase cholémique, sont sans doute en rapport avec l'intoxication biliaire qui amène une hypotonie des muscles respiratoires, une véritable asthénie fonctionnelle transitoire.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1921)

Tuberculose rénale à marche rapide. — MM. JEANBREAU et AUBLANT. Observation d'un malade qui, sans antécédents particuliers, a fait, il y a un an, une synovite bacillaire pour laquelle il a subi deux interventions ; il y a trois mois, apparition d'une pollakiurie discrète avec urines claires d'abord, troubles ensuite et altération de l'état général. Le malade entre dans le service et est néphrectomisé pour tuberculose rénale gauche. Le rein présente des lésions tuberculeuses considérables à toutes les périodes d'évolution. Le malade n'a jamais ressenti aucun symptôme douloureux; la cystite était silencieuse malgré que la vessie fût tapissée d'ulcérations. Le rein, de très gros volume, n'était pas perceptible à la palpation. Mais les symptômes généraux étaient extrêmement marqués : affaiblissement, amaigrissement, anorexie, température entre 39° et 40°; l'état général s'altérait de jour en jour, le malade dépérissait à vue d'œil.

Ostéosarcome du tibia. (*Présentation de pièce.*) — MM. CATHALA et A. DELORD.

Vaccinothérapie. — MM. CATHALA et MILHAUD rapportent un cas de phlegmon à streptocoque traité par incision, vaccin Cepède, vaccin bi-auto (médecin principal Vallet) et bains térébenthinés. Le vaccin bi-auto semble avoir eu une action heureuse sur l'évolution de ce phlegmon car la température, l'état local et l'état général se sont améliorés aussitôt après la première injection d'auto-vaccin.

Présence d'alcool dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. DUCAMP, CARRIEU et BLOUQUIER DE CLARET. Chez deux hommes alcooliques, la ponction lombaire a permis de déceler la présence d'alcool dans le liquide céphalo-rachidien, grâce à la technique de Nicloux. Les travaux de Lenoble ont montré l'intérêt de cette recherche : médico-légal et diagnostique. A remarquer que l'examen a été fait sept et huit jours après l'entrée des malades à l'hôpital, ce qui concorde avec les résultats de Lenoble et Daniel qui accordent dix jours pour l'élimination de l'alcool, tandis que Schlumm et Fleichmann prétendent que l'alcool disparaît de la sixième à la quinzième heure après l'absorption.

Procédé simple et rapide de dosage de calcium dans les liquides albumineux. — M. Paul CHRISTOL. Au lieu d'employer les méthodes américaines longues, difficiles, exigeant des réactifs longs à préparer et un outillage très spécial, l'auteur emploie une méthode simple consistant :

1° A désalbuminer le sang par le procédé de Moog à l'acide trichloracitique au 1/5 ;

2° A précipiter le calcium à chaud par l'oxalate d'ammonium à 3 p. 100;

3° A doser le calcium, transformé par $H_2 So_4$ en acide oxalique et en $Ca\ 5o_4$ par le permanganate de potasse N/20.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 26. — JEUDI 31 MARS & SAMEDI 2 AV. 1921. 94e ANNÉE. JEUDI 31 MARS & SAMEDI 2 AV. 1921. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — La date du concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen est, sur la demande des médecins et chirurgiens des hôpitaux, reportée du 26 mai au 30 juin 1921, et la liste d'inscription sera close le 4 juin, à 18 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La chaire d'opérations et appareils de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est transformée en chaire de clinique thérapeutique chirurgicale.

M. Duval, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur de clinique thérapeutique chirurgicale à ladite Faculté. (*J. O.*, 26 mars 1921.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Cordier, chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie, est chargé, en outre, des fonctions d'agrégé.

— M. Polonowski, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux de chimie (durée du congé de M. Riquiet, chef des travaux).

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour dix places d'internes en pharmacie titulaires et la désignation d'internes provisoires des asiles d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à Paris, le lundi 23 mai 1921.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service des aliénés, 1re section, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 25 avril au 7 mai 1921.

Les candidats seront convoqués par lettre; néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Un concours pour l'admissibilité à l'emploi de rédacteur dans les services de l'administration sera ouvert le samedi 9 juillet 1921. Le nombre maximum des candidats à admettre est fixé à 7. Sont admis à se présenter les docteurs en médecine ayant moins de 30 ans le 1er janvier 1921 et ayant satisfait à la loi sur le recrutement.

Traitement de début, 6.500 fr., plus indemnités diverses atteignant 1.930 fr.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au service du personnel de l'administration, 3, avenue Victoria, Paris (IVe).

LE SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS a tenu ses assises annuelles, le dimanche 20 mars, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le Secrétaire général a résumé l'importante question des honoraires des pensionnés de la guerre et a invité les membres de son groupement à la résistance au décret du 9 mars dernier.

L'approbation générale a été sanctionnée par l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat médical de Paris, réuni en assemblée générale le 20 mars 1921, après avoir entendu le rapport de son secrétaire général sur la question des honoraires des soins donnés aux blessés de guerre, estimant qu'il doit se conformer à la circulaire adressée le 10 mars par l'Union des syndicats, décide :

1° De ne pas admettre le principe de la taxation des honoraires médicaux et de refuser de reconnaître le décret du 9 mars dernier du ministre des Pensions fixant arbitrairement ces honoraires;

2° Il demande à ses membres de continuer à soigner les bénéficiaires de la loi sans distinction, mais en les considérant comme des malades ordinaires, refusant de se soumettre aux exigences de l'administration tant qu'un tarif n'aura pas été établi d'accord avec les délégués du Corps médical;

3° Il émet le vœu que l'Union des syndicats se mette en rapport avec les fédérations de mutilés, et leur explique les raisons des décisions prises par le Corps médical dans l'intérêt même des blessés de guerre. »

Le Syndicat médical de Paris a, en outre, adhéré en prin-

cipe à la Fédération en formation des différents groupements de la Région parisienne. Ce projet donnerait, sans aucun doute, une très grande force aux revendications faites en commun au nom de la plus grande partie du Corps médical parisien.

VIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE. — Le VIe Congrès de médecine légale de langue française s'ouvrira à Bruxelles, le 23 mai prochain. Les séances des deux premières journées du Congrès se tiendront au Palais des Académies à Bruxelles, présidées par le prof. Heger-Gilbert; celles des deux dernières à l'Université de Liége présidées par le prof. Stockis.

Le montant de la participation est fixé à 50 fr.; les adhésions sont reçues par M. le Dr de Laet, 66, rue de Livourne, à Bruxelles, et par M. le prof. Etienne Martin, 10, rue du Plat, à Lyon.

LES ÉTABLISSEMENTS POUR TUBERCULEUX. — M. Pouzin, député, demande à M. le ministre de l'Hygiène de faire connaître la liste des établissements publics ou privés qui peuvent recevoir des malades atteints de tuberculose, et les conditions générales d'admission en ce qui concerne les établissements publics. (*Question du 4 mars 1921.*)

Réponse. — Les établissements publics, dits stations sanitaires, actuellement affectés aux tuberculeux pulmonaires réformés de guerre ou en instance de réforme, et, dans la limite des lits disponibles, aux tuberculeux civils, sont ci-après indiqués : Bayère (Rhône), Clavières (Mayenne), Fenaille (Aveyron), La Guiche (Saône-et-Loire), La Tronche (Isère), Monbran (Lot-et-Garonne), Montfaucon (Lot), Saint-Jodard (Loire). Touvent (Indre), Villeneuve-d'Amont (Doubs), Oissel (Seine-Inférieure), Maison de cure de Moncan (Morbihan). Les établissements publics ou privés agréés par le ministère de l'Hygiène et affectés aux tuberculeux pulmonaires osseux ou ganglionnaires sont les suivants : Plougonven (Finistère), sanatorium départemental, hommes; les Ombrages (Seine-et-Oise), femmes; Bligny (Seine-et-Oise), hommes ou femmes; la Baronnie (Seine-et-Oise), femmes; la Tournelle (Seine-et-Oise), enfants; Zuydcoote (Nord), hommes, femmes, enfants; Kerpape (Morbihan), hommes, femmes, enfants; Banyuls (Pyrénées-Orientales) et Saint-Trojan (Ile d'Oléron), enfants; Philippe-Ammann, à Berck (Pas-de-Calais); Sainte-Feyre (Creuse), réservé aux instituteurs et institutrices; Pignelin (Nièvre), sanatorium départemental, femmes et enfants; Villepinte (Seine-et-Oise), femmes et enfants. Pour être admis dans un établissement public, le présumé tuberculeux doit être examiné dans un dispensaire d'hygiène sociale; s'il y est déclaré malade et curable, le dispensaire, l'office départemental d'hygiène ou le préfet demande au ministère de l'Hygiène son placement. Le placement est effectué par les soins du ministère de l'Hygiène. (*J. O.*, 25 mars 1921.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Adolphe Leray, fondateur du Centre radiologique de l'hôpital Saint-Antoine, victime de son dévouement à la science, et Emile Bain (de Marseille).

COURS D'ORTHOPÉDIE CHEZ L'ADULTE. — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours d'orthopédie chez les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes, commencera ce cours le jeudi 7 avril, à 17 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et il le continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — Douze leçons théoriques faites à la Faculté concernant : Historique de l'orthopédie. Généralités sur la pathogénie et le traitement des difformités. Greffes d'aponévroses, aponévrotomies. Greffes et anastomoses tendineuses, ténotomies. Greffes et anastomoses musculaires, myotomies. Greffes osseuses. Ostéoplasties. Greffes articulaires. Articulations ballantes. Arthroplasties. Opérations d'Albee, de Forster, de Stoffel. Sacralisation de la 5e vertèbre lombaire. Physiothérapie. Rééducation fonctionnelle et professionnelle des accidentés du travail, des mutilés de guerre et des infirmes. Amputations cinématiques. Les prothèses des membres.

Leçons cliniques faites à la Pitié les 2e et 4e mardis du mois. Le sujet en sera annoncé d'avance. Opérations orthopédiques les samedis.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 1er MARS 1921. — ERRATUM

Le n° 24 de la *Gazette des hôpitaux* (22 et 24 mars 1921) a publié un commentaire de la loi du 1er mars 1921 sur le maintien provisoire en jouissance de certains locataires.

Une erreur s'est glissée dans la composition. Il y a lieu de la rectifier.

Dans l'alinéa consacré au *but de la loi*, il est dit : « le législateur n'a pas voulu que ceux dont le bail ou la location expirait le 31 juillet 1921..... ». Il faut lire *le 1er juillet 1921*; c'est d'ailleurs la date indiquée dans le paragraphe suivant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SANATORIUM ET TAXE SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

M. de Monicault, député, demande à M. le ministre des Finances : 1° si un sanatorium antituberculeux payant est classé au point de vue de la taxe sur le chiffre d'affaires comme une clinique chirurgicale, ajoutant que l'assimilation paraît évidente; 2° dans le cas de la négative, si cet établissement ne devrait pas être classé toujours dans la catégorie la moins imposée et non pas assimilé à un hôtel payant comme tel. (*Question du 8 février 1921.*)

Réponse. — L'exercice de la médecine constitue une profession libérale dont les bénéfices sont taxés à la cédule des bénéfices des professions non commerciales et qui échappe, en conséquence, à l'impôt sur le chiffre d'affaires. Les affaires réalisées dans un sanatorium ne sont donc pas soumises à cet impôt, dès lors que l'établissement appartient à un ou plusieurs médecins qui donnent personnellement leurs soins aux malades y séjournant et que le but principal de l'établissement consiste dans ces soins. Mais il en serait autrement si le sanatorium appartenait à une personne non pourvue du diplôme de médecin ou à une société par actions et avait ainsi le caractère d'une exploitation commerciale. Dans ce dernier cas, c'est aux commissions départementales et sur appel à la commission supérieure, instituées par l'article 64 de la loi du 25 juin 1920, qu'il appartient de se prononcer sur le point de savoir si un établissement doit être ou non classé, soit en première, soit en seconde catégorie. (*J. O.*, 25 mars 1921.)

LE DIPLOME DE SAGE-FEMME DE 2e CLASSE

M. Delory, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique : 1° comment il se fait que trois mois après la promulgation de la loi du 5 août 1916 (*Journal officiel*, 6 août 1916) supprimant les diplômes de sage-femme de 2e classe, un diplôme de cette catégorie ait pu être délivré; 2° s'il n'y a pas lieu d'attacher à ce diplôme, soi-disant de 2e classe, les mêmes prérogatives qu'au diplôme de sage-femme tel que l'instituait la loi du 5 août 1916. (*Question du 18 février 1921.*)

Réponse. — Le décret du 9 janvier 1917, pris en exécution de la loi du 5 août 1916, a autorisé les élèves qui avaient, antérieurement à la promulgation de la loi précitée, commencé leur scolarité en vue du diplôme de sage-femme de 2e classe, à poursuivre leurs études en vue de ce dernier titre. Le diplôme ainsi obtenu ne donne droit à exercer la profession de sage-femme que dans le département pour lequel il a été délivré. (*J. O.*, 16 mars 1921.)

REVUE GÉNÉRALE

LES TROUBLES PSYCHIQUES DE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE [1]

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Laennec.

III. **Séquelles psychiques.** — Sans résoudre la question de savoir si chez beaucoup d'encéphalitiques ne persiste pas un microbisme latent après la disparition des manifestations cliniques aiguës de l'encéphalite, et si un certain nombre de séquelles ne sont pas simplement l'expression d'un processus atténué et devenu chronique, je range dans les séquelles psychiques les cas où persistent seuls des troubles mentaux chez des individus paraissant guéris par ailleurs. J'envisagerai ces séquelles, d'abord chez l'adulte, ensuite chez l'enfant.

a. Chez l'ADULTE, celles qui frappent le plus l'observateur sont les *délirantes*.

Grâce à M. Briand que je tiens à remercier de sa grande obligeance, j'en ai montré à ma leçon clinique un remarquable exemple.

Il s'agissait d'un sous-officier aviateur russe, Adrien B..., âgé de 27 ans, entré au Val-de-Grâce, en mars 1920, pour encéphalite myoclonique avec hémiplégie gauche alterne, type Weber et polyurie très marquée. « Vers le milieu de mai, m'écrit le médecin-major Rouquier, dans une note qu'il a bien voulu me remettre et dont je le remercie, les secousses myocloniques ont disparu et ont été remplacées par des mouvementt pseudo-athétosiques plus marqués à droite qu'à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à l'hémiplégie. Puis, pendant une quinzaine de jours, myoclonies et mouvements athétosiques se sont superposés. En même temps, l'état psychique s'aggravait. Le malade ne dort plus, ne peut rester en place. Légèrement constipé (selles un peu dures, mais moulées), il se présente constamment à la selle (toutes les 5 minutes), obsédé par cette constipation.

Cet état n'a cessé de s'aggraver. Le 19 juin, le malade très agité, anxieux, casse son mobilier et sa vaisselle, s'introduit dans le rectum, un morceau de bois, mal équarri, sous prétexte de retirer les matières fécales, dont la présence l'obsède toujours.

Son agitation rend l'internement nécessaire. Voici le certificat de M. Briand : « Mélancolie anxieuse, obsessions hypocondriaques. Vagues idées de préjudice. Myoclonies athétoso-choréiformes. Agitation, surtout nocture. Polyurie. Insomnie. Onirisme par intervalles. Vociférations. Bris d'objets mobiliers. On ne le soigne pas comme il conviendrait. Récriminations. Tendances revendicatrices. Psychose survenue au cours d'une encéphalite léthargique. »

A mon examen, je ne constate pas d'affaiblissement intellectuel. La mémoire est conservée, l'orientation bonne. Il existe une obnubilation légère. Il faut insister pour obtenir des réponses précises. Adrien est visiblement préoccupé de son état de santé. Il se plaint d'insomnie et voudrait un médicament pour dormir. Il se plaint de diarrhée, de constipation passagère actuelle et demande un lavement pour aller aux W.-C.

Il refuse une cigarette qu'on lui offre, parce que, dit-il, cela va encore plus mal quand il fume. Et une minute après, il la demande, l'allume, puis, après quelques bouffées, la repose avec crainte.

Il demande brusquement et avec inquiétude à aller aux W.-C. ou, dit-il, il va faire tout sous lui. Son anxiété s'accentuant, on le conduit aux closets sans résultat. Il ne peut rester longtemps assis. Il se lève, fait deux ou trois fois le tour de la pièce, avec force gestes et secousses, demande à se coucher par terre, s'étend sur le dos, remue les pieds, les lève et les laisse tomber brusquement. Il dit que, s'il se touche la verge, quand il est couché par terre ou au lit, il urine aussitôt et malgré lui. Il se relève et reprend sa danse au milieu de la pièce. Dans un état continu d'énervement et d'irritabilité, il se frotte le genou gauche, où il dit souffrir beaucoup et se trouve son mal.

En résumé, préoccupations hypocondriaques dérivant d'interprétations délirantes d'un état cénesthésique pénible et aboutissant à des réactions anxieuses avec agitation et stéréotypies chez un névropathe russe présentant un syndrome de Weber avec choréo-athétose et polyurie.

Un cas très analogue de préoccupations hypocondriaques a été présenté le 17 juin 1920 par Roger Dupouy (1) à la Société de Psychiatrie.

Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, à hérédité très chargée, qui, dans le décours d'une encéphalite léthargique avec attitude parkinsonnienne et hémiparésie gauche, affichait, outre un certain puérilisme, une dépression marquée, à tendances hypocondriaques et obsédantes.

Elle se répand, dit Dupouy, en lamentations « parce que son bras et sa jambe gauches ne bougent pas bien, qu'elle a des mouvements dans les yeux, qu'elle ne peut plus lire avec les lèvres, à cause des mouvements involontaires de sa bouche et de sa langue, qu'elle ne peut ni étendre sa main gauche, ni la raidir à volonté, ni fléchir le poignet, ni faire bouger ses doigts, parce qu'en marchant, elle ne peut remuer le bras gauche librement, ni raidir la jambe du même côté, ni remuer ses orteils, ni mobiliser le cou-de-pied, parce que sa bouche ne reste pas fermée et qu'elle sort sans cesse sa langue au dehors ». « J'ai peur, ajoute-t-elle, de ne pas guérir, de rester comme cela toute ma vie ; je désespère, j'ai moins de croyance et de confiance en Dieu, je suis désolée de ne pas être comme les autres ; j'ai peur qu'on me voie, qu'on me remarque, que je ne puisse me marier ; j'ai des idées noires, j'ai le cafard, j'aimerais mieux mourir, je suis dégoûtée de la vie ; j'étais coquette autrefois, maintenant je m'en fiche. J'ai peur de la solitude, qu'on me fasse du mal pour faire aller ma main, mon bras, ma jambe, j'ai peur de tout, je suis devenue toute drôle... »

Une autre malade de Dupouy a présenté, après confusion mentale aiguë, hallucinatoire avec agitation, une *amnésie* lacunaire. Dans certains cas les erreurs de mémoire, qui font partie intégrante du syndrome confusionnel, peuvent acquérir une grande importance, et selon la remarque d'Hesnard (2), « quand l'orage aigu de la maladie fébrile a disparu, ces symptômes, amnésie de fixation et désorientation, peuvent être dissimulés par une certaine conservation assez frappante du jeu physionomique, de la correction des manières et de la tenue, et par un certain degré de fabulation de suppléance. On ne rencontre ces syndromes de Korsakoff infectieux aigus ou plutôt subaigus que dans les formes prolongées de l'encéphalite diffuse épidémique accompagnées de symptômes névritiques ou, plus fréquemment encore, poliomyélitiques. Ils ont été décrits entre autres par Cruchet chez des soldats âgés et surmenés pendant la guerre. De sorte, conclut Hesnard, que le syndrome de Korsakoff n'est pas obligatoirement le syndrome de la polynévrite ; il représente une forme organique fréquente de confusion mentale toxi-infectieuse. » Telle est la *forme korsakowienne* de l'encéphalite épidémique, qui rentre dans les séquelles de cette maladie, car cette forme est relativement tardive dans son apparition.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 25, p. 389.

(1) R. DUPOUY. Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique, *Soc. de psych.*, 17 juin 1920 ; *Encéphale*, juillet, p. 485-488.

(2) HESNARD. La psycho-encéphalite aiguë épidémique et les troubles psychiques de l'encéphalite aiguë dite léthargique, *Encéphale*, 10 juillet 1920, p. 452.

Chez 4 sujets, qu'il considérait comme guéris, H. Claude (1) a noté de l'asthénie, de l'inaptitude au travail, de la fatigabilité, des réveils de parésie. Il persistait des modifications de l'humeur et du caractère.

On pourrait donc décrire une *neurasthénie post-encéphalitique.*

Delater, dans son auto-observation citée plus haut, a décrit quelques-uns des symptômes de cette neurasthénie.

« Pendant le début de la convalescence, se montre une certaine exagération des réactions émotionnelles : je riais facilement et surtout, pour la moindre émotion gaie ou triste, je sanglotais, mais sans pleurer, au point de ne pouvoir plus parler. Toute attente était impatiente.

Aujourd'hui, 8 mois après le début, quand je pense, lis ou écris, il m'arrive fréquemment d'éprouver, au passage d'un mot, une gêne, un arrêt qui est comme une ondulation spasmodique, en particulier dans la langue. Quand je parle, je me jette vers la fin de ce que je commence; ma parole est bruyante, se précipite, se déforme plus souvent, et je vais si vite que j'emploie un mot pour un autre ; je ne le contrôle qu'au moment où déjà ce mot est émis. Cette tension de mon potentiel nerveux existe sans aucune modification des autres facultés : idéation, mémoire, affectivité, caractère me paraissent normaux, mais je sens ma personnalité diminuée dans sa lutte avec celle des autres. »

Parfois les séquelles sont beaucoup plus graves. Elles se caractérisent surtout par la prolongation des éléments du syndrome hébéphréno-catatonique, plus ou moins dissociés et où dominent les éléments à expression motrice : persévération des attitudes et stéréotypies.

Les *tics* post-encéphalitiques ne sont pas rares, surtout chez les jeunes.

b. Chez l'ENFANT, outre les tics, les attitudes cataleptiques, on a signalé l'épilepsie (Comby) l'arriération mentale, l'imbécillité, voire même une démence qui, en raison du jeune âge où elle survient, donne l'impression d'idiotie.

Récemment Mouriquand, Lamy et Martine (2) ont observé une fillette de 12 ans, qui à la suite d'une forme grave d'encéphalite présenta une diminution de l'intelligence, une étourderie considérable et une propension à taquiner ses camarades et à se mêler de tout ce qui ne la regardait pas.

IV. Diagnostic. — Le diagnostic des manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique est à faire dans deux conditions : dans les formes complètes et à l'occasion des types cliniques psychiatriques.

a. FORMES COMPLÈTES. — Les signes caractéristiques, oculaires, léthargiques, myocloniques, thermiques, méningés permettent facilement de rapporter les troubles psychiques concomitants à l'encéphalite épidémique. La seule cause d'erreur est quand l'encéphalite éclate chez un psychopathe et que la psychose antérieure était inconnue de l'observateur.

Il en fut ainsi chez un malade de M. Widal que j'ai (3) étudié avec Logre; la démence précoce était antérieure à l'encéphalite épidémique et avec évidence continua à évoluer pour son compte quand l'orage infectieux fut passé. M. Achard (1) a également insisté sur ce diagnostic de la démence précoce.

(1) H. CLAUDE. Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique, *Soc. de psych.*, 15 juillet 1920 ; *Encéphale*, 10 sept. 1920, p. 546-551.

(2) MOURIQUAND, LAMY et MARTINE. Séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique chez l'enfant, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 7 déc. 1920.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE et LOGRE. Hébéphréno-catatonie et encéphalite léthargique, *Soc. de psych.*, 17 juin 1920; *Encéphale*, juillet, p. 473-476.

b. TYPES CLINIQUES PSYCHIATRIQUES. — 1. Le *délire aigu*, qui n'est qu'un syndrome, est parfois le premier diagnostic d'attente de l'encéphalite épidémique. Ainsi Guy Laroche et Filassier (2) ont publié un cas d'encéphalite épidémique à forme névralgique et délirante, puis léthargique, qui débuta par une excitation cérébrale intense suivie de fièvre à 40° et de délire très actif avec hallucinations visuelles et auditives s'exagérant dès la tombée de la nuit. La malade s'imagine qu'on veut l'opérer et discute avec la garde qu'elle prend pour un chirurgien. Elle veut se lever à chaque instant, donner des ordres au domestique. Un autre jour, elle crève un tableau, si bien qu'on doit établir une surveillance sévère autour d'elle. Rien de spécial à l'encéphalite épidémique dans ce délire aigu, mais le ptosis, une crise de hoquet, la somnolence apparaissant, signent la maladie. Parfois c'est un simple signe radiculaire : la diminution des réflexes cubito-pronateur et du radius dans une observation de Salmon.

2. L'*épilepsie*, qui n'est qu'un syndrome dont il faut toujours et avec grand soin rechercher la cause organique, peut être la manifestation d'une encéphalite épidémique. En présence d'une épilepsie un peu fébrile ou précédée d' « un peu de grippe » chez un individu jusque-là indemne de mal comitial et qui n'eut pas de convulsions dans l'enfance, il faut donc désormais songer à l'hypothèse d'une encéphalite épidémique.

3. L'aspect de la *paralysie générale* a été signalé par Ardin-Delteil, Raynaud et Derrieu, mais la psychoscopie ne décèlera pas la même déchéance de l'auto-critique et la ponction lombaire ne montrera pas la triade, hyperlymphocytose, hyperalbuminose, Bordet-Wassermann positif.

4. La *manie*, faite de logorrhée, agitation motrice, excitation génitale, euphorie, a déjà été précédée de manifestations analogues ou de dépression quand elle survient chez des périodiques et se distinguera de l'excitation confusionnelle de l'encéphalite épidémique, où paraît rester toujours quelque trouble, aussi minime soit-il, de l'auto-conduction (3).

5. La dépression de l'encéphalitique épidémique répond au tableau classique de la dépression confusionnelle, quand on l'observe au cours même de la maladie, et se rapproche davantage de la dépression mélancolique, quand on l'étudie chez l'encéphalitique convalescent. En effet, dans ce dernier cas, elle est essentiellement à base d'asthénie et l'on fait alors volontiers le diagnostic de neurasthénie post-encéphalitique. Et, pour peu que le caractère antérieur y prête, sur ce fond de dépression éclosent facilement tics, obsessions, crises hystériques, persévérations diverses.

6. Le syndrome de la *paranoïa aiguë*, fait de bouffée délirante hallucinatoire plus ou moins systématisée et qu'il est impossible de classer nosographiquement, peut, comme l'hébéphrénie et la cata-

(1) ACHARD. Encéphalite léthargique et états morbides, *Paris méd.*, 18 sept. 1920, p. 217.

(2) Guy LAROCHE et FILASSIER. Un cas d'encéphalite épidémique à forme névralgique et délirante puis léthargique, *Paris méd.*, 19 juin 1920, p. 501-504.

(3) TOULOUSE et MIGNARD. L'auto-conduction, *Revue de psych.*, juillet 1911, p. 302.

tonie qui ne sont aussi que des syndromes, être réalisée par l'encéphalite épidémique. Mais il semble que, pour déterminer la paranoïa aiguë, l'encéphalite ait besoin d'un encéphale prédisposé se manifestant psychiquement par un caractère dit paranoïaque, orgueilleux, défiant et susceptible. C'est ici l'application à un cas particulier d'une règle générale, mise en évidence par Jean Lépine (1), du rôle considérable de la prédisposition du système nerveux dans le déterminisme de l'encéphalite épidémique.

7. L'*hébéphrénie* n'étant, elle aussi, qu'un syndrome, il ne faut pas, quand on la constate, en induire aussitôt qu'il s'agit de démence précoce, c'est-à-dire d'une affection cérébrale, l'encéphalopathie atrophique neuro-épithéliale, mais en raison des observations relatées plus haut où la torpeur somnolente de l'encéphalitique rappelait la passivité et les états de stupeur du dément précoce, désormais, en présence d'un syndrome hébéphrénique ou hébéphréno-catatonique brusquement apparu, il faudra songer, entre autres, à l'encéphalite épidémique.

8. Ce que j'ai dit de l'hébéphrénie s'applique à la *catatonie*, syndrome mental, fait de catalepsie, négativisme et stéréotypies.

9. Mais il ne faut pas prendre pour de la catatonie, syndrome mental, la catalepsie ou persévération des attitudes, syndrome neuro-musculaire, qui n'en est qu'un des éléments et peut exister sans alle. C'est ainsi que les cas signalés par Sicard et Bollack (2) Babinski et Jarkowski (3) rentrent dans les syndromes parkinsonniens post-encéphalitiques, qu'on connaît bien aujourd'hui et non dans la catatonie.

c. Chez l'ENFANT, dit Comby (4), l'encéphalite épidémique est presque toujours confondue, au début, à cause de l'âge des sujets, avec la *méningite tuberculeuse*. Elle s'en distingue par les résultats de la ponction lombaire et par l'évolution. Sur 25 observations d'encéphalite chez les enfants, Comby n'a observé que huit fois la léthargie.

d. A propos de certaines SÉQUELLES MENTALES, il y a lieu de poser un *diagnostic rétrospectif* d'encéphalite léthargique. Et de plus, à la faveur des connaissances actuelles, on peut relever des erreurs de diagnostic anciennes. C'est ainsi que Claude (5) a retrouvé, dans le cas qu'il avait publié, autrefois, avec F. Raymond (6), la plupart des caractères cliniques de l'encéphalite épidémique : affection fébrile, mal caractérisée au début, céphalée, affaiblissement général, puis après quelques mois, diplopie, crises de somnolence et de torpeur, trismus, accès épileptiformes, secousses myocloniques et confirmation anatomique ; foyers inflammatoires avec altérations vasculaires et manchons leucocytaires.

Plus intéressante que ces diagnostics rétrospectifs est la discussion de l'*hystérie post-encéphalitique*.

Celle-ci n'est pas douteuse dans certains cas, tels que celui qui nous fut révélé par la grande presse américaine « d'une encéphalite léthargique » guérie à New-York par une séance de musique, et celui de Roger et Chaix (1) concernant une enfant qui a fait, selon toute vraisemblance, « une infection légère à prédominance encéphalique, à laquelle ont succédé des crises de léthargie névropathique, qui ont elles-mêmes fait place à une narcolepsie rythmée, en partie due à la pathomimie. » En faveur de ce diagnostic plaident les caractères intrinsèques des manifestations nerveuses et le terrain névropathique constitutionnel. Les mêmes considérations s'appliquent à une femme que j'ai, actuellement, dans mon service de Laennec et qui, après un épisode fébrile, accompagné de ptosis transitoire gauche et d'un peu de gêne avec raideur du côté droit, a eu, pendant une série de nuits successives, des crises d'agitation onirique avec convulsions et cris, occasionnées par la mort de son enfant et que l'isolement dans les rideaux avec menace de renvoi a considérablement atténuées.

Par contre, je n'accepte qu'avec la plus extrême réserve l'opinion suivante de Briand et Rouquier (2). Ces auteurs ont observé « depuis le début de l'épidémie actuelle d'encéphalite, au Val-de-Grâce, un certain nombre de malades chez lesquels, disent-ils, en dehors de toute suggestion, des syndromes parétiques, choréiformes, pseudo-athétosiques, revêtent les caractères autrefois attribués aux états que l'on qualifiait de pithiatiques ou d'anorganiques. Ces malades sont tous, au point de vue intellectuel, des débiles, et l'influence du psychisme, modifiant, transformant ou fixant ultérieurement leur symptomatologie, est, chez eux, secondaire comme elle est incontestable. »

Or, j'ai vu deux de ces malades : l'un avait un syndrome de Weber avec myoclonie, l'autre un syndrome parkinsonnien. Je n'ai pas trouvé chez eux, la moindre manifestation hystérique. Ils n'avaient pas d'antécédents hystériques. Peut-être, étant soldats, avaient-ils cherché à tirer le meilleur parti de leur affection. C'est là réaction banale de tout « accidenté » (3), mais, sous peine de ne plus s'entendre, il ne faut pas confondre des syndromes résiduels, aujourd'hui banals, de l'encéphalite avec l'hystérie et le premier degré de la sinistrose.

e. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES. — Un premier ordre de rapports est à établir entre les manifestations psychiques et les lésions corticales. Voici, à ce sujet, deux observations inattaquables de Harvier et Levaditi.

Dans la première observation (4), *psychiquement*, la malade peut soutenir un interrogatoire assez précis, mais elle répond d'une façon lente et un peu monotone ; elle renseigne exactement sur son nom, son âge, sa profession, son habitation. Elle peut préciser le début de sa maladie et se plaint encore d'une céphalée frontale et occipitale. On ne constate ni désorientation, ni amnésie, mais seulement une fatigue cérébrale rapide : après quelques minutes

(1) Jean LÉPINE. *La Médecine*, fév. 1921.
(2) SICARD et BOLLACK. Catatonies, hypertonies, attitudes figées au cours de l'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 fév. 1920, p. 262-263.
(3) BABINSKI et JARKOWSKI. Rigidité musculaire très prononcée et état catatonique suite d'encéphalite léthargique, *Soc. de neurol.*, 3 juin 1920.
(4) COMBY. L'encéphalite aiguë chez les enfants, *Soc. méd. des hôpit.*, 6 fév. 1920, p. 161-165.
(5) CLAUDE. A propos de la forme myoclonique de l'encéphalite épidémique, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 fév. 1920, p. 267-268.
(6) RAYMOND et CLAUDE. La méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale, *Semaine méd.*, 8 déc. 1909.

(1) ROGER et CHAIX. Pseudo-encéphalite léthargique névropathique, léthargie rythmée psycho-névrosique post-infectieuse, *Paris méd.*, 10 avril 1920, p. 308-311.
(2) ROUQUIER. Rapports entre certains états pithiatiques ou anorganiques et l'encéphalite épidémique, *Soc. de psych.*, 17 juin 1920 ; *Encéphale*, 10 août 1920, p. 520.
(3) LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. *Les Accidentés de la guerre*, Baillière, 1920.
(4) Recherches sur l'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit.*, 6 fév. 1920, p. 181.

d'interrogatoire, la malade bredouille quelques paroles incompréhensibles, puis retombe dans son sommeil. *Corticalement*, les circonvolutions centrales montrent des vaisseaux, surtout des veines, fortement dilatés. Cependant en aucun endroit, ces vaisseaux ne présentent de signes d'irritation. Harvier et Levaditi ont décelé, dans l'espace périvasculaire d'un certain nombre de capillaires, des amas de petits corpuscules assez réguliers, d'un diamètre de 4 à 5 μ, constitués par une masse de chromatine centrale et un corps plasmatique, coloré en bleu verdâtre par le polychrome de Unna. La signification de ces corpuscules reste obscure. Les cellules nerveuses de l'écorce ne sont pas altérées. La corticalité paraît intacte.

Dans la seconde observation (1), *psychiquement* le malade répond correctement aux questions. Il n'est pas somnolent. Il présente cependant quelques troubles psychiques particuliers, qui consistent en désorientation (il ne se rend pas compte qu'il est à l'hôpital) et en hallucinations visuelles (il croit reconnaître son fils couché dans le lit voisin). *Corticalement*, il n'existe aucune lésion appréciable, ni des circonvolutions, ni des méninges. Mais sur tout l'axe cérébro-spinal, depuis les noyaux centraux jusqu'à la moelle, Harvier et Levaditi ont trouvé les lésions habituelles, c'est-à-dire des manchons périvasculaires (afflux de lymphocytes, de plasmazellen et de gros macrophages) et des foyers d'infiltration plus ou moins intenses, uniquement constitués par des mononucléaires.

Ainsi, dans deux cas, sans prédominance psychique, il n'y avait pas de lésions corticales.

Inversement, chez une femme avec somnolence et aphasie, morte dans le coma, Harvier (2) a trouvé des lésions caractéristiques très marquées dans la circonvolution de Broca ; dans des cas à prédominance psychique des lésions corticales ont été décrites, mais à vrai dire, ces descriptions sont encore trop fragmentaires et trop rares pour qu'on puisse en tirer une règle générale.

Quant à la somnolence, elle n'est pas liée à une lésion de l'hypophyse, car chez deux encéphalitiques léthargiques, Pierre Marie et Trétiakoff (3) l'ont trouvée normale. Il se peut que cette somnolence soit liée à une lésion de la région de l'infundibulum, où Claude et Lhermitte (4) placent « le centre somnifère ». Sans prendre parti, je noterai simplement que dans l'observation du Russe, que j'ai rapportée plus haut, il existait une polyurie manifeste (5). Dopter a vu un cas analogue. Or, Roussy et Camus ont déterminé expérimentalement la polyurie par lésion de la région de l'infundibulum et du tuber cinereum.

Les documents précis manquent donc encore pour édifier la physiologie pathologique des manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique. Je ferai simplement remarquer, avec Jean Lépine, que la prédisposition est vraisemblablement un facteur important dans le déterminisme des réactions psychiques, au cours de l'encéphalite épidémique.

(1) Lésions des centres nerveux dans l'encéphalite myoclonique, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 mars 1920, p. 312-313.

(2) HARVIER. Les recherches expérimentales sur l'encéphalite aiguë épidémique, *Revue de méd.*, 1920, n° 6, p. 354.

(3) P. MARIE et TRÉTIAKOFF. Etat de l'hypophyse dans l'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit.*, 12 mars 1920, p. 357-358.

(4) CLAUDE et LHERMITTE. Le syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur du troisième ventricule, *Presse méd.*, 23 juillet 1917.

(5) BRIAND et ROUQUIER. Encéphalite épidémique grave compliquée de diabète insipide, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 juin 1920.

f. PRONOSTIC. — Au point de vue des troubles mentaux, le pronostic doit être envisagé *quoad vitam* et *quoad mentem*.

Quoad vitam, il est d'autant plus sombre que les troubles mentaux sont plus intenses et d'autant moins, relativement à ceux-ci, que la prédisposition névropathique est plus grande.

Quoad mentem, c'est, dans la généralité, l'inverse. C'est ainsi qu'un délire aigu, expression d'une infection grave, peut, si le malade ne meurt pas, ne laisser aucune séquelle et qu'au contraire, des troubles de l'intelligence, de l'humeur, de l'affectivité ou de l'activité, plus ou moins atténués, mais surgissant chez un prédisposé, au cours d'une encéphalite souvent légère, pourront durer longtemps, être l'occasion de l'organisation de syndromes chroniques, ou laisser des séquelles mentales persistantes.

g. TRAITEMENT. — En dehors des bains tièdes prolongés ou du drap mouillé dans les cas d'excitation et de la surveillance spéciale aux manifestations psychiques, le traitement des formes mentales se confond avec celui des formes ordinaires.

h. MÉDECINE LÉGALE. — Ce chapitre est encore très pauvre. Cependant Bosc (de Montpellier), note une tentative d'étranglement.

Ce n'est pas les formes aiguës délirantes qui intéressent le médecin légiste, mais les formes chroniques, atténuées, parcellaires. C'est ainsi qu'en neuro-psychiatrie militaire des erreurs ont été déjà commises et qu'ont été étiquetés « pithiatiques » des encéphalitiques épidémiques certains.

Conclusion. — Je tirerai de cette revue une double conclusion, pratique et théorique.

Au point de vue pratique, en présence d'un syndrome psychiatrique quelconque, survenant brusquement et rapidement, après « une grippe » par exemple, il faut désormais songer à l'encéphalite épidémique, qui, avec l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, devient une pourvoyeuse de la psychiatrie. Et au point de vue théorique, aucune étude ne confirme mieux mon idée directrice en psychiatrie qu'il n'y a pas de maladies mentales, mais seulement des syndromes, qui sont l'expression d'affections déterminées avec plus ou moins d'élection, selon les sujets, par les maladies infectieuses ou toxiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comment guérir ? Le Traitement médical des maladies des reins en clientèle, par Charles FIESSINGER, membre correspondant de l'Académie de médecine, rédacteur en chef du *Journal des praticiens*. 2e édition, entièrement refondue. In-8 (Bibliothèque des praticiens). — Prix : 12 fr. — Paris, Maloine et fils.

Dermatologie usuelle. Diagnostic. Traitement, par le Dr Raymond BARTHÉLEMY, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, médecin de l'hospice départemental de Nanterre, avec une préface du Dr BALZER, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis. In-8. — Prix : 7 fr. — Paris, 1921, Librairie littéraire et médicale, Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 MARS 1921)

Modifications apportées au rythme de l'imbibition du tissu musculaire et de la peau par l'adjonction de lipoïdes à des solutions stanneuses. — M. H. DROUIN.

Un appareil simple pour mesurer la tension superficielle. — M. W. KOPACZEWSKI.

Recherches expérimentales sur le virus de l'herpès. — M. Georges BLANC. L'herpès est une maladie infectieuse. Le virus, suivant le lieu d'inoculation donne une kératite ou une encéphalite, toutes les deux transmissibles en séries. Le virus est filtrant. Tous ces caractères sont superposables à ceux mis en évidence par Levaditi et Harvier dans le virus de l'encéphalite épidémique. La moindre virulence par scarification de la cornée, qu'observa M. Blanc dans ses expériences, semble séparer ces virus.

(SÉANCE DU 21 MARS 1921)

Sur la formation de l'urée dans le foie après la mort. — M. R. FOSSE et Mlle N. ROUCHELMAN.

Grossesse et phénomènes de choc anaphylactique. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIER.

Sur le mode de développement des tumeurs dites mixtes et des cylindrômes de la région de la face. — MM. ALEZAÏS et PEYRON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 MARS 1921)

Sur quelques localisations du cancer. — M. CADIOT. Bien que le cancer présente les mêmes caractères anatomiques chez l'homme et chez les animaux, son étude comparative y révèle des différences, notamment en ce qui concerne sa fréquence relative et ses localisations.

L'auteur a montré que les cancers des lèvres et de la langue sont d'une exceptionnelle rareté dans toutes les espèces animales. Il en est de même pour ceux de l'œsophage, de l'estomac, du rectum, ainsi que pour celui de la matrice, chez la plupart des femelles domestiques. La proportion des cas de cancer de l'estomac est plus de 100 fois moindre chez le chien que chez l'homme ; celle du cancer de la matrice, près de 60 fois moindre chez la chienne que chez la femme.

La grande rareté des cancers du tube digestif, dans les espèces animales, témoigne que les diverses irritations produites par les ingesta naturels, ne suffisent point à les déterminer, et elle est défavorable à l'hypothèse de l'inoculation du cancer par certains parasites. Pour expliquer leur fréquence chez l'homme, on trouve au moins deux facteurs pathogènes hautement nocifs qui n'interviennent point chez l'animal : la syphilis et l'alcool, la première possédant une action carcinogène bien établie déjà pour les cancers lingual et labial.

M. HAYEM fait ressortir l'intérêt de la communication de M. Cadiot et il insiste sur ce fait que, chez l'homme, la fréquence des cancers de l'estomac peut s'expliquer, en partie, par la fréquence des ulcus qui dégénèrent en cancers. Or, ces lésions ulcéreuses n'existent pas chez les animaux.

M. LETULLE insiste également sur la fréquence de ces lésions préexistantes au cancer.

Nouvelle méthode de traitement de la lèpre. — M. JEANSELME, au nom de la Commission permanente de la lèpre, fait un rapport sur un travail de M. Holiman, adressé au ministère des Affaires étrangères et appelant l'attention sur un nouveau traitement de la lèpre, préconisé par M. Marquez. Ce traitement consiste à extraire les acides gras de l'huile de Chaulmoogra et à y mélanger 2 1/2 p. 100 d'iode, pour le traitement par voie stomacale. Il suffit d'employer des acides éthérifiés pour le traitement par injections sous-cutanées. Cette médication a, paraît-il, donné de bons résultats.

L'examen du sang pur dans la cellule à rigole. — M. LENOBLE (de Brest) montre les avantages que l'on peut retirer de ce procédé dans les anémies où il permet d'apprécier le degré de l'anhématopoièse ; dans les leucémies, où il permet d'affirmer un diagnostic hésitant et parfois de reconnaître la variété en cause ; dans les diverses formes de splénomégalie, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Dans les maladies hémorragipares, il permet de soupçonner le purpura myéloïde, la maladie de Barlow.

Dans les états phlegmasiques francs, il permet de reconnaître certains phénomènes à manifestations obscures, l'ostéomyélite, le rhumatisme articulaire aigu. Dans les affections subinflammatoires et chroniques, l'état du sang qui présente des caractères communs à de nombreuses maladies disparates. La fièvre typhoïde à l'état de pureté, se reconnaît facilement à la leucopénie, et à l'absence de reticulum.

Les affections cachectisantes s'accompagnent de modifications particulières.

Il y a donc là un procédé de laboratoire simple et commode, susceptible de rendre de grands services et par trop négligé.

Les dangers du radium. Mesures de protection. — M. BORDIER (de Lyon) pense qu'il est urgent d'imaginer des moyens de protection contre certains dangers que présentent les émanations du radium pour les personnes qui le manient habituellement. Ces émanations attaquent, à travers le corps, les tissus dans lesquels se forment les globules sanguins, la moelle des os en particulier. Le taux des globules rouges tombe peu à peu jusqu'à la moitié de son chiffre primitif : il se déclare une anémie pernicieuse des plus graves à laquelle le sujet finit par succomber. Au *Radium Institute* de Londres, trois personnes ont déjà ainsi succombé ; plusieurs infirmières sont actuellement dans un état d'anémie grave, comparable à celle que déterminent certains gaz toxiques de la guerre.

L'Académie va faire procéder à l'étude des moyens de protection qu'il faut dès maintenant envisager, d'autant plus que les progrès, dans le domaine des rayons X, ont conduit à l'emploi de nouvelles ampoules dont l'intensité d'émanation se rapproche de celle du radium.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 MARS 1921)

Hémiplégie cérébrale infantile droite avec cataracte congénitale double. — M. L. BABONNEIX présente un enfant de 9 ans chez lequel on a constaté, presque aussitôt après la naissance, une hémiplégie spasmodique localisée au côté droit. La grossesse avait été pénible et compliquée d'albuminurie, l'accouchement, prolongé, bien que l'on n'ait pas eu besoin de recourir au forceps. A cette hémiplégie, caractérisée par les signes habituels : hypertonie, arrêts de développement, crises convulsives, arriération mentale, etc., s'associe une cataracte congénitale du type zonulaire. Semblable association paraît exceptionnelle, puisqu'aucun des classiques ne le mentionne. Elle permet d'incriminer un trouble général de développement dont la cause intime reste assez mystérieuse. Le rôle de l'hérédo-syphilis pouvant être suspecté, mais non affirmé.

Syndrome strio-cérébello-pyramidal. — MM. SICARD et PARAF présentent une malade à triple association symptomatique, série striée, voix nasillarde et pleurer spasmodique ; série strio-cérébelleuse, choro-athétose, asynergie, adiadococcynésie, agitation musculaire non modifiée par l'occlusion oculaire, nystagmus ; série pyramidale, extension de l'orteil à droite et ébauche de clonus. A côté des syndromes strio-pallio purs, il y a donc place pour des syndromes associés, syndrome pallido-pyramidal de Lhermitte, syndrome strio-cérébello-pyramidal. L'étiologie est vraisemblablement d'origine vasculaire par lacune de désintégration.

Anesthésie indolore du trijumeau. — MM. SICARD et PARAF montrent une pièce d'autopsie de tumeur classique

ponto-cérébelleuse avec une symptomatologie d'anesthésie complète trigémellaire, sans aucune manifestation douloureuse, sans trouble trophique cornéen, sans paralysie de la latéralité masticatoire. Or, la tumeur avait complètement détruit la racine bulbo-gassérienne et comprimé seulement le ganglion de Gasser. L'anesthésie indolore du trijumeau est un signe de localisation rétro-gessérienne.

M. JUMENTIÉ fait remarquer que l'anesthésie n'est pas indolore dans tous les cas de tumeur ponto-cérébelleuse.

Section bilatérale du nerf spinal externe dans le torticolis spasmodique de Brissaud. — MM. SICARD et ROBINEAU apportent une statistique de 5 cas de torticolis de Brissaud traités par la section, soit unilatérale (3 cas), soit bilatérale (2 cas) du nerf spinal externe. La section bilatérale leur a donné des résultats plus favorables et surtout plus durables que la section unilatérale, même quand les phénomènes classiques paraissaient prépondérants d'un seul côté. Ils préconisent donc, dans les cas graves à agitation musculaire incessante et à chronicité bien établie, la discussion d'une intervention opératoire, et si celle-ci est décidée on procédera, dans la même séance chirurgicale, à la section des deux nerfs spinaux externes.

Syndrome strio-pallidal à étapes successives et à rechutes dans l'encéphalite épidémique. — M. Henri CLAUDE montre un jeune homme de 17 ans qui entra dans l'encéphalite par des phénomènes de chorée aiguë avec excitation délirante. Une deuxième phase de deux mois fut signalée par la somnolence et la torpeur, la lenteur des mouvements, la diplopie, le ptosis; dans une troisième phase, on assista d'abord à un retour de l'activité avec allure parkinsonienne, puis à une amélioration manifeste bien que les mouvements fussent encore lents. Une quatrième phase fut caractérisée par un retour au type parkinsonnien sans tremblement, enfin, actuellement, le malade présente une rigidité généralisée avec contracture des extrémités des membres supérieurs et inférieurs et rétraction tendineuse qui s'oppose aux mouvements de ces membres. La mastication et la déglutition sont impossibles.

Il y a lieu de penser qu'il s'agit d'altérations progressives et rémittentes des corps striés ayant débuté par le striatum (chorée) puis s'étant étendues à tout le système strio-pallidal avec localisation élective actuelle sur le pallidum et peut-être irritation de la capsule interne.

Cette évolution progressive et à rechutes, malgré tous les traitements mis en œuvre, démontre une fois de plus la gravité de ces cas dans lesquels le virus ne cesse pas de manifester sa présence par l'extension des lésions.

Syndrome strié du vieillard à double symptomatologie, pseudo-bulbaire et parkinsonnienne. — MM. J. LHERMITTE et L. CORNIL rappellent que, depuis les travaux de Brissaud et de Strümpell, les signes pseudo-bulbaires et parkinsonniens peuvent, chez un même sujet, s'associer à tel point qu'il devient malaisé de décider s'il s'agit d'une paralysie pseudobulbaire ou d'une paralysie agitante.

C'est un cas de ce genre que présentent les auteurs. Le malade présente, d'une part, une dysarthrie très accusée, de la dysphagie, une démarche à petits pas qui ressortissent au tableau du pseudo-bulbaire; d'autre part, un aspect figé du visage avec une immobilité saisissante du tronc, du cou et des membres donnent au patient l'aspect d'un parkinsonnien. Il n'existe aucun signe traduisant une lésion de la voie motrice cortico-spinale. En effet, ce qui vient attester que les manifestations motrices sont en rapport, non pas avec des lésions destructives des faisceaux pyramidaux ou géniculés, mais avec des altérations des noyaux striés, c'est, outre l'intégrité absolue de la force musculaire, la conservation des mouvements volontaires élémentaires contrastant avec la suspension des mouvements coordonnés, synergiques et automatiques. Ces derniers sont sous la dépendance des corps striés.

Il existe donc, à côté de la paralysie pseudo-bulbaire commune consécutive à une double lésion des voies cortico-bulbaire et pontine une paralysie pseudo-bulbaire d'origine très différente puisqu'elle est liée aux altérations destructives des noyaux lenticulaire et caudé. Ces deux types de paralysie pseudo-bulbaire s'opposent d'ailleurs également par leurs traits symptomatiques; celui que réalisent les lésions du corps strié affecte les mouvements synergiques et automatiques, l'autre, d'origine géniculée trouble et abolit les mouvements délicats volontaires et laisse relativement intacte la motilité automatique.

Hémianesthésie bilatérale d'origine cérébrale, intégrité de la sensibilité dans des zones à topographie pseudo-radiculaire. — MM. LONG et DE GENNES présentent un malade âgé de 64 ans qui a eu 35 ans auparavant une affection cérébrale de longue durée (méningo-encéphalite?) avec syndrome d'hypertension, hémiplégie droite transitoire, cécité complète, surdité unilatérale, troubles de la sensibilité. Ces derniers ont persisté, l'anesthésie est bilatérale, la sensibilité au contact n'est que diminuée, mais les sensibilités thermique et douloureuse, la notion de position sont gravement atteintes et on trouve de l'astéréognosie et de l'incoordination motrice. Cette hémianesthésie double n'est pas totale, elle respecte quelques régions : une partie de l'hémiface gauche, l'index gauche et des deux côtés la région périnéale et les pieds (plante et face supéro-interne); la topographie de ces zones indemnes est pseudo-radiculaire; la sensibilité est normale, non seulement sur le périnée postérieur mais aussi sur un espace triangulaire qui descend sur la face interne des cuisses. Il faut supposer une lésion des centres sensitifs corticaux laissant intacts quelques secteurs très limités.

Une famille d'hérédo-syphilitiques. Paralysie générale juvénile. — Mme LONG-LANDRY présente un garçon de 15 ans, atteint de paralysie générale (tremblement de la langue et des extrémités, dysarthrie, Argyll-Robertson). Il a eu une crise comitiale épisodique et son liquide céphalo-rachidien contient 15 lymphocytes, 1g40 d'albumine. La réaction de Wassermann est positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Le déficit intellectuel et les troubles du caractère ne s'accompagnent pas de délire mégalomaniaque.

La sœur du malade a un front olympien, des troubles oculaires syphilitiques et une abolition des réflexes achilléens.

Un frère présente une légère hydrocéphalie, de l'arriération psychique et dans le liquide céphalo-rachidien de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose.

Le père de ces enfants est un tabétique fruste; la mère, sur 12 grossesses, a conservé 6 enfants dont 5 sont tarés.

Il faut remarquer : 1° la longue durée de l'activité du virus syphilitique puisque tous les enfants issus du père pendant 20 ans sont des syphilitiques; 2° la tendance neurotropique de ce virus à la fois chez le père et les enfants, tous atteints de lésions oculaires ou nerveuses.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 14 MARS 1921)

Névralgies et contractures musculaires dues à un spina bifida occulta cervical. — M. LANCE présente une enfant de 10 ans, atteinte, depuis 2 ans, de névralgies des branches inférieures du plexus cervical, contractures du sterno-mastoïdien et du trapèze droit, qui présentent des modifications de leurs réactions électriques. L'examen clinique et la radiographie montrent la non-fermeture de l'axe postérieur de 3e, 4e et 5e vertèbres cervicales.

M. BABONNEIX rappelle combien ces lésions peuvent se révéler tardivement, il a vu des accidents dus à un spina bifida lombaire chez un soldat de 40 ans, considéré comme simulateur. Bergmann a signalé un cas avec mal perforant, ayant débuté à 62 ans.

Syndrome de Hirschprung. — MM. HALLEZ et G. BLECHMANN présentent un enfant qui, à la fin de la troisième année, est atteint des signes du syndrome de Hirschprung. L'examen radiologique montre un mégacôlon. Le seul traitement médical (régime, lavements, massage abdominal), ingestion d'huile de vaseline, suffit à rétablir un fonctionnement intestinal normal.

M. LESNÉ a déjà soigné ce même malade d'une crise antérieure, dont il a également guéri. Actuellement sa 2e crise est calmée, mais on ne peut dire qu'il est guéri.

Une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. VEAU, LESNÉ, TERRIEN, MARFAN, BABONNEIX, GUINON,

d'où il ressort qu'il existe un syndrome de Hirschprung, comprenant deux symptômes : constipation invincible, météorisme intense. Il évolue par crises successives, interrompues par des rémissions et pouvant se révéler par de nouvelles crises aiguës d'occlusion jusque dans l'âge adulte.

Ce syndrome peut être déterminé par de nombreuses affections intestinales ou rectales (cas de Terrien, guéri par la dilatation anale), certains cas rares, mais qui existent, correspondent à la description initiale de Hirchsprung. Début dès la naissance, hypertrophie congénitale du côlon, avec hypertrophie des fibres musculaires annulaires comme dans l'hypertrophie congénitale du pylore.

Un cas d'érythrodermie desquammative. — MM. Blechmann et G.-L. Hallez présentent un enfant de 7 mois, guéri d'une forme grave d'érythrodermie desquammative consécutive à un examen séborrhéique. Dans ce cas, les injections sous-cutanées de lait de femme ont donné les meilleurs résultats.

Une autre observation de M. Cassoute (de Marseille) est communiquée à la Société. A propos de ces malades, une discussion a lieu, à laquelle prennent part MM. Comby, Marfan, Ribadeau-Dumas, Guinon, Jean Hallé, d'où il ressort que l'érythrodermie desquammative n'a rien à voir avec l'affection décrite par Ritter, affection inconnue en France, s'accompagnant de pemphigus, de bulles, et souvent mortelle. Elle n'a rien à voir non plus avec l'érythrodermie desquammative congénitale, avec kératodermie plantaire et palmaire, qui persiste toute la vie. L'érythrodermie desquammative habituelle, syndrome assez fréquent, spécial aux deux ou trois premières années, survenant aussi bien, peut-être plus, chez l'enfant nourri au sein que dans l'allaitement mixte ou artificiel, guérit le plus souvent avec le pansement sec; somme toute, affection bénigne. Dans les cas graves, mortels, ce sont les troubles intestinaux ou autres (otites, eczéma) qui en font la gravité et non l'affection elle-même. Cependant, M. Marfan cite deux cas mortels où il n'y avait aucun trouble autre, pouvant expliquer la mort. Le streptocoque qu'on trouve sur les lésions semble être un simple saprophyte et non le microbe causal.

Ankyloses temporo-maxillaires traitées par la résection suivie de mobilisation continue. — MM. Dufourmentel et Darcissac présentent des malades chez lesquels la guérison se maintient à cause de l'emploi d'un appareil à traction continue maintenant l'écartement des mâchoires.

Deux cas d'encéphalite léthargique suivis après un an de l'apparition d'un syndrome parkinsonnien. — M. Lereboullet. A propos de ces cas, M. Netter rapporte qu'il résulte d'une enquête menée à Sarrebrück que des malades atteints d'encéphalite léthargique en 1920, tous, sauf deux, ont fait par la suite des séquelles graves. Il s'agit donc d'une maladie sérieuse, même pour les cas qui paraissent guéris.

Les lésions du troma conjonctif dans la néphrite du choléra infantile. — M. Horia Slobozianu montre que la toxine du choléra infantile produit une toxine mixte : lésions parenchymateuses et lésions interstitielles aiguës fasciculaires.

Un cas d'asthme essentiel chez un enfant non tuberculeux. — M. Salès. Discussion : MM. Guinon et Comby. L'asthme infantile est un syndrome; l'asthme non tuberculeux n'est pas contesté; il existe un asthme héréditaire, arthritique, anaphylactique. Les rapports et l'alternance des crises avec l'eczéma est fréquente; enfin, il existe des crises asthmatiformes liées à des adénopathies trachéo-bronchiques.

Un cas de méningite à cocco-bacille de Pfeiffer chez un nourrisson mort. — MM. Richardière et G. Salès. M. Lereboullet rapporte un cas analogue consécutif à une bronchopneumonie qui n'existait pas dans le cas précédent.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 25 février 1921)

Echelle diaphanométrique de nature albuminoïde pour le dosage rapide et précis de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien. — M. Mestrezat. Les méthodes diaphanométriques ont sur les procédés stéréométriques des avantages de rapidité et de précision incontestables.

L'auteur estime, cependant, que l'on ne saurait comparer entre elles que des suspensions de même nature et n'effectuer de lecture que sur des précipitations achevées et non en cours de progression.

Il indique la façon de préparer des gammes stables et homogènes à partir du blanc d'œuf, sans qu'aucune pesée soit nécessaire.

L'emploi de l'acide trichloracétique et l'usage d'un test imprimé pour évaluer les flous obtenus permet une précision, qu'aucune méthode pondérale ne peut donner.

Recherches expérimentales sur l'encéphalite épidémique. — MM. L. Levaditi et P. Harvier ont étudié l'activité du virus de l'encéphalite épidémique inoculé par voie intramusculaire, intrapéritonéale et intradermique, la virulence des ganglions spinaux et l'action exercée par la bile sur le virus.

Le virus est pathogène pour le lapin par inoculation intramusculaire et se comporte à ce point de vue comme le virus rabique. L'inoculation intrapéritonéale ne donne de résultats positifs que si l'on utilise un virus qui a subi de nombreux passages sur le lapin. Comme le virus rabique, le virus de l'encéphalite disparaît très rapidement de la cavité péritonéale. L'inoculation intradermique donne constamment des résultats négatifs.

Le virus de l'encéphalite n'existe pas en quantité appréciable dans les ganglions rachidiens, à l'inverse de ceux de la rage et de la poliomyélite.

La bile détruit in vitro le virus encéphalitique (comme celui de la rage et de la poliomyélite). L'inoculation du virus détruit par la bile, dans la chambre antérieure de l'œil ou par scarification cornéenne ne confère aucune immunité, ni locale, ni générale.

Recherches sur les vaso-moteurs oculaires et la pression sanguine comparée dans les vaisseaux de l'iris et de la rétine. — MM. Magitot et Bailliart ont expérimenté sur le chat, dont le réseau irien, directement visible, présente, dans les mêmes conditions que les artères rétiniennes (technique de Bailliart), des pulsations.

Contrairement aux conclusions de Morat et Doyon, Magitot et Bailliart ont trouvé que l'excitation du sympathique cervical entraîne un léger rétrécissement des vaisseaux de la rétine, et sa section une dilatation. Ces effets sont les mêmes, mais plus apparents, du côté de l'iris.

La section du sympathique cervical amène une légère élévation de la tension oculaire, et son excitation une légère baisse.

La pression artérielle est à peu près la même dans les réseaux irien et rétinien. Chez le chat (animal chez lequel elle est plus élevée que chez l'homme), elle paraît être de 45-100 mmHg.

M. Blocq-Rousseu. On peut injecter du **streptocoque équin** préparé par l'alcool-éther, dans les veines d'un cheval.

Des injections successives semblent montrer que l'animal subit une certaine immunisation. Les températures observées ne sont pas en rapport avec les doses injectées; il est inutile de dépasser un centigramme.

A propos du phénomène d'Hérelle. — M. Hérelle. J'ai refait de nombreuses expériences relatives au virus filtrant bactériolytique. Elles me permettent d'affirmer, conformément à mes premières conclusions, que les formes isolées dans les cultures ne sont pas, comme on l'a dit, des myxosporidies. Injectées à des animaux, ces formes leur donnent, en effet, une dysenterie typique, avec apparition, dans leur sang, d'une réaction de fixation positive pour le bacille de Shiga.

(séance du 4 mars 1921)

Recherches anatomo-pathologiques sur la myopathie rachitique. — M. G. Banu a entrepris des recherches anatomo-pathologiques sur les muscles des rachitiques pour expliquer de cette manière l'état de débilité de l'appareil musculaire, de myotonie.

Les coupes faites comparativement sur des muscles normaux et pathologiques provenaient de nourrissons âgés de 20 jours à 6 mois. Les pièces ont été prélevées aussitôt après la mort.

Tandis que les muscles normaux montraient toujours un développement absolument comparable aux muscles d'adultes, les pathologiques montraient les modifications suivantes : disparition de la striation transversale, amincissement de la fibre, apparition plus évidente des striations longitudinales, augmentation du tissu conjonctif et une multiplication excessive et diffuse des noyaux.

L'auteur ayant effectué ces recherches sur des rachitiques, au début de leur évolution, conclut que ces lésions ne sont pas secondaires aux altérations rachitiques, mais sont essentiellement primitives, faisant partie du syndrome général ostéolymphatique.

M. Armand-Delille. Dans le rachitisme expérimental, les lésions débutent souvent par l'endothélium vasculaire.

La leucocytose digestive au cours des diarrhées communes de la première enfance. — MM. Dorlencourt et G. Banu rappellent les conclusions qu'ils ont posées dans un travail antérieur sur la leucocytose digestive chez le nourrisson normal : l'ingestion de lait provoque toujours, aussi bien chez l'enfant au sein qu'au biberon, des phénomènes réactionnels leucocytaires qui sont, dans leurs grandes lignes, essentiellement caractérisés par une phase leucopénique initiale qui ne fait jamais défaut et une phase d'hyperleucocytose tardive. Chez les nourrissons atteints de diarrhée commune, la phase leucopénique fait défaut ou est très faible. La phase d'hyperleucocytose existe mais est très atténuée. En ce qui concerne l'évolution des phénomènes dans le temps, on remarque que chez les enfants atteints de diarrhée, les diverses phases des réactions leucocytaires se produisent beaucoup plus rapidement que chez les nourrissons normaux.

M. P.-E. Weill désirerait savoir quelles sont les idées des auteurs sur le mécanisme de leucopénie qui, pour M. Balthazard, est peut-être apparente, les leucocytes affluant, pendant la phase digestive, vers l'estomac, l'intestin, le foie, etc.

Présence de pepsine dans le tronc du nerf vague. — MM. Lœper, Forestier et Tonnet ont constaté dans le pneumogastrique du chien, l'existence d'un ferment protéolytique tout à fait identique à la pepsine. La proportion de ce ferment est plus considérable à l'état de digestion qu'à l'état de jeûne.

La transformation des albumines par une macération de 40 cgr. de pneumogastrique est parfois d'un tiers et même d'un demi de l'albumine initiale.

Ce ferment peptique circule sans doute dans les espaces lymphatiques du nerf. L'imprégnation qui en résulte doit jouer un rôle dans le fonctionnement du nerf vague. L'excès comme le déficit peptique peut avoir sa répercussion sur le tonus du pneumogastrique à l'état normal comme à l'état pathologique.

Recherches sur le dosage du phosphore lipoïdique du sérum. — M. P. Lemeland. La détermination du phosphore lipoïdique total dans le sérum peut être faite avec une très grande précision : 1° en desséchant convenablement l'extrait alcoolique ; 2° en le reprenant toujours par un solvant anhydre qui peut être l'éther, l'éther de pétrole ou la benzine ; 3° en utilisant, pour doser le phosphore, la technique de Posternak, qui permet de n'opérer que sur 4 ou 5 cmc. de sérum.

Recherches sur la perfusion rénale. Conditions techniques. — MM. P. Carnot, P. Gérard et F. Rathery discutent les différentes causes d'erreur inhérentes aux techniques employées jusqu'ici pour la perfusion rénale. Ils indiquent leur technique en insistant, d'une part, sur la nécessité d'opérer sur l'animal vivant, le rein restant en place; d'autre part, d'utiliser comme liquide de perfusion du sang pur citraté, au lieu des liquides salins habituellement utilisés. Ils montrent, avec pièces histologiques à l'appui, que seul le sang total conserve l'intégrité de l'épithélium (protoplasma, mitochondries).

(Séance du 12 mars 1921)

L'excrétion intestinale du pigment biliaire après occlusion du canal cholédoque. — MM. H. Roger et Léon Binet. On sait que la bile, déversée dans la cavité intestinale par le canal cholédoque, peut être absorbée par l'intestin et passer dans le sang; c'est la circulation biliaire dite entéro-hépatique. Au cours d'une cholémie accentuée, un passage de la bile ne peut-il pas se faire en sens inverse, du courant circulatoire dans la cavité intestinale, par suite du pouvoir excréteur des glandes intestinales? Les auteurs ont entrepris une série de recherches sur ce sujet, en expérimentant sur des chiens porteurs d'une fistule intestinale Thiry-Velle.

L'injection intra-veineuse de bile n'a pas amené d'excrétion biliaire par le petit intestin isolé, sauf lorsqu'on a fait passer de l'huile dans cette anse intestinale.

La ligature du canal cholédoque à un chien porteur d'une fistule intestinale a été suivie, vers le 15e jour, d'une élimination spontanée de bilirubine par les glandes intestinales; mais avant cette date, il était possible d'attirer la bilirubine en faisant passer dans l'anse du sérum physiologique additionné d'huile, le sérum physiologique seul n'ayant aucune action.

Au cours d'une cholémie provoquée par injection de bile ou par ligature du canal cholédoque, l'huile injectée dans une anse intestinale a le pouvoir d'*attirer* la bilirubine; au cours d'une cholémie intense et durable, la bilirubine peut être excrétée spontanément par l'intestin.

Contribution à l'étude biologique du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis nerveuse par la réaction de précipitation du benjoin colloïdal. — M. Julien Huber rapporte 27 cas étudiés par la technique préconisée par MM. Guillain, Guy-Laroche et Léchelle. Il a obtenu dans les cas de syphilis nerveuse, une concordance habituelle entre les réactions biologiques classiques et la réaction du benjoin. En l'absence de toute syphilis, même concordance dans le caractère négatif de ces diverses réactions. Enfin dans des cas dont le diagnostic était hésitant la réaction proposée a pu donner des résultats plus nets que le Wassermann du liquide céphalo-rachidien. La réaction de Guillain et Laroche se recommande donc par la précision et la simplicité de sa technique.

Sur la teneur en urée du liquide amniotique. — MM. R. Clogne et J. Reglade. Chez les femmes normales, l'urée gazométrique du liquide amniotique varie entre 0,25 et 0,55 p. 1000 avec une moyenne de 0,31 p. 1000 alors que l'urée vraie dosée par la méthode pondérale varie entre 0,16 et 0,31 avec une moyenne de 0,23 p. 1000.

L'urine du nouveau-né par contre a montré une teneur en urée de beaucoup supérieure variant entre 0,75 à 2,25 p. 1000.

Perfusion rénale et excrétion du glucose. — MM. P. Carnot, F. Rathery et P. Gérard. — Cette seconde note a trait aux résultats obtenus concernant l'excrétion du glucose.

En perfusant du sang pur citraté à un taux de glucose inférieur à 1,8 p. 1000, l'urine excrétée renferme toujours du sucre à un taux inférieur à celui du sang.

En utilisant des solutions plus concentrées de glucose (4 p. 1000) on constate souvent une concentration du glucose dans les urines. Mais ce fait n'est pas constant dans toutes les expériences.

L'urée se retrouve en général au même taux dans l'urine et dans le sang, ce qui semble constituer un fait paradoxal; cependant, dans un cas, les auteurs ont constaté avec des teneurs élevées du sang en urée et en glucose, une concentration parallèle de ces deux substances dans les urines.

Ces expériences semblent donc montrer que si le taux de concentration de glucose dans le sang influe sur l'excrétion de cette substance dans les urines, d'autres éléments interviennent et tout particulièrement la cellule rénale, elle-même qui agirait ainsi par un processus sécrétoire.

Urobiline et stercobiline chez le nouveau-né et le nourrisson débile. — MM. M. Brulé et H. Garban. On admet en général qu'il existe chez le nouveau-né un parallélisme étroit entre l'apparition de la stercobiline dans l'intestin et l'apparition de l'urobiline dans l'urine.

En employant des procédés de recherche très sensibles, Brulé et Garban ont pu s'assurer que cette opinion est erronée.

Chez le nouveau-né normal les urines émises avant que l'enfant ne tette sont foncées et denses : on y reconnaît aisément la présence de l'urobiline; quand l'enfant commence à téter les urines deviennent abondantes et de densité faible; l'urobiline, diluée dans une plus grande quantité de liquide, reste plus difficile à rechercher mais existe encore nettement. L'urobilinurie est ainsi décelable dans toute la période pendant laquelle les selles renferment de la bilirubine, mais pas encore de stercobiline.

Cette période peut se prolonger pendant plusieurs mois chez le nourrisson débile et néanmoins l'urobiline existe en petite quantité dans l'urine de ces sujets.

Il ne s'agit pas là d'urobilinuries liées à des phénomènes d'hyperhémolyse, mais d'une urobilinurie normale qui persiste chez le nourrisson plus âgé; elle représente cette urobilinurie dite physiologique que le même procédé de recherche permet de retrouver chez l'enfant comme chez l'adulte.

Ces urobilinuries légères, sont particulièrement intéressantes à déceler chez le nouveau-né, alors que la stercobiline manque encore dans l'intestin. C'est là un nouveau fait qui s'oppose à la théorie entéro-hépatique de l'urobilinurie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1921)

A propos du traitement des fissures anales. — M. OZENNE rappelle le traitement des fissures anales et des ulcérations ano-rectales, d'origine hémorroïdaire, par les pansements à la gaze ichtyolée qui lui a donné au moins une trentaine de succès.

Deux cas de fractures de la rotule traités par l'encerclement métallique. — M. PERAIRE présente deux cas traités et guéris par l'encerclement métallique, procédé qui consiste à faire deux incisions latérales le long de la rotule, à ouvrir l'articulation, à transfixer le tendon du quadriceps avec une aiguille courbe, puis ensuite le tendon rotulien pour faire passer une torsade de bronze aluminium tordue ensuite autour des fragments. Ce procédé est très rapide; il permet de faire lever le malade le 3e jour et marcher le 8e. La guérison est parfaite en un mois.

De la statique du tube digestif et de ses troubles en radiologie. — M. DE KEATING-HART étudie les troubles de l'équilibre du tube digestif au point de vue radioscopique et conclut à l'importance capitale du rôle de l'intestin grêle dans ces troubles.

M. GLÉNARD pense que le terme de ptose est à peu près universellement accepté comme exprimant les différents éléments d'un même syndrome d'abaissement abdominal. Le traitement comporte les quatre facteurs inséparables, sangle, régime, sulfate de soude et alcalins. La kinésithérapie peut être ajoutée à ces facteurs.

M. GAULTIER pense que le mot ptose gastrique est une mauvaise expression. L'estomac fixé par le cardia ne peut chuter, il ne peut que se distendre. La ptose gastrique, comme la dilatation gastrique, entité morbide de Bouchard, doivent disparaître de la nosographie digestive. Il n'y a que des estomacs distendus par force ou par faiblesse.

A propos de la responsabilité professionnelle. — M. P. BOUDIN, à propos du procès récent de Nîmes (voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 16, p. 251) montre les dangers de l'expertise unique en matière criminelle, et conclut que la Société de médecine a le devoir de donner son opinion scientifique sur tous les cas où la responsabilité du médecin est mise en cause pour une question de pratique médicale.

La syphilis détermine dans les milieux ruraux les trois quarts des affections chroniques. — M. LEREDDE signale, d'après les documents du Dr Etienne (de Vernon), la fréquence de la syphilis à la campagne, tellement grande qu'on peut lui attribuer les trois quarts des affections chroniques. Les observations du Dr Etienne ont été recueillies en série et les diagnostics basés sur des faits précis. On croit la syphilis rare parce qu'on n'y pense pas et qu'on ne la recherche pas avec méthode.

A propos du traitement préventif du chancre syphilitique. — MM. FOUQUET et LEDEU rapportent deux observations où la contamination semblait devoir se produire à la suite de rapports avec des malades en pleine période secondaire virulente, et dont l'infection a été enrayée et a avorté grâce à un traitement préventif arsenical institué peu de temps après la date de contamination présumée.

Pathogénie et traitement de la goutte. — M. LECLERCQ estime que la goutte est la préface des maladies de la cinquantaine, obésité, diabète, artério-sclérose, et, comme elles, se réclame d'un régime végétarien.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1921)

Radiographies d'une pseudarthrose du col du fémur par le vissage avec une vis d'os mort. — M. AUBOURG présente les clichés d'un résultat opératoire de Ch. Dujarier, datant de 11 mois. Une vis d'os de bœuf de 9 cm. est demeurée en bonne place avec une intégrité apparente, à peu près complète. Mais son pouvoir ostéogénétique semble ne s'être pas manifesté, car les surfaces de la pseudarthrose apparaissent non soudées, stériles et sans bourgeonnement osseux visible. Cependant le malade, qui, durant trois années, avait marché avec des béquilles, présente un résultat fonctionnel parfait : la station debout, les mouvements provoqués, la marche sont normaux.

A l'occasion de 13 opérations de vissage, où Aubourg a assisté comme radiologiste, l'auteur précise les services que purent rendre les rayons X dans ce genre d'intervention, avant l'opération et au cours de l'intervention. Après l'intervention, des examens en série permettent de reconnaître le mode de réparation pour les fractures récentes ou les pseudarthroses. Les résultats tardifs paraissent plus intéressants encore que les résultats immédiats

A propos du vissage dans les fractures du col du fémur. — M. Abel DESJARDINS complète la communication d'Aubourg, au point de vue clinique et il étudie les deux points suivants : Faut-il traiter les fractures du col fémoral par l'orthopédie ou par la chirurgie? Quelle vis faut-il employer?

Pour le premier point, Desjardins distingue les fractures récentes et les pseudarthroses. Pour les pseudarthroses, l'acte chirurgical s'impose ; mais pour l'auteur, la question de la réduction est secondaire et, s'il est impossible de l'obtenir, il faut tout de même faire un vissage sur la fracture, même non réduite, car la solidité est la chose capitale.

Dans les fractures récentes, il n'en est pas de même et Desjardins pense qu'on doit obtenir une réduction parfaite et ensuite la maintenir réduite.

Pour la réduction, l'appareil de Ducroquet, rebaptisé de Heitz-Boyer, donne des résultats parfaits, infiniment supérieurs à l'extenseur de Delbet.

Pour la contention, il n'y a pas de doute que le vissage est le meilleur moyen. Si on revoit des fractures traitées orthopédiquement, il y a 2, 3, 4 ou 5 ans, on constate radiographiquement dans un certain nombre, l'ascension du grand trochanter, cause de douleurs et boiterie tardives, chez des malades considérés comme guéris.

Pour la question des vis à employer, Desjardins donne la préférence à des vis en acier uniformément calibrées et non pas effilées à la pointe : elles sont plus solides que les vis en os qui plient à la pression de 450 kg.

Dans les pseudarthroses, l'auteur se demande s'il n'y aurait pas intérêt à placer non pas une, mais deux vis, convergeant vers leur extrémité profonde, située au niveau de l'axe de rotation de la tête fémorale. La solidité devient beaucoup plus grande et c'est la chose capitale.

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1921)

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — Ce prix annuel de 1.000 fr. espèces, sera décerné au meilleur travail original et inédit présenté à la Société entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année précédente. Il sera décerné le jour de l'Assemblée générale et pourra être attribué à un candidat alors même qu'il serait devenu membre de la Société.

Le prix n'est pas divisible et il ne pourra être attribué qu'à un candidat de nationalité française.

Tout travail présenté devra être soit imprimé, soit dactylographié en deux exemplaires.

A propos du traitement des fractures du col fémoral. — M. JUDET pense que le vissage n'a aucune influence excitante sur l'ostéogénèse du col, quelle que soit la substance qui constitue la vie.

Cette vis provoque la consolidation osseuse parce qu'elle maintient une coaptation des fragments exacte et serrée.

L'auteur aboutit au même résultat en plaçant le fémur en flexion à 90° et en abduction et en l'immobilisant dans un spica plâtré.

Cet appareil qui permet la station assise est bien toléré même dans l'extrême vieillesse. Il a donné de bons résultats à l'auteur dans deux cas de fracture intracapsulaire (consolidation osseuse) et deux fractures extracapsulaires.

Traitement chirurgical des goitres. — M. V. PAUCHET.

Volumineuses varices des membres inférieurs. — M. ISELIN présente un malade atteint de volumineuses varices superficielles des deux membres inférieurs, chez lequel quatre opérations partielles ont été pratiquées. Le segment supérieur fémoral de la saphène a toujours été respecté et les varices actuelles sont dues à un développement des collatérales subissant, de haut en bas, une pression exagérée et non à un développement de bas en haut par l'intermédiaire des perforantes jambières.

En pareil cas, l'extirpation veineuse doit être totale.

Anévrisme artério-veineux du pli du coude consécutif à une ponction faite au niveau de la veine médiane basilique. — M. CAZIN.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1921)

MM. MILHAUD et LAPEYRIÉ présentent un fœtus à terme chez lequel l'accolement du méso-côlon ascendant primitif au péritoine pariétal ne s'est pas effectué. Ils rappellent à ce sujet que l'apparition du méso-côlon ascendant chez l'homme peut être sous la dépendance de deux processus :

1° Par étirement des adhérences établies entre le méso primitif et le péritoine pariétal, d'où méso-côlon à quatre feuillets (Ancel et Cavaillon);

2° Par défaut de coalescence vraie.

Du curettage dans l'avortement gémellaire. — MM. DELMAS et ROUME rapportent le cas d'une grossesse chez laquelle un avortement incomplet nécessite une évacuation de la cavité interne. Au cours de l'opération un second fœtus a été trouvé dans la cavité utérine. Peut-être dans ce cas conviendrait-il d'attendre que les accidents infectieux ou hémorragiques commandent l'intervention.

Encéphalite léthargique et grossesse. — MM. EUZIÈRE, CARRIEU, BLOUQUIER et BRUGAIRELLES rapportent deux observations typiques. Les fœtus n'ont pas paru s'apercevoir de l'infection de leurs mères. Chez une malade, on a noté des mouvements myocloniques et une léthargie extrêmement marquée (sommeil pendant une ponction lombaire). Ces observations sont assez rares.

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1921)

Endocardite ulcéro-végétante mitro-aortique aiguë primitive. (*Présentation de pièce.*) — MM. VEDEL, G. GIRAUD et OLIVIER.

Cirrhose de Laënnec. (*Présentation de pièce.*) — MM. VEDEL, G. GIRAUD et OLIVIER.

Sarcomatose cutanée et sous-cutanée diffuse. — MM. VEDEL, J. BAUMEL et G. GIRAUD. Un cas de sarcomatose cutanée et sous-cutanée à évolution rapide se rapprochant du type Kaposi, vu au sixième mois. La tumeur primitive fémorale est suivie de près d'une explosion de petites tumeurs (200) ne respectant aucune région tégumentaire, mais paraissant respecter tous les viscères. Ces tumeurs sont, les unes sous-cutanées, adhérentes ou non à la peau, les autres (en plus grand nombre) intracutanées. Ces dernières sont, tantôt incolores, tantôt rouge vineux. Parmi les tumeurs violacées, certaines tendent au ramollissement et à l'ulcération. L'évolution est fébrile et cachectisante. La structure histologique est celle du sarcome globo-cellulaire.

Diverticule de Meckel. (*Présentation de pièce.*) — MM. SAPPEY et MILHAUD.

Cancer du sein et fracture du col fémoral. — MM. ROUX et VINON. Une malade, opérée un an auparavant d'un épithélioma du sein, se fait une fracture spontanée du col fémoral. La radiographie ne montre que des lésions discrètes. La cachexie progresse très vite. Décès. L'examen de la pièce montre une métastase cancéreuse infiltrant tout le col fémoral et aussi l'os iliaque sans que l'aspect extérieur de ces os soit très modifié.

L'examen histologique, très intéressant, a montré un épithélioma secondaire des os de la hanche représentant le type du carcinome primitif. Les vaisseaux lymphatiques sont littéralement bourrés de cellules néoplasiques qui, par endroits, traversent les parois vasculaires pour pénétrer par effraction dans le tissu conjonctif voisin.

Cancer du sein. (*Présentation de pièce.*) — MM. TÉDENAT et VINON.

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1921)

La suspension par les membres inférieurs dans la confection des corsets plâtrés. — M. ETIENNE propose d'employer la suspension par les membres inférieurs dans la confection des corsets plâtrés.

Encéphalite léthargique. — M. RIMBAUD rapporte un cas d'encéphalite épidémique à forme de maladie de Parkinson aiguë, et insiste sur l'aspect protéiforme actuel de cette maladie.

Plaies pénétrantes du genou par plombs de chasse. Arthrotomie pararotulienne interne. Suture primitive. Guérison. Restauration fonctionnelle complète. — MM. LAPEYRE et DELORD.

A propos d'une épidémie de rubéole s'accompagnant de quelques cas de rougeole et scarlatine. — MM. CARRIEU et ROUME. Sur 37 militaires de tous grades (25 soldats, 2 officiers), on note 15 cas de rubéole, 10 de rougeole et 2 de scarlatine.

La rubéole serait relativement rare puisque dans la statistique de Lotz (Bâle 1875-1887), on trouve 342 cas de rubéole contre 7.397 rougeoles.

Sur 24 rougeoles et rubéoles, 17 viennent du même corps de troupe et presque toutes de 3 compagnies, plusieurs de la même chambre.

Comme seules complications des rougeoles, 2 albuminuries de courte durée.

Les éruptions ont été variables d'intensité. Dans 2 cas, il n'y en a pas eu, quoiqu'on ait rencontré le catarrhe oculo-nasal et de la fièvre, qu'il y ait eu desquamation et que les 2 malades soient les camarades de chambrée d'un rougeoleux typique entré quelques jours auparavant à l'hôpital.

Le traitement a consisté dans la méthode de Milne sans protection mécanique contre le crachat. Tous les malades se sont guéris.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Brouardel, Guillemot, Papillon, Letulle, Jeanselme, Béclère, Comte, Bensaude, Crouzon, Œttinger, Marfan et Claisse.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par décret, le titre de professeur est conféré aux agrégés chargés de cours ou pourvus du titre de professeur adjoint dont les noms suivent :

Alger. — M. Leblanc.

Lyon. — MM. Vallas, Condamin, Commandeur, Gayet et Barsal.

Montpellier. — MM. Jeanbreau et Grynfelt.

Toulouse. — M. Lafforgue.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Active. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. Cousergue et Rieux.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Renard et Léon.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Vielle, Assailly, Pierrot, Pouponneau, Jacquinot, Sebin et Clarion.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le médecin inspecteur Clouard.

Médailles d'argent. — M. le médecin principal Georges Picqué; MM. les médecins-majors Petit (Gabriel), Donius, Maniel, Gourdon, Pauron, Costedoat, Grandclaude, Bondil, Le Cousse, Plonquet et Barraux ; M. le capitaine-médecin Guiso, de la marine italienne.

L'ÉTAT SANITAIRE DE L'EUROPE CENTRALE. — M. Géo-Gérald, député, signale à M. le ministre de l'Hygiène l'émotion produite par la nouvelle de l'épidémie de typhus en Europe centrale, émotion aggravée par les facilités excessives d'entrée et de séjour en France de trop d'étrangers indésirables, sans origine bien définie, et lui demande si, à l'instar des mesures prises contre le mal par les autorités sanitaires des Etats-Unis et d'autres pays menacés, des instructions ont été données aux postes frontières de terre et de mer et si les précautions de contrôle et de garantie ont été prises pour protéger efficacement la santé publique. (*Question du 26 février 1921.*)

Réponse. — La situation sanitaire de l'Europe centrale qui, depuis longtemps, avait été signalée comme sérieusement menaçante, a retenu l'attention du ministre de l'Hygiène. Par circulaire du 14 janvier dernier, adressée aux préfets des départements frontières, les mesures édictées par le décret du 8 juillet 1920 — paru au *Journal officiel* du 20 du même mois — ont été rappelées à la vigilante attention de ces hauts fonctionnaires, leur enjoignant d'appliquer rigoureusement toutes les mesures énumérées dans ce texte vis-à-vis des provenances de régions infestées. Il a été également rappelé à tous les préfets du territoire que les mouvements intenses de population déterminés par les circonstances actuelles et l'état sanitaire peu satisfaisant de plusieurs pays avec lesquels nous sommes en relations font, plus que jamais, un devoir à l'administration supérieure, par la centralisation des renseignements donnés, de coordonner et de renforcer, le cas échéant, les moyens d'action dont disposent les services locaux; qu'il y avait lieu, en outre, de tenir l'administration centrale informée d'urgence, même s'ils sont simplement suspects, de tous les cas de maladies contagieuses présentant un caractère particulier de gravité au point de vue épidémique. Les premiers renseignements fournis doivent être complétés par un rapport détaillé comportant toutes indications utiles sur la gravité et l'extension de la maladie ainsi que sur les résultats des investigations auxquelles il a été procédé pour rechercher les origines des cas signalés. Des instructions spéciales ont été données aux autorités du service sanitaire maritime de rendre aussi sévère que possible la visite médicale à bord des paquebots, provenant d'une région contaminée. Ceux des passagers qui, au cours de la visite médicale, seraient reconnus porteurs de parasites seront astreints, avant leur débarquement, à une désinfectisation ainsi qu'à une désinfection de leur linge et de leurs vêtements. Quant aux postes sanitaires des frontières terrestres, malgré les critiques dont ils ont été l'objet en raison de la défectuosité des locaux (à laquelle l'administration se préoccupe de parer), on peut affirmer que le contrôle sanitaire vis-à-vis des émigrants est exercé d'une façon scrupuleuse. (*J. O.*, 16 mars 1921.)

UN NOUVEAU CONFRÈRE. — Nous avons le plaisir de signaler à nos lecteurs le premier numéro du *Fanion médical*

qui publie les statuts de l'Association mutuelle du corps de santé de l'avant dont il est l'organe mensuel.

Nous rappelons que cette Association a pour but de venir en aide aux veuves, orphelins, mutilés de guerre du corps de santé et que les adhésions et dons sont reçus au secrétariat général, 16, rue de Téhéran, Paris, 8e.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, du 4 avril au 30 avril 1921, organisé avec le concours de la Commission Rockefeller, par MM. Fernand Bezançon et Letulle, par M. Kuss, par MM. Broca et Méry.

Enseignement anatomo-clinique de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, par MM. Fernand Bezançon et Letulle. — Chaque matin, à l'hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, de 9 h. 1/2 à 11 h., examen clinique de malades et étude séméiologique, par M. F. Bezançon. — De 11 h. à midi, leçon sur les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire, par MM. Bezançon et Letulle, avec présentation de pièces et projections de photographies en couleurs, par M. Normand (amphithéâtre de l'hôpital Boucicaut). — Lundi 4 avril : Historique général et conception actuelle de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Mardi 5 avril : Les processus granuliques et pneumoniques. Histogénèse du tubercule. — Mercredi 6 avril : La localisation initiale de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. Les tuberculoses latentes. La question des respirations anormales. — Jeudi 7 avril : Le réveil des tuberculoses latentes. Les divers modes de début évolutif. La notion des poussées évolutives. — Vendredi 8 avril : Les diverses formes anatomo-cliniques de granulie. — Samedi 9 avril : Les broncho-pneumonies tuberculeuses. La pneumonie caséeuse. — Lundi 11 avril : Les bases d'une classification de la tuberculose pulmonaire chronique en formes et en degrés. — Mardi 12 avril : La phtisie pulmonaire fibro-caséeuse commune et ses formes cliniques. Les cavernes tuberculeuses. — Mercredi 13 avril : Les formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire. — Jeudi 14 avril : La pleurésie tuberculeuse et les cortico-pleurites tuberculeuses. — Vendredi 15 avril : Les bronchites, la dilatation des bronches des tuberculeux. — Samedi 16 avril : Principes généraux de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

Enseignement bactériologique élémentaire, par MM. Bezançon, Philibert, Mathieu et Chevalley. — Tous les jours, du 5 avril au 15 avril, de 2 h. à 5 h., au laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine, leçon suivie de travaux pratiques. — Morphologie et culture du bacille tuberculeux. — La tuberculose expérimentale et les tuberculoses animales. — Les portes d'entrée du bacille dans l'organisme. — Hérédité et contagion. — Les tuberculines. La réinfection tuberculeuse. La vaccination antituberculeuse. — Thérapeutique bactériologique. — Recherche du bacille dans les crachats, les sérosités, les urines, etc. — Les méthodes d'homogénéisation. — Les renseignements donnés par l'examen des crachats. — Analyse cytologique, chimique, bactériologique. — La réaction de fixation.

La tuberculose au dispensaire. — L'enseignement sera donné par M. le Dr Kuss, du 18 au 30 avril, au dispensaire central du XIXe arrondissement.

Leçons sur la tuberculose infantile. — L'enseignement sera donné du 18 au 30 avril, à l'hôpital des Enfants-Malades, par MM. Broca et Méry. — M. Méry : Adénopathie trachéo-bronchique (médiastine et hilaire). Anatomie pathologique : diagnostic clinique et radiologique (2 leçons). — M. Girard : Tuberculose du nourrisson (1 leçon); — Tuberculose pulmonaire chronique chez l'enfant (1 leçon). — M. Génévrier : Méningite tuberculeuse (1 leçon). — M. Armand-Delille : Péritonite bacillaire (1 leçon); — Pleurésie. Péricardite. Cirrhose cardio-tuberculeuse (1 leçon). — M. Génévrier : Tuberculose externe médicale. Rhumatisme tuberculeux (1 leçon). — M. le prof. Broca : Tuberculose chirurgicale (2 leçons). — M. Méry : Syphilis et tuberculose (1 leçon); — Traitement de la tuberculose infantile, préservation : œuvre Grancher. Préventoria. Ecole en plein air (1 leçon). — M. Armand-Delille : Traitement de la tuberculose infantile : héliothérapie (1 leçon).

Visite à Plessis-Robinson, le 17 avril; à Berck, le 24 avril.

Les leçons auront lieu à l'hôpital des Enfants-Malades (salle des cours du prof. Broca), les mardis et samedis matin, à 10 h. 1/2, les vendredis et samedis après-midi, à 3 h. et 4 h. 1/2, à partir du lundi 18 avril.

Charles MONOD

C'est avec un profond regret que nous apprenons la mort de Ch. Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux, agrégé à la Faculté, membre et ancien président de l'Académie de médecine, ancien président de la Société de chirurgie, officier de la Légion d'honneur.

Monod nous laisse un bel exemple : C'était un modèle d'honorabilité professionnelle, de conscience chirurgicale. C'était un modeste, plein de cœur et de bonté, un chef de famille, aimé et respecté, un ami sûr, un collègue aimable, jouissant de l'estime de tous et de l'affection de ceux qui ont eu la bonne fortune de l'approcher et de le fréquenter.

De petite taille, un peu mince de corps, les cheveux abondants un peu en broussailles, la barbe courte devenue blanche de bonne heure, les traits réguliers, l'œil doux et fin, Ch. Monod, dans sa mise comme dans son abord, donnait l'impression d'une grande simplicité de manières. Sous des dehors un peu graves, il cachait parfois une franche gaieté; sans être, à proprement parler, éloquent, sa parole était claire et précise, de même que son style. Il disait bien nettement ce qu'il avait à dire. Son érudition médicale était étendue. Il avait beaucoup appris et beaucoup retenu.

Ce fut un bon serviteur de la science. Il laisse une œuvre importante et qui restera. Sans parler de ses nombreuses communications aux Sociétés savantes, de son *Traité sur les tumeurs du testicule*, en collaboration avec Terrillon, son œuvre maîtresse est le *Traité de technique opératoire*, qu'il a publié en collaboration avec Vanverts. Ainsi qu'il nous l'apprend dans l'introduction de ce gros ouvrage en deux volumes, il a commencé par s'instruire lui-même, auprès de ses maîtres, par recueillir, au jour le jour, tous les documents utiles, puis, l'âge venant, il a senti que, pour tirer parti de cette vaste documentation, il lui fallait un collaborateur plus jeune ; il le trouva en Vanverts.

Le *Traité de technique opératoire* est une œuvre essentiellement classique, éminemment instructive et qui est, depuis longtemps déjà, consulté avec fruit par tous les chirurgiens. C'est un livre qui, dans toutes les bibliothèques de praticiens, trouvera sa place à côté des *Cliniques* de Nélaton, de l'*Anatomie chirurgicale* de Tillaux, du *Traité des amputations et des résections* de Farabeuf, etc.

Monod appartenait à une famille très nombreuse qui a compté plusieurs pasteurs et un grand nombre de médecins distingués. Parmi ceux-ci, il faut citer l'un de ses fils, Fernand Monod, qui fut son collaborateur. Nous lui adressons nos plus sincères condoléances. A. BROCHIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

M. René Lefebvre (Nord), député, demande à M. le ministre de la Guerre comment il se fait qu'un titulaire de la médaille d'honneur des épidémies, dont le diplôme date de janvier 1919, n'a pas encore reçu l'insigne de cette distinction et quel moyen a-t-il de se faire délivrer cet insigne, qui ne peut être obtenu dans le commerce. (*Question du 22 février 1921.*)

2e réponse. — L'intéressé peut s'adresser, en vue d'obtenir l'insigne en question, au ministère de la Guerre (7e direction) en indiquant sa résidence actuelle; satisfaction lui sera donnée dans le plus bref délai. (*J. O.*, 23 mars 1921.)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Par le docteur J. LHERMITTE.

GÉNÉRALITÉS

Introduction à la psychologie. L'instinct et l'émotion. (J. Larguier des Bancels. Un vol., Payot, 1921, 286 p.) — Tout en gardant très nettement une visée psychologique, cet ouvrage repose sur trop de notions de physiologie pour être indifférent au médecin. Sans chercher à rétablir le concept fondamental du parallélisme psycho-physiologique si ébranlé par les critiques de Bergson, l'auteur indique en un raccourci d'une parfaite clarté les données de l'expérience, ainsi que les principes d'anatomie du système nerveux qui doivent aujourd'hui servir de bases à une introduction à la psychologie.

Entre le réflexe le plus élémentaire et l'acte instinctif, tous les intermédiaires existent qui font que nulle opposition ne sépare ces deux aspects de la vie. L'un et l'autre sont des modalités de l'adaptation atavique, ce qui explique leur rétrocession et même leur disparition, dès que se sont modifiées profondément les conditions de la vie. Avec beaucoup de pénétration, l'auteur se refuse à assimiler, comme l'ont fait plusieurs philosophes, l'instinct à l'émotion. Si l'émotion prend sa source dans l'instinct, le jeu de celui-ci ne se développe pas, nécessairement, dans une atmosphère émotive. Pour ne prendre qu'un exemple, la colère et la peur apparaissent manifestement liées à l'instinct de conservation offensif ou défensif, mais loin d'être favorable à son action, l'émotion à forme d'excitation (colère) ou de dépression (peur) n'aboutit qu'à le rendre impuissant et improductif. L'émotion nous apparaît ainsi comme un substitut de la manifestation instinctive ; et si elle n'en est pas la contre-partie, on peut la considérer comme en étant, suivant le mot de l'auteur, le raté. Après avoir rappelé les désordres de l'instinct et montré que parler, comme l'on fait, de « disposition émotive », de « constitution émotionnelle », ce n'est pas résoudre le problème du pourquoi des dérivations pathologiques des manifestations de l'instinct, M. des Bancels insiste sur ce fait que les désordres instinctifs ne sauraient être assimilés à des émotions. L'instinct de la conservation dévie dans la phobie, il rate dans la peur.

Développement réactionnel et réflexe plantaire du bébé né avant terme à celui de 2 ans. (Henri Bersot. *Arch. suisses de neurol.*, vol. VII, n° 2, 1920, p. 212.) — Dans un travail antérieur, l'auteur s'est efforcé de montrer l'erreur des neurologistes qui considèrent dans les réactions provoquées par l'excitation plantaire, l'unique mouvement des orteils ; par réflexe plantaire, il faut comprendre la réponse globale de l'organisme à toute excitation de la plante du pied. Partant de ce principe, l'on constate qu'il n'existe aucune différence fondamentale quant à la « réactivité » entre le bébé et l'adulte, et que toute la différence tient à la plus ou moins grande variabilité des réactions.

Chez les fœtus nés vers la 17e ou 18e semaine, l'excitation plantaire provoque seulement un mouvement de flexion des orteils ; parfois, le gros orteil demeure immobile. Le fait capital, c'est l'absence de toute autre réaction motrice du membre excité, ainsi que des autres muscles de l'organisme. A la 28e semaine, le fœtus présente des réactions plus importantes : ébauche de retrait du membre inférieur, contraction du jambier antérieur et du tenseur du fascia lata

Arrivé à la 35e semaine, le fœtus présente des réactions qui ressemblent à celles de l'enfant né à terme, et l'excitation plantaire est suivie du retrait du membre associé à l'extension du gros orteil et parfois à l'allongement du membre opposé (extension croisée).

Chez l'enfant né à terme, les réactions déclenchées par l'excitation de la plante consistent avant tout en un allongement de tous les orteils dont la première phalange se fléchit tandis que les deux autres s'étendent par l'action des interosseux. Le signe de Babinski véritable fait donc défaut, contrairement à l'opinion communément admise. En même temps que s'allongent les orteils, le membre inférieur présente le triple mouvement de retrait et le membre opposé s'allonge, tandis que, du même côté, le gros orteil s'étend. Le mouvement d'extension du gros orteil apparaît donc, selon M. Bersot, d'une manière plus précoce, du côté opposé à l'excitation que sur le membre directement excité (signe de Babinski contro-latéral).

Du 2e au 3e mois, apparaît l'extension de l'orteil typique souvent accompagnée du signe de l'éventail; du côté opposé à l'excitation, le gros orteil demeure en hyperextension permanente. La réaction générale de l'enfant est très vive : cris, pleurs, agitation. Souvent le membre contro-latéral cherche à repousser la main qui excite la plante du pied.

L'enfant, âgé de 6 mois, réagit dans l'ensemble comme celui de 3 mois par le retrait du membre excité et l'extension du membre opposé ; ce n'est que vers le 9e mois que disparaît l'extension du gros orteil. De plus, la zone reflexogène s'est notablement rétrécie. A 18 mois, l'excitation plantaire provoque un brusque mouvement de fuite, tandis que les orteils se fléchissent en s'allongeant; ce n'est que rarement que l'on observe l'extension homolatérale du gros orteil.

Ainsi, à mesure que l'enfant avance en âge, ses réactions motrices se restreignent de plus en plus pour se limiter au membre directement excité; les contractions musculaires plus rapides font plus vifs les mouvements en augmentant leur précision et leur adaptation.

ENCÉPHALE

Zur Lehre der Erkrankungen des Striaren Systems. (Cecile et Oscar Vogt. *Journ. f. Psych. u. Neurol.*, vol. XXV, Ergänzungsheft, 3.) — Ce très important ouvrage contient, outre le résumé de tous les travaux poursuivis par M. et Mme O. Vogt sur l'anatomie normale et pathologique d'une part, et sur les syndromes anatomo-cliniques du corps strié, d'autre part, l'analyse clinique et anatomique complète de 33 cas personnels. C'est dire que ce nouveau travail de C. et O. Vogt marque une date fondamentale dans l'évolution de nos connaissances sur la physiologie normale et pathologique comme aussi sur les manifestations qu'engendrent les lésions des ganglions de la base de l'encéphale.

Au point de vue anatomique, les recherches de C. et O. Vogt aboutissent aux conclusions suivantes : isolé de l'écorce cérébrale, le corps strié se décompose en deux organes très différents de par leur structure et leurs fonctions : le *pallidum* et le *striatum*.

Le *striatum* comprend le membre externe du noyau lenticulaire et le noyau caudé; le *pallidum*, les deux membres internes du noyau lenticulaire. Formé surtout de neurones d'association, le striatum présente des connexions limitées et les cellules dont il est formé possèdent des expansions dendritiques et cylindre-axiles qui réunissent fonctionnellement les différentes parties du putamen, d'une part, et ce dernier et le noyau caudé ou pallidum. Les connexions de ce dernier sont plus importantes. Les deux segments internes du noyau lenticulaire (pallidum) envoient, en effet, des fibres dans le thalamus, le corps de Luys, le *locus niger*, le noyau de la commissure postérieure, le noyau rouge, pour ne citer que les faisceaux les plus importants. D'autre part, les voies afférentes du corps strié se réduisent presque exclusivement à des faisceaux issus de la couche optique. C'est donc par l'intermédiaire du thalamus que le corps strié peut recevoir les influx inhibiteur et excitateur issus des régions éloignées de

l'encéphale et tout particulièrement du cortex cérébral et du cervelet.

Un des syndromes anatomo-cliniques les plus frappants est celui qu'a décrit Mme C. Vogt en 1912 sous le terme d'*état marbré*. Cliniquement, il s'agit de malades présentant la plupart des symptômes décrits par Little dans la diplégie spastique congénitale. C'est dire que la manifestation la plus éclatante du syndrome tient dans l'hypertonie générale; à celle-ci s'associent souvent des mouvements involontaires choréo-athétosiques avec pseudo-signe de Babinski, des mouvements associés (syncinésies), des crises de rire et de pleurer spasmodiques. Si, en général, les membres inférieurs sont plus affectés que les supérieurs par la spasticité, cela tient, selon toute vraisemblance, à une compensation plus grande du trouble fonctionnel par le cortex cérébral dans lequel les membres supérieurs sont plus largement représentés que les membres inférieurs. Histologiquement, l'état marbré est constitué par le remplacement des cellules nerveuses du putamen et du noyau caudé par un réseau de fibres myéliniques désigné par les auteurs sous les termes de plaques fibro-myéliniques.

L'*état fibreux progressif* de C. et O. Vogt correspond anatomiquement à une nécrose élective des neurones d'association du corps strié associé à des réactions secondaires du réseau vasculaire et de la névroglie, et cliniquement à des manifestations choréiques bilatérales dont l'évolution est progressive.

Lorsque, à l'état fibreux progressif vient s'ajouter la dégénération du cortex cérébral s'affirmant surtout au niveau des 3e et 4e couches, le tableau clinique est celui de la chorée d'Huntington dont les lésions ont été décrites par Pierre Marie et Lhermitte sous les termes de dégénération atrophique cortico-striée.

Des lésions semblables par la destruction des éléments nerveux qu'elles comportent et la sclérose névroglique, ou, selon M. et Mme Vogt, l'état fibreux dont elles s'accompagnent, peuvent être le résultat de l'atteinte du corps strié par le processus syphilitique, ainsi qu'en témoignent plusieurs faits minutieusement analysés par C. et O. Vogt. Ici, les altérations striées se différencient cependant d'une manière très nette de celles de la chorée chronique; celles-ci, indépendantes de tout élément inflammatoire, celles-là accompagnées des réactions vasculaires aiguës caractéristiques de l'encéphalite paralytique.

Sous le terme d'*état dysmyélinique*, C. et O. Vogt comprennent un processus pathologique caractérisé par une réduction des fibres myéliniques du corps strié prédominant dans le pallidum. Cliniquement, cet état dysmyélinique est attesté par la survenance dans le jeune âge d'une hypertonie progressive.

La *nécrose totale* du corps strié est, on le sait, la base même de la maladie de Wilson; une observation de C. et O. Vogt montre que cette nécrose du corps strié peut se manifester sous l'aspect d'un spasme de torsion.

Quant à l'*état de désintégration* du corps strié, il s'exprime par le syndrome de la paralysie agitante avec ou sans tremblement.

En résumé, les lésions de diverse nature qui peuvent atteindre le corps strié déterminent une série de syndromes dont les éléments sont à rapporter, moins à la nature de l'altération pathologique qu'à l'extension et à la topographie de celle-ci.

S'agit-il d'une lésion localisée plus ou moins exactement sur le noyau caudé et le putamen (striatum)? Le syndrome sera fait des éléments suivants : la perte ou l'affaiblissement des mouvements automatiques élémentaires, l'incoordination de la marche et des mouvements pharyngo-laryngés, l'apparition de mouvements involontaires à type de chorée, d'athétose, de spasmes, de tremblement, de crises de pleurer et de rire spasmodiques.

Le processus destructif s'affirme-t-il avec électivité sur le pallidum? Le symptôme prédominant consistera dans une hypertonie excessive telle qu'elle apparaît dans certains cas de maladie de Parkinson sans tremblement.

CERVEAU

Anévrisme de l'artère basilaire : troubles psychiques sous forme de délire généralisé avec une sorte d'amnésie. (A. Leroy. *Arch. méd. belges*, fév. 1920.) — Si, dans l'immense majorité des cas, les tumeurs qui se développent à la base de l'encéphale se traduisent surtout par un ensemble de symptômes d'ordre moteur, sensitif ou sensoriel, il est des faits dans lesquels la néoplasie s'accompagne surtout de phénomènes psychopathiques. Ceux-ci sont importants à reconnaître en raison des erreurs de diagnostic que, trop souvent, ils entraînent. Aussi l'observation rapportée par M. Leroy mérite-t-elle d'être relevée.

Elle a trait à un soldat âgé de 36 ans chez lequel, à la suite d'une hémiplégie gauche, se montrèrent des troubles psychiques importants : délire, agitation extrême accompagnée de réactions violentes et dangereuses. Interné avec le certificat suivant : « agitation, peur, propos incohérents, déséquilibration des facultés psychiques », le malade présenta une hémiparésie gauche dont la nature organique ne peut être discutée. Au point de vue psychique, ce qui apparaissait surtout c'était la désorientation complète du sujet dans le temps et dans l'espace et l'amnésie. Mais, fait curieux, la disparition des souvenirs ne s'étend que sur une période déterminée de l'existence du sujet. Tous les faits antérieurs à 1902 sont conservés et il semble au malade tout naturel de revivre cette période de sa vie dont il peut, assez facilement, rassembler les éléments.

Il s'agit donc ici de cette forme d'amnésie partielle étudiée par M. Pitres sous le nom d'ecmnésie et qui se caractérise par la conservation des souvenirs se rapportant à une certaine période de la vie, tandis que ceux des faits postérieurs sont complètement oubliés. Chez le sujet observé par M. Leroy, il est à noter que l'on pouvait corriger momentanément cette erreur de localisation des souvenirs mais que, très rapidement, le malade reprenait son attitude pathologique. La mort survint brusquement pendant la nuit sans que rien ait pu en faire prévoir l'imminence. L'autopsie fit constater une grosse dilatation anévrismale de l'artère basilaire au voisinage de sa bifurcation et ayant pénétré dans le 3e ventricule.

Etude expérimentale de l'encéphalite dite léthargique. (P. Harvier et C. Levaditi. *Ann. de l'Institut Pasteur*, déc. 1920, n° 12, p. 911.) — Malgré le nombre et l'importance des travaux consacrés à l'étude expérimentale de l'encéphalite épidémique, le mystère dont s'enveloppe sa véritable nature tranche avec la certitude des connaissances que nous possédons au sujet des symptômes qui la traduisent et des lésions qui en conditionnent le développement.

Depuis les premières expériences de V. Wiesner, on sait que les centres nerveux des sujets qui ont succombé à l'encéphalite recèlent le virus de la maladie, et qu'il suffit pour en réaliser la reproduction chez le singe de broyer de la substance cérébrale et de l'injecter sous la dure-mère du cerveau. Un très grand nombre d'auteurs, en Angleterre, en Amérique, en pays de langue allemande, en Australie reproduisirent chez différentes espèces animales et même chez les animaux domestiques une maladie en tout semblable à l'encéphalite de l'homme.

Mais, malgré la concordance de ces travaux, plusieurs points demeurent en suspens. L'encéphalite dite léthargique est-elle produite par un virus filtrant et à quelle espèce appartient le germe pathogène dont on constate, à n'en pas douter, la présence dans les centres nerveux?

MM. Strauss, Hirschfeld et Loewe, en Amérique établirent une série d'expériences ayant pour but de trancher ce problème, et de leurs travaux il résulte que l'encéphalite est transmissible au lapin et au singe, qu'il s'agit d'un virus filtrant conservable dans la glycérine, que le virus existe non seulement dans les centres nerveux mais aussi dans les sécrétions naso-pharyngées des sujets atteints d'encéphalite épidémique.

D'après MM. Harvier et Levaditi, seuls le lapin, le cobaye et le singe sont réceptifs : la durée de l'incubation de la maladie expérimentale varie de 4 à 6 jours avec le virus fixe. Quant à la symptomatologie, elle apparaît très comparable à celle de l'homme. Relativement à l'évolution de l'affection, il est à noter qu'aucun des animaux atteints d'encéphalite n'a guéri.

Le virus de l'encéphalite est un virus filtrant, toutefois les bougies nos 1 et 3 le retiennent en partie; il peut se conserver dans la glycérine pendant au moins 19 jours à la glacière. Ce virus glycériné semble même plus actif que le virus frais. La

virulence du germe de l'encéphalite résiste à la dessiccation mais elle est détruite par un chauffage à 50° et à 70° pendant une heure. Enfin le virus garde chez le cadavre son aptitude pathogène au moins pendant 48 heures.

Il est possible de réaliser chez l'animal l'encéphalite expérimentale par des voies diverses : intracérébrale, intraoculaire, nerveuse périphérique. La période d'invasion se trouve augmentée lorsqu'on emploie la voie intraoculaire.

Au contraire, il semble que le virus fixe de l'encéphalite est inoffensif pour le lapin lorsqu'on l'administre par les voies cutanée, sous-cutanée, intrapéritonéale ou intraveineuse.

Partant des résultats positifs obtenus par Noguchi, d'une part, et A. Marie, d'autre part, dans la culture du treponema pallidum et du virus vaccinal dans la glande testiculaire, les auteurs ont établi une série de recherches dans le but de déterminer si le virus encéphalitique était apte à se développer dans le testicule et à conserver pendant un certain temps sa virulence. Les résultats ont été très positifs et les expériences ont montré que l'introduction du virus fixe dans le testicule du lapin provoque l'éclosion d'une encéphalite mortelle après une période de 7 à 16 jours et que, d'autre part, le germe de l'encéphalite s'y conserve et, peut-être, s'y multiplie pendant 17 jours sans provoquer de lésions microscopiques appréciables.

Telles sont, en résumé, les voies d'introduction possibles du virus de l'encéphalite chez les animaux de laboratoire. Quelles sont-elles chez l'homme? C'est là, au double point de vue théorique et pratique, un problème dont la solution est de premier intérêt.

Selon Harvier et Levaditi, la muqueuse nasale saine oppose une certaine résistance à la pénétration du virus mais, par contre, cette muqueuse une fois lésée par un traumatisme ou par un processus inflammatoire, devient perméable à ce virus.

Il n'est donc pas impossible que, à l'exemple de la poliomyélite aiguë, l'encéphalite épidémique trouve son origine dans une contamination nasale. Cependant les auteurs n'ont pas constaté la présence du virus dans la muqueuse nasale des lapins atteints d'encéphalite.

Ainsi que nous l'avons rappelé plus haut, l'évolution de l'encéphalite chez l'animal étant toujours mortelle, il n'est pas possible de réaliser des expériences de renforcement d'un état réfractaire acquis, analogue, par exemple, à celui que confère la poliomyélite. Harvier et Levaditi ont ainsi été amenés à recourir à une vaccination active d'animaux neufs en utilisant les injections sous-cutanées de virus fixe, de virus desséché et de virus éthéré. De ces expériences, il résulte que le vaccin éthéré crée un état réfractaire relatif mais manifeste à l'égard de l'inoculation intraoculaire de virus fixe. L'état réfractaire est absolu lorsqu'on se sert du virus vivant en injection sous-cutanée. Cette immunité cependant est loin d'être absolue puisqu'elle est insuffisante à empêcher le développement de l'encéphalite consécutive à l'injection intracérébrale. On sait que Netter et Levaditi ont montré que le sérum des sujets convalescents de poliomyélite aiguë neutralise le virus de la poliomyélite expérimentale; en raison des nombreux points de rapprochement entre la poliomyélite et l'encéphalite, on devait être conduit à pratiquer la même recherche. Celle-ci a donné surtout des résultats négatifs. Dans les conditions où le sérum des convalescents de poliomyélite neutralise le virus de la maladie expérimentale, le sérum des sujets convalescents d'encéphalite épidémique demeure absolument sans action. Il semble que le pouvoir microbicide n'apparaisse que dans le sérum des sujets dont la maladie est guérie depuis longtemps. Certains faits montrent même que le sérum des convalescents récents non seulement ne détruit pas le microbe *in vitro* mais favorise son développement chez les animaux d'expérience. Contrairement aux auteurs américains, Harvier et Levaditi n'ont pu parvenir à cultiver le germe de l'encéphalite, sur le milieu de Noguchi, par contre, ils ont pu conserver la virulence de ce germe en symbiose avec des cellules cultivées *in vitro*.

Die plexus choroïdei bei organischen Hirnkrankheiten und bei der Schizophrénie. (Sadamichi Kitabayashi [de Nagoya]. *Arch. suisses de neurol.*, vol. VII, fasc. 1, p. 1.) — Dans ce travail considérable, l'auteur donne les résultats que lui a fourni une étude systématique des plexus choroïdes, au cours des affections cérébrales. On admet aujourd'hui que les plexus choroïdes constituent des organes à fonction glandulaire dont l'activité s'exerce surtout vis-à-vis du liquide céphalo-rachidien. Si l'on se souvient que nombre de maladies mentales définitivement classées dans le groupe des maladies organiques comme la démence précoce (schizophrénie) s'accompagnent de modifications importantes des glandes endocrines et, d'autre part, que le dérèglement d'une de ces glandes retentit sur toutes les autres, on saisit l'intérêt des recherches poursuivies par M. Kitabayashi. Du travail de cet auteur, il résulte que les plexus choroïdes présentent d'importantes altérations lesquelles évoluent parallèlement à celles de l'encéphale.

Ces lésions se décomposent en trois groupes. Le premier comprend celles qui s'accusent sur la partie mésodermique (conjonctive) de plexus. Ce sont les thromboses, les proliférations vasculaires et conjonctives, les modifications régressives des cellules épithéliales glandulaires des plexus avec, parfois, dégénération hyaline. Le second groupe a trait aux lésions limitées aux cellules glandulaires, c'est-à-dire au tissu d'origine ectodermique. Elles consistent dans la destruction des cellules épithéliales dont l'aboutissant est la transformation des houppes choroïdiennes atrophiées en un tissu de sclérose. Généralement, les ventricules sont dilatés modérément.

Enfin, dans le 3e groupe se rangent les lésions qui frappent en même temps le tissu glandulaire et le tissu vasculo-conjonctif.

Si l'on cherche à rapprocher ces lésions des phénomènes cliniques, on constate que les altérations diffuses (3e groupe) correspondent aux états délirants aigus ou chroniques accompagnés d'hallucinations et particulièrement aux états que l'on a réunis sous le terme de schizophrénies. Les altérations du premier groupe accompagnent plus fréquemment les états confusionnels. Il est à peine besoin d'indiquer que les altérations des plexus choroïdes ne rendent pas compte des symptômes observés et que ceux-ci trouvent leur raison dans les modifications des éléments encéphaliques et plus spécialement des éléments corticaux.

Cf. — Encéphalite épidémique. (J. Lhermitte. *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 3, p. 37.)

Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique. (Laignel-Lavastine. *Gaz. des hôpit.*, 1921, nos 25, p. 389, et n° 26, p. 405.)

MOELLE ÉPINIÈRE

Juvenile tabes. (H. L. Parker. *Arch. of the neurol. and psychiatry*, vol V, n° 2, fév. 1921, p. 121.) — La réalité du tabes juvénile est encore discutée par certains neurologistes; l'auteur en rapporte sept observations démonstratives. Dans tous ces faits, le tabes s'affirmait par l'abolition des réflexes tendineux, les troubles objectifs de la sensibilité, la réaction de Wassermann positive dans le sérum; dans trois cas étaient présents le signe de Robertson, l'atrophie du nerf optique, les douleurs fulgurantes.

Ce qui apparaît comme plus particulier au tabes de l'enfance, c'est la fréquence des perturbations de la sensibilité, de l'incoordination motrice, de l'incontinence des urines, enfin le fait paradoxal de l'absence de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien contrastant avec sa présence dans le sang.

Le tabes juvénile se différencie également du tabes de l'adulte par son évolution silencieuse au début, la précocité de l'atrophie papillaire, enfin, par le stade de paraplégie terminale.

Syringomyélie mit teratom und extramedullärer Blastombildung. Zur kenntnis der Pathogenese der syringomyelie. (*Journ. f. psych. und neurol.*, vol. XXV, p. 173, 1920.) — Il est peu d'affections du système nerveux dont la nature et l'origine aient été aussi discutées que la syringomyélie. D'après les auteurs, toute syringomyélie trouve son origine dans un trouble du développement embryonnaire et il n'existe pas de syringomyélie postfœtale. Malgré leurs dissemblances apparentes, on est autorisé à relier entre elles par leur pathogénie, la syringomyélie et l'hydromyélie, puisque l'une comme l'autre ont leur développement commandé par un processus tératologique. Le défaut d'occlusion de la partie pos-

térieure du canal épendymaire a déjà été invoqué à l'origine de la syringomyélie, mais les auteurs attachent une importance plus grande à l'arrêt de développement des spongioblastes des plaques latérales de la moelle embryonnaire ; ces éléments dont la différenciation ne s'est pas poursuivie normalement, peuvent être rangés selon Bielschowsky et Unger parmi les facteurs les plus actifs du développement de la syringomyélie.

La syringomyélie et la gliose sont des processus très voisins et peuvent être rattachés au défaut d'occlusion du canal épendymaire primitif, d'une part, et à l'arrêt de développement des spongioblastes, d'autre part. Il en va de même pour la prolifération du tissu vasculo-conjonctif qui accompagne régulièrement celle des éléments névrogliques. L'origine tératologique de la syringomyélie est encore attestée par différentes anomalies : la micromyélie, la présence de cellules nerveuses atypiques dans les parois de la cavité. Quant à cette dernière, elle ne résulte pas, dans tous les cas, d'un bourgeonnement du canal épendymaire, mais peut se constituer par la fusion de foyers nécrotiques, lesquels sont liés à une vascularisation défectueuse.

A contribution to the histopathology and histogenesis of syringomyélia. (G. B. Hassin. *Archives of neurology and psychiatry*, fév. 1920.)—Selon l'opinion communément admise, on entend sous le terme de syringomyélie toutes les cavités pathologiques de la moelle dont l'évolution est progressive. Aussi comprend-on dans le même cadre des cavités spinales d'origine et de nature très différentes. Il est donc très désirable de préciser les caractères anatomiques des divers processus cavitaires qui se déroulent dans l'axe médullaire. Selon M. Hassin, il existe, de toute évidence, à côté des cavités secondaires aux foyers hémorragiques, malaciques ou infectieux de la moelle épinière, une véritable syringomyélie protopathique qui, grâce aux altérations histologiques dont elle s'accompagne, peut et doit être différenciée. Celle-ci s'avère comme une maladie affectant la névroglie et non pas le tissu proprement nerveux. Les éléments fondamentaux du processus syringomyélique consistent dans la formation de cavités, de zones d'homogénéisation et dans l'épaississement de la pie-mère.

Les cavités sont distendues par un liquide sous pression ainsi que l'auteur a pu s'en rendre compte au cours d'une intervention chirurgicale. Il s'agissait d'un malade chez lequel le diagnostic de tumeur intraspinale avait été porté. Après l'incision de la gaine durale, la moelle apparut très volumineuse, pâle et sans aucun battement. La section longitudinale des cordons postérieurs s'accompagna d'un jet de liquide projeté avec force, après quoi la moelle s'affaissa, devint hyperhémique et battante.

C'est pour contre-balancer l'hypertension des cavités syringomyéliques que, selon l'auteur, le tissu conjonctif périvasculaire présente cette hyperplasie dont tant d'anatomistes ont été frappés, et qui pour M. Hassin est pathognomonique de la véritable syringomyélie. Du fait de la prolifération connective, de grandes bandes de tissu collagène cloisonnent le tissu nerveux et déterminent le processus de séquestration tel que l'a décrit Schlesinger.

En outre, il semble que la prolifération conjonctive soit particulièrement active dans la région où se développe le processus d'homogénéisation. Celui-ci n'est qu'un début de nécrose ou de nécrobiose et peut être identifié histologiquement grâce à la désintégration des fibres nerveuses comme de la trame névroglique dont il s'accompagne.

Quant à la prolifération de la névroglie, elle est des plus discrètes et très différente des hyperplasies névrogliques des autres myélopathies chroniques. Dans la plupart des régions où se développent des cavités, la névroglie apparaît même plutôt en voie de régression qu'en voie de prolifération.

La syringomyélie vraie, telle que la conçoit M. Hassin, a donc pour substratum un processus essentiellement chronique et peut demeurer cachée pendant un temps fort long. Ce n'est que lorsqu'apparaissent des trouble de la motricité ou de la sensibilité des membres qu'il est possible de la dépister. Or, comme l'affection débute presque toujours dans la région dorsale et que les perturbations de la sensibilité du tronc passent inaperçues des malades, il est tout-à-fait exceptionnel de pouvoir saisir les premiers débuts du processus cavitaire.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES ET MUSCLES

A polyneuritic syndrom resembling pellagra-acrodynia seen in very young children. (Albert Byfield. *Amer. Journ. of dis. of Children*, nav. 1920, vol. XX.) — Ce travail repose sur l'observation de 17 cas cliniques dont les traits sont assez curieux. Il s'agit d'enfants au-dessous de 4 ans qui, cliniquement, présentent surtout des troubles trophiques : chute des dents, des cheveux et des ongles; des perturbations objectives et subjectives de la sensibilité : paresthésies, hypoesthésie. Les malades rapidement deviennent apathiques ou passent par des alternatives de somnolence et d'excitation avec insomnie. Les troubles vaso-moteurs apparaissent assez fréquemment et sont caractérisés surtout par la cyanose avec abaissement de la température; enfin, à ces différents symptômes, se joint un érythème, lequel présente plus d'un trait commun avec celui de la pellagre. Si l'on ajoute à cela que, dans les deux maladies, les fonctions digestives sont troublées et que l'anorexie associée à la constipation est très fréquente, on se rendra compte de la difficulté de la discrimination de la polynévrite de la pellagre d'avec le syndrome polynévritique étudié par M. Byfield. L'auteur ne se prononce pas définitivement sur l'origine de cette polynévrite et après avoir rejeté l'hypothèse d'une hétéro et d'une auto-intoxication admet la possibilité d'une névrite ou d'une radiculite infectieuses.

Eigenartige Muskeldystrophie mit pseudocontracturen. (W. Falta. *Wiener klin. Woch.*, 1920, n° 33, p. 282.) — Type clinique intéressant, d'une part, en raison de l'origine héréditaire de l'affection, et des signes cliniques qui la traduisent, d'autre part. Cette dystrophie musculaire s'accompagne de limitation des mouvements des articulations proximales des membres, d'une rigidité générale des muscles, lesquels pendant l'exécution des mouvements laissent percevoir une légère crépitation. Il n'existe aucune réaction myasthénique ni myotonique. Vraisemblablement, il s'agit ici d'une dystrophie musculaire en évolution vers la fibrose.

SYSTÈME NERVEUX ORGANIQUE

Sulla biologia della vita affectiva. (V.-M. Buscaino. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 19 juin 1920, vol. XXV, fasc. 3-4, p. 65.) — L'existence d'une glycosurie dépendante de l'état émotionnel est aujourd'hui hors de conteste depuis les travaux de Cannon, Strohl et Wright. Ce fait, joint à d'autres constatations, suffit à établir la réalité des modifications organiques au cours des variations brusques de tonalité de la vie affective. M. Buscaïno s'efforce dans ce travail de préciser les altérations histologiques que peuvent déterminer les émotions.

Tout d'abord, l'auteur fait cette constatation intéressante que le pouvoir oxydant du sérum sanguin chez les animaux soumis à une émotion dépressive, comme l'épouvante, non seulement n'est pas augmenté, mais constamment diminué.

Abordant ensuite le problème des modifications cytologiques du système nerveux central provoquées par la peur, problème que M. Crile avait déjà essayé de résoudre, M. Buscaïno constate que tous les éléments du cerveau et de la moelle épinière ont perdu un peu de leur affinité tinctoriale; que, d'autre part, les noyaux des cellules nerveuses, particulièrement celles des ganglions basilaires, laissent voir une augmentation des granulations chromophiles. L'auteur pense que cette modification des noyaux est la traduction d'une augmentation de leur activité.

Dans le protoplasma des cellules névrogliques, le nombre des granulations lipoïdes s'élève notablement; or, comme l'on voit que la quantité de lipoïdes contenus dans les cellules névrogliques donne la mesure des processus de désintégration des éléments nerveux, il est à penser que l'émotion s'accompagne d'une certaine destruction du cytoplasma ou des structures myéliniques des neurones du cortex cérébral.

Pour ce qui est du foie, M. Buscaïno a constamment observé chez les animaux (cobayes ou lapins), soumis à l'effroi), une diminution du glycogène intracellulaire. Au contraire, les graisses neutres qui, à l'état normal, apparaissent en fines gouttelettes dans les cellules hépatiques sont augmentées nettement; la teneur du foie en cholestérine n'est pas sensiblement modifiée. Lorsque l'on fixe le foie par le

liquide de Ciaccio et que l'on colore les coupes par la fuchsine acide et le vert lumière, on constate que le cytoplasma des cellules hépatiques contient un plus grand nombre de granulations rouges, fuchsinophiles, qu'à l'état normal. Il en est de même des granulations argentophiles.

Dans le foie d'un animal normal et à jeun, la plupart des noyaux se colorent modérément par la thionine, par la méthode de Fischer pour le glycogène, par la méthode d'Achucarro-Rio del Hortega; il en va tout autrement chez les animaux qui ont été soumis à une émotion dépressive. Dans ce cas, l'immense majorité des noyaux des cellules hépatiques présente une affinité tinctoriale très augmentée pour toutes les méthodes que nous venons d'indiquer. Cette hyperchromatophilie nucléaire peut être considérée comme l'indice d'une activité fonctionnelle exagérée puisqu'elle fait toujours défaut chez les animaux à jeun.

L'étude des capsules surrénales était d'autant plus importante à entreprendre que M. Cannon avait montré combien facilement cet organe répondait aux excitations émotionnelles. D'après l'auteur, on constate, chez le chat, une congestion de la zone fasciculée profonde; chez le cobaye, toute la zone corticale est riche en granulations que l'étude histo-chimique montre être des graisses neutres ou des savons. Aussi bien chez le chat que chez le cobaye, les états émotionnels s'accompagnent d'une hyperplasie des formations fuchsinophiles du protoplasma. Tout de même que pour le foie, les noyaux de la cortico-surrénale se montrent plus riches en substance chromophile chez les animaux ayant été émotionnés.

Le corps thyroïde apparaît moins modifié que le foie et les surrénales, cependant M. Buscaïno a constaté également une hyperplasie des formations fuchsinophiles intranucléaires ainsi que des modifications vasculaires à type congestif. La teneur de la thyroïde en substance colloïde ne semble pas nettement modifiée.

Tous les faits que M. Buscaïno vient de mettre en évidence confirment les résultats obtenus par M. Cannon et ses collaborateurs, et sont l'attestation la plus éclatante du retentissement des modifications de la vie affective sur les principaux viscères.

Die Zentrale Lokalisation autonomer Funktionen. (Ernst Spiegel. *Zeit. f. die ges Neurol. und Psych.*, Referate und Ergebnisse, 30 déc. 1920, t. XXII, vol. V-VI.) — Très complète revue générale sur les localisations anatomiques et fonctionnelles du système nerveux de la vie organique.

THÉRAPEUTIQUE

Puncture of the cisterna magna. (James-B. Ayer. *Archives of neurology and psychiatry*, vol. IV, n° 5, nov. 1920.) — La ponction lombaire employée soit dans un but thérapeutique soit pour éclairer un diagnostic comporte une série d'inconvénients reconnus par tous depuis longtemps. Pour obvier à ceux-ci, M. Ayer a recours à la ponction du confluent sous-arachnoïdien postérieur, la grande citerne cérébro-médullaire. La technique est simple. Le malade est placé dans le décubitus latéral, la tête fléchie, l'opérateur ayant repéré l'apophyse épineuse de l'axis introduit l'aiguille au-dessous de l'occipital en en dirigeant l'extrémité vers le conduit auditif externe. La traversée de la membrane occipito-atloïdienne donne à l'opérateur la même sensation que celle de la traversée des ligaments jaunes. La dure-mère est facilement perforée et, lorsque l'aiguille a plongé dans le confluent sous-arachnoïdien, le liquide cérébro-spinal s'écoule en abondance. La piqûre du bulbe qui constituerait le principal danger de cette intervention n'est guère à craindre selon M. Ayer car la face postérieure du bulbe se trouve séparée de la dure-mère par un espace de 2 cm. 1/2 à 3 cm. dans lequel l'extrémité de l'aiguille peut facilement se mouvoir.

La ponction de la grande citerne cérébro-médullaire reconnaît comme indications, soit le blocage méningé spinal résultant d'inflammations antérieures de la séreuse arachnoïdopie mérienne, soit les compressions par néoplasies qui suppriment les communications entre le cul-de-sac méningé lombo-sacré et les espaces sous-arachnoïdiens de l'encéphale. Enfin, dans certains cas, ainsi que l'auteur en rapporte un très démonstratif exemple, le diagnostic de méningite cérébrale aiguë a pu être établi seulement par la « cisterna puncture ». Dans ce fait, le liquide retiré par ponction lombaire présentait le « syndrome de Froin » (hyperalbuminose, xanthochromie, absence d'éléments figurés) tandis que le liquide fourni par la ponction sous-occipitale s'affirmait nettement purulent et chargé de staphylocoques. Après de multiples expériences, l'auteur a pu se convaincre que l'injection de substances médicamenteuses ne pénétrait que très faiblement dans le confluent postérieur et que, en conséquence, nombre de méningites aiguës traitées par l'injection intrarachidienne de sérum pouvaient n'être pas influencées par la médication. L'échec thérapeutique trouve ainsi facilement sa raison. Pour agir efficacement, il convient donc de pratiquer, dès le début de la méningopathie aiguë, les injections sériques non pas dans le cul-de-sac lombo-sacré mais dans la grande citerne. De celle-ci, en effet, la substance médicamenteuse pénètre dans les ventricules du cerveau et surtout dans les confluents basilaires où, comme l'on sait, se révèlent les plus précoces et les plus accusées des altérations des méningites aiguës.

Note sur la rachicentèse sous-occipitale. (Obregia [de Bucarest]. *Encéphale*, fév. 1921, n° 2, p. 92.) — L'auteur rappelle très succinctement les avantages de cette méthode qu'il a préconisée dès 1908 et pense qu'elle pourrait rendre de grands services au cours de l'encéphalite épidémique. Grâce à la ponction sous-occipitale, on obtiendrait un liquide céphalo-rachidien qui, en raison de la proximité du mésocéphale, reflèterait plus exactement les lésions de ce dernier (leucocytose, hyperglycorachie) et permettrait un diagnostic plus précoce.

Nos résultats personnels dans le traitement intrarachidien (sérums mercurialisés et néosalvarsanisés) des neurosyphilis. (Balarmino Rodriguez. *Revue neurol.*, n° 5, 1920, p. 439.) — Depuis les premiers travaux de Swift et Ellis sur le traitement des neurosyphilis par l'injection intrarachidienne de sérum autogène salvarsanisé, de très nombreux travaux ont paru sur cette importante question. Mais, jusqu'ici, l'accord n'est pas fait sur l'efficacité de cette thérapeutique nouvelle. Aussi ne doit-on point négliger les recherches qui ont pour but de préciser les termes du problème, même si elles ne sont pas absolument concluantes.

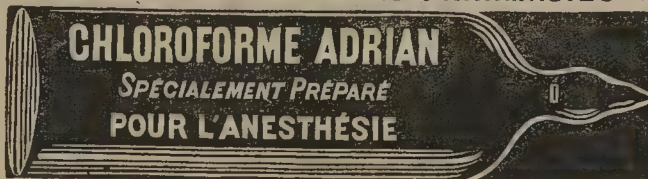
M. Rodriguez injecte aux malades atteints de lésions syphilitiques graves du système nerveux, soit du sérum mercurialisé (10 cmc. de sérum contenant 0gr005 de $HgCl^2$), soit du sérum néosalvarsanisé (10 cmc. de sérum contenant 0gr005 de novarsenobenzol Billon). Ces sérums, d'après l'auteur, peuvent être conservés pendant plusieurs mois sans inconvénient. Il semble qu'il soit préférable de faire usage du propre sérum du sujet.

M. Rodriguez rapporte 74 observations de neurosyphilitiques (paralysie générale, myélite, syphilis cérébrale, tabes, paraplégie spastique d'Erb), ayant trait à des malades soumis à la thérapeutique intrarachidienne.

A la vérité, ces résultats ne semblent pas, de l'aveu de l'auteur lui-même, particulièrement brillants. Et cela d'autant plus que, à l'injection sous-arachnoïdienne de sérum mercurialisé ou salvarsanisé, M. Rodriguez associe un traitement mercuriel ou arsenical général, dans le but d'atteindre les tréponèmes fixés dans d'autres organes que le système nerveux. Selon l'auteur, en effet, il ne faut pas perdre de vue que les syphilis nerveuses sont toujours des syphilis *générales*, ce terme exprimant le « caractère universel de l'infection ».

Quoi qu'il en soit, il appert de l'expérience de l'auteur, que les tabétiques et les paralytiques généraux sont, de tous les syphilitiques, les plus rebelles à l'influence de la thérapeutique intrarachidienne et, dans aucun cas, M. Rodriguez n'a noté de réelle amélioration chez les malades atteints d'encéphalite paralytique ou de maladie de Duchenne.

Uber salvarsanhirntod. (Henneberg. *Soc. de neurol. et de psychiat. de Berlin*, séance du 12 juillet 1920 et du 8 nov. 1920.) — L'auteur s'appuie sur trois faits de mort par le salvarsan pour rechercher la cause immédiate de la terminaison fatale. Dans aucun de ces cas, il n'existait de lésions cérébrales syphilitiques. Les lésions les plus marquées consistaient en purpura encéphalique accompagné de dilatation de tout le système veineux endocranien. Parfois, les hémorragies de l'encéphale peuvent dépasser de beaucoup l'importance des taches purpuriques et, dans une observation d'au-







L'Epilepsie, par Jules PECH, médecin-major de 1re classe. In-8. — Paris, A. Maloine et fils.

tant plus intéressante qu'elle a trait à une malade non syphilitique, traitée pour une bronchite putride, il existait plusieurs foyers d'hémorragies dans la protubérance. Malgré les recherches, on ne peut découvrir de raison anatomique à cette fragilité vasculaire. L'auteur pense que la mort, au cours de la salvarsanothérapie, est due surtout au processus de stase veineuse endocranienne qu'entraîne chaque injection intraveineuse du médicament. Certes, des thromboses peuvent se produire et conditionner des ruptures vasculaires, mais celles-ci sont le plus souvent la conséquence d'une extrême vaso-dilatation ajoutée à la stase veineuse.

Cf. — Uber die gefahren der Lumbalpunktion. (Carl Monar. *Allgemeine Zeits. f. psychiatr.*, vol. LXXVI, p. 293, 1920.)

Uber Zwergwucks. (K. Sternberg. *Ziegl. Beit. zur allg. pathol. und pathol. anat.*, vol. LXVII, p. 275, 1920.) — Etude complète sur le nanisme.

Beitrag zur Kenntuiss des Zwergwuchses. (*Zeits. f. die ges. neurol. und psychiatr.*, vol. LVII, p. 196, 1920.)

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE LA PNEUMONIE AIGUE

Evolution. — Au point de vue de l'état général, il est remarquable d'observer combien le pneumonique a une courte convalescence. La guérison est aussi rapide que le début de la maladie est brutal. Le sommeil revient normal ainsi que l'appétit.

Néanmoins il persiste un peu de toux et des symptômes physiques : léger souffle expiratoire, râles humides, diminution du murmure vésiculaire.

Puis tous ces signes finissent par disparaître complètement.

Autres terminaisons. — a. *Résolution traînante.* — Chez certains pneumoniques dont la faiblesse générale, la torpeur, l'asthénie sont défavorables, on peut constater, après une défervescence normale, une convalescence très lente et incomplète, avec persistance prolongée des signes physiques. Ce n'est qu'une résolution retardée par suite de la résorption très lente des produits fibrineux.

b. *Rechutes.* — La pneumonie est sujette à des rechutes. La deuxième invasion est en général peu grave.

c. *Récidive.* — Les récidives ne paraissent pas rares. On aurait compté jusqu'à 28 récidives chez un même individu. Elles sont attribuables à la survivance du pneumocoque dans la bouche, les bronches, les alvéoles.

d. *Mort.* — Le passage à l'*hépatisation grise* ou pneumonie suppurée est extrêmement grave. La fièvre ne tombe pas.

L'état général s'aggrave. L'expectoration devient sanieuse, liquide, noirâtre, souvent « jus de pruneaux »; à l'auscultation, de gros râles sous-crépitants se mêlent au souffle et donnent même du gargouillement. Puis l'adynamie s'accentue, les traits se tirent, les yeux s'excavent, les lèvres se cyanosent, la langue se sèche et les lèvres et les dents se couvrent de fuliginosités; le ventre se ballonne, la peau est moite, le pouls s'accélère, devient irrégulier, faible; la température monte à 40°-41° ou parfois tombe en hypothermie. Le malade succombe du 10e au 15e jour avec des râles trachéaux, de la cyanose, des signes de toxi-infection très intense.

e. L'*abcès du poumon* est rare : au bout de quelques jours, le malade est repris de fièvre, de frissons, de toux. Plus tard, survient une vomique qui peut amener la guérison ou provoquer la cachexie.

f. La *gangrène* s'observe surtout chez les alcooliques, les diabétiques. Elle est rare.

g. La *pneumonie chronique.* Elle résulte d'une sclérose interstitielle du poumon; la résolution du bloc pneumonique se fait mal; la toux, la dyspnée, l'expectoration persistent, le souffle et les râles également. L'appétit ne revient pas, l'état général reste précaire, il y a un peu de fièvre le soir, des sueurs la nuit, et la cachexie survient à la longue. On peut croire ainsi à la tuberculose qui, d'ailleurs, peut se greffer sur un foyer secondairement.

Diagnostic. — Nous indiquerons seulement les principales affections à différencier :

La congestion pulmonaire à type massif : évolution courte, courbe de température moins élevée, souffle doux, pas de crachats rouillés.

La gangrène pulmonaire : expectoration typique, odeur fétide, évolution fatale.

La pleurésie : abolition des vibrations, matité de bois, température moins élevée, égophonie et souffle voilé, lointain. Le diagnostic peut être plus difficile, quand la pneumonie s'accompagne fréquemment d'un petit épanchement pleural.

La pneumonie caséeuse : antécédents tuberculeux, courbe thermique anormale, hémoptysie pathognomonique, évolution différente, bacilles dans les crachats.

La broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

II. Formes suivant la prédominance d'un symptome. — 1° Forme ataxo-adynamique ou forme typhoïde, se voit surtout chez les débilités, les alcooliques, les cachectiques. Le début est plus souvent insidieux, marqué par des petits frissons, de l'affaiblissement, de la diarrhée.

A la période d'état, les signes généraux passent au premier rang.

Le *type adynamique* est caractérisé essentiellement par de l'abattement, de la stupeur, les lèvres sont fuligineuses.

Le *type ataxique*, au contraire, est caractérisé par de l'agitation, du délire, des soubresauts tendineux, de la carphologie. Dans les formes mixtes, l'agitation alterne avec l'abattement. La fièvre est très élevée, continue, l'albuminurie constante, l'ictère fréquent, gros foie, grosse rate. La dyspnée est extrême, le pouls inégal et irrégulier. Il faut craindre surtout des complications d'ordre septicémique : méningite et endocardite.

La mort survient dans l'adynamie. Parfois, cependant, la guérison peut survenir, mais la convalescence est longue, tardive, difficile.

2° Forme bilieuse de Stoll. — Il faut distinguer une pneumonie de la base droite avec de la périhépatite secondaire et une pneumonie ordinaire s'accompagnant d'ictère le 5e jour avec anorexie, vomissements bilieux, pouvant cesser avec la pneumonie. Il s'agit, en général, d'une pneumonie qui survient chez les malades à antécédents hépatiques : les signes d'embarras gastrique sont prononcés, la langue saburrale, la bouche amère, les nausées, les vomissements bilieux, l'anorexie, plus rarement de l'ictère.

III. Formes suivant la durée. — On peut distinguer :

Des formes abortives, durant moins de 4 jours, disparaissant après avoir présenté les symptômes habituels. Mais ces symptômes cessent avec la fièvre en 3 à 4 jours. Ces *formes atténuées* sont considérées par quelques auteurs comme des congestions pulmonaires ou comme des pneumococcies atténuées.

Des formes intermittentes, surtout chez l'enfant, dans lesquelles la courbe thermique procède par accès : la fièvre présente 2 ou 3 rémissions prématurées avec phénomènes critiques, suivies de reprise fébrile. La guérison est habituelle cependant.

La forme prolongée ou à rechutes débute comme une spléno-pneumonie massive, traînante, prolongée. A la longue, elle peut retentir sur l'état général, pouvant en imposer pour de la tuberculose pulmonaire. Mais il n'y a pas de bacilles dans les crachats. Elle peut se transformer en *pneumonie chronique* avec insuffisance secondaire. Nous l'avons décrite précédemment.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 24, p. 383.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Guillemot, Papillon, qui ont accepté; Letulle, Jeanselme, Béclère, Comte, Bensaude, Crouzon, Œttinger, Marfan, Claisse et Rathery, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de dentiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rousseau, Terrier, Bouvet, Delbet et Courcoux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 25 octobre 1921, devant la Faculté de Lille pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École d'Amiens. Le registre d'inscription sera clos un mois avant la date d'ouverture du concours.

— M. le prof. d'Hardiviller est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie.

— Nantes. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux de Nantes s'ouvrira le lundi 21 juin 1921.

Pour les conditions du concours, s'adresser à M. Nau, secrétaire en chef.

— Reims. — MM. les prof. Bagnéris et Simon, en congé d'inactivité, sont réintégrés dans leurs fonctions.

— M. Lardennois, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 octobre 1921.

— Rennes. — M. Laurent, professeur de chimie générale, est nommé, sur sa demande, professeur de pharmacie, en remplacement de M. Seyot, appelé à d'autres fonctions.

— M. Caille, suppléant de la chaire de chimie, est nommé, à partir du 1er mars 1921, professeur de chimie générale, en remplacement de M. Laurent.

— Tours. — M. Maurel est chargé, jusqu'à l'issue du concours qui sera ouvert en vue de pourvoir à cet emploi, des fonctions de chef des travaux de physique.

— M. Paulin est chargé, dans les mêmes conditions, des fonctions de suppléant de la chaire de chimie.

LA PESTE EN SIBÉRIE. — On mande de Kharbine (Mandchourie occidentale) qu'une épidémie de peste sévit cruellement en Sibérie. C'est ainsi que 222 cas de peste noire ont été enregistrés dans les mines de Tchalainor pendant le mois de janvier. Tous ces cas ont été mortels. A la station Manjourie, 36 personnes sont mortes de la peste. A Khailar, 48 personnes ont succombé.

MONUMENT AUX INTERNES MORTS DE LA GUERRE. — L'inauguration solennelle du monument élevé aux internes des hôpitaux de Paris, morts de la guerre, aura lieu le dimanche 24 avril à 10 h. à l'Hôtel-Dieu.

On trouvera des cartes pour cette cérémonie, soit à la salle de garde de l'Hôtel-Dieu, soit chez Arnette, libraire, 2, rue Casimir-Delavigne, où la souscription pour le monument demeure encore ouverte.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel de l'Internat aura lieu le samedi 23 avril à l'Hôtel Lutetia, boulevard Raspail, à 7 h. 1/2, sous la présidence du Dr Pierre Bazy.

Prière d'envoyer les adhésions à M. le Dr Verchère, 101, rue du Bac.

Cotisation : 35 fr. pour les anciens internes; — 25 fr. pour les internes en exercice.

HOMMAGE A M. LUBET-BARBON. — Les élèves et les amis de M. Lubet-Barbon se proposent de lui offrir sa médaille, qui lui sera remise en mai, à l'occasion du Congrès français d'oto-rhino-laryngologie. Il ne sera pas envoyé de demande individuelle d'adhésion, le présent avis en tenant lieu. Les souscripteurs sont priés d'envoyer le montant de leur cotisation, soit : 50 fr., au Dr Labernadie, 35 *bis*, rue Jouffroy, Paris (XVIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Joseph Belin, médecin de l'hôpital de la Charité à Paris, et Paté (de Paris).

LES VACANCES DU MÉDECIN. — Encouragée par le succès de cette même initiative en 1919 et l'année dernière, la Société des eaux d'Evian nous prie d'aviser nos lecteurs qu'elle a décidé de réserver à nouveau cette année au Splendide Hôtel d'Evian, du 20 avril au 1er juin, à MM. les médecins et à leur famille, le plus cordial accueil, *à un prix tout amical.*

Evian-les-Bains, au bord du lac de Genève, et son Splendide Hôtel, magnifique et confortable établissement, placé

sous le contrôle des hôtels Ritz et Carlton (de Londres), sont un idéal séjour de gai repos. Et la Société des eaux d'Evian serait heureuse d'y recevoir, comme l'an dernier, tous ceux d'entre ses amis médecins qui pourront lui faire ce plaisir.

Bien vouloir écrire, le plus tôt possible, à l'administrateur délégué de la Société des eaux d'Evian, 21, rue de Londres, Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. Tome XXXII : **Radiologie, radio-diagnostic, radiothérapie, radiumthérapie** (1), par BÉCLÈRE, COTTENOT, Simone LABORDE.

Il n'est plus permis actuellement d'ignorer la radiologie et de laisser de côté les renseignements si utiles que rendent journellement les examens radioscopiques dans les examens cliniques des malades. L'extension prise par les services radiologiques est considérable aussi bien en médecine qu'en chirurgie. C'est qu'en effet, une expérience longue de plusieurs dizaines d'années a permis d'établir l'inventaire des ressources qu'offrent les rayons X à la pratique médicale. M. Cottenot qui dirige avec compétence un laboratoire de radiologie a bien voulu écrire en quelques chapitres clairs et brefs, les indications des examens radiologiques et la technique à employer suivant les cas. Il a montré également quels étaient les renseignements que pouvait fournir l'exploration à l'écran fluorescent et comment on pouvait interpréter les images observées. C'est qu'en effet les rayons X ne trompent pas, l'œil et le cerveau de l'observateur peuvent par contre trouver une interprétation personnelle qui, comme toute chose humaine, risque d'être erronée. Il faut donc que le radiologiste ait une éducation spéciale, qu'il connaisse les causes d'erreur et qu'il se garde de donner des résultats d'examen que viennent contredire les observations ultérieures.

D'autre part, l'utilité de la radiologie justifie la multiplication des installations radiologiques. On trouvera dans les différents chapitres de technique écrits par M. Cottenot les notions théoriques et pratiques qui serviront de guide au médecin désireux d'avoir chez lui l'installation radiologique indispensable.

L'emploi des rayons X n'a pas seulement pour but d'aider à établir un diagnostic délicat. Leur action thérapeutique est bien connue. On trouvera dans ce livre l'énumération des cas justiciables de la radiothérapie, les indications et contre-indications de la méthode, la technique à employer, enfin les précautions à prendre pour éviter tout accident tant au malade qu'à l'opérateur. La radiumthérapie a été exposée par Mme Laborde dont les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* connaissent la grande compétence. Il s'agit d'un procédé thérapeutique qui n'est pas nouveau, mais qui étend chaque jour son domaine, avec les perfectionnements de la technique. L'auteur a voulu mettre le lecteur au courant des connaissances acquises pour la pratique de la médecine, dans la science du radium. Les applications actuelles du radium en thérapeutique sont nombreuses et l'avenir montrera tout ce que l'on peut en attendre notamment dans le traitement des cancers. Déjà l'action bienfaisante de la radiumthérapie sur les néoplasmes apparaît comme remarquable. Pour les néoformations de toute espèce, le radium semble un agent curatif de premier ordre. Il s'agit ici de ressources médicales nombreuses et efficaces qui s'offrent au praticien et qui ne doivent pas être ignorées de lui. Tous les jours, la thérapeutique s'enrichit de procédés nouveaux et il n'est plus guère permis de rester désarmé en face d'affections qui jusqu'à présent ne recevaient qu'un traitement dérisoire. Il faut donc que le médecin avant de se laisser aller à un scepticisme décevant connaisse toutes les pratiques curatives basées sur des données scientifiques et une observation clinique sérieuse. Ce livre lui donnera les indications de la radiumthérapie, et lui fournira les notions théoriques et techniques nécessaires à l'application du procédé. Sans doute, il ne s'agit pas d'un traité du radium. L'auteur a simplement voulu faire connaître de la science du radium, tout ce qui pouvait être utile au malade et lui apporter quelque soulagement. Il semble qu'il ait fait une œuvre opportune et particulièrement pratique.

L. G.

Les Appareils indispensables dans la pratique. *Appareillage et traitement des fractures. Appareils plâtrés* (1), par P. SOUBEYRAN.

Cet ouvrage, dit l'auteur, est essentiellement destiné aux praticiens et il devrait porter en tête pour toute préface :

« Livre écrit pour mon ami X..., médecin à Andeville (Oise).

C'est dire qu'il ne comprend que des méthodes et des appareils peu compliqués, simples d'exécution et que tout médecin peut appliquer lui-même avec des moyens faciles à se procurer. Nous l'avons écrit en 1919 au sortir de la guerre, quand nous nous sommes trouvé en présence de la première fracture fermée que nous avons trouvée dans notre clientèle ; et notre confusion ne fut pas petite lorsque nous nous demandâmes quelle était la méthode que nous devions employer, après avoir vu et étudié pendant la guerre la formidable série des nouveaux appareils, lequel devions-nous choisir, lequel pouvions-nous facilement nous procurer?

Ces hésitations, nous en fîmes part à nos amis Patel et Leriche (de Lyon) et nous tombâmes d'accord pour proposer devant chaque type de fracture un appareil simple et pratique.

La première partie de ce livre s'occupe des soins à donner aux fracturés et envisage chaque fracture en particulier avec l'appareil qui lui convient; bien entendu, il s'agit des fractures fermées, et nous n'oublions pas les indications.

Quelques appareils sont signalés pour les fractures ouvertes.

La deuxième partie a trait aux appareils plâtrés dont l'étude si importante est inséparable de l'appareillage des fractures, puisqu'un grand nombre de méthodes de traitement de fractures comprennent l'application d'une pièce plâtrée.

En terminant, nous ajoutons les principaux appareils plâtrés orthopédiques, dont la connaissance est si utile aux praticiens. »

L. G.

Radioscopie chirurgicale. *Les opérations chirurgicales pratiquées sous le contrôle radioscopique* (2), par Pl. MAUCLAIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et BOUCHACOURT, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, électroradiologiste de la Maison municipale de Santé (Dubois), préface de M. BERGONIE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Dans ce petit volume, MM. Mauclaire et Bouchacourt étudient surtout les opérations pouvant être faites sous l'écran et elles sont nombreuses : extraction de projectiles, d'aiguilles, de calculs, réduction et contrôle de la réduction des fractures et des luxations sur la table radioopératoire, dans des salles opératoires appropriées, et dans les salles au lit du malade sans le déranger. Tout cela exige des installations spéciales aujourd'hui indispensables, et dont l'utilité a été démontrée pendant la guerre, et pour opérer sous l'écran, le blessé, le radiographe et le chirurgien doivent être bien protégés contre les rayons X; aussi les appareils et précautions de projection sont bien décrits par les auteurs de ce petit volume qui intéressera beaucoup les radiologues et les chirurgiens.

L. G.

(1) In-8, 170 fig. — Prix : 30 fr., franco : 33 fr. — Paris, Maloine et fils.

(1) In-8 carré, de 200 pages avec 69 fig. dans le texte. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, Gaston Doin.

(2) In-16, de 124 pages, avec 22 fig. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

RECHERCHES SUR LA PHYSIOPATHOLOGIE DES ICTÈRES (1)

CHOLÉMIE SALINE ET CHOLESTÉRINÉMIE

Par E. CHABROL et H. BÉNARD.

Dans le chapitre des cholémies, que résumait jadis la description de la cholémie pigmentaire, deux nouvelles venues ont pris place de nos jours : la cholestérinémie et la cholémie saline. A notre époque où sels biliaires et cholestérine suscitent de toutes parts de nombreux travaux, il n'est pas sans intérêt d'établir le bilan de nos connaissances sur leur mode de formation et leur parenté d'origine. Ces données éclaireront peut-être les déductions que leur étude est susceptible d'inspirer en pratique.

I

ORIGINE ET DESTINÉE DES SELS BILIAIRES A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE

L'origine des sels biliaires soulève trois problèmes, fort comparables dans leurs grandes lignes à ceux que nous avons discutés en étudiant la genèse de la bilirubine. Aux trois questions de l'hémolyse, de la biligénie, de la cholémie pigmentaire, correspondent pour les sels biliaires trois chapitres distincts : *Quels sont leurs éléments constitutifs ? Où s'effectue la biligénie saline ? Quelle est la destinée des sels biliaires, à l'état normal et pathologique ?*

Les éléments constitutifs des sels biliaires. — Les sels biliaires, qui figurent dans la bile humaine à l'état de glycocholate et de taurocholate de soude, résultent d'une synthèse entre un élément ternaire, l'acide cholalique, et deux acides aminés, la taurine et le glycocolle.

L'ACIDE CHOLALIQUE ($C^{24}H^{40}O^{5}$) représente le noyau fondamental des sels biliaires; il leur donne la réaction de Pettenkofer, il règle leur excrétion, il marque leur parenté avec la cholestérine. Voici longtemps qu'étudiant les formules développées de ces deux substances, les chimistes ont été frappés des analogies qu'elles présentaient : on peut préparer l'acide cholestérique en partant de l'acide cholalique de la bile de bœuf (Slieper, Gundelach et Strecker); ces deux acides ne diffèrent l'un de l'autre que par le degré de leur hydratation (Latschinoff); et il faudrait citer ici les importantes recherches de Tappeiner, Weil, Lifschütz, Moreschi, Schrötter et leurs élèves : toutes s'accordent à démontrer que par sa formule, ses réactions et ses produits de dédoublement, la cholestérine est le corps de l'organisme le plus proche de l'acide cholalique et des acides biliaires homologues. D'ailleurs, dès 1898, Hammarsten avait nettement établi que chez les sélaciens le noyau des acides biliaires était directement représenté par des homologues supérieurs de la cholestérine (2).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 108, p. 1733, et 1921, n° 15, p. 229.

(2) Pour la bibliographie de cette question, voir : GRIGAUT. Le cycle de la cholestérinémie, *Th. de Paris*, 1912-1913. — FOSTER, HOOPER et WHIPPLE. *The Journ. of biol. Chemistry*, p. 355 à 433, 1919, t. XXXVIII (n° 132.050, Bibliothèque).

C'est dire que toutes les discussions touchant à l'origine de l'acide cholalique se rattachent étroitement au problème de la cholestérinigenèse. Pour éviter des répétitions inutiles, nous les aborderons seulement au chapitre de la cholestérinémie.

Le GLYCOCOLLE ET LA TAURINE représentent deux produits de désintégration de la molécule albuminoïde. Ce sont des acides aminés, dont le dernier est sulfuré ($C^{2}H^{7}AzSo^{3}$). On leur a prêté des origines multiples et, en particulier, un point de départ globulaire. En réalité, c'est surtout par la voie digestive que les substances protéiques de l'alimentation fournissent à l'organisme les éléments qui sont à la base de la taurine et du glycocolle. Il est aisé d'en donner la démonstration chez un chien porteur d'une fistule de Dastre : un repas azoté augmente considérablement l'excrétion de taurocholate de soude et, chez cet animal, dont la bile est normalement dépourvue de glycocholate, on peut encore établir, à l'exemple de Wertheimer, que l'adjonction de glycocolle et d'acide choléique aux aliments fait apparaître du glycocholate dans la bile excrétée.

La taurine, qui, selon toutes probabilités, dérive de la cystine (Bergmann), figure dans l'organisme en une plus forte proportion que ne le nécessite l'excrétion journalière de l'acide cholique. Dans une série de publications récentes, Foster, Hooper et Wipple ont bien montré que ce dernier était le véritable régulateur de l'excrétion biliaire. Une injection intraveineuse de taurine ne modifie en rien l'élimination des sels, alors que l'ingestion d'acide cholique provoque habituellement un effet cholagogue. Il va sans dire que l'administration parallèle de taurine et d'acide cholique entraîne le même résultat, et que tout se passe chez le chien à fistule comme si cet animal avait ingéré l'acide taurocholique synthétisé (1).

La biligénie saline. — Mais où s'élabore la synthèse du noyau cholalique et des acides aminés, taurine ou glycocolle ? en d'autres termes, dans quels territoires s'effectue la biligénie saline ? Nous retrouvons ici les deux grandes théories que nous avons discutées en étudiant la biligénie pigmentaire, et, ici encore, les conceptions hématogène et hépatogène opposent leurs arguments.

La THÉORIE HÉMATOGÈNE pose en principe que les sels biliaires sont préformés dans la circulation sans l'intervention du foie ; cet organe se comporterait vis-à-vis d'eux comme un filtre parfait ; il les recueille, les concentre, les excrète et n'en laisse aucune trace appréciable dans le plasma sanguin.

Telle est l'opinion développée par M. Brulé (2) qui, nous l'avons vu, défend la même hypothèse en

(1) On trouvera dans les mémoires de FOSTER, HOOPER et WHIPPLE, d'intéressantes expériences montrant l'influence du jeûne sur l'excrétion des sels biliaires. Celle-ci se ralentit dans des proportions considérables en même temps que s'abaisse l'excrétion urinaire de l'azote; fait curieux, après une longue période de jeûne, la bile du chien ne réagit pas à l'alimentation protéique suivant son mode habituel : il ne produit pas une excrétion abondante de sels biliaires. Les substances génératrices de ces éléments semblent avoir été détournées de leur but, pour parer à la déperdition azotée que l'organisme a subie pendant la phase d'inanition ; et c'est seulement lorsque ce déficit a été comblé, qu'elles contribuent à l'édification de nouveaux acides biliaires. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable qu'à la suite du jeûne, l'ingestion d'acide cholique ne provoque qu'une excrétion minima de taurocholate ; il semble bien que ce soit l'absence de taurine qui nous en fournisse la raison.

(2) BRULÉ. *Recherches récentes sur les ictères*, Masson, 1919.

ce qui concerne la bilirubine. Appliquée à la pathogénie des ictères, cette conception fait jouer à l'imperméabilité de la cellule hépatique un rôle primordial : par la rétention en amont des pigments ou des sels que commande l'élément glandulaire, elle interprète les différentes modalités de l'ictère, total ou dissocié, que l'on peut rencontrer en clinique.

La THÉORIE HÉPATOGÈNE pense, au contraire, que la synthèse des sels biliaires s'effectue au niveau du foie et, pour le prouver, elle fait appel aux arguments suivants.

Elle fait valoir tout d'abord qu'*il n'existe pas à l'état physiologique de sels biliaires dans le sérum sanguin.* A la vérité, nous manquons peut-être de techniques suffisamment sensibles pour étayer cette affirmation. La méthode que nous avons adoptée, et dont nous donnerons plus loin le détail, nous a permis de dire que, s'il existait des sels biliaires dans le sérum normal, leur quantité était certainement minime, très notablement inférieure à 10 cgr. par litre. Mais nous admettons bien volontiers qu'avec un drainage hépatique suffisant, les sels biliaires puissent figurer, dans le plasma, en des proportions infinitésimales. Il appartient aux partisans de la théorie hématogène de nous démontrer l'existence de cette cholémie saline physiologique.

La conception hépatogène invoque encore à son actif les expériences déjà anciennes de Kunde, Muller, Moleschott qui *ont extirpé des foies de grenouille,* pensant que les sels biliaires préformés dans les vaisseaux s'accumuleraient après ablation de leur émonctoire hépatique. Ces recherches n'ont point permis de mettre en évidence la cholémie saline. On leur a reproché justement d'être brutales et de s'écarter par trop des conditions physiologiques. Tout dernièrement, Foster, Hooper et Whipple les ont reprises sur le chien, *en ayant recours à la fistule d'Eck* qui permet une survie de plusieurs semaines, sinon de plusieurs mois. En soumettant leurs animaux à un régime alimentaire rigoureusement contrôlé, ces auteurs ont été conduits à reconnaître que les voies biliaires des chiens à fistule d'Eck excrétaient moitié moins de taurocholate de soude qu'à l'état normal. Ils concluent que les acides biliaires dérivent essentiellement de l'activité de la cellule hépatique, et leur affirmation est d'autant plus intéressante que la même expérience, appliquée à l'étude des pigments, est actuellement considérée comme l'un des meilleurs arguments à l'actif de la conception hématogène de la biligénie pigmentaire. En réalité, les chiens à fistule d'Eck de Whipple et Hooper éliminaient par leur cholédoque moitié moins de sels et aussi moitié moins de pigments biliaires (1) que les chiens normaux et, contrairement à ce que l'on a écrit dans ces dernières années, c'est la théorie hépatogène qui peut revendiquer en sa faveur certaines des expériences de Whipple et Hooper (2).

A ces arguments viennent s'ajouter encore les recherches d'un certain nombre d'auteurs, qui ont essayé de réaliser la *synthèse des sels biliaires au niveau même du parenchyme du foie.*

En plaçant à l'étuve à 37° du sang défibriné, du glycogène et des fragments de tissu hépatique, Anthen, Kallmeyer et Schmidt, Klein et Hoffmann auraient obtenu des résultats positifs. La présence de l'hémoglobine est indispensable (Hugounenq et Doyon); on peut en dire autant de celle du glycogène, tous les physiologistes s'accordant à reconnaître que la fonction biliaire et la fonction glycogénique du foie sont habituellement parallèles.

Dans le même ordre d'idées, Carracido a réalisé plus récemment des circulations intrahépatiques d'hémoglobine et aurait obtenu lui aussi une élaboration de sels biliaires. Il pense que leur noyau cholalique dériverait de la cholestérine que renferment les globules sanguins. Nous aurons l'occasion de revenir longuement sur ce point en discutant le rôle du foie dans le cycle de la cholestérine.

Tels sont les principaux arguments qui peuvent actuellement étayer la conception hépatogène de la biligénie saline. Nous les avons réunis à titre documentaire, sans méconnaître les critiques qu'il est toujours facile de leur adresser. Il n'est pas douteux que leur contrôle expérimental soulève de très grosses difficultés et que le problème de la biligénie saline est d'une solution plus ardue encore que celui de la biligénie pigmentaire.

Destinée des sels biliaires. — Les sels biliaires, une fois constitués, sont éliminés par la bile en des proportions vraiment considérables, puisqu'une fistule du cholédoque peut en excréter quotidiennement une moyenne de 10 à 12 gr.

Lorsqu'on étudie leur élimination intestinale chez le chien dont le cholédoque n'est point fistulisé, un fait frappe aussitôt : c'est que l'acide taurocholique n'est point décelable sur toute l'étendue de l'intestin. On ne peut le mettre en évidence que dans la portion supérieure du grêle; il fait complètement défaut, de même que la taurine et le glycocolle, dans les segments sous-jacents. Seul, l'acide cholalique peut être retrouvé dans le gros intestin. Toutefois, il n'y figure qu'en des proportions fort minimes, car lorsqu'on cherche à obtenir par lui une mesure approximative de l'élimination intestinale des sels biliaires, on voit qu'il représente à peine la dixième partie du noyau cholalique que le foie excrète quotidiennement sous la forme de glycotaurocholate de soude. Que conclure, sinon que les neuf autres parties ont été ou détruites ou résorbées? Et c'est ici que se pose l'une des plus importantes questions de la physiologie hépatique : *n'existe-t-il pas une circulation entéro-hépatique des sels biliaires?*

En 1870, Schiff avait été le premier à soulever ce problème et à le résoudre par l'affirmative. Le physiologiste genevois pensait que les acides biliaires étaient absorbés par la muqueuse intestinale, ramenés au foie suivant le cours de la veine porte et excrétés à nouveau par la voie du cholédoque (1).

(1) On ne saurait interpréter ces constatations en disant que le pouvoir excréteur de la cellule hépatique était diminué, car Whipple et Hooper ont bien soin de mentionner dans leur protocole d'expériences que les chiens à fistule d'Eck font moins facilement de l'ictère que les chiens normaux, lorsqu'on les soumet à une injection intraveineuse d'hémoglobine.

(2) WHIPPLE et HOOPER. Bile pigment metabolism *Amer. Journ. of Physiol.*, 1917, t. XLIII, p. 290.

(1) En faveur de cette conception différentes expériences ont été invoquées : nous ne mentionnerons ici que les plus démonstratives; la bile de bœuf donne des réactions que n'offre pas la bile de cobaye; cependant, si l'on introduit dans l'intestin de ce dernier animal une petite quantité de bile de bœuf, le liquide qu'excrètent ensuite ses voies biliaires présente les réactions dont la bile de cobaye est habituellement dépourvue. Dans le même ordre d'idées, si l'on fait absorber à un chien du glycocolle et de l'acide cholique, on voit apparaître dans sa bile le glycocholate qu'elle ne renferme pas normalement. A ces données déjà anciennes, les

Si intéressant qu'il soit, le cycle entéro-hépatique est loin d'être aussi fermé qu'on a pu le penser à une certaine époque. En bonne logique, la sécrétion des sels biliaires devrait tarir notablement toutes les fois qu'une fistule cholédocienne dérive la bile de son cours intestinal; or, il n'en est pas toujours ainsi; on peut observer une abondante sécrétion d'acides biliaires chez les chiens porteurs d'une canule de Dastre et, pour l'expliquer, certains physiologistes se sont demandé avec Stadelmann si l'animal qui léchait sa plaie ne reconstituait pas le cycle entéro-hépatique, à l'insu de l'expérimentateur. Telle n'est pas l'opinion de Whipple et Hooper. Tout dernièrement, nous avons pu reconnaître, après ligature du canal cholédoque chez le chien, que l'excrétion urinaire des sels biliaires ne se modifiait pas sensiblement au fur et à mesure que l'on s'éloignait de la date de l'opération. Au 25e jour, la tension superficielle des urines était voisine de 700, fort comparable à celle que nous avions notée à la fin de la première semaine.

Cette discussion ne présente pas qu'un intérêt pour le physiologiste; elle touche directement à l'important problème du métabolisme des sels biliaires dans les ictères par rétention et l'on conçoit que, pour interpréter les variations de la cholurie saline au cours de ce syndrome, certains auteurs aient fait appel à la théorie entéro-hépatique de Schiff.

Avant de conclure sur le terrain expérimental, nous croyons devoir signaler une grande cause d'erreur qui, selon nous, peut expliquer bien des divergences de doctrine : c'est le *rôle considérable de l'alimentation azotée*, qui n'est pas toujours strictement définie chez les animaux mis en observation. Nous avons vu toute l'importance que présentait ce facteur protéique, en étudiant la genèse des éléments constitutifs des sels biliaires ; mieux que tout autre, il nous permet de comprendre pourquoi la circulation entéro-hépatique ne peut s'effectuer dans un cercle étroitement fermé.

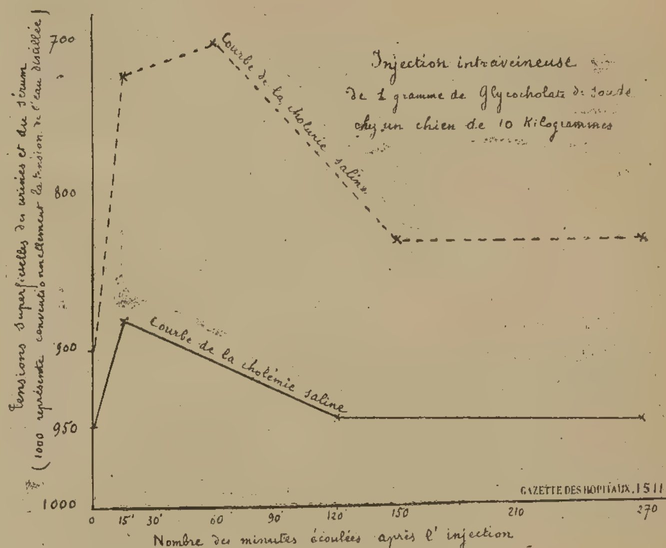
II

LA CHOLÉMIE SALINE DANS LES AFFECTIONS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

Il serait du plus vif intérêt de pouvoir étudier par une méthode précise le métabolisme des sels biliaires dans la pathologie du foie. Malheureusement, la multiplicité des procédés d'investigation que l'on a publiés ne peut que nous convaincre de leur imperfection. Sans doute, on a fait état des renseignements cliniques que fournissent le prurit, la bradycardie, la digestion intestinale des graisses (1); ce sont là autant d'éléments qui contribuent à opposer l'un à l'autre l'ictère par rétention et l'ictère d'origine sanguine; mais, entre ces cas extrêmes, combien de faits intermédiaires, de rétentions légères ou incomplètes, que les seuls symptômes de l'intoxication saline ou du déficit intestinal sont impuissants à révéler.

Les techniques. — Les méthodes dont nous disposons à l'heure actuelle peuvent être réparties en deux groupes : les unes *directes*, *purement chimiques* sont basées sur le principe de la réaction de Pettenkofer; les autres, *physiques*, *indirectes*, reposent sur les variations de la tension superficielle que les sels biliaires impriment aux milieux humoraux.

Le sérum sanguin. — Pour rechercher les sels biliaires dans le sérum sanguin, c'est à la méthode chimique que nous avons donné nos préférences. La quantité de sels que le plasma peut renfermer est en effet d'un ordre trop faible pour faire subir à la *tension superficielle* des variations interprétables. On peut en juger par les courbes suivantes, qui nous montrent l'évolution de la cholémie et de la cholurie salines, chez un chien ayant subi une injection intraveineuse de glycocholate de soude à la dose considérable de 1 gr.



Courbe I.

La *méthode chimique*, que nous avons adoptée et que nous avons décrite à la Société de biologie (1), ne cherche pas à isoler complètement les sels biliaires : elle se contente simplement de les débarrasser d'un certain nombre de substances organiques et en particulier des albuminoïdes, qu'on précipite par un excès d'alcool. Les sels biliaires, très solubles, passent dans le filtrat, où on les met en évidence par la réaction de Pettenkofer, sous le contrôle du spectroscope.

Les urines. — Lorsqu'on recherche les sels biliaires dans les urines, les méthodes physiques, basées sur les *variations de la tension superficielle*, reprennent l'avantage sur la réaction chimique. Elles ont en effet le bénéfice de leur extrême simplicité dans un milieu où les sels biliaires peuvent figurer en des proportions appréciables. Deux de ces méthodes ont été particulièrement employées dans ces dernières années : ce sont la réaction de Hay et la stalagmométrie.

---

expériences de Foster, Whipple et Hooper sont venues apporter de nos jours des précisions nouvelles : un chien fistulisé, qui absorbe par la bouche des quantités modérées de bile, excrète, dans les quatre premières heures, 90 p. 100 de l'acide taurocholique que cette bile renfermait. De plus fortes doses de bile concentrée (environ 8 à 11 gr. d'acide taurocholique) peuvent prolonger cette action cholagogue durant plusieurs heures, voire même plusieurs jours. Cependant, si l'on ajoute à la bile ingérée une certaine quantité de sucre, le liquide excrété diminue dans de très fortes proportions, sans que la quantité totale des sels biliaires éliminés au cours des 24 heures se trouve très sensiblement modifiée.

(1) L'épreuve des « hémoconies » peut donner à cet égard des renseignements intéressants. (Lemierre et Brulé. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 déc. 1910.)

(1) Gilbert, Chabrol et H. Bénard. La cholémie saline dans les ictères. *C. R. Soc. de biol.*, 19 déc. 1920.

La *réaction de Hay*, à la fleur de soufre, est actuellement bien connue. Introduite en France vers 1901 par Frenkel et Cluzet, Chauffard et Gouraud, c'est elle qui a permis dernièrement à M. Brulé d'insister sur les rétentions biliaires légères ou latentes, que MM. Gilbert et Herscher mettaient jadis en évidence sous le nom d'ictères acholuriques, grâce à l'étude de la cholémie pigmentaire et de l'urobilinurie.

La *stalagmométrie,* utilisée par Gouget (1) et Lyon-Caën (2) dans leurs recherches sur les ictères dissociés, est moins en honneur et cependant, ainsi que nous avons pu le constater bien des fois, *c'est un procédé plus fidèle, plus facile à lire, plus complet dans ses renseignements* que celui de la fleur de soufre.

Son instrumentation n'est pas compliquée; il suffit de disposer du simple compte-gouttes de Duclaux de 5 cmc. qui doit donner 100 gouttes avec l'eau distillée. Pour savoir à quelle tension superficielle correspond le nombre de gouttes de l'urine examinée, on posera l'équation suivante :

$$Tu = 1.000 \times \frac{A}{N} \times D$$

où 1.000 représente conventionnellement la tension superficielle de l'eau distillée; A, le nombre de gouttes que donne l'eau distillée; N, le nombre de gouttes que fournit l'urine de densité D. En pratique, cette densité sera fixée une fois pour toutes à 1.015.

Il nous a paru intéressant de préciser dans quelles limites les sels biliaires pouvaient imprimer à la tension superficielle des urines des variations interprétables (3). Dans ce but, nous avons pratiqué près de 300 déterminations stalagmométriques chez une centaine de malades, que l'on peut ranger en trois catégories : 1° pour les tensions très abaissées, comprises entre 700 et 850, nous avons un total de 34 sujets, parmi lesquels figurent 31 hépatiques avérés (90 p. 100); 2° aux tensions moyennes de 850 à 900 correspondent dans notre statistique 15 malades, dont 9 étaient atteints d'une lésion manifeste du foie (60 p. 100); 3° de 900 à 1.000 se rangent 50 sujets, dont 16 seulement étaient suspects d'une tare hépatique (32 p. 100).

En comparant ces résultats, nous voyons qu'*un abaissement de la tension superficielle des urines au voisinage de 850 constitue une très sérieuse présomption en faveur de la cholurie saline*, puisque 90 p. 100 des malades qui avaient une tension inférieure à ce chiffre présentaient du côté du foie des manifestations incontestables (4).

Mais il ne s'agit là que d'une *tension superficielle de présomption* et *non de certitude.* Toute une série de substances autres que le glycocholate ou le taurocholate de soude sont en effet susceptibles d'abaisser la tension superficielle des urines, et l'on trouvera la liste de « ces dénivellents », parmi lesquels figurent en tête le chlorure de sodium, dans les publications de Billard et Dieulafé, de Lyon-Caën, de Doumer.

(1) GOUGET. Les cholémies dissociées..., *Presse méd.*, 7 fév. 1914.

(2) LYON-CAËN. *Th. de Paris,* 1910. Recherches sur la tension superficielle des urines.

(3) GILBERT, CHABROL et BÉNARD. Recherches stalagmométriques sur la cholurie saline. *C. R. Soc. de biol.*, 15 janv. 1921.

(4) Le chiffre de 900 que propose M. Lyon-Caën, dans sa thèse, nous paraît un peu trop élevé; il ferait intervenir les diagnostics de notre deuxième groupe, avec une incertitude de 40 p. 100.

Il serait évidemment désirable de pouvoir contrôler par la *méthode chimique de Pettenkofer* les résultats indirects de la stalagmométrie. Malheureusement, les urines plus encore que le sérum sanguin renferment une proportion très forte de substances gênantes, capables de donner avec l'acide sulfurique et le furfurol une coloration brun foncé. La sensibilité de la réaction se trouve ainsi notablement amoindrie, voire même annihilée; aussi, malgré les perfectionnements de technique qu'ont proposés Neukomm ou Meillère, est-on obligé de conclure avec M. Grimbert : (1) « un procédé pratique, sûr et rapide pour la recherche chimique des acides biliaires est encore à trouver ».

Voici les documents que les techniques actuellement en usage ont permis de réunir sur les sels biliaires à l'état normal et à l'état pathologique.

Les sels biliaires à l'état physiologique. — A l'état normal, c'est seulement dans les *voies biliaires* que ces substances peuvent être décelées (2). Les chiffres varient suivant les auteurs : pour la bile qui stagne dans le vésicule, ils oscillent entre 39 gr. (Hoppe-Seyler) et 120 gr. (Frerichs) par litre de bile. Le liquide qui s'écoule librement d'une fistule du cholédoque donne, par contre, des proportions moins élevées : 8 à 10 gr. (Hammarsten); 9 gr. (Lambling). Sur ce total de 9 gr., 2g18 reviennent au taurocholate et 6g86 au glycocholate de soude.

Pour le sérum sanguin, la technique que nous avons publiée nous a permis de dire : s'il existe une cholémie saline physiologique, sa teneur est certainement très inférieure à 10 cgr. de sels biliaires par litre.

En ce qui concerne les urines, la stalagmométrie nous a révélé des chiffres de tension superficielle compris entre 900 et 1000. Etant donné que ces variations peuvent dépendre du chlorure de sodium, il serait prématuré de conclure qu'il existe à l'état normal une cholurie saline.

A l'état pathologique, on peut prendre l'ictère comme base de classification et distinguer ainsi deux grands groupes de faits.

Les sels biliaires chez les ictériques. — LES ICTÈRES PAR RÉTENTION. — C'est l'étude de l'ictère par rétention qui doit réaliser a priori les circonstances les plus favorables pour la recherche des sels biliaires dans le sérum sanguin et dans les urines; à s'en tenir au simple raisonnement, ce syndrome devrait même entraîner une intoxication saline rapide et brutale, s'il se produisait dans l'économie une résorption intégrale des 8 à 10 gr. de sels que la bile excrète quotidiennement (3). En fait, il n'en est pas ainsi.

Nous avons examiné le *sérum* d'une quinzaine d'ictériques, atteints respectivement de cancer du pancréas, de lithiase biliaire, d'ictère catarrhal, de spirochétose ictérigène, et nous avons été très surpris de constater que le sang de tous ces malades ne renfermait qu'une quantité de sels biliaires des plus minimes. Pour la plupart d'entre eux, le taux de la cholémie saline ne dépassait guère la limite de sensibilité qui correspond avec notre technique au

(1) GRIMBERT. Recherche des éléments de la bile, *Paris médical*, 6 juin 1914, p. 8.

(2) La très forte proportion de sels biliaires que renferme la bile rend leur dosage facile par isolement et par pesées.

(3) Pour l'étude des intoxications expérimentales par les sels biliaires, voir la thèse de RIBADEAU-DUMAS.

chiffre de 10 cgr. par litre. Et cependant, leur cholémie pigmentaire était considérable, puisqu'elle atteignait en moyenne 1 gr. de bilirubine pour 1000. La proportion des sels était de dix fois inférieure à celle des pigments. Combien ces chiffres sont différents de ceux que l'on observe sur la bile normale, recueillie par fistule du canal cholédoque. Ici, la proportion est renversée; ce n'est pas dix fois moins mais dix fois plus de sels que les dosages comparatifs sont susceptibles de révéler.

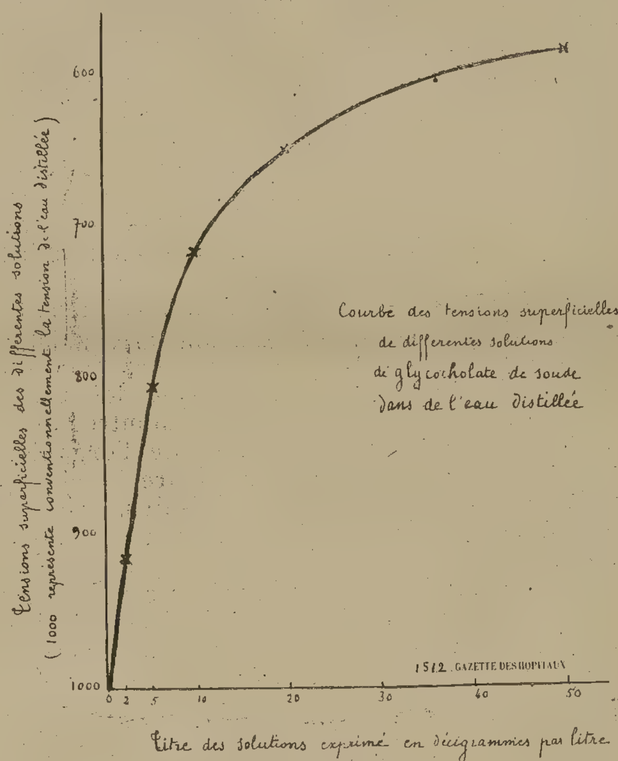
Pour expliquer ce désaccord, la première hypothèse qui vient à notre esprit est que les sels biliaires répandus dans le sang s'éliminent suivant un seuil rénal fort bas, beaucoup plus bas que celui de la bilirubine. Cette dernière n'apparaît en effet dans les urines que lorsqu'il existe une cholémie pigmentaire notable, évaluée par MM. Gilbert et Herscher au voisinage de 1 p. 3000. Les sels biliaires ont une bien plus grande diffusibilité et nous l'avons précédemment laissé entrevoir, en rapportant la courbe de leur élimination chez un chien qui avait reçu dans les veines le taux considérable de 1 gr. de glycocholate de soude.

Que nous apprennent, à cet égard, les *urines d'un grand ictère par obstruction?* A en juger par leur tension superficielle très abaissée, elles dénotent une cholurie saline incontestable. La réaction de Hay est franchement positive ; la stalagmométrie donne les plus faibles chiffres de tension que l'on puisse enregistrer.

Dans notre statistique, qui repose sur l'examen de plus de 300 urines, ce sont les affections accompagnées d'ictère qui viennent en première ligne, l'ictère catarrhal et l'ictère de la syphilis pouvant abaisser la tension superficielle au voisinage de 700.

Est-ce à dire que ces tensions particulièrement faibles correspondent à des chiffres de sels biliaires considérables, identiques à ceux que l'on devrait obtenir si la bile, dérivée de son cours intestinal, s'éliminait par les urines en sa totalité? A cette question du plus haut intérêt physiologique, on peut, avec une quasi certitude, répondre négativement. Les urines des grands ictères par rétention ne renferment qu'une quantité de sels biliaires relativement minime. Et déjà, sans mettre en discussion la valeur des méthodes indirectes, il est aisé de démontrer que ces tensions de 700 à 750 ne correspondent point à de fortes proportions de sels biliaires; 1g50 par litre, tout au plus, voilà les chiffres que l'on peut lire, lorsqu'on se reporte à la courbe obtenue en partant d'une solution artificielle de glycocholate de soude, dans de l'eau distillée (courbe II).

Mais, à la vérité, les sels biliaires sont loin de représenter les seules substances qui abaissent la tension superficielle des urines ictériques et, pour s'en convaincre, il suffit de recourir au contrôle de la réaction de Pettenkofer. En appliquant à ces urines les perfectionnements de technique qu'ont proposés Neukomm ou Meillère, on s'attendrait à mettre très facilement en évidence ces 1 à 2 gr. de sels biliaires que la stalagmométrie a laissé présumer. Il n'est point d'urine, si pigmentée soit-elle, qui ne permette de déceler chimiquement une pareille quantité de sels ; l'expérience le démontre, lorsqu'on les ajoute artificiellement. Or, sur les urines d'un malade atteint d'ictère par rétention, ce n'est point sans difficultés que les méthodes de Neukomm et de Meillère donnent des résultats positifs. A notre connaissance, aucun auteur n'a publié, jusqu'à présent, les résultats d'un dosage quantitatif; cependant, d'après les quelques analyses que, personnellement, nous avons pu pratiquer, ce n'est point par des grammes, mais plutôt par des décigrammes que l'on devrait évaluer l'élimination quotidienne des sels biliaires dans les urines d'un grand ictère par rétention.



COURBE II.

Cette élimination peut même cesser complètement, chez des malades dont l'obstruction du cholédoque est cependant incontestable. Gouget rapporte à ce propos l'histoire d'un ictère lithiasique datant de plus de deux mois, avec selles décolorées, sans stercobiline, dont les urines, très riches en pigments, ne donnaient ni la réaction de Hay, ni celle de Pettenkofer ; et nous pourrions également publier l'observation d'un ictère néoplasique, dont les urines noir-verdâtre avaient une tension superficielle de 900 (1).

Il serait particulièrement instructif de compléter par des *dosages chimiques de la bile* les renseignements que l'étude du sérum et des urines a permis d'acquérir sur le métabolisme des sels biliaires dans les syndromes ictériques. Le drainage du cholédoque, que les chirurgiens pratiquent au cours de l'ictère lithiasique, est susceptible de fournir à cet égard des documents précieux. Dans les rares analyses qui ont été effectuées, on a constaté qu'au lendemain de l'intervention, loin de renfermer 8 à 12 gr. de sels biliaires par litre, la bile excrétée en contenait tout au plus quelques grammes, parfois même quelques centigrammes ; Yeo et Herroun ont

(1) Chez le chien qui a subi la ligature du canal cholédoque, Mackay ne retrouve les sels biliaires que dans les 6 premiers jours. Ils diminueraient très rapidement (W. Legg, Cahen, Fr. Müller) pour n'exister finalement qu'à l'état de traces (Von Noorden). Cette loi souffre cependant des exceptions : chez un de nos animaux, la tension superficielle des urines se maintint autour de 700 (environ 1 gr. de sels biliaires par litre) pendant les 25 jours qui suivirent la ligature du cholédoque. Il est vrai que cet animal était soumis à une alimentation azotée particulièrement abondante.

jadis donné les chiffres de 0g55 de taurocholate et de 1g65 de glycocholate de soude par litre. Devons-nous expliquer ces variations considérables de la composition de la bile en invoquant la circulation entéro-hépatique? Certains chirurgiens le pensent, et c'est un peu pour remédier à cette faible excrétion des acides biliaires qu'ils conseillent à leurs opérés de réabsorber par la voie intestinale la bile que la fistule cholédocienne a dérivée de son cours. Tout récemment, nous avons étudié dans le service de M. Hartmann un ictérique dont les matières fécales étaient absolument décolorées et qui éliminait, par sa fistule biliaire, une quantité de sels de l'ordre de 2 gr. en 24 heures. Ce chiffre resta sensiblement le même dans les cinq examens que nous pûmes pratiquer, aussi bien durant les premières heures qu'au 30e jour qui suivit l'opération chirurgicale.

Si nous résumons ces données, forcément très abstraites, nous croyons que l'on peut dégager la conclusion suivante : chez les ictériques, l'étude de la bile recueillie par fistule, l'analyse des urines, l'examen du sérum, tout s'accorde à montrer que la quantité de sels biliaires éliminés de l'organisme est relativement faible, très inférieure à celle qui devrait être excrétée, s'il se produisait une résorption et une élimination intégrales de la bile physiologique.

Pouvons-nous développer la même conclusion en ce qui concerne les pigments biliaires? Ce n'est point par des chiffres que l'on est en mesure de répondre à cette question, mais il est aisé d'entrevoir que dans l'ictère par rétention, l'élimination des sels biliaires est sensiblement inférieure à celle de la bilirubine et, sans donner au mot dissociation un sens absolu, on est en droit de dire : *l'ictère par rétention est, toutes proportions gardées, un ictère dissocié au profit des pigments.*

Les ictères dissociés pigmentaires. — Comme on le voit, cette définition de l'ictère dissocié diffère, dans son essence même, de celle que l'on a proposée au cours de ces dernières années.

Suivant la conception de M. Brulé, l'ictère dissocié est compris entre ces deux termes : un *émonctoire hépatique*, qui laisse filtrer, d'une façon élective, les pigments ou les sels; un *bocal d'urines*, qui permet de juger à distance de la perméabilité de cet émonctoire.

Le problème est malheureusement plus complexe, car entre ces deux pôles figurent bien des facteurs intermédiaires.

C'est d'abord un *facteur rénal* qui, par ses seuils d'élimination de hauteur inégale, ne permet pas aux minimes quantités de pigments ou de sels d'être excrétées suivant deux cycles exactement superposables. Ce facteur rénal prête d'autant mieux à l'erreur, que les techniques dont nous disposons pour l'étude de ces substances sont loin d'avoir la même sensibilité. Alors que de petites quantités de sels biliaires impriment aux urines des variations de la tension superficielle, nous manquons d'éléments de mesure pour reconnaître, dans les mêmes conditions, les premiers dérivés pigmentaires qui précèdent l'apparition de la bilirubine.

C'est ensuite un *facteur tissulaire*, dont le mécanisme intime nous échappe, mais que l'on peut entrevoir en se reportant à l'étude des maladies infectieuses aiguës, à leurs phases de rétention, à leurs brusques débâcles d'urée ou de chlorures.

C'est enfin et surtout un *facteur biligénique*. Biligénie saline, biligénie pigmentaire; la conception de M. Brulé postule que ces deux termes restent dans le même rapport qu'à l'état physiologique durant le cours d'un même ictère par rétention. Elle pose en principe que c'est seulement la rétention hépatique qui est dissociée. Qui nous dit, au contraire, que ce n'est pas dans la biligénie que réside la dissociation?

L'ictère par hyperhémolyse représente d'un accord unanime le plus bel exemple des biligénies dissociées au profit des pigments. Bien avant Leyden, l'école de Gubler avait vu que l'absence des sels biliaires dans les urines constituait l'un des traits dominants de l'ictère d'origine sanguine. Les recherches modernes ont entièrement confirmé cette notion. Dans l'ictère d'origine hémolytique, les sels biliaires arrivent librement dans l'intestin où ils participent à la digestion des graisses (épreuve des hémoconies, Lemierre et Brulé); on ne les retrouve pas dans le sang circulant avec la technique que nous avons dernièrement employée. Ils n'abaissent pas la tension superficielle des urines; chez les six malades atteints d'ictère chronique splénomégalique ou d'anémie pernicieuse ictérigène que nous avons examinés à cet égard, les chiffres donnés par la stalagmométrie correspondaient à des tensions de 950 à 980.

Les sels biliaires chez les sujets non ictériques. — Ce chapitre ne peut être écrit actuellement qu'en se basant sur l'étude de la tension superficielle des urines. La réaction de Hay, entre les mains de M. Brulé, lui a donné de nos jours une très grande extension. Guidés par les résultats de la stalagmométrie, nous allons essayer de classer les éléments de notre statistique personnelle.

Dans les *cancers du foie*, la tension superficielle des urines nous a paru très régulièrement abaissée. Nos cinq malades nous ont donné des chiffres inférieurs à la tension de 850, qui constitue, selon nous, une sérieuse présomption en faveur de la cholurie saline.

Nous n'avons pas observé la même régularité dans les *cirrhoses veineuses* et les états asystoliques avec *foie cardiaque*. Notre statistique qui comprend une dizaine d'observations de cirrhoses ne mentionne que six cas ayant une tension inférieure à 850. Dans l'asystolie hépatique, c'est 4 fois sur 8 que ce chiffre se trouvait atteint.

La *lithiase biliaire*, sans ictère, est représentée par 4 observations dont l'une est celle d'une colique hépatique avec une tension urinaire de 870.

Le *diabète* (4 malades) ne nous a point paru abaisser la tension superficielle des urines (950 à 980).

Mais il est d'autres affections où la stalagmométrie révèle des variations beaucoup plus appréciables. En étudiant systématiquement les urines d'une centaine de sujets, présentant ou non un syndrome fébrile, nous avons pu constater, avec Lyon-Caën et Brulé, que des *maladies infectieuses* comme la pneumonie, la fièvre typhoïde, la scarlatine, étaient susceptibles de donner des chiffres très inférieurs à la tension de présomption. On ne saurait s'en étonner : ces constatations s'appliquent à des affections dont le retentissement sur le parenchyme hépatique est connu de longue date; l'étude de la tension superficielle ne fait ici que confirmer les

renseignements depuis longtemps acquis par l'étude de la cholémie pigmentaire et de l'urobilinurie.

L'ICTÈRE DISSOCIÉ AU PROFIT DES SELS BILIAIRES. — C'est à propos de tous ces malades sans ictère, dont les urines présentent une tension superficielle abaissée, que l'on a pu parler dans ces dernières années « des rétentions biliaires latentes », *dissociées* au profit des sels et aux dépens des pigments. Voici, d'après MM. Brulé et Garban, les conditions requises pour que l'on soit en droit de prononcer ces termes : il faut que les urines examinées non seulement ne renferment point de bilirubine décelable par les réactions de Gmelin ou de Grimbert, mais encore ne contiennent aucune trace d'urobiline. Si ces mêmes urines donnent une réaction de Hay positive, alors seulement on sera autorisé à conclure qu'il s'agit d'un ictère dissocié au profit des sels biliaires.

Avec quelle fréquence observe-t-on ce contraste? C'est là un point que les statistiques ne semblent pas avoir encore précisé par des chiffres. En ce qui concerne les cirrhoses, nous n'avons pas trouvé jusqu'à présent de cholurie saline sans qu'il y ait d'urobilinurie, mais on conçoit que cette dernière puisse faire défaut et que les conditions précédemment requises se trouvent réalisées. Sera-t-on en droit de dire alors que l'ictère est dissocié au profit des sels? Pas encore. Pour l'affirmer, il faudrait établir que, à défaut de l'urobiline, les urines hypercolorées de ces cirrhotiques ne contiennent pas d'autres pigments dérivés de la bilirubine, car, en fait, lorsque nous recherchons dans une urine la fluorescence au chlorure de zinc ou les réactions de Gmelin et de Grimbert, nous n'étudions que quelques anneaux d'une longue chaîne de pigments, dont une grande part échappe encore à nos moyens d'investigation. Il faudrait ensuite, abandonnant un instant les recherches urologiques, ne pas faire complètement table rase des renseignements que peut fournir l'analyse du sang. Le sérum des cirrhotiques contient, en effet, une plus forte proportion de pigments biliaires que le sérum normal; c'est là un fait que MM. Gilbert et Herscher ont depuis longtemps établi, et cette cholémie pigmentaire, notons-le en passant, nous révèle aussi bien que la cholurie saline « la rétention biliaire latente », qu'il serait peut-être excessif de considérer dans cet exemple comme une « rétention biliaire dissociée ». A ne juger que sur une apparence, on risquerait de développer ce paradoxe que l'ictère des cirrhoses est dissocié au profit des sels biliaires lorsqu'on analyse les urines, et au profit des pigments lorsqu'on examine le sérum sanguin. En fait, l'étude des ictères ne doit pas plus négliger dans ses investigations les renseignements fournis par l'analyse du sérum que les données acquises par l'examen des urines. C'est à cette unique condition qu'elle restera à l'abri des erreurs où peuvent l'entraîner les différences de seuil d'élimination et l'inégale sensibilité des techniques dont nous disposons actuellement.

III

LE RÔLE DU FOIE DANS LE CYCLE DE LA CHOLESTÉRINE

C'est l'étude du xanthélasma qui fut le point de départ de nos connaissances actuelles sur la cholestérinémie dans les affections hépatiques. Cette petite infiltration cutanée, couleur jaune chamois, qui se localise aux plis de flexion des paupières chez les malades atteints de lithiase, ne nous apparaît plus comme une tumeur maligne, susceptible d'envahir par ses métastases le parenchyme du foie. Loin d'être la première en date, elle n'est que le reflet d'un état humoral, dont la lithiase, le diabète, l'ictère représentent autant de facteurs. C'est à MM. Gilbert et Lereboullet que l'on doit cette notion clinique, et c'est à MM. Chauffard, Laroche et Grigaut que revient le mérite d'avoir précisé la nature de l'état humoral : le sérum des xanthélasmiques renferme en excès de la cholestérine, cette même substance lipoïdique que Malassez et Quinquaud ont été des premiers à mettre en évidence dans les xanthomes cutanés (1).

A l'*état normal*, le plasma sanguin contient en moyenne 1g60 de cholestérine pour 1.000, chiffre éminemment variable lorsqu'on le compare à la teneur des hématies, qui est peu inférieure mais remarquable par sa fixité. Dans la bile qui s'écoule librement du canal cholédoque, le taux de la cholestérine est moins élevé (0g40 p. 1.000 en moyenne d'après Grigaut). Une grande partie en est d'ailleurs rapidement résorbée, si bien que dans les fèces la quantité de cholestérine est toujours inférieure à celle que le cholédoque déverse dans l'intestin; elle dépend surtout des lipoïdes de l'alimentation (Dorée et Gardner). Quant aux urines, elles ne renferment la cholestérine qu'à l'état de traces, dont les oscillations pathologiques ne présentent qu'un médiocre intérêt.

De tous les syndromes hépatiques, c'est l'*ictère* qui s'accompagne avec la plus grande fréquence d'une hypercholestérinémie. Flint fut le premier à établir cette notion, que M. Chauffard et ses élèves ont confirmée par de nombreuses observations cliniques et expérimentales. Dans les cas habituels, la cholestérinémie marche de pair avec la cholémie pigmentaire. En est-il de même avec la cholémie saline? On ne peut s'empêcher de faire à ce propos le raisonnement suivant : tandis que la bile normale renferme 10 gr. de sels biliaires pour 0g40 de cholestérine par litre, ce rapport se modifie dans le sérum d'un ictérique en de telles proportions que le taux de la cholestérine sanguine peut monter jusqu'à 5 et 6 gr. pour une cholémie saline très souvent inférieure à 0g10 par litre.

Dans les *ictères d'origine hémolytique*, on observe également une dissociation des états cholémiques, mais ici c'est la cholémie pigmentaire qui est accrue, alors que le taux de la cholestérinémie reste le même qu'à l'état physiologique (Chauffard, Laroche et Grigaut). Bien que cette substance entre pour une large part dans la constitution chimique du globule rouge, il ne semble pas que la destruction exagérée des hématies entraîne son accumulation dans le plasma sanguin.

Chez les malades atteints de *cirrhose du foie*, « la cholestérinémie reste normale, qu'il s'agisse de cirrhose de Hanot ou de cirrhose de Laënnec » (Grigaut). Cette loi n'est peut-être pas sans exceptions, car dernièrement, dans une cirrhose biliaire où la cholémie pigmentaire était voisine de 1 pour 25.000 et la tension superficielle urinaire de 900, l'analyse chimique nous a révélé une cholestérinémie de 3 gr. p. 1000. Il est vrai que notre malade

(1) Travaux d'ensemble : *Les Lipoïdes en pathologie*. CHAUFFARD, LAROCHE et GRIGAUT. — LINOSSIER, Rapports au *XIVe Congrès de méd.*, Bruxelles, mai 1920.

présentait un xanthelasma des paupières particulièrement accusé et que, deux ans avant, elle avait subi l'opération de la splénectomie.

La *lithiase biliaire* mérite de nous arrêter davantage, car c'est à son propos que les relations de la cholestérine et des acides biliaires ont été mises en discussion pour la première fois. En exposant sa théorie humorale, Bouchard faisait valoir l'argument suivant : la cholestérine, qui figure dans la bile en solution très instable, se précipite dans deux conditions : lorsque son taux de sécrétion s'élève à 2 ou 3 gr. par jour, ou bien encore lorsque diminue la quantité d'acides gras ou de sels biliaires alcalins qui sont nécessaires à sa solution.

Quel est le métabolisme des acides biliaires au cours de la lithiase ? Ce n'est pas avec les techniques actuellement en usage que l'on est en mesure de répondre à cette question. En ce qui concerne la cholestérine, nous savons que le taux de cette substance est d'ordinaire élevé dans le sérum des lithiasiques; M. Chauffard a longuement insisté sur cette notion, qui présente un très gros intérêt pathogénique et qui, d'autre part, peut fournir le cas échéant un précieux élément de diagnostic différentiel.

Le *diabète*, quelle que soit sa forme, ne semble pas entraîner de cholestérinémie accusée (Grigaut, Apert, Péchery et Rouillard). Cependant, ici encore, nous devons signaler des exceptions possibles. Chez une malade que nous avons observée avec MM. Gilbert et Saint Girons, la cholestérinémie atteignait la veille du coma terminal le chiffre particulièrement élevé de 4g68 p. 1000. Fait curieux, les téguments étaient le siège d'une véritable éruption de cholestérine, affectant la forme d'un xanthome tubéreux disséminé. Répartie à la périphérie des follicules pileux et dans la lumière des glandes sébacées, cette substance lipoïdique atteignait la proportion de 11g43 p. 1000 dans les nodules cutanés. Le foie en renfermait 6g49 (normalement 3g10) et la bile 4g63 p. 1000.

*
* *

Ces données biologiques nous laissent entrevoir le rôle considérable du foie et des voies biliaires dans le cycle de la cholestérinémie. Disons-le tout de suite, ce rôle est loin d'être exclusif. La glande hépatique ne représentant que l'un des nombreux facteurs qui apparaissent à l'analyse de ce vaste problème.

Son intervention ne saurait faire oublier notamment la part primordiale qui revient à l'*alimentation*, un repas riche en lipoïdes, ou plus simplement en graisses, étant suivi d'une élévation sensible de la cholestérine dans le sérum sanguin.

La place de la glande hépatique semble aux côtés de ces *organes régulateurs* qui emmagasinent les lipoïdes à titre de réserves, pour les répartir ensuite dans l'organisme, sinon pour les détruire ou les éliminer. Il faudrait citer ici les *corps jaunes*, centres de sécrétion temporaire; les *surrénales*, source permanente de cholestérine, dont l'importance, bien mise en lumière par l'Ecole française, se révèle dans le mal de Bright et dans l'hypertension.

Au cours de ces dernières années, l'*intervention de la rate* a été à l'ordre du jour, MM. Abelous et Soula ayant montré que le sang veineux de cet organe renfermait une plus forte proportion de cholestérine que son sang artériel. Il suffirait d'introduire quelques gouttes d'acide chlorhydrique dans le duodénum pour réaliser une hypercholestérinémie passagère d'origine splénique. Dans quelle mesure est-on en droit de rapprocher cette nouvelle fonction de la rate de son rôle érythrolytique? Toute conclusion à cet égard serait prématurée. Nous avons dit précédemment que, malgré la splénectomie, l'une de nos malades atteinte de cirrhose biliaire avait vu son affection hépatique évoluer et même se compliquer deux ans plus tard d'un xanthélasma et d'une hypercholestérinémie. C'est là un fait clinique assez curieux que nous nous bornons à signaler.

Entre tous les organes régulateurs de la cholestérine, le *foie* mérite d'autant mieux de retenir notre attention qu'on est conduit à envisager à son propos les rapports réciproques de la cholémie saline et de la cholestérinémie.

La plupart des auteurs qui ont abordé ce problème semblent l'avoir résolu en accordant à la glande hépatique un *simple rôle d'élimination, sinon de destruction*. Flint pensait que la cholestérine, élaborée en grande partie par la désassimilation du cerveau et des nerfs, était séparée du sang par le foie pour être déversée avec la bile dans l'intestin. A la vérité, le chiffre de cholestérine que renferme la bile normale (0g40 p. 1.000) est beaucoup moins élevé que celui de cette substance dans le plasma sanguin (1g60). Le foie n'élimine pas la cholestérine comme le rein excrète l'urée ou les chlorures; « loin de la concentrer, il l'élimine en la détruisant » (Grigaut). Et tout naturellement une question se pose : que deviennent les produits de destruction de la cholestérine ? On a répondu qu'ils étaient représentés par les sels biliaires. Pour le démontrer, les chimistes ont fait valoir le lien de parenté qu'établit entre ces éléments le noyau cholalique (voir origine des sels biliaires); de leur côté, les expérimentateurs se sont ingéniés à réaliser sur l'animal la formation des sels biliaires en partant des lipoïdes et de la cholestérine. Cylharz, Fuchs et von Furth ont été des premiers à constater que l'ingestion de cette dernière substance entraînait un accroissement du taux des acides biliaires qu'élimine le canal cholédoque. Goodmann est un peu moins affirmatif; il nourrit des chiens avec des biscuits azotés qu'il additionne de sang laqué, de blanc d'œuf, de cervelle de veau, et il constate lui aussi que la bile excrétée renferme une quantité anormale d'acide cholalique; mais il fait remarquer que, dans ses expériences, ce sont les albuminoïdes plus encore que les lipoïdes qui ont exercé une action excitatrice sur la sécrétion de la bile.

Chez l'homme, Grigaut a pu doser la quantité de cholestérine qui s'écoulait d'une fistule du cholédoque, au déclin d'un grand ictère par rétention. Il a été surpris de constater « une disproportion manifeste entre l'énorme quantité de cholestérine qui disparaît de l'organisme et la faible proportion qui apparaît dans la bile. Tout porte à croire, dit-il, que la cholestérine éliminée par le foie apparaît dans la bile en majeure partie sous forme d'un produit de transformation. »

Voilà toute une série de données, fort intéressantes, qui permettent peut-être d'édifier en clinique la conception de la *cholestérinémie par insuffisance hépatique*. D'après M. Chauffard et ses élèves, ce serait en manquant à sa tâche d'organe destructeur de la cholestérine que le foie engendrerait la lithiase biliaire, de même que son insuffisance dans la destruction de l'acide urique serait à l'origine de la

goutte. D'autre part, la diminution de l'acide cholalique étant le corollaire nécessaire de cette insuffisance, on comprendrait pourquoi durant l'évolution des ictères le chiffre des sels biliaires élaborés vient à tomber à quelques décigrammes. Une seule et même cause serait à l'origine de ces états connexes : le défaut d'élimination de cholestérine par le foie.

Malheureusement, toutes les expériences ne cadrent pas avec cette conception très séduisante. D'Amato, qui a repris les recherches de Goodmann, constate lui aussi une augmentation des acides biliaires, mais si faible, dit-il, qu'elle reste dans les limites des causes d'erreur imputables aux techniques et aux variations physiologiques.

Dans une série d'expériences fort bien conduites, Foster, Hooper et Whipple ont été plus catégoriques encore ; la cholestérine ingérée à la dose de 3 et 4 gr., avec ou sans addition de taurine, leur a paru sans effets sur l'élimination biliaire de l'acide taurocholique ; même constatation avec le sang laqué pris par la bouche ou injecté dans les veines. En présence de ces résultats contradictoires, il serait donc prématuré de conclure que les sels biliaires ont pour unique origine la transformation de la cholestérine excrétée par le foie.

Mais le foie borne-t-il son rôle à fixer et à éliminer les lipoïdes ? N'engendre-t-il la cholestérinémie que lorsqu'il manque à sa tâche d'organe excréteur ? Il serait bien exclusif de l'affirmer. Voici longtemps que les physiologistes reconnaissent à la glande hépatique le pouvoir d'intervenir dans l'élaboration des graisses et certaines données d'ordre biologique ne semblent pas en désaccord avec cette notion (1). Chez la malade atteinte de xanthome diabétique, que nous avons observée avec MM. Gilbert et Saint Girons, la glande hépatique renfermait 6g49 p. 1.000 et la rate 6g27 p. 1.000 de cholestérine (normalement : 3g10 et 4 gr.), alors que dans la surrénale le taux de cette substance ne dépassait pas 4g30 (normalement : 20 gr. p. 1.000). Réserves faites sur les causes d'erreur imputables à l'autolyse, on ne peut s'empêcher de souligner ce contraste.

En discutant l'origine des sels biliaires, nous avons indiqué les liens qui rattachaient la fonction glycogénique du foie à l'élaboration des acides glyco-taurocholiques. N'existe-t-il pas des relations comparables entre la formation de la cholestérine et le diabète par hyperhépatie ? Nous ne pouvons que poser la question ; mais du moment que l'on accorde au foie un rôle actif dans les synthèses de l'acide cholalique qui doivent aboutir à la constitution des sels biliaires, *il n'est aucun motif pour refuser à cet organe de participer, le cas échéant, à la genèse de la cholestérine*, cet autre groupement chimique où l'acide cholalique entre pour une si large part.

*
* *

Au terme de cette étude sur les grands syndromes qui sont à la base des ictères, nous pouvons mesurer le chemin parcouru depuis l'époque déjà lointaine où les recherches biologiques, jusqu'alors cantonnées dans le simple examen des urines, se sont orientées vers l'analyse du sang. La notion de « la cholémie » a été féconde. Nous lui devons la connaissance de ces états humoraux, cholémie pigmentaire, cholémie saline, cholestérinémie, que l'on a décrits dans ces dernières années comme autant de manifestations bien distinctes, et qu'il était légitime de « dissocier » pour la compréhension et l'exposé des faits.

Mais cette dissociation semblerait bien factice s'il ne fallait voir en elle qu'un simple morcellement didactique. L'étude des états cholémiques doit aboutir en dernier ressort à une conclusion séméiologique, et c'est précisément dans la parenté d'origine de ces trois syndromes que cette conclusion apparaît. Que l'on envisage les phénomènes de rétention dont l'émonctoire hépatique peut être rendu responsable, que l'on aborde les controverses du problème de la biligénie, c'est, en définitive, au même point de départ que doit remonter l'étude des états cholémiques, c'est à l'activité fonctionnelle d'un même élément glandulaire, la cellule du foie.

(1) Pour l'étayer, on ne peut faire appel aux documents histologiques. Nous savons, par les recherches d'Altmann et surtout de Launoy, que la cellule hépatique renferme des lipoïdes à l'état figuré ou diffus ; nous savons également que les mêmes substances peuvent apparaître dans l'épithélium des voies biliaires (Naunyn, Policard, Laroche et Grigaut), mais faut-il voir, dans ces faits, l'indice d'une sécrétion ou la preuve d'une résorption ? le problème reste en suspens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 MARS 1921)

Sur quelques différences sexuelles dans le squelette des membres supérieurs. — M. A.-A. MENDÈS-CORRÊA.

Propriétés physiologiques des acides nucléiques des ganglions lymphatiques et du thymus. Conditions pour obtenir un acide thymo-nucléique très actif dans le sang. — M. DOYON.

Rôle du lapin domestique dans l'attraction et la nutrition d'Anopheles maculipennis. — MM. LEGENDRE et OLIVEAU. M. Legendre a déjà signalé le rôle de protection exercé à l'égard de l'homme par certains animaux domestiques sur lesquels les anophélines aiment à se nourrir. Il montre aujourd'hui que dans le Var où l'élevage du lapin est très développé, l'anophèle, en hiver, ne pique pas l'homme, à l'écart duquel il se tient. Il se nourrit presque uniquement sur le lapin. Pour les pays d'Europe où l'*A. maculipennis* est très commun, la protection par le lapin est d'un grand intérêt. En outre, la ségrégation hivernale de cet insecte dans les lapinières, où il se tient surtout au plafond, rend sa destruction aisée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1921)

Les dangers du radium. — Dans la dernière séance (voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, no 26, p. 409), M. Bordier avait attiré l'attention sur des cas d'anémie grave déterminés par les émanations du radium, M. TUFFIER, dans cette séance, signale un autre danger qui a été observé dans certains instituts américains. Les émanations de radium chez les femmes qui y sont exposées auraient pour effet de provoquer une insuffisance ovarienne et une ménopause précoce. Il y aurait donc lieu de changer souvent le personnel féminin, afin qu'il reste le moins longtemps possible exposé à ces émanations.

— M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de M. Ch. Monod et, en signe de deuil, lève la séance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 MARS 1921)

Azotémie, constante d'Ambard et tuberculose pulmonaire. — M. Mathieu-Pierre WEIL. Dans l'étude de l'azotémie et de la constante d'Ambard chez les tuberculeux pulmonaires, il importe de distinguer les formes fibreuses et les

formes caséeuses. Chez les tuberculeux fibreux, l'azotémie et le coefficient d'Ambard sont fréquemment exagérés du fait de la coexistence d'un certain degré de sclérose rénale que mesurent ces épreuves. Dans les formes caséeuses, azotémie et constante peuvent être normales, diminuées ou exagérées, cette dernière variété étant la plus fréquente. Leur état normal peut s'observer même chez des tuberculeux avancés. Leur abaissement se rencontre à tous degrés de la maladie, mais surtout dans les formes avancées. Leur exagération appartient surtout aux formes évolutives : dans les poussées évolutives, l'azotémie et la constante évoluent de manière cyclique comme au cours de maladies infectieuses aiguës. L'élévation de l'azotémie et de la constante peut être liée à une lésion du rein, mais paraît le plus souvent d'ordre fonctionnel; leur abaissement est lié à un état également fonctionnel d'hypersécrétion rénale.

Nouvel appareil de pneumographie. — M. H. Dorlencourt donne la description d'un pneumographe basé sur les variations de pression que subit du fait de chaque ampliation thoracique, l'air contenu dans un manchon circulaire entourant le thorax.

L'appareil permet d'inscrire la résultante totale de l'ampliation thoracique ou séparément et simultanément les mouvements de chaque hémithorax.

Action antianaphylactique des eaux minérales (Vichy). — MM. F. Arloing (de Lyon) et P. Vauthey (de Vichy). La solution de bicarbonate de soude à 5 p. 1.000, l'eau de Vichy-Hôpital et de Vichy-Grande-Grille, injectées quotidiennement sous la peau du cobaye pendant un certain temps, sont capables d'atténuer ou de supprimer un choc anaphylactique sérique déchaîné par injection sous-arachnoïdienne. Les doses faibles (2 cmc. par jour) n'ont aucune action désanaphylactisante; les doses de 3 et de 4 cmc. donnent des résultats évidents. La durée du traitement par injections est également un facteur important; 10 jours sont le plus souvent insuffisants; 20 jours semblent nécessaires pour que se manifeste l'action désanaphylactisante.

La solution bicarbonatée à 5 p. 1.000 atténue notablement le choc anaphylactique, mais ne le supprime pas. L'eau de Vichy-Hôpital et celle de Vichy-Grande-Grille ont une action beaucoup plus marquée; à doses suffisantes (3 et 4 cmc. par jour) et suffisamment prolongées (20 jours), elles atténuent considérablement et même suppriment les accidents anaphylactiques. Ces effets désanaphylactisants ont été obtenus avec des eaux de Vichy transportées, et injectées 24 heures après leur prélèvement au griffon.

Après les injections hypodermiques prolongées de cette solution alcaline et d'eaux de Vichy, la tension superficielle de sérum sanguin du cobaye présente, comme chez le témoin, des variations irrégulières. Par contre, sa viscosité est nettement augmentée après les injections de solution bicarbonatée à 5 p. 1.000 et cette augmentation est plus forte encore après Vichy-Grande-Grille et surtout après Vichy-Hôpital.

Disposition colloïdale particulière aux sérums syphilitiques et aux sérums dits anticomplémentaires. — M. Ed. Peyre, par le simple examen ultramicroscopique direct apprécie l'aspect colloïdal particulier qui caractérise les sérums reconnus syphilitiques ou anticomplémentaires : inégalité de grosseur et de mobilité des grains, agglutination, dans certains cas même, aspect typique de la floculation micellaire décrite par Kopaselswki. Les sérums négatifs ayant tous des suspensions homogènes à petits grains égaux et mobiles.

Cet auteur insiste sur le fait que cette disposition n'est pas l'apanage des sérums syphilitiques, mais appartient également à tous les sérums anticomplémentaires, d'où qu'ils émanent (choc colloïdal, anaphylactique, etc.)

Recherches expérimentales sur le virus de l'encéphalite léthargique. — MM. C. Levaditi, P. Harvier et F. Nicolau. La période d'incubation de la maladie expérimentale chez le lapin se caractérise par la fièvre, la leucocytose avec polynucléose, la diminution de la résistance globulaire, la marche rapide du virus le long des nerfs vers le cerveau.

Un animal inoculé avec le virus par scarification cornéenne, contracte l'encéphalite, même lorsqu'on lui extirpe l'œil, 24 heures après la scarification.

Le virus a une affinité marquée pour les cellules nerveuses.

Certaines des cellules renferment dans leur noyau des « neurocorpuscules encéphalitiques », tout à fait comparables aux corpuscules de Negri.

On sait que le virus de l'encéphalite inoculé sur la cornée détermine une kératite intense suivie d'encéphalite. Par contre, le virus rabique inoculé de la même manière, donne la rage au lapin sans que ce virus engendre la moindre kératite.

Les propriétés neutralisantes du sérum des convalescents d'encéphalite apparaissent nettement lorsqu'on utilise pour les mettre en évidence, la voie intraoculaire et surtout la voie cornéenne.

Les animaux inoculés sur la cornée avec un mélange virus-sérum de convalescent ne présentent aucune kératite et survivent, contrairement à ceux inoculés avec un mélange virus-sérum normal (kératodiagnostic).

Le sérum d'un mouton préparé par des injections sous-cutanées d'émulsions cérébrales virulentes présente des propriétés neutralisantes à l'égard du virus, in vitro.

Les anesthésiques (chloroforme, éther, chloral) exagèrent manifestement le pouvoir pathogène du virus inoculé par voie cérébrale.

Le virus est actif, dilué au 1.000e avec de l'eau salée; se conserve 3 mois dans du lait à la température de la chambre, et ne paraît pas être diffusible.

Sur le bacille de Morgan. — MM. A. Besson et de Lavergne complètent l'étude du bacille de Morgan par la recherche des réactions d'agglutination et de déviation du complément dans les sérums expérimentaux et de malades.

Les différentes souches du B. de Morgan ne sont pas agglutinées à un taux égal par un sérum correspondant. Les sérums préparés avec les espèces voisines n'exercent aucune action agglutinante spécifique sur le B. de Morgan. Mais l'existence de coagglutinines dans le sérum d'animaux préparés avec le B. d'Aertryck et de Castellani, montre que le B. de Morgan doit prendre place dans la famille des Salmonelloses.

Polygraphe clinique à enregistreur optique. — M. Lutembacher.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TOUR DE DÉPART DES TECHNICIENS

M. Vincent Auriol, député, demande à M. le ministre de la Guerre si les médecins sous-aides-majors (médecins, pharmaciens, dentistes, auxiliaires rengagés comme sergents en vertu de la circulaire n° 15.352 du 24 juillet 1920) doivent être considérés comme techniciens, être employés à ce titre, et, comme conséquence, avoir un tour de départ spécial pour les théâtres des opérations extérieures, ou bien s'ils doivent être considérés en tous points comme sergents et figurer sur les listes normales de départ des sous-officiers ce qui, d'ailleurs, paraît peu rationnel au point de vue de l'utilisation des compétences, et vu aussi les conditions anormales dans lesquelles ils ont obtenu leur nouveau grade sans suivre l'échelle hiérarchique. (*Question du 19 février 1921.*)

2e *réponse.* — Les médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires qui, pour rester dans les cadres de la législation en vigueur ont dû rengager comme sergents infirmiers, sont astreints à toutes les obligations de cette catégorie de sous-officiers et, comme les autres sergents rengagés des sections d'infirmiers militaires, quelles que soient leurs fonctions, ils doivent être portés sur les listes communes de tour de départ pour les théâtres des opérations extérieures. La circulaire n° 15.352-A 3/7, du 24 juillet 1920, concernant les intéressés, a spécifié, en effet, que les rengagements comme sergent infirmier — et non comme sergent médecin, pharmacien ou dentiste — ne pouvaient être contractés qu'au titre du service général et qu'ils devaient entrer en ligne de compte dans la fixation des effectifs des sous-officiers rengagés des sections d'infirmiers, telle qu'elle ressort au tableau 3 annexé à la loi des cadres du 15 avril 1914. (*J. O.*, 23 mars 1921.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Guillemot, Papillon, Weil (Emile), Comte, Bensaude, Marfan, Claisse qui ont accepté; Rathery, Widal, Jeanselme, Crouzon, Guillain, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 6 avril publie une circulaire de 35 colonnes, relative à l'admission à l'Ecole du service de santé.

L'inscription des candidats devra se faire dans les préfectures des départements à la date du 1er juin 1921. La liste sera close le 25 juin.

Ne sont admis à se faire inscrire que les candidats qui, s'ils sont civils, font leurs études médicales dans le département, ou, s'ils sont militaires, tiennent garnison dans le département et qui, d'autre part, rempliront toutes les conditions exigées.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1921 est fixé :

A 200 pour les étudiants en médecine;

A 15 pour les étudiants en pharmacie.

La rentrée à l'école du service de santé militaire aura lieu le 24 octobre 1921.

LES CROIX DU CENTENAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 6 avril publie la loi accordant un contingent exceptionnel de promotions dans l'ordre de la Légion d'honneur à l'occasion du centenaire de l'Académie. Il est attribué à cette occasion au ministère de l'Instruction publique, 3 croix de commandeur, 10 d'officier, 6 de chevalier.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Deux assemblées générales de 1921 auront lieu le dimanche 17 avril à 2 heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : 1° Assemblée générale extraordinaire : acquisition éventuelle d'un immeuble, addition aux statuts généraux d'articles relatifs au service des retraites de droit; 2° assemblée générale annuelle.

A 7 h. 1/2 du soir, banquet au Palais d'Orsay.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES HOPITAUX DE PARIS. — L'assemblée générale aura lieu le samedi 23 avril 1921 à 16 h. 1/2 à l'amphithéâtre Trousseau de l'Hôtel-Dieu.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE (28, rue Serpente, Paris (VIe). — Le syndicat a adressé le 4 avril 1921, la circulaire suivante à tous les médecins du département :

« Mon cher confrère,

Vous avez reçu, ou allez recevoir, de la Direction des affaires départementales de la Seine, une invitation à vous rendre d'urgence, 44, quai des Orfèvres, en vue de la liquidation de vos honoraires pour soins donnés aux réformés de guerre.

Ce service vous offrira de régler vos honoraires au taux de :

10 francs la visite.

8 francs la consultation.

Or, le Préfet de la Seine, par lettre n° 7498, du 13 octobre 1920, a offert au Syndicat des médecins de la Seine qui l'a accepté, de payer les soins aux réformés de guerre au taux de :

10 francs la visite.

9 francs la consultation.

Une instance est dès aujourd'hui introduite par le Syndicat devant le Tribunal départemental des pensions; la sentence doit obligatoirement être rendue avant un mois.

La lutte que nous soutenons actuellement n'est que le prélude de celle qui va se livrer à propos de la loi Assistance-Invalidité-Maladie, lutte qui mettra en péril grave l'indépendance et la dignité de la profession médicale.

Par solidarité pour les médecins de Province, beaucoup plus lésés que nous par le tarif Maginot, et parce que ce tarif est la première taxation d'Etat des honoraires médicaux, taxation que nous ne devons pas accepter sous peine d'être contraints de subir les taxations ultérieures qui nous mena-

cent, nous vous prions très instamment, syndiqué ou non, de ne pas accepter le règlement de vos honoraires avant que de nouvelles directives ne vous soient données : ces directives vous seront adressées dans un délai maximum de deux mois. »

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents ;

2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie ;

3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au Dr Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du prof. Henry Duret, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, doyen honoraire de la Faculté de médecine de l'Université libre de Lille, membre associé de l'Académie de médecine.

CONGRÈS

SECOND CONGRÈS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE
PARIS (1er-5 JUILLET 1921).

Sous le haut patronage du ministre de l'Instruction publique et sur l'initiative de la Société française d'histoire de la médecine, ce Congrès, présidé par les prof. Jeanselme et Ménétrier, s'ouvrira le vendredi 1er juillet, à la Faculté de médecine, à 9 h., par l'inauguration du musée d'histoire de la médecine.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR. — I. *Etudes historiques sur les hôpitaux et l'Assistance publique en tous pays.*

II. *Documents permettant de calculer la ration alimentaire de l'homme dans l'antiquité et au Moyen âge.*

III. *Etude et identification des grandes épidémies historiques.*

IV. *Le rôle des pharmaciens dans le développement de la biologie.*

V. *Histoire des officines.*

VI. *Documents sur les épizooties.*

VII. *L'alimentation des animaux dans l'antiquité et au Moyen âge.*

Vendredi 1er juillet : Matin, séance d'ouverture présidée par le ministre ; — Après-midi, séance de communications.

Samedi 2 juillet : Matin, séance de communications ; — Après-midi, conférences-promenades à Saint-Louis ; la pharmacie des hôpitaux ; la Maternité ; la Salpêtrière. Goûter à la Salpêtrière.

Dimanche 3 juillet : Matin, séance de communications ; — A 12 h. 30, excursion à Saint-Germain, visite du musée, de la pharmacie et de la Malmaison. Soirée au théâtre du Gymnase.

Lundi 4 juillet : Matin, séance de communications ; — Après-midi, conférences-promenades à la Bibliothèque nationale, le Louvre, le musée Carnavalet.

Mardi 5 juillet : Matin, séance de communications ; — Après-midi, séance plénière de clôture. Réception à l'Hôtel-de-Ville. Visite facultative du vieux Paris médical.

L'exposition rétrospective médicale reçoit dès à présent les objets : manuscrits, livres, gravures, peintures, figurines, statuettes, instruments de chirurgie, d'obstétrique, de médecine, ayant une valeur historique ; médailles, jetons de collèges médicaux, bocaux de pharmacie, mortiers, etc.

S'adresser au Dr Laignel-Lavastine, secrétaire général, 12 *bis*, place de Laborde (VIIIe). Téléph. Wagram 21-8.

Prière d'envoyer les adhésions et les titres des communications à M. Fosseyeux, 3, avenue Victoria, ainsi que les cotisations de 40 fr. pour les membres actifs et 100 fr. pour les membres donateurs.

La cotisation des parents des membres actifs ou membres adhérents est de 20 fr.

LIVRES NOUVEAUX

L'Histoire éclairée par la clinique (1), par le Dr CABANÈS.

Après avoir consacré de longues années à rechercher dans l'histoire tout ce qui a trait à la pathologie, M. Cabanès, avec son esprit critique si averti, est arrivé à dégager de tous ces faits épars une nouvelle manière d'envisager l'histoire. *L'Histoire éclairée par la clinique* n'est pas seulement la synthèse de l'œuvre considérable de notre éminent confrère, c'est une méthode nouvelle qui jette un jour singulier sur bien des faits demeurés obscurs jusqu'ici.

En lisant ce livre, on demeure rempli d'admiration pour l'œuvre de Cabanès. On se rend mieux compte que ses ouvrages, classiques maintenant, *Le Cabinet secret de l'histoire*, *Les Indiscrétions de l'histoire*, *Les Mœurs intimes du passé*, ne sont pas seulement des recueils d'anecdotes aimables ou piquantes, ce sont, si j'ose ainsi dire, autant de fenêtres ouvertes sur le passé. Grâce à la méthode de Cabanès, on peut en tirer des conclusions qui échappent à l'historien s'il n'est pas en même temps un homme de science.

« L'esprit scientifique, sous ses formes multiples et par ses méthodes diverses, a écrit Berthelot à propos du *Cabinet secret de l'histoire*, étend son domaine dans tous les ordres... en histoire, notamment, il fournit des contrôles et introduit des intelligences inattendues. Les moins intéressantes ne sont pas celles qu'apportent les sciences médicales. »

Le livre de M. Cabanès en est une preuve nouvelle. Il remportera un succès très justifié. L. G.

Eléments de pathologie générale (2), par P.-E. MICHELEAU.

Les *Eléments de pathologie générale* du prof. E. Micheleau sont un livre simple, clair et précis. L'auteur a essayé non point de faire une énumération complète de théories, mais un exposé de faits bien établis, paraissant bien établis, tout au moins.

Etre, c'est lutter, a écrit Darwin, avec trop de succès peut-être. La matière vivante dont l'adaptation aux agents extérieurs constitue l'état de santé, la non-adaptation, l'état de maladie, ne vit que parce qu'elle est animée d'un principe vital, immatériel, particulier à chaque être, principe qui fait l'individualité de chacun de nous à l'état de santé comme à l'état de maladie.

L'auteur est donc nettement spiritualiste et vitaliste. Cette tendance philosophique ne peut manquer d'intéresser le corps médical à tous ses degrés, en dehors des étudiants de première année pour lesquels ce livre a été plus particulièrement écrit.

« Nous voudrions, dit l'auteur, que chacun de nos chapitres fît rechercher par le lecteur des explications supplémentaires, comme nos élèves nous donnèrent souvent la joie de nous en demander à la fin de nos leçons. Le plus sûr moyen de s'instruire est de réfléchir : la mémoire meuble l'esprit, elle ne saurait suffire à le former.

Le lecteur réfléchira après chaque lecture. Il réfléchira d'autant plus aisément que sa lecture aura été plus aisée, plus attrayante même, comme nous pensons que le sera pour beaucoup celle des *Eléments de pathologie générale*. »

L. G.

(1) In-8 de 320 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Albin Michel.

(2) In-8 carré de 500 pages. — Prix : broché, 16 fr. ; cartonné toile, 19 fr. — Paris, Gaston Doin.

LA REPOPULATION DE LA FRANCE

Par W. W. KEEN, M.D, L.L.D.,
Professeur émérite de chirurgie au Collège médical Jefferson, à Philadelphie,
Président du Ve Congrès international de chirurgie, tenu à Paris en juillet 1920.

C'est pour moi un plaisir de répondre à la demande que m'a faite M. Le Sourd (1) d'envoyer une communication au sujet du problème compliqué de la repopulation de la France. Je ne suis pas homme de loi et n'aborde pas la question autrement que ne le ferait un homme, d'une intelligence ordinaire, pourvu d'un sens profond de ce qui, en morale et en religion, est bien et est mal. Il me faut vous demander de vouloir bien être indulgents, au cas où je ne réussirais pas à interpréter correctement l'attitude mentale et morale de la nation française. Je me sens mieux chez moi, dans une salle d'opération qu'à une tribune. Ce que je dirai me semble le point de vue du bon sens en face du problème.

Les conditions résultant de la grande guerre sont, en tous points, exceptionnelles. Les conditions qui, en temps ordinaire, conserveraient le plus strictement la pureté de la famille et la moralité de la nation doivent être prises en considération avec le plus grand soin. Mais, nous devons rappeler ici que la prospérité future de l'état, plus encore, l'existence elle-même de la France vis-à-vis de l'Allemagne, sont en jeu.

La nation voudra-t-elle mettre en péril son existence en adhérant, bon gré mal gré, à ce qui serait bon en temps ordinaire, ou bien le bon sens régnera-t-il ? bien entendu seulement pour l'avenir immédiat.

Il me paraît qu'il y a deux lois françaises à ce sujet, une relative à la légitimation de certains enfants, l'autre donnant aux mères de ces enfants le statut des épouses légales et le droit de porter le nom du père de leurs enfants. Un résultat de la soudaineté de l'agression allemande contre la France, a été (c'est ainsi que je vois la situation) d'empêcher un grand nombre de jeunes gens désireux de se marier, de pouvoir remplir les formalités légales antérieures au mariage, et de rendre ainsi leur union légalement valide. Leurs enfants, en conséquence, se trouvaient nés hors mariage au point de vue légal. Un très grand nombre de pères de ces enfants ont trouvé la mort sur les champs de bataille, avant qu'aucune démarche puisse être effectuée pour légitimer leurs enfants. Cette loi relative aux enfants est, m'a-t-on dit, déjà appliquée. En ce qui me concerne, je l'approuve entièrement, étant bien entendu que c'est une loi toute exceptionnelle imposée à la France, par les circonstances absolument exceptionnelles qui ont accompagné le début de la guerre. C'est ainsi que je juge cette première loi.

En ce qui concerne la seconde (qui était une proposition de loi et a peut-être été votée depuis), il me semble qu'il serait une monstrueuse injustice de légitimer les enfants nés de tels mariages, et de laisser les mères privées de leurs droits de femmes et de mères réelles et légitimes.

Cependant, si on adoptait cette solution (1), il y aurait un grand danger qu'il ne faut pas perdre de vue et qu'il faut prévenir. Dans l'intérêt de la moralité permanente, la France doit, avec le plus grand soin, restreindre cette légitimation des enfants et des mères, aux cas mêmes dus à la guerre, et rejeter entièrement cette amnistie de l'illégitimité dans la vie civile ordinaire. Les terribles et tout exceptionnelles circonstances, imposées par l'Allemagne à la France, justifient, à mes yeux, des remèdes exceptionnels.

L'Allemagne n'a reconnu aucune loi, humaine ou divine, dans ses méthodes monstrueuses et barbares de mener la guerre. Elle n'a épargné ni l'âge ni le sexe, elle a violé sa parole solennellement donnée aux règlements charitables de la Croix-Rouge, à laquelle elle avait, à plusieurs reprises, adhéré dans la forme, mais en fait, elle a déchiré ces règlements comme des chiffons de papier, lorsqu'ils l'ont gênée. Elle s'est placée elle-même en dehors du giron de l'humanité.

Jamais il n'a existé, auparavant, des circonstances aussi effroyables. Jamais la race humaine n'avait été obligée de voir qu'il fallait que la civilisation élevât une barrière contre l'Allemagne, barrière qui préviendrait une autre agression contre l'humanité. Il faut une France forte à la frontière de la Liberté et du Droit. Pour faire la France forte et vigoureuse, *il faut* qu'elle soit repeuplée. Sur ce terrain absolument exceptionnel, je crois que les deux lois en question sont nécessaires et justes.

En temps ordinaire, la situation d'un enfant illégitime est déplorable. Ce n'est pas sa faute s'il est entré dans la vie affreusement diminué. Le blâme retombe sur ses parents (et de beaucoup le plus souvent sur son père). Et cependant pour le monde, la mère et l'enfant portent tout le poids de la faute. Le père, principal coupable devrait, par la perte de sa situation sociale, devenir la principale victime. Mais la société n'est pas basée actuellement sur l'équité. Un des points sur lesquels j'ai insisté, en juillet dernier, au Congrès international de chirurgie, à Paris, aiderait beaucoup à remédier à ce mal. Il devrait y avoir, je dis plus, *il doit y avoir une règle uniforme pour la pureté,* savoir : le mari devrait se présenter à l'autel aussi pur que l'est sa fiancée. Il l'exige d'elle ; elle et ses parents devraient l'exiger de lui.

La repopulation de la France est pour elle la plus grave question qui se présente aujourd'hui devant cette nation. Je ne suis pas spécialiste en économie politique, et particulièrement, je ne suis pas familiarisé avec les questions de génération, sauf d'une façon générale ; j'ai demandé à mon ami, le Dr Edward G. Conklin, le professeur distingué de zoologie à l'Université de Princeton, de me prêter l'assistance de ses études : il jouit d'une réputation de premier ordre pour ses études sur le développement et l'hérédité de l'embryon. Il a l'obligeance de me permettre de vous citer sa lettre en ce qui concerne : 1° la repopulation de la France ; 2° la télégonie, et ce sont deux questions qu'il possède admirablement.

« En ce qui concerne la repopulation de la France,

(1) Au mois de juillet dernier, au cours d'une conversation, M. le professeur W. W. Keen se montra très vivement préoccupé de la question de la repopulation de la France. Nous lui demandâmes alors de bien vouloir faire connaître aux médecins français son opinion sur cette question si angoissante pour l'avenir de la nation. Voici l'article qu'il nous adresse. Bien que retardé pour diverses raisons, il demeure toujours d'actualité, surtout au moment où le Parlement se préoccupe de l'aide aux familles nombreuses. Nous sommes certains que l'opinion du grand ami de la France qu'est M. le professeur W. W. Keen intéressera vivement tous nos confrères. (*N. D. L. R.*)

(1) Ne pas priver les mères.

je dois dire qu'il me paraît que ce problème est extrêmement complexe et difficile. Une des raisons pour lesquelles la population ne s'accroît pas dans bien des pays du monde, et spécialement parmi les classes les plus intelligentes et les plus élevées, est que les enfants sont devenus une charge plutôt qu'une aide pour leurs parents comme ils l'étaient autrefois (1). Tout notre système économique est construit de telle façon qu'il pèse plus lourdement sur ceux qui ont les plus grandes familles, et quelque chose doit être fait pour remédier à cette situation, à moins que nous ne voulions ne laisser sur la terre que les éléments les moins désirables et les moins intelligents de l'humanité. »

« Une méthode par laquelle ce problème pourrait être abordé serait que les gouvernements reconnussent que ceux qui supportent une famille rendent le plus grand service à l'Etat. Ceux-ci (les pères et mères de famille) devraient être soulagés de beaucoup des charges qu'ils supportent, et, si possible, récompensés d'une manière quelconque pour contribuer au maintien de l'Etat. Des soulagements et des récompenses ont été accordés autrefois dans ce sens sous des gouvernements militaires et des empires, comme, par exemple, sous Napoléon Ier ; ils ont été également accordés dans des pays tout démocratiques, comme la Nouvelle-Zélande et l'Australie, où il existe des primes pour les nouveau-nés. Je ne peux pas vous dire quel succès ont eu ces libéralités. Lorsque, en 1914, j'ai été en Nouvelle-Zélande et en Australie, les gens avec lesquels j'ai causé étaient enthousiasmés par ce système. Naturellement, une autre méthode peut donner de bons résultats, c'est celle qui consiste à répandre plus l'éducation générale relative aux devoirs sociaux, et là, écoles et églises peuvent rendre les plus grands services. »

Je partage entièrement l'avis du prof. Conklin.

« Pour votre deuxième question relative à l'*influence d'un premier père* (imprégnation) ou télégonie », continue le prof. Conklin, « je suis heureux de vous dire qu'un travail très développé sur ce sujet, travail d'une nature exacte et expérimentale, a démontré, je pense, que cette croyance est dénuée de fondement. Un des meilleurs travaux sur ce sujet est dû à James C. Ewart et est intitulé « l'Expérience Penycuik » (1899). Ewart entreprit l'étude du problème dans le cas fameux de la jument de Lord Morton qui, après avoir été amenée à un zèbre, le fut plus tard à un étalon de pur sang et mit bas un poulain qui présentait quelques rayures du zèbre. On sait maintenant qu'on peut rencontrer ces bandes chez beaucoup de poulains de pur sang, et les expériences d'Ewart détruisent complètement la croyance à l'influence d'un premier père. Depuis les expériences d'Ewart, bien d'autres savants ont étudié le même sujet sur d'autres animaux et ont obtenu les mêmes résultats. »

« On peut donc dire qu'il n'existe aucune affirmation scientifique qui soit appuyée sur un témoignage expérimental en faveur de cette vieille légende. Elle est à classer avec les impressions maternelles et autres superstitions analogues. »

Je suis particulièrement heureux de répandre les vues du prof. Conklin sur la télégonie parmi nos collègues français en raison des horreurs barbares que les Allemands ont fait subir à d'innocentes femmes de France, n'épargnant même pas celles qui avaient prononcé des vœux de chasteté.

(1) Parce que leur travail contribuait au revenu de la famille (W. W. Keen).

LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE

CHEZ L'ENFANT

Par le docteur A. LESAGE (1),
Médecin de l'hôpital Hérold.

DIAGNOSTIC

I

Trois maladies voisines de la débilité doivent en être séparées : l'hyperactivité vitale, l'azoturie, la cholémie familiale.

1. **Hyperactivité vitale.** — En étudiant la forme floride de l'arthritisme, j'ai signalé que certains enfants forment un groupe à part du fait que toutes les valeurs de l'urine, étant entre elles en rapport normal, sont augmentées d'un tiers et que la déviation arthritique manque. Ces enfants à vie intensive et à suractivité cellulaire anormale ne sont pas toujours florides et peuvent être maigres et débiles. Ce sont les « embrasés » de la nutrition, qu'il ne faut pas confondre avec les débiles arthritiques. Ils présentent une boulimie notable sans aucune modification de l'appareil digestif, dorment peu et sont agités. L'analyse de l'urine donne l'explication de cet état maladif.

2. **Azoturie.** — Certains enfants maigres se distinguent des précédents par l'examen de l'urine qui montre que seule l'urée est augmentée et que les autres valeurs sont normales. Ces enfants ont souvent des accès de congestion du foie avec sensibilité de l'organe et des accès d'albuminurie avec sensibilité du rein.

3. **Cholémie familiale. Débilité biliaire.** — Gilbert et Lereboullet ont eu le grand mérite de grouper sous le nom de cholémie familiale des types d'enfants qui correspondent au tempérament biliaire des anciens. Ils attribuent cette maladie héréditaire et familiale à une diathèse d'auto-intoxication suivie d'une infection permanente des voies biliaires qui peut s'aggraver. De naissance, l'enfant a une prédisposition à cette auto-infection. Dans certaines familles, j'ai pu observer que quelques membres en étaient atteints, alors que d'autres étaient des débiles arthritiques. Il semble qu'il y ait une relation possible étiologique héréditaire entre ces deux variétés de débilité.

On connaît les symptômes de la cholémie : subictère cutané ; teint bilieux ; xanthodermie constante ; plaques mélanodermiques ; grains de beauté ; taches biliaires ; pigmentation périoculaire ; masque cholémique ; prurit ; bilirubine en excès dans le sang ; hémorragies fréquentes ; fièvre fréquente plus élevée le matin que le soir ou monothermique ; type irritable, nerveux, mélancolique, hyperexcitable ; réflexes à tendance exagérée ; brachycardie ; urines sans pigments biliaires, chargées en urobiline ; boulimie ; crises de dyspepsie douloureuse avec hyper-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 981 ; n° 68, p. 1077 ; n° 79, p. 1253 ; n° 101, p. 1613 ; 1921, n° 2, p. 21 ; n° 9, p. 136, et n° 21, p. 37. (Leçon recueillie par M. Noël COJAN, interne des hôpitaux.)

pepsie; constipation; sommeil après le repas; hémorroïdes; diarrhée prandiale (de Linossier). Tous ces symptômes suffiront à éliminer la débilité arthritique.

II

Débilité et infantilisme. — Ce travail ayant trait seulement à l'enfance, j'élimine de ce fait tout diagnostic avec l'infantilisme dont la définition est la persistance *chez l'adulte de tous les signes physiques et psychiques de l'enfance et de l'adolescence avec persistance du cartilage de conjugaison d'un ou de plusieurs os.*

On a abusé de ce terme infantilisme. N'a-t-on pas parlé récemment d'infantilisme chez des enfants de deux ans au lieu des vieux termes d'atrophie et d'hypotrophie!

L'infantilisme est une maladie de l'adulte. Pour caractériser le retard que peuvent présenter les enfants dans leur croissance et pour éviter toute confusion avec l'infantilisme, on a créé le terme débilité. Il en existe plusieurs variétés : la débilité thyroïdienne qui correspond à l'infantilisme du type Brissaud chez l'adulte, la débilité intellectuelle, la débilité motrice et tout un groupe de débilités qui correspondent chez l'adulte au type Lasègue-Lorain et qui relèvent de l'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose héréditaires. La débilité arthritique fait partie de ce groupement. On sait en quoi il consiste : tout l'organisme est normal, mais arrêté dans son développement également en toutes ses parties (petit corps, petit squelette). L'enfant est une miniature d'homme, vu, comme le dit Meige, « par le gros bout de la lorgnette » car toutes les proportions du corps sont normales.

Je vais étudier en détail ces diverses modalités.

Débilité thyroïdienne (petits signes de l'hypothyroïdisme bien mis en lumière par L. Lévi et Rothschild, Thibierge). — Quelques-uns de ces symptômes peuvent être rencontrés dans la débilité arthritique, soit qu'ils soient dus à un trouble d'un autre organe que le corps thyroïde, soit que la débilité frappe sur le corps thyroïde comme elle frappe sur tous les autres organes. Ces signes sont la petitesse de la taille, la peau glabre; la queue du sourcil peu fournie; la cyanose et le refroidissement des extrémités; les accès d'œdèmes locaux; la migraine; le calme trop accentué; l'anorexie ; l'énurésie.

Symptômes qui sont spéciaux à l'hypothyroïdisme et manquent dans l'arthritisme : face élargie en pleine lune ; nez épaté; pommettes saillantes; grosses lèvres; paupières et joues bouffies ; bouche ouverte; langue grosse; mâchoire supérieure proéminente; oreilles mal ourlées; membres courts, mains en battoir; attaches épaisses des membres ; myxœdème plus ou moins accentué; torse rond en tonneau; ventre saillant; peau blafarde, sèche, cireuse et rude sans poils; cheveux secs et raides; facies impassible et indolent; débilité mentale; somnolence continue; mouvements lents; inactivité physique; hypothermie centrale; fatigue constante; constipation; hypotension artérielle; valeurs de l'urine abaissées avec élévation de l'acidité (1,22 au lieu de 0,73 par exemple).

Débilité intellectuelle. — Les maladies cérébrales congénitales ou de la première enfance altèrent plus ou moins les cellules de l'écorce. Si les cellules qui président à l'élaboration de l'intelligence sont seules atteintes, suivant le degré d'altération, on se trouvera en présence de toute une gamme de dégénérescence intellectuelle dont la débilité est le degré le plus faible et l'idiotie le plus intense. L'enfant ne comprend que peu, n'apprend rien; il est inintelligent. Souvent les cellules motrices sont atteintes et la débilité motrice vient compléter le tableau clinique.

Débilité motrice. — En 1913, Dupré (1) a décrit sous ce nom tout un groupe de symptômes qui indiquent l'altération anatomique ou physiologique des cellules motrices, à l'exclusion des autres régions cérébrales. En ce cas, l'intelligence est intacte. Cette affection est héréditaire et familiale. Dupré en a bien précisé les signes : exagération des réflexes tendineux; perturbation du réflexe plantaire; syncinésie; maladresse des mouvements volontaires; hypertonie musculaire diffuse qui empêche de réaliser volontairement la résolution musculaire (paratonie de Dupré) ; énurésie; cataleptibilité de Dupré, etc. Tous ces symptômes manquent dans la débilité arthritique, même dans la forme qui présente de l'agitation.

Débilités héréditaires syphilitique et alcoolique. — Je n'insiste pas sur les signes bien connus de la syphilis héréditaire et de l'alcoolisme héréditaire. On ne peut, en effet, confondre ces débilités avec la débilité arthritique.

Débilité héréditaire tuberculeuse. — Tout le monde connaît la description magistrale de cette débilité par Landouzy. Je n'y insiste pas. Aucune confusion à ce sujet.

Je veux seulement insister sur un point spécial et tout à fait particulier. J'ai dit dans les pages précédentes que l'arthritisme intensif et invétéré mène souvent à la tuberculose. Sans que l'on n'en trouve la cause, souvent la nutrition arthritique se modifie brusquement si bien que toutes les valeurs urinaires tombent bien au-dessous de la normale et que l'analyse ne montre plus le type arthritique. Il faut bien connaître ces changements brusques dans la nutrition, car on peut être étonné de voir un enfant arthritique devenir tout à coup tuberculeux.

Tout débile arthritique qui ne se remonte pas et qui résiste au traitement doit être suivi dans sa nutrition à l'aide de l'analyse d'urine et d'une série d'examens cliniques très minutieux.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1. Le débile n'a ni fièvre, ni toux, ni adénopathie. L'examen clinique est négatif. L'analyse de l'urine montre une chute de toutes les valeurs au-dessous de la normale. On devra soumettre l'enfant à plusieurs examens successifs cliniques, à l'épreuve de la tuberculine et de la radiographie. A ce sujet, la présence de taches au niveau du hile ne doit pas entraîner fatalement vers le diagnostic de tuberculose. On peut simplement en conclure que les ganglions sont un peu augmentés de volume, mais nullement qu'ils sont tuberculeux. On devra cependant pencher vers cette seconde hypothèse si les taches sont noires, indiquant une augmentation de la densité du tissu ganglionnaire.

2. Le débile arthritique a de la fièvre et de la toux, comme je l'ai indiqué dans les pages précédentes. Ceci est fréquent. Il ne faut pas conclure d'un cœur léger que du fait que l'enfant a de la fièvre et de la toux, il est fatalement tuberculeux. L'étude de la

(1) DUPRÉ. *Presse méd.*, 1913.

fièvre, l'analyse des urines, la radiographie, l'épreuve de la tuberculine, tout doit être mis en œuvre, car avant de prononcer ce mot si terrible de « tuberculose », terme que l'on prononce un peu trop facilement, il faut être mille fois sûr de son diagnostic. Que d'enfants ai-je vu envoyés à Arcachon pour débilité arthritique, à la suite d'un examen un peu rapide et un peu superficiel, d'un examen d'impression, sans s'être enquis de l'état des urines et du résultat obtenu par l'épreuve de la tuberculine.

Je tiens maintenant à insister sur un point un peu particulier de l'examen du thorax. On sait que l'arthritique a fréquemment une lésion nasale unilatérale (cornet dévié ou hypertrophié, etc.). Or, l'enfant s'habitue à respirer ou par la bouche ou par une seule narine, si bien qu'un seul poumon se dilate normalement, alors que l'autre respire faiblement. On note cette différence de respiration à l'auscultation et l'on peut en conclure à l'existence d'une lésion tuberculeuse. Or, cette différence est totale, pour tout le poumon. Il suffit de faire respirer fortement l'enfant pour voir qu'il s'agit d'une anomalie dans la respiration, anomalie très fréquente dans le cours de la débilité arthritique. La gymnastique respiratoire rétablit rapidement l'équilibre, en supprimant cette paresse unilatérale de la respiration.

Cachexies digestives. — Un certain nombre d'affections chroniques des voies digestives chez l'enfant, peut simuler la débilité arthritique. Ainsi au moment du sevrage et pendant la seconde et troisième année, le régime lacté trop uniforme et trop prolongé peut engendrer une cachexie « de lait » qu'il ne faut pas confondre avec la débilité (1).

En voici les principaux symptômes : intoxication digestive; hypertrophie du foie indolore et permanente; langue constamment saburrale et rouge à la pointe; odeur de lait mal digéré; appétit médiocre; quelques vomissements; tympanisme flasque; constipation avec matières dures, crayeuses et d'odeur infecte; insomnie; urines verdâtres avec abaissement de toutes les valeurs et forte dose d'indoxyl; accès de fièvre tenaces; anémie progressive; flaccidité des muscles; œdème généralisé; arrêt du poids et de la taille, etc. Il s'agit ici d'une intoxication chronique digestive par le lait, seul aliment absorbé.

Cachexie due à l'abus des féculents. — On peut observer un état cachectique du même genre, par suite du régime exclusif à l'amidon (Rousseau, Saint-Philippe).

Au Japon, [Moré, en 1904 et Bloch (2)] ont décrit sous le nom de « hikan », une cachexie due à l'abus des féculents (cachexie, amaigrissement, œdème, immobilité, peau sèche avec desquamation, xerosis conjonctival, xerophtalmie, etc.).

Cet état cachectique cesse avec l'ingestion de graisse.

Cachexie due à l'intolérance pour les graisses (3). — Les graisses subissant une assimilation défectueuse, provoquent en seconde et troisième année, un état cachectique (arrêt du poids et de la taille, diarrhée, tympanisme, boulimie, hypothermie, refroidissement des extrémités, déperdition de sels de chaux et de magnésie, etc.). Cette description en beaucoup de points se rapproche de la description de la débilité arthritique.

Cachexies diverses. — On établira le diagnostic avec toutes les causes d'anorexie, avec la cachexie pancréatique [infantilisme de Byron-Braumwell (1)], guérie par l'ingestion d'extrait pancréatique, avec les cachexies dues aux lésions congénitales du cœur (2), aux lésions hépatiques (2), rénales (3), à l'ankylostomasie (4), au paludisme (5).

III

Diagnostic entre la débilité arthritique et l'appendicite chronique et la syphilis nerveuse. — Il ne faut pas confondre les « vomissements périodiques avec acétonémie » avec les « vomissements faciles et habituels » qui relèvent de l'appendicite chronique (6) ou de la syphilis nerveuse (7).

1. Il existe des symptômes communs aux deux sur lesquels on ne peut s'appuyer tels que les signes d'intoxication générale (mauvaise mine, teint pâle ou terreux, amaigrissement, fatigue, insomnie, anorexie); la variation de la coloration de la figure par la pression sur les points nerveux, la sensibilité nasale et gutturale, l'abolition ou la persistance du réflexe cutané droit (8); les points hyperesthésiques fixes, iliaques et pubiens, qu'il ne faut pas confondre avec les points abdominaux si nombreux (9); la zone d'hyperesthésie *cutanée sans contracture* sous-jacente et sans douleur spontanée, zone latente qui siège au niveau de la région appendicitaire. Pour déceler son existence, il faut faire un pli à la peau et attirer à soi cette dernière, par comparaison avec le point symétrique gauche. On comprend facilement que si on presse cette zone d'avant en arrière, en allant vers l'appendice, on prendra pour une douleur profonde ce qui est simplement une douleur cutanée. Il est probable qu'il s'agit d'une douleur de ce genre dans la description de la « forme appendiculaire des vomissements cycliques (10) ».

Head (11), puis Lingat (12) ont pensé que ces zones d'hyperesthésie cutanée ou zones de « tendresse » indiquent une lésion de l'organe sous-jacent. Guillain (13), Gueneaux (14) ont montré qu'elles sont purement névropathiques, variables d'un jour à l'autre, et n'ont aucune relation avec les organes profonds.

2. L'appendicite chronique a pour elle (15) les symptômes suivants : l'état saburral avec nausées résistant à toute thérapeutique; les vomissements

(1) SEVESTRE, LUTON, HEUBNER, HUTINEL, COMBY, ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE, Louis GUINON, in MOUSSOUS et LEURET. *Congrès de protection de l'enfant du premier âge*, Bordeaux, 1913.

(2) BLOCH. *The med. review*, déc. 1918. — COMBY. Revue générale in *Arch. méd. enfants*, 1918.

(3) HERTER et HOOS. *Soc. péd.*, Suisse, 1917. — Revue générale in *Arch. méd. enfants*, 1917. Ces auteurs décrivent en partie, sous le nom d'infantilisme, l'atrophie bien connue des nourrissons, suite d'infections digestives. Il y a là un abus dans l'emploi de ce mot infantilisme.

(1) BYRON-BRAUMWELL. *Scottish. méd. Journ.*, 1904.

(2) HUTINEL. *Les maladies de l'enfance* (art. INFANTILISME).

(3) *Arch. méd. enfants*, 1913. — CAMERON. *Proc. of the Royal. Soc. of méd.*, 1918.

(4) ASTOR DIAS DE ANDRADE. *Annalos Paulistos de méd.*, 1916.

(5) SANTOS MOURRA. *Arch. brasileiros de medicina*, 1916.

(6) COMBY. *Arch. méd enfants*, 1910.

(7) BARBIER. *Arch. méd. enfants*, 1918.

(8) SAVARIAUD et JACOB. *Soc. péd.*, 1920.

(9) P. et P. DESCOMPS et BROUSSE. *Paris méd.*, 1913.

(10) MACKENNA. *Segundo Congresso, Americ del Nino-Montévideo*, mai 1919.

(11) HEAD. *Brain*, 1893.

(12) LINGAT. *The Lancet*, 1919.

(13) GUILLAIN. *Revue de méd.*, 1901.

(14) GUÉNEAUX. *Technique de l'exploration digestive*, 1913.

(15) *C. R. du Congrès de chir.*, 1911.

faciles, habituels et constants; les indigestions fréquentes et sans cause; la constipation habituelle et tenace, qui résiste à tout traitement; l'augmentation de volume permanente du foie avec cholémie; la fièvre facile à la moindre cause digestive, augmentant avec l'exercice et la marche; le tiraillement ou la douleur spontanée et constante sur la hanche, le côlon descendant, le flanc droit; douleur augmentée par les efforts de toux, de défécation, de marche, de course, par un lavage d'intestin ou un purgatif; douleur calmée par la diète, le repos au lit, la glace; crise de colique ombilicale après le repas (épiploïte de Walther).

A la pression, douleur fixe en un point de la région appendicitaire (points de Max Burney, etc.) ou près de l'ombilic ou à l'angle droit du côlon (épiploïtes de Walther); signes de défense musculaire avec hyperesthésie de la peau et immobilisation de la paroi pendant les grandes inspirations (1). (D'après Dupré (2), les muscles de la paroi abdominale peuvent être en défense paratonique et simuler la défense appendicitaire. Il faudra rechercher les signes de la débilité motrice et surtout faire l'épreuve du « bras mort) »; douleur à droite par refoulement vers le cœcum du contenu gazeux du gros intestin (Rovsing); plénitude de la fosse iliaque droite contrastant avec la souplesse de la fosse iliaque gauche (J.-C. Roux).

Il faut, pour établir le diagnostic de l'appendicite, s'appuyer sur l'ensemble des symptômes (Jalaguier) et ne pas se contenter d'un seul signe : la douleur au point de Max Burney. L'appendicite « n'est pas une maladie qui se diagnostique au bout des doigts », dit Lejars.

Il faut, surtout chez les débiles arthritiques, penser aux causes d'erreur, savoir qu'une intervention, alors que l'appendice est normal, peut provoquer du calme pendant quelques semaines, mais que la douleur droite reviendra au niveau de la cicatrice. Il est bon de savoir que le débile arthritique souffre peu du tympanisme cæcal, par suite de la mobilité de l'organe et que ce tympanisme deviendra intolérable si le cæcum est fixé par une intervention inutile.

On devra penser à la péricolite, à la coudure de Lane (3). En tout cas — et je tiens à le dire — avant d'affirmer le diagnostic d'appendicite, on devra se souvenir qu'il existe une affection, la débilité arthritique qui peut avoir avec elle, plusieurs points de ressemblance.

Syphilis nerveuse (4). — Les vomissements faciles et habituels peuvent relever de la syphilis nerveuse. Ils ont les caractères suivants : ils viennent, surtout le matin à jeun, sous la forme d'une pituite (liquide clair, muqueux, contenant 5 à 6 p. 1000 d'HCl libre au lieu de 3 gr.); sont accompagnés de douleurs en ceinture et de diarrhée; durent quelques heures, après quoi tout rentre dans l'ordre. On note, de plus, des cris, de la céphalalgie, qui ne cesse pas avec le vomissement comme dans la migraine, des signes d'excitation cérébrale et de méningisme. La ponction lombaire vient affirmer l'existence de la syphilis (liquide clair, hypertendu, très chargé en albumine et pauvre en lymphocytes).

L'étude des antécédents et de la réaction de Bordet-Wassermann vient confirmer le diagnostic.

On devra penser à la syphilis, chez tout nourrisson qui vomit souvent et dont la courbe reste en plateau.

Il ne faut pas conclure à la spécificité, du fait que les vomissements disparaissent avec les injections intraveineuses de néosalvarsan. En effet, on peut avoir le même résultat par choc intravasculaire, à la suite d'injections intraveineuses d'électrargol, de sérum de cheval. Pour penser à la spécificité, il est nécessaire, qu'après la cessation des injections, la courbe de poids continue à remonter toute seule. Au contraire, s'il s'agit d'un simple choc non spécifique, la courbe restera en plateau ou baissera dès que les injections seront terminées.

(1) Gosset et J. Berger. *Presse méd.*, 1919.
(2) Loc. cit.
(3) Grégoire. *Mal. appareil digestif*, 1919.
(4) Barbier. *Arch. méd. enfants*, 1918.

Diagnostic du coma « d'acidose ». — L'intoxication acidosique peut être très intense et produire, en plus des vomissements cycliques, des accidents cérébraux : convulsions ou coma, d'après Mirallié, d'Œlnitz, Marfan (1).

Mouriquand et Carnet (2) viennent d'étudier à nouveau ce coma acidosique. Après un ou deux jours de vomissements acétonémiques, l'enfant devient somnolent, avec respiration lente et profonde, et rétraction de l'abdomen. Toute excitation un peu forte réveille l'enfant qui retombe de suite dans sa torpeur. Le diagnostic est facile, d'après l'odeur de l'haleine qui « sent l'aigre » (Marfan) ou la pomme de reinette. Les urines et le liquide céphalo-rachidien qui est normal contiennent de l'acétone. Après un ou deux jours, tout rendre dans l'ordre. On ne confondra pas ce coma acidosique avec la méningite tuberculeuse, dont l'évolution est tout autre et lente, et dont la symptomatologie est caractéristique. La ponction lombaire l'affirmera. Il est bon de savoir qu'exceptionnellement le liquide céphalo-rachidien peut contenir de l'acétone. On devra se souvenir que parfois à la suite de la chute de l'arthritisme (diminution au-dessous de la normale de toutes les valeurs urinaires avec persistance ou non du crochet d'acide urique) on peut voir survenir brusquement une méningite tuberculeuse. Méry et Guillemot ont signalé ce fait à la suite de vomissements acétonémiques.

L'encéphalite léthargique a pour elle une somnolence de longue durée, les symptômes oculaires, etc. Le liquide céphalo-rachidien contient une dose de sucre supérieure à 0g50 p. 1000 et exceptionnellement de l'acétone.

Les intoxications opiacée et diabétique sont faciles à distinguer.

IV

Diagnostic entre les crises intestinales arthritiques et l'entérite. — Depuis 25 ans, le terme « entérite » a fait fortune. Quel est l'enfant qui n'a pas eu une crise « d'entérite » et sous ce terme que n'a-t-on pas commis d'erreurs?

Il ne faut pas croire qu'une crise de diarrhée soit due constamment à une infection microbienne. Aussi je diviserai volontiers en quatre catégories les affections dites « entérite ».

1° La crise de débâcle toxique de toute intoxication (arthritisme, etc.). L'accès de diarrhée est un épisode aigu et de courte durée dans le cours d'un état maladif antérieur qu'il faut rechercher et étu-

(1) Marfan. *Arch. méd. enfants*, janv.-févr. 1921.
(2) Mouriquand et Carnet. *Journ. méd. Lyon*, janv. 1921.

dier. Il se répète plus ou moins fréquemment et doit être respecté.

2° La diarrhée symptôme d'une infection générale et qui élimine le microbe spécifique. Elle est un résultat et non une cause. Cette variété est d'une fréquence extrême en pathologie infantile.

3° L'entérite vraie, maladie de l'intestin, due à la culture dans l'intestin d'un microbe actif qui y trouve des conditions de développement favorable. Avec l'emploi d'aliments stériles, ces faits deviennent de plus en plus rares.

4° La diarrhée tenace due à une sécrétion anormale d'une glande digestive (foie-pancréas) qui ne modifie pas comme elle devrait le faire, l'aliment correspondant.

V

Des relations de la débilité avec le « crâne dur ». — Avec Cléret (1) j'ai étudié chez le nourrisson le « crâne dur », caractérisé par un épaississement des os du crâne. J'ai pu, en ville, suivre quelques enfants atteints de cette anomalie congénitale. Vers la seconde année, outre les symptômes de la débilité, apparaît une modification des os de la face.

Le crâne est dur, épais, présentant des exostoses au niveau de l'angle occipital et des arcades sus-orbitaires. Ses diamètres sont petits.

Le maxillaire supérieur est saillant et accentué. Le nez reste normal. La mâchoire inférieure ne se développe pas, reste en retrait derrière la mâchoire supérieure, si bien que l'arcade dentaire inférieure reste séparée de l'arcade supérieure par un espace de un demi ou 1 cm. Il n'y a point de menton.

Cet aspect saillant de la partie supérieure de la figure donne au visage des traits nets et accentués et un air bourru et sévère tout à fait caractéristique. A quoi est dû ce développement anormal de certains os? On peut penser à une série de petites localisations acromégaliques. Ceci est à discuter.

Cet aspect du visage donne au débile arthritique un type tout à fait particulier, qui présente souvent des crises d'anesthésie localisée que j'ai étudiée plus haut (anesthésie plantaire, abolition du réflexe du genou, astasie-abasie; plaques d'anesthésie en divers points du corps).

(1) Cléret, *Soc. biologie*, 1912.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Pour 1921, l'American Medical Association a élevé sa cotisation de 5 à 6 dollars, augmentation rendue nécessaire par le gros déficit du *Journal* en 1919 (plus de 70.000 dollars). Avec la circulation actuelle de plus de 80.000, cette augmentation de 20 p. 100 lui permettra de boucler son budget. Les dernières années n'ont naturellement pas été prospères pour les journaux médicaux des Etats-Unis. Cependant, ils se sont assez bien tirés des circonstances difficiles. Certains ont augmenté leurs prix, généralement de 20 p. 100; tels le *Journal de l'A. M. A.* et *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, qui a passé de 10 à 12 dollars; le *New-York medical Journal*, en plus d'avoir haussé son abonnement de 5 à 6 dollars, est devenu bimensuel au lieu d'hebdomadaire. Mais le *Medical Record* est toujours à 5 dollars, et il y a même eu quelques nouveaux périodiques dont la publication a commencé pendant l'ère des prix maxima pour le papier et l'impression. La crise du journalisme médical n'a donc point sévi de façon particulièrement grave en Amérique.

L'*avenir de la profession médicale* cause certains soucis à ceux dont la vision n'est point bornée par d'étroites limites dues à la préoccupation continuelle du pain quotidien ou à l'égoïsme satisfait du succès personnel. La Société médicale de Chicago a consacré une réunion spéciale toute entière à la discussion du sujet. Billings (1) a parlé du médecin de famille. Ce protecteur contre la maladie et, ajoute Billings, avec une malice non sans justification, contre le *prurigo secandi* de maint opérateur et spécialiste, ce conseiller para, voire même extramédical dans une foule de circonstances, est en train de disparaître. Et pourtant, il n'y a que peu d'années qu'Osler, dans son discours d'adieu à ses étudiants d'Amérique, appelait le médecin de famille instruit la « fleur de la profession médicale ». Il disparaît, parce que la vie du médecin de campagne aux Etats-Unis — n'en est-il pas un peu de même en France? — n'a plus assez d'attraits pour combattre l'attirance de la ville pour les jeunes; parce que ceux-ci, une fois établis à la ville, voient la rémunération beaucoup plus considérable que la chirurgie et les spécialités offrent, et naturellement gravitent vers elles au détriment de la médecine générale. Ceux qui vont encore s'établir dans les communautés rurales sont, en bonne partie, ceux qui ne demandent à la médecine qu'un gagne-pain. Cette classe des praticiens n'est pas particulièrement imbue de l'esprit de recherche scientifique, ni même du désir de faire un effort déterminé pour se maintenir au courant. Pléthore dans les villes et les spécialités, détérioration à la campagne et dans le domaine de la médecine ordinaire, voilà la situation. Le remède n'est point dans la socialisation de la médecine, ni dans l'assurance obligatoire, mais dans la coopération médicale. Sur ces points fondamentaux, tous sont d'accord; et si, sur l'application des principes, il semble y avoir des divergences d'opinion, il est facile de se rendre compte qu'elles restent à fleur de peau. Par exemple, Billings trouve le remède dans les Centres de santé (*Health Centers*) et non dans la « médecine de groupe » (*group practice*), tandis que Leonard (2) préconise l'inverse. Mais Leonard vise les Health Centers tels qu'on propose de les établir dans l'Etat de New-York, institutions gouvernementales dont le contrôle est politique et non médical, tandis que Billings parle des Health Centers de l'Etat de l'Illinois, où les médecins ont la direction effective, et rejette explicitement toute organisation où les médecins ne sont pas prépondérants. En fait, la médecine de groupe de Leonard et le centre de santé de Billings ne diffèrent que de nom.

Bien que Leonard juge, à vrai dire, trop sévèrement le médecin de campagne, ce qui lui a attiré des protestations, il apprécie très exactement la position peu réjouissante qu'occupe la profession médicale vis-à-vis des Pouvoirs publics. L'exercice de la médecine a, depuis longtemps, dépassé le stade où un homme seul pouvait suffire à tout. Persister à vouloir tout faire aujourd'hui, c'est se condamner à ne faire que de l'ouvrage médiocre et ne pas donner au public le bénéfice complet du progrès de la science; par là, c'est inviter la venue de lois « dégradantes et destructrices qui peuvent ruiner la profession ici, comme elle l'a ruinée en Allemagne

et est en train de la ruiner en Angleterre. La médecine n'a pu éviter d'être touchée par la tendance croissante des lois récentes vers la socialisation. Le politicien alerte et sans scrupules, toujours prêt à découvrir Pierre pour couvrir Paul, tourne en ce moment son attention vers la profession médicale. Peu lui chaut de dégrader une noble carrière. Son but, c'est l'établissement de la médecine d'Etat : son seul adversaire, c'est un groupement insuffisamment organisé, incapable d'opposer à ses attaques une défense adéquate, à plus forte raison de prendre l'offensive. » C'est probablement exagérer un peu, en tout cas trop généraliser ; il y a des hommes d'Etat qui apprécient les choses et les gens à leur juste valeur. Mais n'y a-t-il pas dans certains faits récents quelque confirmation de l'opinion que, souvent, le respect du politicien (qu'il soit, comme le roi de la chanson de Nadaud, « d'Espagne ou bien de France », ou encore d'Angleterre, des Etats-Unis ou de Tasmanie. C'est de cette île des Antipodes que nous vient un exemple caractéristique du manque de considération que les politiciens ont pour la profession médicale quand celle-ci ose s'opposer à leurs idées favorites. L'assemblée législative, par *acte spécial*, a validé, contre la protestation de la branche locale de la *British medical Association*, un diplôme fort douteux et contesté, appartenant à un médecin bien en cour) pour les médecins est tout juste mesuré par le nombre de votes dont lesdits médecins disposent, directement ou indirectement?

Donc, à moins que la profession médicale ne se réforme elle-même pour s'adapter aux conditions modernes, elle sera réformée du dehors, bon gré mal gré, par ceux qui sont le moins qualifiés pour le faire.

La coopération en groupe recommandée par Leonard est une association de membres ayant tous des droits égaux et non point le système plus ancien et qui existe déjà depuis nombre d'années en Amérique, où un homme domine tout, sorte d'astre central autour duquel tournent un certain nombre de planètes. C'est aussi ce groupe égalitaire que préconise Mayo (3), fait remarquable chez un des fondateurs de la grande institution médico-chirurgicale où la théorie de la « personnalité dominante » serait mieux justifiée que partout ailleurs. C'est ce même Mayo qui, après avoir donné le résultat des opérations pratiqués à la clinique en 1919 (plus de 10.000, dont plus de 5.000 abdominales) ajoute qu'il ne faut jamais oublier que la chirurgie et les spécialités sont des enfants dont la médecine générale est la mère et que la chirurgie doit savoir garder sa place qui est celle d'une « forme de thérapeutique mécanique ». Ce qui montre que l'on peut être un très grand chirurgien sans avoir une conception outrée de la chirurgie et sans dénigrer les autres branches de l'art médical.

L'opposition unanime de la profession médicale des Etats-Unis contre tout système d'*assurance obligatoire contre la maladie* imposé par le gouvernement, n'est pas seulement basée sur des considérations égoïstes ou sentimentales, mais aussi sur des motifs économiques valables. Comme le dit Benedict (4), trois éléments sont impliqués dans le mot assurance : 1° une protection pécuniaire contre quelque chose qui arrive *rarement*, mais qui entraîne à sa suite, *des conséquences sérieuses;* 2° la prime payée pour cette protection doit être minime, soit de façon absolue, soit de façon relative, soit des deux; 3° le risque est transféré par le paiement de la prime à un groupe suffisamment fort au point de vue financier pour pouvoir faire face aux éventualités. Mais, comme il y a des dépenses d'administration et comme le risque ne peut être évalué mathématiquement, il faut que la somme des primes encaissées soit *en tout cas* supérieure au total des indemnités payées par le groupe assureur, ce qui laisse une marge qui devient le profit de l'assureur. Lorsqu'un risque comporte les deux facteurs précités, rareté et suites sérieuses, la plus-value de la prime devient insignifiante par rapport à la sécurité fournie. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit d'un événement journalier. Ici, le second desideratum, la petitesse de la prime, n'est ni réalisé, ni réalisable. Stanton (5) démontre par les statistiques des Sociétés de secours mutuels que la prime est d'environ 21 p. 100, chiffre énorme quand on le compare au 0,33 p. 100 des assurances contre l'incendie, ou même au taux des assurances sur la vie ou contre le vol. En fait, Stanton fait remarquer avec justesse que les frais médicaux pour maladies ordinaires constituent une dépense régulière, calculable, comme le loyer et l'épicerie, dépenses que nul ne songerait à considérer comme assurables. Ce qui serait intéressant à assurer, ce serait le risque de maladie longue entraînant une incapacité de travail prolongée. Or c'est là précisément ce dont les Compagnies d'assurances ne veulent pas. En ce qui concerne les maladies courantes et passagères, l'assurance obligatoire d'Etat aurait comme simple résultat d'élever du montant des frais généraux la somme globale payée par les assurés; à moins que l'Etat ne repasse lesdits frais aux assurés, sous forme d'impôts plus lourds, ou ne les fasse payer aux médecins, sous forme de tarifs médicaux avilis. Voilà pourquoi, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire, ni le public, ni les médecins ne veulent de l'assurance obligatoire; seuls, la désirent les politiciens qui mettraient la main sur le mécanisme compliqué et grassement rétribué de l'administration.

Dans ces quelques dernières semaines, les Etats-Unis se sont rendus compte de façon très réaliste des *dangers de l'immigration* qui déborde de l'Europe Centrale sur ses rives. Il y a eu à New-York plusieurs cas de typhus exanthématique importés et trois cas apparemment autochtones. Les immigrants venus d'Europe sont soumis à une désinfection et dévermination très complètes : mais comme cela prend du temps, la congestion du système quarantenaire du port de New-York est devenue telle que l'on dirige les paquebots qui devaient y aborder sur d'autres ports moins encombrés, Philadelphie et Boston, où les immigrants sont débarqués et nettoyés. Le *Board of Health* de New-York a déclaré (6) infectés de maladies « pestilentielles, contagieuses et infectieuses » tous les ports d'Asie (y compris le Japon, les Philippines et la Malaisie), d'Afrique (y compris les Açores, les îles du Cap Vert, les Canaries et Madère), d'Amérique du Sud, de la Méditerranée et de l'Adriatique, des côtes sud et est de la Baltique et du golfe du Mexique (y compris les ports américains de la Nouvelle-Orléans, Pensacola, Galveston et quelques autres). Ce n'est pas le typhus seul qui a déterminé la déclaration contre cette liste qui ne laisse guère d'indemnes que les côtes européennes de l'Atlantique, celles de l'Angleterre et des pays scandinaves et du Canada. Pour beaucoup de

ces ports, c'est l'existence de cas de *peste* qui a été l'origine de précautions sanitaires spéciales. On a beaucoup parlé à Paris des quelques cas de peste qui y ont été observés récemment; mais, après avoir lu le très intéressant article de KELLOGG (7) sur l'histoire de la peste bubonique aux Etats-Unis, on peut se demander à juste titre si cette maladie n'est pas en réalité beaucoup plus disséminée qu'on ne se l'imagine, et si la rareté relative des cas n'est pas une affaire de chance ou de diagnostic méconnu. La première apparition de la peste sur le continent de l'Amérique du Nord eut lieu en 1900, à San-Francisco. Jusqu'en 1904, il y eut 121 cas avec 113 morts. En mai 1907, après le tremblement de terre et l'incendie de San-Francisco, la peste reparut. En août, il y eut 14 cas. L'épidémie dura 6 mois, avec 160 cas et 77 morts. Il y eut aussi 7 cas à Seattle. De 1908 à 1915, il y eut 13 cas sporadiques sur la côte du Pacifique. En 1916, 1917 et 1918, il n'y eut pas de cas aux Etats-Unis. Mais depuis 1908 au moins, et probablement depuis plus longtemps, les écureuils de dix des comtés de la côte de Californie ont été porteurs de bacilles pesteux et, à moins que l'on ne poursuive une campagne d'extermination difficile et coûteuse, il n'est guère douteux qu'il y ait là un foyer endémique permanent. Après la décade se terminant en 1918, la peste subit une recrudescence. En 1919, à Oakland, de l'autre côté de la baie de San-Francisco, il y eut 13 cas pneumoniques provenant d'écureuils. En octobre 1919, la peste réapparut à la Nouvelle-Orléans (12 cas en 3 mois). En 1920, il y a eu des cas en Floride (7 cas à Pensacola) en Californie, à la Nouvelle-Orléans (3 cas), à Galveston (2 cas), à Beaumont (7 cas) et à Port-Arthur (2 cas). Il y a une épizootie pesteuse chez les rats des ports sus-nommés du golfe du Mexique.

Comme la peste a été signalée aussi en Grèce, en Italie, en Angleterre, en France, en Russie, à Malte, Terre-Neuve et Hawaï, on peut se rendre compte de l'étendue du danger, si l'on n'y prend garde.

FAXTON E. GARDNER
de New-York.)

(1) BILLINGS. *Journ. A. M. A.*, 5 fév. 1921.
(2) LEONARD. *Journ. A. M. A.*, 12 fév. 1921, p. 421.
(3) WILLIAM. *J. Mayo, Surg. Gyn. Obst.*, fév. 1921.
(4) BENEDICT. *N. Y. State Journ. of Med.*, fév. 1921, p. 54.
(5) STANTON. *ibid.*, déc. 1920.
(6) *Bull. of the Dep. of Health*, New-York, 26 fév. 1921, p. 67.
(7) KELLOGG. *Amer. Journ. Public Health*, nov. 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 MARS 1921)

A propos des ptoses viscérales : La ptose gastro-diaphragmatique. — M. R. GLÉNARD admet que si le terme de gastroptose n'est pas accepté par tous, puisque l'estomac ne quitte pas le diaphragme, c'est ce dernier qui participe au mouvement ptosique général des viscères, car le bord supérieur du foie est abaissé, l'anhélation fréquente indique l'abaissement du centre phrénique, etc. Il conclut en disant que le terme de gastroptose doit prévaloir sur celui de dilatation ou d'atonie.

A propos du chancre syphilitique. — M. LEREDDE pense qu'il serait utile et même nécessaire que la technique du traitement préventif du chancre syphilitique soit établie, car il y a un réel danger à faire ce traitement préventif d'une manière quelconque.

Corrections chirurgicales des rides de la face et du cou. — M. BOURGUET.

Pied-bot varus equin invétéré. — M. PÉRAIRE présente un garçon de 16 ans, auquel il a pratiqué la tarsectomie totale pour un pied-bot varus équin invétéré avec déformations telles que la marche était impossible. Il insiste sur l'utilité de l'ablation osseuse large, sur la nécessité de la suture métallique qui maintient l'hypercorrection, sur la rareté du pansement (un seul). Le plâtre est inutile, une attelle métallique grillagée suffit. Le résultat est parfait au point de vue marche et fonction du pied.

Le volvulus iliaque. — M. V. PAUCHET montre que le volvulus iliaque n'est que la conséquence d'une déformation congénitale de l'intestin, caractérisée par l'allongement de l'anse sigmoïde et la rétraction de son pédicule mésocolique. Le volvulus est précédé, pendant de longs mois, de phénomènes intermittents de subocclusion qui font porter le diagnostic d'entérite. Le diagnostic aurait été fait par la radiographie à laquelle devrait être soumis tout constipé chronique. Quand les accidents aigus surviennent, il faut opérer toujours et de suite : l'auteur pense que le meilleur procédé consiste à extérioriser l'anse et à la réséquer après fixation à la peau : l'anus contre nature guérit secondairement.

Les appendicites aiguës, suraiguës et chroniques. — M. DUPUY DE FRÉNELLE pense que ces formes peuvent exister sans attirer l'attention par la douleur de la fosse iliaque droite. Il en rapporte plusieurs cas dont certains avec pus dans l'appendice ou abcès périappendiculaires. Il insiste sur l'intérêt qu'il y a à rechercher le cordon qui roule sous le doigt.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. GUISEZ rapporte 8 cas de cancer de l'œsophage où l'action locale du radium semble tout à fait manifeste. Diagnostic œsophagoscopique et par examen biopsique. L'amélioration fonctionnelle a été rapide : la déglutition est revenue normale et les malades ont gagné plusieurs kilogrammes. Dans 3 cas, la tumeur a disparu. Généralement, elle s'aplatit, ce qui permet une déglutition normale.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SPÉCULATION ILLICITE EN MATIÈRE DE LOYERS

L'article 6 de la loi du 23 octobre 1919 punit des peines portées en l'article 419 du Code pénal, ceux qui, dans un but de spéculation illicite, soit individuellement, soit collectivement, auront provoqué ou tenté de provoquer la hausse du prix des baux à loyer au delà des taux que représentent l'augmentation des charges de la propriété bâtie et la concurrence naturelle et libre du commerce.

Quatre arrêts de la Cour de cassation (*Gaz. des trib.*, 7 et 8 fév. 1921) ont déterminé les conditions dans lesquelles pouvait s'exercer le pouvoir des tribunaux pour apprécier si une spéculation sur les loyers était illicite ou non. La loi donne au juge deux éléments d'appréciation : d'une part, l'augmentation des charges de la propriété bâtie, d'autre part, la concurrence naturelle et libre du commerce.

a. *Augmentation des charges.* — Les charges consistent dans les impôts et les frais d'entretien. La Cour de cassation reconnaît aux tribunaux un pouvoir souverain pour apprécier l'importance des charges dont la propriété bâtie se trouve grevée. Il est impossible, en effet, de poser une règle générale ; chaque cas doit être examiné séparément.

« Attendu, dit l'arrêt du 25 novembre 1920, que pour écarter l'unique moyen de défense du prévenu fondé sur le coût de réparations faites audit logement, le jugement, dont la Cour d'appel a adopté les motifs, constate que les dépenses engagées pour ces réparations ne justifient pas la majoration de 85 p. 100 du prix du loyer; — Attendu que cette appréciation est souveraine et constitue un motif suffisant de rejet du moyen invoqué devant les juges du fait. »

L'arrêt du 7 janvier 1921 déclare : « Attendu, sur le premier chef, que la décision attaquée déclare que le prix de 50 fr. stipulé au 31 décembre 1919, correspond au cours normal des logements meublés similaires dans la ville de Limoux

et que l'augmentation demandée est proportionnée aux nouvelles charges de la propriété bâtie. »

Pour apprécier l'augmentation des charges de l'immeuble, il faut tenir compte de sa situation, de sa nature, de son importance, des conditions de confort existant au moment de la location. C'est une question de fait.

b. *Concurrence naturelle et libre du commerce.* — En employant cette expression, le législateur a eu en vue de réprimer les opérations abusives. A propos de la discussion de l'article 10 de la loi du 20 avril 1916, qui contient la même expression, le rapporteur à la Chambre des députés disait que la loi atteint le spéculateur « qui sort des règles ordinaires du commerce loyal et marchand, qui les transgresse et franchit les limites qui séparent le commerce loyal de la spéculation malhonnête » ; et au Sénat, le rapporteur de la loi faisait les observations suivantes : « Ce qu'il suffit d'établir et de prouver, c'est désormais, avec le texte dont nous vous proposons l'adoption, la spéculation illicite ; et la spéculation illicite résultera le plus souvent du simple écart des prix. On n'aura qu'à comparer le prix demandé avec le prix de revient et à rechercher quel serait le prix qui résulterait de la concurrence naturelle et libre du commerce. » Le fait même de vendre une marchandise à un prix excessif, constitue un mode d'exécution du délit, si l'opération a eu lieu dans un but de spéculation illicite et si une hausse des cours s'en est suivie (Cass., 21 juin 1918 et 30 janv. 1919, D. 19.1.13 et la note).

Ces indications permettent de se rendre compte, d'une manière générale, de la signification des mots : *concurrence naturelle et libre du commerce.* Ces mots se comprennent facilement quand il s'agit de marchandises et de denrées, d'objets faisant l'objet du commerce ; la loi du 20 avril 1916 en a voulu réprimer la spéculation illicite. Ils se comprennent moins quand il s'agit de loyers, car la matière ne se rattache pas au commerce.

Il faut rechercher l'intention du législateur. Ce qu'il ne veut pas, c'est qu'on spécule sur les loyers des immeubles. Il est à remarquer que le but poursuivi par le propriétaire est sans importance : ainsi le désir de faire partir un locataire n'est pas une excuse au délit prévu par la loi de 1919 : « Attendu, dit l'arrêt de la Cour de cassation du 7 janvier 1921, que, sans contester l'exagération du prix de 70 fr. demandé, le jugement s'est fondé, pour écarter le but de spéculation illicite, qui caractérise l'intention délictueuse, sur ce que la dame S..., n'avait eu en vue, par la majoration du prix du loyer, que d'obliger la Dlle G..... à vider les lieux et que la preuve résultait de ce qu'elle n'avait pas augmenté ses autres locataires et de ce que, à aucun moment, elle n'avait songé à opérer la hausse des loyers ; — Attendu que ces motifs, dont il appartient à la Cour de cassation de contrôler la pertinence, ne suffisent pas à écarter le but de spéculation illicite ; qu'en effet, une hausse abusive des loyers ne peut trouver sa justification dans cette circonstance, qu'un propriétaire se propose par ce moyen d'expulser un locataire dont il aurait à se plaindre, alors qu'il n'a qu'à se pourvoir devant le juge compétent ; que, d'autre part, il importe peu que la majoration de loyer ne soit exigée que d'un seul locataire ; — Attendu enfin que si, contraint par la raréfaction des logements, ce locataire acceptait le prix exagéré qui lui est réclamé, le délit serait consommé et qu'en présence de son refus, tous les éléments de la tentative se trouvent réunis. »

Il en est de même du cas dans lequel le propriétaire tire de son immeuble un revenu inférieur à l'intérêt que lui procurerait le prix de son immeuble. « Attendu, dit l'arrêt de la Cour de cassation du 8 janvier 1921, que L... était poursuivi pour avoir, à Hanoï, en 1920, spéculé illicitement sur les loyers en portant : 1° le prix de location de son immeuble n° 2 du boulevard Gambetta, de 40 à 50 piastres par mois, à partir du 1er janvier 1920 ; et 2° le prix de son immeuble n° 7 *bis* de l'impasse de Verdun de 20 à 23 piastres par mois, à compter du 10 mars 1920 ; — Attendu que, pour relaxer L..., l'arrêt attaqué s'est borné, en ce qui concerne l'immeuble du n° 2 du boulevard Gambetta, à constater qu'il résulte d'un avertissement pour l'acquit de contributions foncières de l'année 1920 que la commission des travaux d'estimation de la valeur locative des propriétés immobilières d'Hanoï a estimé à 660 piastres le revenu brut de cet immeuble et a déclaré qu'en élevant par conséquent à 50 piastres le loyer mensuel dudit immeuble, le prévenu est resté en deçà des revenus qu'il était officiellement autorisé à en retirer ; que l'arrêt attaqué s'est ainsi exclusivement fondé sur une constatation dont l'article 6 de la loi du 23 octobre 1919 ne permet pas de tenir compte ; — Attendu que, en ce qui concerne l'immeuble du n° 7 *bis* de l'impasse de Verdun, la décision de relaxe est uniquement fondée sur ce qu'il résulte des faits de la cause que les 23 piastres, exigées mensuellement par L... de son locataire, représenteraient un revenu inférieur au revenu de 12 p. 100 qui est autorisé en Indo-Chine dans les prêts d'argent ; que ce motif ne peut pas non plus justifier aux termes de l'article 6 de la loi du 23 octobre 1919, la relaxe du prévenu... » On arrive ainsi avec cette décision à ce résultat très curieux : le taux de l'intérêt étant absolument libre depuis la loi du 18 avril 1918, on peut spéculer librement sur les capitaux, il n'y a plus d'usure ; au contraire, on ne peut pas spéculer librement sur les loyers des immeubles. C'est l'inverse de ce qui se passait avant la guerre où le taux de l'intérêt était limité en matière civile et où on avait toute liberté pour fixer le montant des loyers des immeubles.

Une question peut se poser. C'est la suivante : un propriétaire qui met un appartement aux enchères, dans les formes légales, peut-il être condamné pour spéculation illicite, au cas où cet appartement serait adjugé au prix supérieur à celui reconnu normal, en se basant sur le jeu de la libre concurrence ?

Nous pensons que cette question doit être résolue par la négative. D'abord, la mise aux enchères de la location d'un appartement peut être valablement faite, tous les droits incorporels pouvant être vendus par voie d'enchères. Ensuite, le propriétaire qui emploie cette procédure ne peut être considéré comme ayant agi de mauvaise foi ; il ne recourt, en effet, ni à des négociations secrètes, ni à de louches marchandages ; son locataire qu'il ne connaît pas va être désigné, sous le contrôle d'un notaire ; or, il n'y a délit que s'il y a mauvaise foi. Mais, le prix va se trouver certainement majoré ; cette majoration seule ne saurait constituer, semble-t-il, le délit, car il n'y a pas de moyen plus efficace, aux yeux de notre loi, pour assurer *à la libre concurrence* ses effets normaux que la mise aux enchères.

Il ne paraît pas y avoir de décisions de justice sur cette question. Il est difficile de prévoir ce que jugerait un tribunal qui en serait saisi : la guerre a eu, en effet, pour conséquence la promulgation de lois et décrets qui ont sacrifié les intérêts particuliers, des droits mêmes, à l'intérêt général. La législation de guerre a entrepris de réglementer les prix et de donner aux choses une valeur déterminée, en dehors de la loi de l'offre et de la demande. Un tribunal ne serait pas insensible à cette manière d'envisager les rapports économiques, même au point de vue particulier qui nous occupe ; et peut-être considérerait-il comme une opération abusive la mise aux enchères de la location, étant donnée la crise que nous subissons.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES COMPENSATIONS POUR L'ÉCOLE DE LYON

M. Vincent Auriol, député, demande à M. le ministre de la Guerre si des mesures réparatrices ne sont pas envisagées en faveur des élèves de l'Ecole de santé militaire de Lyon, admis au concours de 1919, en vue de les dédommager du temps perdu pendant la guerre, comme cela est pratiqué pour ceux admis au concours de 1914, puisque pour ces derniers l'ancienneté remontera au 31 décembre 1916 pour le grade d'aide-major de 2e classe, tandis que beaucoup de médecins du concours de 1919 ne prendront rang, pour le même grade, que dans le courant de 1922, et, par suite, bien qu'ayant rempli les fonctions de médecins auxiliaires pendant la guerre, ils se verront distancés de six années par leurs aînés de 1914. (*Question du 15 mars 1921.*)

Réponse. — Réponse affirmative. Il est envisagé des mesures de compensation pour les élèves de l'Ecole du service de santé militaire visés ci-dessus.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES
DE
LA PNEUMONIE AIGUE [1]

III. **FORMES SUIVANT LE SIÈGE.** — 1. PNEUMONIE CENTRALE. — Le point de côté initial est souvent moins accentué et peut passer inaperçu. Les signes physiques sont peu perceptibles. Il y a une zone de diminution du murmure vésiculaire, et ce n'est que très tardivement qu'on entend le souffle et les râles, lorsque le bloc pneumonique vient à effleurer la surface du poumon.

Le diagnostic se basera sur les signes généraux, l'allure cyclique de la maladie, sur les caractères de l'expectoration rouillée, l'herpès labial, la fièvre, la rougeur des pommettes. On pourra penser, dans certains cas, à un début de fièvre éruptive ou à une fièvre typhoïde (pneumo-typhus). Le diagnostic est à discuter avec ces affections.

2. PNEUMONIE DU SOMMET. — Chez l'adulte normal, elle ne présente aucun signe spécial, bien qu'on ait prétendu que les troubles cérébraux étaient plus fréquents. Mais, en revanche, elle revêt une allure clinique spéciale chez l'enfant, le vieillard et l'alcoolique et est chez eux tout particulièrement grave. Les signes physiques sont souvent minimes, obscurs; on doit les rechercher systématiquement et avec soin dans la région sus-épineuse, et dans l'aisselle surtout. On trouve à ce niveau une matité limitée, et, en faisant tousser le malade, on perçoit dans l'aisselle une bouffée de râles crépitants. Nous retrouverons dans la suite de ce travail les divers aspects cliniques que revêt la pneumonie du sommet chez le vieillard, l'enfant, l'alcoolique. Qu'il nous suffise de dire seulement que chez l'enfant, elle donne naissance à des convulsions et à des phénomènes d'aspect méningitique; chez l'alcoolique, à des accidents ataxo-adynamiques; chez le vieillard, elle revêt une allure torpide.

3. PNEUMONIE MIGRATRICE. — Il s'agit de foyers d'hépatisation successifs, évoluant en divers points du poumon et plusieurs lobes étant pris successivement. Cette forme serait plutôt une broncho-pneumonie.

4. PNEUMONIE DOUBLE. — D'après Grisolle, elle n'est jamais double d'emblée. Pour d'autres, il s'agirait d'une pneumonie migratrice.

Le siège des deux foyers est variable. Toutes les variétés sont possibles; d'ordinaire, le second foyer occupe le lobe correspondant du côté opposé.

La deuxième pneumonie est moins étendue que la première. Elle débute insidieusement au 8e jour, sans nouveau frisson, ni point de côté. Les crachats sont rouillés. Il n'y a pas de défervescence ni de crise, et l'examen complet du malade révèle un deuxième foyer pneumonique. La dyspnée est plus vive et l'auscultation montre un deuxième souffle et un foyer de râles. La température axillaire est égale des deux côtés, alors que dans la pneumonie unilatérale, elle est un peu plus élevée du côté malade.

Le diagnostic est à discuter avec :

Une pneumonie d'un côté et une congestion pulmonaire de l'autre, avec transmission du souffle tubaire.

5. PNEUMONIE MASSIVE DE GRANCHER (spléno-pneumonie). — C'est une pneumonie avec bronchite fibrineuse. Dans cette forme, les grosses bronches sont oblitérées par un coagulum fibrineux. Le poumon est hépatisé dans son ensemble; la matité est absolue. Le silence respiratoire est complet. Il n'y a pas d'expectoration. La dyspnée est vive; les vibrations sont diminuées et il y a une matité de bois, ce qui peut faire penser à une pleurésie à grand épanchement. Mais le début a été brusque, la température élevée, la ponction exploratrice est nulle.

IV. **FORMES SUIVANT L'AGE.** — 1° PNEUMONIE DE L'ENFANT. — La pneumonie est fréquente dans la deuxième enfance, alors que la broncho-pneumonie prédomine dans la première enfance. Ce qui la caractérise, c'est sa prédominance au sommet et l'accentuation des symptômes nerveux.

Le *début* est brusque comme chez l'adulte. Il est marqué par une ascension de la température à 40°, un frisson, des vomissements, parfois des convulsions. La dyspnée est marquée avec battements des ailes du nez, la toux est quinteuse, mais il n'y a pas d'expectoration. Le point de côté est souvent *abdominal* pouvant simuler par son intensité une appendicite (forme pseudo-appendiculaire).

A la période *d'état*, l'abattement est intense, la polypnée très marquée, avec battements des ailes du nez. La respiration est du type abdominal avec tirage sous-costal chez les enfants rachitiques. La diarrhée est précoce et en général de mauvais augure (Triboulet).

La température est en plateau à 40°, le pouls à 120°, la langue est sèche.

A l'examen, les signes physiques sont peu évidents. La matité est souvent plus importante que les signes d'auscultation. En général, le souffle est net, ainsi que les râles. Il y a retentissement du cri. Au sommet, du côté malade, on peut noter du skodisme avec du défaut d'expansion sous-claviculaire (signe de Weil).

L'*évolution* est normale, mais souvent très rapide. La défervescence se produit du 5e au 6e jour, en 2 temps. On observe souvent un jour avant la vraie crise, une chute de température passagère n'allant pas jusqu'à l'hypothermie, c'est la procrise. La température remonte le soir même à 40° et le lendemain retombe à la normale. La convalescence est rapide.

A côté de cette forme, on peut encore observer chez l'enfant des *formes cérébrales;* soit le *type éclamptique* (convulsions répétées générales ou partielles), soit le type *méningitique* avec délire, céphalalgie, vomissements, attitude en chien de fusil.

Il s'agit souvent d'une pneumonie du sommet avec signes physiques discrets.

Le *diagnostic* se pose avec :

— la méningite cérébrospinale;
— la méningite tuberculeuse (ponction lombaire dans les deux cas);
— l'appendicite;
— la péritonite à pneumocoques;
— la fièvre typhoïde;
— la broncho-pneumonie.

2° PNEUMONIE DU VIEILLARD. — La pneumonie est très fréquente à cet âge; c'est la fin classique du vieillard. Ses signes capitaux sont l'insidiosité des symptômes et la gravité de l'affection.

Au début, le point de côté, la toux et l'expectoration sont minimes et peu accusés. La fièvre est peu élevée. Il y a même des cas de *pneumonie algide* avec hypothermie. Charcot a insisté sur la dissociation entre la température centrale élevée (40°) et la température périphérique abaissée (37°).

Le malade est dans un état de torpeur, d'adynamie, de demi-délire avec rêvasserie. La *langue* est sèche et rôtie, rouge, dure avec des croûtes brunâtres collées sur les bords. Les urines sont rares. Le pouls est mou, rapide, irrégulier.

Les signes physiques sont très variables, souvent difficiles à constater, tardifs, et localisés souvent au sommet.

L'évolution est grave. L'affection est au poumon et le danger est au cœur (Peter). La mort survient dans l'adynamie avec myocardite, ou par hépatisation grise. La pneumonie se prolonge alors; les signes se modifient par adjonction de gros râles humides; les oscillations thermiques se produisent. Les crachats sont jus de pruneaux.

Il faut signaler aussi chez le vieillard la *forme latente.*

Il s'agit de malades, qui se plaignent de malaises vagues, sans interrompre leurs occupations. Ils succombent dans le coma quelques heures après s'être couchés. A l'autopsie, on découvre l'hépatisation grise.

La *forme apoplectique* s'accompagne d'un ictus et même d'une hémiplégie. La mort survient fatalement.

3° PNEUMONIE AU COURS DE LA GROSSESSE. — Le pronostic n'en est pas plus grave. Toutefois elle peut provoquer l'avortement et l'infection peut être transmise au fœtus par voie transplacentaire. Dans un cas de ce genre, le fœtus avait eu lui-même une pneumonie (Ménétrier). (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 24, p. 383, et n° 27, p. 431.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE... 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Guillemot, Papillon, Weil (Emile), Comte, Bensaude, Marfan, Claisse, Rathery, Widal, Jeanselme, Crouzon, Guillain.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est composé de MM. Mallet, Joly, Gauja, Geny, Poupon.

A PROPOS DE LA LOI SUR LES PENSIONS. — Le Syndicat des médecins de la Seine nous communique la déclaration faite, en son nom, par le Dr Jayle, au Préfet de la Seine :

« Paris, le 9 avril 1921,

Monsieur le Préfet de la Seine.

Monsieur le Préfet,

Par déférence pour votre personne et pour montrer, une fois de plus, que le Syndicat des médecins de la Seine répond toujours à toutes les invitations de la préfecture, nous venons assister, président et secrétaire général, à la réunion à laquelle vous nous avez conviés.

Mais nous vous déclarons, avant toute discussion, que le Syndicat des médecins de la Seine demande le rétablissement des deux mots essentiels du paragraphe 5 de l'article 64 de la loi des pensions, mots qui avaient été votés en connaissance de cause par le Parlement et dont la suppression a été faite en quelque sorte subrepticement par un amendement glissé dans la loi de finances de décembre 1920. Cette méthode de suppression a eu, pour résultat, l'absence de toute discussion à la Chambre et l'étranglement du débat au Sénat. Le débat au Sénat, bien que très court, a cependant montré, chez M. le ministre des Pensions, un esprit tellement agressif que le sénateur, M. Delpierre, a prononcé les paroles suivantes :

« Je proteste de toute mon énergie contre les paroles qui « viennent d'être prononcées. Pourquoi une si violente inter- « vention de M. le ministre des Pensions? Vous assimilez « les médecins en ce moment à des mercantis. »

Le Corps médical dont la valeur scientifique et le dévouement, au cours de la guerre, ont, seuls, permis la récupération par les armées de centaines de milliers d'hommes, et dont le désintéressement envers les pauvres a, de tous temps, été inscrit à la charte de ses devoirs, ne peut accepter la tendance si hautement manifestée de M. le ministre des Pensions. Il ne peut souscrire davantage à un acte dont les conséquences sont, pour les soldats héroïques qu'il connaît bien pour les avoir souvent arrachés à la mort, le renvoi à l'hôpital pour tous les cas graves et les soins spéciaux comme des indigents et leur remise entre les mains des médecins qu'ils n'ont pu librement choisir, contrairement aux droits que leur confère la loi faite à leur intention.

Défendant les droits des bénéficiaires de la loi des pensions et, sauvegardant l'honneur du Corps médical, le Syndicat des médecins de la Seine n'acceptera jamais aucune taxation administrative faite sans son consentement et sans une entente absolue entre ses représentants et ceux de l'administration. Cette entente n'existant pas actuellement, aucune discussion n'est possible de notre part sur le décret du 9 mars 1921.

Je vous prie, Monsieur le Préfet, de vouloir bien faire consigner cette déclaration au procès-verbal de la séance et de la faire transmettre à qui de droit.

Le Secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine,
Dr F. JAYLE. »

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — M. le Dr Quénu, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, est nommé membre de la Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, en remplacement de M. le Dr Charles Monod, décédé.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le Dr Carle (de Lyon)

est nommé membre de la Commission de prophylaxie antivénérienne.

— La médaille d'argent pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique est attribuée au Dr Colliard, médecin à Fourmies.

MÉDAILLE DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles de vermeil.* — MM. le prof. Jean Cantacuzène (de Bucarest), le Dr Uytterhœven (d'Ixelles-Bruxelles), le général inspecteur Vicol, du Service de santé roumain.

Médailles d'argent. — M. le Dr Bruzaud, de l'armée britannique.

M. le Dr Carroll-Bull, de nationalité américaine.

MM. les Drs Ciuca (Michel), Goresco (Constantin), Ionesco (Démétri), Jeohary (Anibal), Man a (Jean), Mezinscescu (Démétri), Negoescu (Michel), Negruzi (Jean), Panaiescu (Vasile), Proca (Jon), Riegler (Paul), Romalo (Edouard), de nationalité roumaine.

MM. les Drs Lowis (Louis [de Liége] et Patry (de Genève).

Médailles de bronze. — M. le Dr Balteanu (Jon), Mlle Bucsan (Marie), MM. les Drs Combiescu (Démétri), Condrea (Pierre), Eftimescu (Grégoire), Galasesco (Pierre), Gheoghiu, Ghiatza, Irimescu (Stefan), Ionescu-Mihaiesti, Mme Moisiu (Marie), MM. les Drs Nasta, Nicolau, Mme Rainer, M. le Dr Tupa, de nationalité roumaine.

MM. les Drs Ardenois, Bruyaux, Dardenne, Hoebeke, Hovine, Olbin, de nationalité belge.

MM. les Drs Challenor, de l'armée britannique; Hoguet (de New-York); Jessurun (de Harlem); Mac-Robert (de New-York); Thomson, de l'armée britannique.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. Babinski, médecin de l'Hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 30 avril, à 10 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Les conférences auront lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

LABORATOIRE DE SÉROLOGIE. (Direction scientifique : M. RUBINSTEIN, 34, rue Saussure, métro Monceau.) — M. Rubinstein fera un cours de sérologie appliquée à la clinique, du 24 mai au 23 juin, les mardis, jeudis et samedis, à 14 heures. Les cours suivis de travaux pratiques (de 14 heures à 18 heures) traiteront les propriétés biochimiques des sérums, le séro-diagnostic de la syphilis, de la tuberculose et d'autres affections.

Le but de cet enseignement est de former des sérologistes et de les initier aux recherches de laboratoire.

Le nombre des élèves est limité. Le droit d'inscription est de 150 fr. Pour les renseignements, s'adresser au laboratoire, de 15 à 17 heures.

H. DURET

(DE LILLE)

Nous avons eu le regret, il y a quelques jours, d'annoncer la mort de Duret, doyen de la Faculté libre de Lille, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien interne et chirurgien des hôpitaux de Paris. Duret s'était déjà signalé par des travaux importants de pathologie cérébrale, qu'il avait entrepris dans le service de Charcot; sa thèse sur la contusion, la commotion cérébrale, les épanchements sanguins intracérébraux, est restée une œuvre classique. Il avait fait à cette époque de nombreuses communications à la Société de biologie. Duret semblait appelé à poursuivre une belle carrière scientifique à Paris, quand il se décida à partir pour Lille où, professeur, puis doyen de la Faculté libre, il acquit rapidement une grande réputation comme chirurgien Il a beaucoup travaillé et beaucoup fait travailler autour de lui, car il forma de nombreux élèves. Il s'est toujours associé aux travaux de l'Institut Pasteur de Lille et a rendu les plus grands services pendant la guerre, en se consacrant aux soins des blessés et par son exemple, par son énergie et par son autorité, en soutenant vaillamment le moral des malheureuses populations persécutées par les Allemands. A. BROCHIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE EN FRANCE POUR LES PHARMACIENS ALSACIENS-LORRAINS

M. Perreau, sénateur, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si un pharmacien alsacien-lorrain, pourvu du diplôme allemand de pharmacie, peut acquérir une pharmacie en France, y exercer sa profession, et, dans l'affirmative, quelles formalités il doit accomplir pour valoriser son diplôme afin de pouvoir acquérir une pharmacie en France. (*Question du 22 mars 1921.*)

Réponse. — Dans l'état actuel de la législation, le diplôme allemand de pharmacien ne peut être déclaré équivalent au diplôme d'Etat français qui, seul, donne le droit d'exercer la pharmacie en France. Mais un projet de loi donnant satisfaction aux pharmaciens alsaciens-lorrains sera soumis prochainement au Parlement. (*J. O.*, 10 avril 1921.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 19 avril. — Jury : MM. Bar, président; Brindeau, Terrien et Schwartz. — M. LANTUÉJOUL (Pierre). Les hémorragies méningées du nouveau-né. — M. BIDET (André). Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie puerpérale. — M. FRESNEY (Henri). Contribution à l'étude des rhumatismes blennorragiques. M. DEGLAIVE. De l'hémorragie et de l'hémostase dans l'insertion vicieuse du placenta.

Mercredi 20 avril. — Jury : MM. Hartmann, président; Sebileau, Legueu et Okinczyc. — M. JACOB (Gustave). Contribution à l'étude du traitement du prolapsus génital des femmes âgées. — M. CAUCHOIS (Jean). Quelle artère faut-il lier dans les hémorragies de la loge amygdalienne. — M. AVRAMOVITCH (Pierre). Etude des spermatocystites non tuberculeuses.

Jury : MM. Roger, président; Letulle, Teissier et Lereboullet. — M. DELESTRE (Marcel). Goitre exophtalmique et lésions utéro-annexielles. — M. CATHALA (Jean). L'adénome solitaire. — M. CHAPLAIN (Maurice). Les écoles de plein air.

Jeudi 21 avril. — Jury : MM. Lejars, président; Lecène, Retterer et Basset. — M. BLOT (Paul). Les fibromes des nerfs. — M. GEORGESCO (Jean). De la pachydermie vorticellée. — M. PRIVÉ (J.) Les résultats éloignés de la craniectomie.

Jury : MM. Pouchet, président; Marfan, Achard et Jeanselme. — M. CHALONNEAU (Emile). De l'action des injections sous-cutanées d'oxygène. — M. GALLIARD (Henri). De la valeur de la recherche du sang dans le liquide gastrique. — Mlle GALLAND (Paule). Etude de l'hypogalactie vespérale. — M. ORDIONI (Paul). Contribution à l'étude de la plaque muqueuse géante du voile du palais.

Jury : MM. Chauffard, président; Carnot, Gilbert et Bezançon. — M. TISON (Pierre). Syndrome d'inanition et de carence alimentaire. — M. BISSON (André). Contribution à l'étude radiologique des diarrhées. — M. RYCKWAERT (P.). Traitement du rhumatisme blennorragique. — M. ROLLOT (André). Valeur des variations morphologiques du bacille tuberculeux. — M. ANDRIEUX (Louis) Contribution à l'étude des injections sous-cutanées.

Technique chirurgicale, par G. MARION. Tomes I et II. 5e édition, 1355 figures et 53 planches en couleurs. — Prix : 90 francs. — Paris, Maloine et fils.

REVUE GÉNÉRALE

LA SYPHILIS SECONDAIRE ANORMALE

SYPHILIS GRAVES PRÉCOCES ET SYPHILIS MALIGNES PRÉCOCES

Par le Dr A. BOUTELIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

On a décrit sous les noms de *syphilis graves précoces*, *syphilis malignes précoces*, *syphilis intenses précoces*, des modalités d'évolution anormale de la syphilis secondaire; ces termes que l'on a souvent confondus entre eux comportent cependant des significations bien différentes.

Dès le début de la période secondaire, après une seconde incubation parfois écourtée, la syphilis peut revêtir un caractère de gravité toute spéciale. Cette *syphilis secondaire grave précoce* peut d'ailleurs se présenter sous des aspects variables suivant que le caractère de gravité est donné par les signes généraux, ou par une atteinte précoce des différents appareils de l'organisme, *syphilis viscérale précoce*, ou enfin par une intensité spéciale de l'éruption, *syphilis intense précoce*, à laquelle on peut rattacher les *syphilides secondaires malignes* de Fournier qu'il ne faut pas confondre, comme nous allons le voir, avec la *syphilis maligne précoce*.

On désigne en effet, sous le nom de *syphilis maligne précoce* une forme bien spéciale de syphilis caractérisée essentiellement par l'apparition précoce d'accidents ulcéreux nombreux et disséminés, parfois généralisés et différant, par celà même, d'accidents ulcéreux, précoces, de type tertiaire, qui sont, eux, localisés et que l'on a décrits sous le nom de *syphilis tertiaire précoce* ou de *syphilis galopante*.

A. **Les syphilis graves précoces.** — Trois groupes de syphilis graves précoces peuvent être envisagés :

1. Dans un premier groupe, il s'agit de syphilis à signes généraux intenses.

2. Dans un deuxième groupe, un accident viscéral précoce vient assombrir prématurément l'allure de la maladie : syphilis viscérale précoce.

3. Dans un troisième groupe, la syphilis est précocement grave par l'intensité de l'éruption.

1. Les syphilis graves précoces a signes généraux intenses. — Le tableau le plus typique en est réalisé par la *typhose syphilitique*. Cette forme clinique qui frappe avec prédilection le sexe féminin se présente, à l'opposé des formes communes, comme une fièvre éruptive évoluant à grand fracas au milieu de signes généraux intenses, et l'on comprend qu'un aspect aussi inusité de l'explosion secondaire ait pu entraîner maintes fois des erreurs de diagnostic.

La fièvre élevée, la stupeur, l'état véritablement typhoïde du sujet attirent en effet tout d'abord l'attention : mais la constatation de l'éruption met sur la bonne voie. Cette éruption peut se présenter avec les caractères d'une éruption secondaire banale; souvent cependant elle est particulièrement intense et parfois même peut revêtir le type de la syphilis maligne précoce.

En dehors de cette typhose syphilitique, la gravité de la syphilis secondaire peut être déterminée par l'intensité de l'asthénie, de l'anémie ou de l'amaigrissement, ce qui avait permis à Fournier d'isoler plusieurs types : type anémique, type asthénique ou nerveux, type dénutritif ou consomptif et enfin un type mixte dû à la combinaison des précédents.

2. Les syphilis viscérales précoces. — On conçoit toute la gravite d'une atteinte sérieuse précoce des viscères. Cette localisation viscérale du tréponème peut se faire rapidement en plusieurs organes (forme mixte). Plus souvent un seul est frappé :

— tantôt c'est le rein (albuminurie massive, œdèmes plus ou moins étendus, et évolution possible vers le mal de Bright, mais influence miraculeuse du traitement spécifique).

— souvent ce sont les surrénales (hypotension artérielle, asthénie).

— beaucoup plus rarement, c'est le tractus gastro-intestinal, ou l'appareil respiratoire.

— dans d'autres cas ce sont les organes des sens (surtout iritis, rétinite, surdité brusque).

— Mais c'est la localisation sur le système nerveux qui est de beaucoup la plus redoutable (paralysies faciales, hémiplégies précoces, attaques épileptiformes, accidents méningés, cérébraux et médullaires divers).

3. Les syphilis intenses précoces. — Lorsque l'éruption secondaire au lieu de se traduire comme ordinairement par de la roséole, ou par une éruption papuleuse discrète, consiste en une floraison dense de syphilides papuleuses volumineuses, confluentes et pouvant même parfois présenter des éléments ulcéreux, tout porte à penser qu'il s'agit d'une forme grave de vérole.

La coexistence fréquente de phénomènes généraux à localisations multiples (céphalée violente, iritis, ostéopériostite, arthropathies), la réaction méningée précoce et beaucoup plus constante que dans les syphilis banales, la résistance plus grande de l'éruption au traitement, tout celà montre l'imprégnation beaucoup plus profonde de l'organisme par le virus syphilitique. C'est là la *forme sévère* de Fournier qu'il considère comme type de transition entre les syphilis de forme normale et les syphilis malignes précoces.

Parmi ces éruptions de signification sérieuse et parfois redoutable, Fournier a isolé trois types qu'il a dénommés *syphilides secondaires malignes*. Ce sont :

a. la syphilide papulo-tuberculeuse;
b. la syphilide papuleuse exfoliatrice;
c. la syphilide papuleuse nigricante.

a. *Syphilide papulo-tuberculeuse*. — L'éruption, généralement abondante, parfois confluente, disséminée avec souvent prédominance à la face et aux membres inférieurs, généralement sans aucune tendance aux groupements, mais pouvant exceptionnellement affecter une disposition annulaire, se compose de grosses papules ou papulo-tubercules, géométriquement orbiculaires, fermes au toucher, « ayant du corps » et de coloration bien spéciale, non pas « jambon fumé », mais rouge vif « à teinte coquelicot » (Fournier), parfois avec infiltration hémorragique.

C'est une éruption à marche lente et particulièrement résistante au traitement.

b. *Syphilide papuleuse exfoliatrice*. — Succédant en général à une éruption papuleuse, elle consiste en placards ou nappes de l'étendue d'une main, de deux mains, ou même davantage, à bords souvent festonnés et présentant une desquamation abon-

dante, non adhérente se produisant sous forme de lamelles foliacées très minces, papyracées « en pelure d'oignon ». Cette éruption se fait également remarquer par sa tenacité et sa longue résistance au traitement.

c. *Syphilide papuleuse nigricante.* — Cette forme se caractérise par la pigmentation grisâtre ou gris noirâtre qui fait suite à une syphilide papuleuse ne paraissant pas par elle-même spécialement grave.

Cette éruption, comme les deux précédentes est particulièrement persistante, et résiste énergiquement aux traitements les plus intensifs.

La gravité de ces syphilides secondaires malignes tient non seulement aux caractères de l'éruption, mais aussi et surtout aux signes généraux intenses et aux localisations multiples qui l'accompagnent en général, C'est souvent dans ces formes que l'on trouve la typhose secondaire, les accidents nerveux et un degré prononcé d'asthénie, d'amaigrissement ou d'anémie. Elles semblent donc bien témoigner, comme dit Fournier, d'une infection « extensive ».

B. **La syphilis maligne précoce.** — Nous envisagerons sous cette dénomination une forme spéciale de syphilis caractérisée par l'apparition précoce, peu de mois après l'infection, d'accidents ulcéreux dispersés sur toute la surface tégumentaire, atteignant plus rarement les muqueuses et résistant au traitement iodo-mercuriel.

Cette définition de la syphilis maligne précoce répond à la conception qu'après Bazin et Dubuc, qui l'ont individualisée, s'en sont fait entre autres Marshall, Haslund, Neisser, Buschke.

Pour ces auteurs, cette forme diffère totalement des éruptions de la période tertiaire, par la généralisation des éléments ulcéreux, l'absence de groupement à configuration circinée typique, l'absence de contour serpigineux des ulcérations, l'infidélité de l'action de l'iodure de potassium.

D'autres auteurs au contraire tels que Tarnovsky comprennent dans la syphilis maligne précoce des accidents tertiaires précoces et des syphilis viscérales graves (tels que les accidents cérébraux et médullaires arrivant au début de la période secondaire). Pour Lesser, il s'agirait d'une forme de syphilis à période secondaire très brève et où les accidents tertiaires se développent peu de temps après l'infection.

Symptomatologie. — Début. — Certains auteurs admettaient que la lésion primaire présentait des caractères particuliers pouvant faire pressentir la forme maligne qu'allait prendre la période secondaire, et c'est ainsi que Bassereau, Lancereaux, Diday, Carmichael, Baumler entre autres, avaient déclaré, que la syphilis maligne commençait généralement par un chancre phagédénique. Bassereau avait émis cette règle : « à chancre malin, syphilis maligne », et Diday avait formulé sa « loi de concordance ». Baudouin, élève de Fournier, bien qu'estimant cette opinion un peu exagérée, n'en insistait pas moins sur la fréquence des chancres ulcéreux ou phagédéniques dans les syphilis graves précoces et les syphilis malignes précoces (12,45 p. 100 des cas).

Plus récemment, Tarnowsky pensait que l'ulcération initiale prenait un caractère ulcéreux dès le début, rappelant la chancrelle et s'accompagnant le plus souvent d'adénites suppurées. De même, Queyrat admet que le point de départ est d'ordinaire, mais non toujours, un chancre largement ulcéreux.

Par contre, cette opinion a été vivement combattue par Haslund qui sur 9 cas de syphilis malignes, n'a observé qu'un seul chancre ulcéreux. De même Buschke ne pense pas que le chancre initial présente des caractères spéciaux.

La mauvaise réputation des chancres extragénitaux semble plus universellement admise. Il y a longtemps, Van Swieten en avait parlé. Fournier pensait de même et son opinion se basait sur des statistiques étendues. Baudouin a observé des chancres extragénitaux dans 8,3 p. 100 des cas de syphilis maligne précoce. Haslund croit également que ces chancres sont, plus souvent que les autres, suivis de syphilis maligne.

On avait insisté autrefois sur le mauvais état général des sujets chez qui se développe la syphilis maligne précoce, et on en tirait argument pour accuser le terrain de la transformation fâcheuse de l'affection. Il est loin d'en être toujours ainsi, et dans la forme qu'il décrit si minutieusement, Queyrat insiste sur le fait que la syphilis maligne précoce survient chez des sujets solides, ne présentant aucune tare.

Explosion secondaire. — Elle est précédée d'une deuxième incubation souvent écourtée. Alors que pour Mauriac, elle était de 6 à 8 semaines, pour Haslund elle est de 4 à 6 semaines, (on l'a vue tomber à 30 jours dans un cas de Brousse) pour Tarnowsky de 3 à 5 semaines.

Ce début de la période secondaire dans la syphilis maligne précoce, se fait souvent à grand fracas, au milieu de symptômes généraux souvent inquiétants, fièvre parfois intense et pouvant s'accompagner de stupeur et de prostration réalisant un véritable état typhoïde, céphalée, arthralgies et myalgies, insomnie. La fièvre, lorsqu'elle dure longtemps, peut prendre les caractères de la fièvre hectique (febris hectica syphilitica des anciens syphiligraphes) avec diarrhée et sueurs nocturnes, pouvant même faire craindre une issue fatale. L'anémie, l'amaigrissement, la pâleur excessive sont en général très marqués et la plupart des auteurs insistent sur la dénutrition profonde, effrayante, sur l'apparence vraiment cachectique du malade.

C'est au milieu de ce cortège impressionnant de phénomènes généraux que vont faire irruption les lésions ulcéreuses de la syphilis maligne précoce. En général, ce processus ulcéreux est la première manifestation secondaire de la maladie, survenant en place de la roséole commune. Parfois cependant il peut être précédé par une ou deux éruptions de caractère ordinaire, mais en tout cas, il apparaît toujours dans la première année de l'infection (Haslund).

Nous allons maintenant étudier, d'abord l'élément typique, puis la façon dont ces éléments se groupent pour constituer l'éruption.

a. L'élément. — Plusieurs variétés en ont été décrites, mais il semble que schématiquement elles puissent se ramener à deux principales. Dans la première, le stade ulcéreux est précédé d'un stade bulleux puis pustuleux ; dans la deuxième, les ulcérations se constituent aux dépens de syphilomes cutanés sans être précédées de stades bulleux et pustuleux.

Celà répond somme toute aux deux formes de Bazin et de Dubuc : forme puro-vésiculeuse et forme tuberculo-ulcéreuse.

— *α. forme puro-vésiculeuse.* — Le début se fait

par des taches rouges au niveau desquelles apparaissent rapidement des vésicules, puis des pustules qui se dessèchent; elles donnent ainsi naissance à des croûtes brunâtres ou verdâtres, souvent ostréacées ou rupioïdes, entourées d'une aréole rouge cuivrée ou d'un soulèvement bulleux. Suivant les différentes modalités de l'ulcération ou de l'incrustation, les anciens auteurs décrivaient là de l'impetigo syphilitique confluent, ou de l'ecthyma ou du rupia syphilitiques.

La syphilis maligne précoce que décrit Queyrat se ramène en somme à cette forme.

— β. *forme tuberculo-ulcéreuse.* — Au début, ce sont de petites papules rouges et saillantes du volume d'une tête d'épingle; puis elles augmentent de volume, atteignant les dimensions d'un grain de chènevis, d'une lentille, d'une groseille rouge, quelquefois même d'une petite cerise présentant une coloration rouge sombre tirant même parfois sur le noir, coloration sur laquelle insistent Bazin et Dubuc. Ces tubercules sont souvent tendus, lisses et luisants, mais souvent aussi sont recouverts de squames blanchâtres assez épaisses.

La syphilis tuberculo-ulcérante gangréneuse décrite par Dubuc n'est qu'une variante de cette forme tuberculo-ulcéreuse. A un stade papulo-tuberculeux survenant au milieu de signes généraux très accentués, fait suite un stade gangréneux caractérisé par l'escharrification du centre de quelques tubercules (apparition d'une escarre noire et sèche entourée d'un bourrelet dur, saillant et cuivré). Cette escarre en tombant met à nu un ulcère à base indurée donnant la même sensation que le chancre induré. Enfin une période cicatricielle analogue à celle des formes précédentes vient clore l'évolution.

Quoiqu'il en soit, qu'il s'agisse de forme puro-vésiculeuse ou de forme tuberculo-ulcéreuse, dans l'un comme dans l'autre cas survient rapidement le processus ulcéreux qui a partout le même caractère : ulcération profonde, régulièrement arrondie avec bords taillés à pic et dont les dimensions varient en moyenne de 1 à 5 cm. de diamètre. Ces ulcérations sont le siège de vives cuissons, parfois de douleurs intenses empêchant le sommeil et dégagent une odeur fétide.

Au stade ulcéreux, que nous venons de décrire, fait suite un stade de cicatrisation : les cicatrices, d'abord violacées ou rouge sombre, deviennent peu à peu plus blanches, parfois gaufrées ou parsemées de brides inodulaires comme les brûlures du 3e et du 4e degré.

b. *L'éruption.* — Ces éléments éruptifs sont dispersés sur toute la surface du corps. Néanmoins l'éruption occupe, avec prédilection, le visage, le cuir chevelu, le dos, les membres inférieurs. Elle présente, à un moment donné, un aspect polymorphe, étant formée d'éléments à des stades divers d'évolution : volumineuses papules et nodosités, éléments papulo-vésiculeux ou papulo-pustuleux, ulcérations recouvertes de croûtes (ulcérations au début), larges ulcérations ou autres éléments en voie de guérison et de cicatrisation.

c. *Etat des muqueuses.* — On ne trouve jamais de plaques muqueuses, mais parfois des ulcérations profondes, entamant le voile du palais, pouvant même sectionner la luette, la muqueuse pituitaire serait plus particulièrement atteinte par le processus ulcératif qui aboutit dans certains cas à la perforation du septum (Haslund).

d. *Etat du système ganglionnaire.* — Landouzy a insisté sur l'absence de l'adénopathie secondaire. De même Brocq a déclaré avoir observé plusieurs cas analogues sans ganglions.

Cependant on a fait observer que chez certains individus, on a pu voir coexister des syphilis malignes précoces avec de grosses adénopathies.

e. *Troubles viscéraux.* — Dans la règle, il n'y a pas de complications viscérales, jamais d'accidents nerveux précoces, ni de modifications notables de l'arbre artériel. On peut seulement parfois noter des lésions du périoste ou de l'iris.

Evolution. — La durée de cette éruption est très longue et peut parfois s'étendre à plusieurs mois. Parfois cette première éruption est suivie de poussées successives de même durée. L'affection peut se prolonger plusieurs années, chaque attaque durant quelques mois et les intervalles étant de courte durée.

L'affection ne montre aucune tendance à la guérison spontanée.

Pronostic. — On admettait autrefois (Bazin et Dubuc) que le pronostic était de toute gravité, et qu'il n'était pas rare de voir survenir des complications viscérales ou osseuses; que la cachexie était fréquente, pouvant aboutir à l'issue fatale, si une médication énergique n'était pas appliquée à temps.

Par contre actuellement (Marshall, Haslund, Neisser), on pense que le pronostic est assez favorable (si l'on en sépare les syphilis tertiaires précoces ou syphilis galopantes). Il serait possible également que la virulence de l'affection soit plus élevée dans ses premières périodes, et il serait également possible que des cas de ce genre soient moins exposés que les cas ordinaires de syphilis aux troubles parasyphilitiques.

Diagnostic. — *A.* Diagnostic positif. — Le diagnostic clinique devra être complété par la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann. On a beaucoup insisté sur ce fait que la positivité de la réaction survenait tardivement; elle n'apparaît, en effet, qu'au bout de 2 mois, 2 mois et demi, 3 mois.

Il pourra, d'autre part, être procédé à un examen histologique qui montrera les mêmes lésions d'artérite que dans la syphilis commune; mais parfois on n'y trouve pas la mononucléose du syphilome ordinaire (Queyrat).

D'autre part, les recherches bactériologiques montrent l'absence constante des tréponèmes dans les coupes comme dans le liquide des bulles.

Depuis que Fischer et Buschke l'ont signalée pour la première fois, maints auteurs (en particulier, en France, Queyrat) ont insisté sur l'absence des tréponèmes dans les foyers de syphilis maligne. Toutefois Nobl, examinant minutieusement de nombreuses coupes aurait trouvé quelques rares tréponèmes. Les résultats positifs des recherches de Doutrelepont semblent plutôt viser des cas de syphilis tertiaire précoce, que de syphilis maligne précoce véritable.

Cependant, chose curieuse, malgré cette absence de tréponèmes dans les lésions, l'inoculation au singe aurait donné de nombreux résultats positifs entre les mains de Buschke et Finger, de Neisser, de Tomasczewsky. Ce dernier auteur a même observé, tant à l'ultra qu'avec les imprégnations argentiques, des tréponèmes pâles typiques sur les lésions ainsi déterminées.

B. Diagnostic différentiel. — Les *syphilides secondaires intenses, papuleuses avec quelques éléments ulcéreux* ne presentent pas la généralisation d'éléments ulcéreux, la résistance au traitement iodo-mercuriel de la syphilis maligne précoce. On y observe souvent la coexistence de plaques muqueuses. Enfin, sur tous ces éléments, on trouve du tréponème, absent dans la syphilis maligne précoce.

Il en est de même d'*accidents tertiaires précoces* qui caractérisent ce qu'on a appelé la syphilis tertiaire précoce ou syphilis galopante dans laquelle il semble qu'on soit en présence d'une syphilis qui brûle les étapes, alors que la syphilis maligne précoce, très souvent, n'aboutit même pas au tertiarisme (Haslund). Après une période secondaire anormalement brève et n'ayant aucun caractère malin, à part des rechutes fréquentes sans intervalles libres, apparaissent des accidents tertiaires, particulièrement du système nerveux, des artères et de la peau. Mais ici, on observe des lésions beaucoup moins nombreuses, localisées et groupées de façon caractéristique, avec des ulcérations ayant, en général, un contour serpigineux, enfin obéissant remarquablement à l'iodure de potassium.

Les *gommes tuberculeuses* (scrofuloderme) se distinguent par leur évolution plus lente, leur aréole violacée, les caractères de leurs ulcérations, plus irrégulières, à bords décollés, à fond granuleux ou végétant. Elles ne présentent d'ailleurs pas la même généralisation.

Les *ulcérations mycosiques* coexistent fréquemment avec des lésions d'aspect polymorphe, tuberculoïdes ou syphiloïdes. Le diagnostic se confirme par la recherche du parasite et la culture sur milieux glucosés.

Les lésions ulcéreuses des *impétigos-ecthymas* prédominent aux membres inférieurs ; les ulcérations sont, en général, moins profondes et guérissent facilement par un traitement uniquement local.

La *lèpre* prend rarement un caractère aigu; elle est généralement très lente à produire les désordres graves et les déformations hideuses qui la caractérisent. Caractère capital, les ulcérations lépreuses sont insensibles.

La *morve et le farcin aigu* peuvent donner lieu à des éruptions pustuleuses et gangréneuses. Mais le diagnostic se fera par l'existence du jetage, le polymorphisme des lésions (abcès, pustules, bulles, plaques érysipélateuses et gangréneuses, angioleucites suppuratives) qui n'ont aucun caractère de lésions syphilitiques. Enfin, l'évolution est mortelle en un mois pour la morve aiguë, un peu plus longue pour le farcin.

Etiologie et pathogénie. — Fréquence. — 0,47 p. 100 (Haslund), 1/200 (Drysdale).

La syphilis maligne précoce serait beaucoup plus fréquente chez les peuplades africaines et dans la race juive.

Causes prédisposantes. — *Age.* — Surtout les âges extrêmes de la vie.

Conditions de débilitation générale. — Scrofulo-tuberculose, paludisme, misère sociale ou physiologique.

Conditions tenant à la syphilis. — Chancres extragénitaux; chancres à caractères graves (gangréneux, phagédéniques). Absence ou insuffisance de traitement.

Facteurs de gravité. — On a accusé tour à tour le virus et le terrain d'être la cause de la malignité de cette syphilis anormale.

a. *Est-ce le virus?* — On a invoqué successivement, soit l'inoculation d'une grande quantité de germes, soit une virulence anormale due à une race spéciale de tréponèmes, à un virus particulier comparable au virus neurotrope de Hutchinson et Mott, de Levaditi et Marie, ou encore à une forme exceptionnellement virulente de la variété ordinaire.

Malheureusement, la méthode des confrontations fournit le plus souvent des résultats opposés. Il a été démontré que des singes inoculés avec du virus de syphilis maligne présentaient l'affection sous une forme bénigne et inversement. D'autre part, Lesser a observé que la syphilis maligne pouvait se contracter d'un malade atteint de syphilis bénigne et que la réciproque était également possible.

Enfin, on a invoqué une infection pyococcique surajoutée, et Tarnovsky, qui a particulièrement soutenu cette opinion, décrit une forme de syphilis maligne précoce sous le nom d'infection mixte pyosyphilitique. On lui a objecté qu'une telle infection pyococcique surajoutée ne présentait rien d'extraordinaire sur des surfaces aussi exposées, et, d'autre part, ni les recherches bactériologiques, ni les hémocultures, ni les résultats thérapeutiques d'une médication locale antiseptique n'ont permis à Neisser de trouver quelque argument en faveur de cette théorie.

b. *Est-ce le terrain?* — D'aucuns ont voulu voir dans un état de moindre résistance des malades la cause de la malignité : sujets affaiblis, d'âge avancé ou de jeunesse extrême, changements soudains de température, absence de traitement pendant la première période, ou encore différence de race entre l'infecté et l'infectant.

Mais ces cas sont loin de constituer l'unanimité et nous avons même vu, ce qui constitue un des caractères principaux du type décrit par Queyrat, qu'il n'est pas rare de voir cette syphilis maligne précoce survenir chez des sujets robustes et bien portants.

On a alors imaginé la théorie dite « du terrain vierge ». Observant que la syphilis revêtait surtout son caractère malin chez les races jusque-là indemnes de syphilis (Européens au XVe siècle, Juifs, peuplades africaines actuellement), certains ont pensé que de tels individus, si totalement étrangers à la syphilis, n'étaient pas « vaccinés » contre elle, et que, lorsqu'ils s'infectaient, la maladie se développait dans toute sa force sur ce « terrain vierge ».

Enfin, plus récemment Gougerot a émis l'hypothèse que la syphilis maligne précoce pourrait survenir sur *terrain spécial allergique sensibilisé* d'où résulterait l'intensité des réactions comme en syphilis tertiaire.

Traitement. — Autrefois, une pareille maladie passait pour rebelle à tout traitement. Le mercure n'y peut rien, l'iodure peu de chose. On prescrivait un régime hygiénique et tonique (fer, quinquina, quinine).

Hutchinson recommandait les bains de mer, Drysdale, la salsepareille, Schwimmer a parlé de traitement opothérapique.

Parfois un traitement local a pu être suivi de succès et c'est ainsi que Thibierge a vu des ulcérations de syphilis maligne précoce rebelle, durant depuis quatre ans et résistant à toutes les médica-

tions locales ou générales, guérir en six semaines par des badigeonnages au coaltar.

Mais, de façon générale, on pouvait dire alors qu'il n'y avait pas de spécifiques de la syphilis maligne précoce.

Actuellement, il n'en est plus de même, et c'est dans cette forme, mieux peut-être que partout ailleurs, que les arsenobenzols montrent leur action si éminemment antisyphilitique.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY. *Congrès de Londres*, 1898.

BAUDOUIN. Contribution à l'étude des syphilis graves précoces, *Th. de Paris*, 1889.

BALZER. Maladies vénériennes, *Traité de médecine* Gilbert et Carnot.

BAZIN. *La Syphilis et les syphilides*, Paris 1866, ch. 4, p. 367.

BROCHIN. La syphilis maligne précoce, *Gaz. des hôpit.*, 1876, p. 441.

BUKOVSKY. *Wiener klin. Runds.*, déc. 1900.

BUSCHKE. *Berl. klin. Woch.*, p. 6.

DRYSDALE. *Congrès de Londres*, 1898.

DUBUC. Des syphilis malignes précoces, *Th. de Paris*, 1864, n° 59.

FINGER et BUSCHKE. *Med. Klin.*, sept. 1906.

FOURNIER. *Traité de la syphilis*; — *Semaine méd.*, 1895, n° 60.

GOUGEROT. *La Syphilis en clientèle*; — Discussion de la communication Queyrat, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 22 janv. 1920.

HOFFMANN. Syphilis maligne, *Ann. des mal. vénér.*, 1916, p. 36, extrait d'*Urol. and Cut. Review*, août 1915, p. 434.

HASLUND. *Congrès de Londres*, 1898.

LOCHTE. *Monat. f. prakt. Derm.*, 1901, p. 485.

LACAPÈRE. *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 11 déc. 1919.

LANDOUZY. Syphilis maligne précoce sans adénopathie, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 1898, p. 338.

MARSHALL. De la syphilis maligne, *Ann. des mal. vénér.*, 1914, p. 156, extrait d'*Urol. and Cut. Review*, janv. 1913, p. 68.

NEISSER. *Beitr. z. Pathol. und Therap. der Syph.*, 1911, p. 63; — *Congrès de Londres*, 1898.

NOBL. *Protokoll des K. K. Gesellschaft der Aerzte*, in Wien dans *Wien. klin. Woch.*, 1907, p. 711.

ORY. Recherche sur l'étiologie des syphilis malignes précoces, *Th. de Paris*, 1876.

QUEYRAT. A propos de la syphilis maligne précoce, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 22 janv. 1920, p. 40.

SCHWIMMER. *Congrès de Londres*, 1898.

TARNOVSKY. Syphilis graves, *Cougrès de Londres*, 1898.

THIBIERGE. Syphilis maligne précoce rebelle ayant résisté à toutes les médications. Guérison rapide par les badigeonnages au coaltar, *Bull. de la Soc. franç.*

TOMASCZEWSKI. *Berl. klin. Woch.*, 1911, p. 890.

Pour de plus amples renseignements bibliographiques sur les travaux antérieurs à 1913 concernant la syphilis maligne précoce, nous renvoyons à la Revue générale de BRIN, *Gaz. des hôpit.*, juin 1913, qui en donne une bibliographie très complète.

ACTUALITÉS

LES ANTITHERMIQUES DANS LA GRIPPE

Parce que l'agent causal de la grippe nous reste inconnu et que, par voie de conséquence, il n'est pas de médication spécifique contre la grippe, on a souvent écrit que le médecin en est réduit au traitement de ses symptômes.

Je crois qu'on peut prétendre à davantage, qu'il est possible d'aider l'organisme dans sa lutte contre le germe envahisseur inconnu, qu'on peut neutraliser et éliminer ses toxines et que cela vaut mieux que de se contenter de masquer plus ou moins heureusement quelques symptômes.

Cependant, je ne parlerai point ici du traitement curatif de la grippe et demande simplement à quoi peut conduire la médication purement symptomatique et quels profits elle est capable de donner.

A quoi? A écrire une ordonnance où voisineront, comme sur les rayons d'une officine, des calmants, des expectorants, des stimulants, des antinévralgiques, des hypnotiques, des fébrifuges, que sais-je encore, et quel bien-portant voudrait être condamné à l'absorption de tant de remèdes?

Quels profits? Aucun sans aucun doute, parce que les médicaments échouent d'ordinaire. En revanche, ils ont ce gros désavantage de surcharger de drogues multiples un organisme qui a déjà assez de se défendre contre la grippe, de rendre intolérant un appareil digestif qui a besoin d'être ménagé.

Je ne veux pour exemple des inconvénients qu'offre la médication purement symptomatique, que celui que nous fournissent les médicaments dits antipyrétiques : quinine, antipyrine, aspirine, pyramidon, phénacétine, etc.

Parce que le public juge surtout d'une maladie par l'évolution de la courbe thermique et n'est pas loin de penser que le médecin a pour rôle essentiel de « couper la fièvre », ces médicaments sont employés de large main et cependant c'est avec une exacte vue des choses que Paillard pouvait écrire : *La médication antithermique nous a paru inutile et souvent déprimante* (1).

Inutile. Quel praticien n'a pu le constater plus de cent fois? *Les médicaments antipyrétiques*, a dit excellemment et montré Blum (2), *à moins d'être employés à dose élevée et répartis d'une façon continue au cours des 24 heures, ne paraissent pas avoir sur la courbe thermique des pyrexies, l'influence qu'on leur attribue communément. Prescrits à dose moyenne, administrés en deux fois, le matin et le soir, ils n'influencent pas la température. Ou du moins, si, suivant le moment où cette température est prise, ils peuvent donner l'illusion d'une diminution de la fièvre, on ne tarde pas à constater, si l'on prend la température à intervalles réguliers, que celle-ci, un instant abaissée, remonte plus haut qu'elle n'avait atteint avant l'administration du fébrifuge; de telle sorte que la moyenne de la journée ne se trouve pas modifiée.* — Ce n'est point là une idée nouvelle et il fut un temps, qui n'est pas très loin du nôtre, où c'était un excellent moyen pour les jeunes étudiants de se faire refuser à l'examen de thérapeutique que de ranger, par exemple, la quinine parmi les antithermiques; mais il était bon que ces choses fussent redites, parce qu'on oublie vite la sévérité des juges, quand on n'a plus à les redouter.

Je parle de la quinine, parce qu'elle est encore le moins mauvais des médicaments que l'on emploie contre la grippe au titre de fébrifuge; mais son intérêt n'est précisément point dans son action contre la fièvre. C'est parce qu'il n'envisageait que cette propriété antithermique, que la quinine ne possède point, que Rénon écrivait : *Personnellement, je ne comprends pas la vogue de la médication quinique dans la grippe; je n'ai jamais vu mes malades en tirer grand bénéfice et j'y ai complètement re-*

(1) H. PAILLARD. Clinique et thérapeutique de la grippe, *Journ. méd. franç.*, t. VIII, n° 1, janv. 1919, p. 46.

(2) P. BLUM. Du danger ou de l'inefficacité des médicaments antithermiques dans le traitement de la fièvre, *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Strasbourg, juil. 1920; *Méd. prat.*, t. XXVII, n° 9, nov. 1920, p. 313.

noncé (1). Il en est si bien ainsi que G. Lyon (2) a remarqué que, dans la grippe, les effets des petites doses de quinine sont sensiblement les mêmes que ceux des doses élevées. Ces effets, sur lesquels ce n'est pas ici le lieu d'insister, ne sont pas des effets antipyrétiques et d'autant moins, comme on vient de voir, que ce sont de petites doses qu'on nous conseille.

Déprimante. Qui n'accordera, en effet, à Leclerc qu'*à bourrer les grippés d'antipyrétiques, on entrave les fonctions éliminatrices, on arrête les oxydations et on diminue la résistance des centres nerveux* (3).

Il y a plus. La fièvre est tout à la fois un effet et une cause. Elle traduit la réaction de notre organisme à l'attaque de l'infection; mais, en même temps, elle rend nos milieux défavorables aux agents infectieux et, réaction expultrice, elle aide à leur élimination. Dès que la chaleur interne augmente, *sous l'influence de la fièvre curatrice, l'organisme se stérilise et se débarrasse des germes infectieux; c'est, si j'ose dire, la désinfection par la chaleur* (4). En fait, Bard (5) a dès longtemps montré les modifications remarquables de la flore intestinale sous l'influence de la fièvre, les bacilles liquéfiants y disparaître et le colibacille finir par y demeurer seul. Je ne sais plus où, dans le même ordre d'idées, j'ai lu une observation de lombrics tués par notre fièvre et expulsés et l'on sait l'usage pyrétogène du Képhir dans le traitement de la blennorragie urétrale et des salpingites (6).

Pour la grippe en particulier, je crois volontiers que si la maladie est généralement courte et bénigne, c'est que son agent inconnu est particulièrement sensible à la température. Il meurt d'ordinaire de la chaleur du premier combat et ceci expliquerait que l'on ait pu dire que les symptômes de la maladie relèvent d'une intoxication plus que d'une infection généralisée. Ceci n'est pas une simple hypothèse, si l'on accorde au bacille de Pfeiffer une influence prédominante dans l'étiologie de la grippe. Ce coccobacille à formes multiples supporte, en effet, très mal les variations de la température. S'il peut se développer entre + 26° et 42°, la température qui lui convient le mieux est seulement de 37° et une fièvre de 40° gêne considérablement son activité.

Peut-être même les succès qu'ont donnés la médication colloïdale, quel que soit le colloïde employé, et diverses injections intraveineuses sans grande spécificité du corps étranger introduit ainsi brutalement dans le sang, tiennent-ils précisément, en partie du moins, à l'élévation thermique qui est l'un des symptômes principaux de la crise vasculo-sanguine que ces médications déterminent. Ces médications, en tous cas, ne sont pas des médications antithermiques. Elles ne coupent pas la fièvre; elles l'exagèrent; et, si la chute de la température survient souvent par la suite, c'est un effet secondaire qui me paraît revenir pour une part à la « fièvre curatrice » qu'elles causent, qui est de règle et qui peut atteindre 41° et même 42° (7). Ceci expliquerait l'identité des symptômes de la crise quel que soit le médicament auquel on recourt et, tout à la fois, que la méthode compte des résultats négatifs et des succès.

De même qu'il ne faut pas conclure de l'inutilité et des inconvénients de la médication antithermique dans la grippe, au rejet de la médication colloïdale et des injections de sérums et de plasmas divers qu'on a proposés, précisément parce que ce ne sont point, je le répète, des médications antithermiques; de même les bains que recommande Paillard (1), les enveloppements humides du thorax appliqués par intervalles comme le conseillent G. Lyon (2) et Rénon (3), ou continûment comme le veut Montel (4), restent parmi les bons remèdes de la grippe. Mais, ici non plus, il ne s'agit pas d'une médication antipyrétique. Paillard donne ses bains à 36°-37°, pendant 20 à 30 minutes, environ 3 fois par jour, mais c'est pour leur action sédative et diurétique, et il précise qu'*il ne s'agit pas du tout du bain froid destiné à obtenir une chute thermique*. Rénon, qui fait ses enveloppements humides du thorax indifféremment chauds, tièdes à 30°, ou froids à 25°, ne vise donc pas davantage la fièvre; ce sont pour lui des moyens de médication révulsive.

Certes, la fièvre peut être dangereuse, si elle se prolonge; elle est d'ailleurs le symptôme fâcheux d'une grippe à forme maligne ou d'une complication. Mais, d'une façon très générale, il ne faut pas la regarder comme la grande ennemie qui doit retenir toute notre attention, concentrer tous nos efforts et contre laquelle tous les moyens sont bons.

A. GARRIGUES.

(1) L. Renon. La thérapeutique moderne de la grippe, *Journ. méd. franç.*, t. VIII, n° 1, janv. 1919, p. 35.

(2) G. Lyon. Quelques redites sur le traitement de la grippe, *Presse méd.*, n° 37, 10 oct. 1918, p. 527.

(3) H. Leclerc. La phytothérapie de la grippe, *Revue de chimiothérapie et de méd. gén.*, t. III, sept.-oct. 1919; *Courrier méd.*, 1919, p. 171.

(4) P. Blum. Loc. cit.

(5) Bard. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1891.

(6) Konteschweller-Titus. Pyrétothérapie, *Th. de Paris*, 1918.

(7) Morichau-Beauchant. La provocation de la crise dans les maladies infectieuses par l'injection intraveineuse de substances étrangères, *Arch. médico-chir. de prov.*, mars 1920, p. 102.

(1) H. Paillard. Loc. cit., p. 45.

(2) G. Lyon. Loc. cit., p. 528.

(3) L. Renon. Loc. cit., p. 39.

(4) L. R Montel. *Bull. Soc. médico-chir. de l'Indochine*, t. X, n° 1, juin 1919.

SOCIETES SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1921)

Le pouvoir réducteur des liquides organiques et des tissus de quelques animaux marins. — M. R. Bayeux.

Des leuco-agglutinines. — MM. M. Weinberg et Léon Képinow.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1921)

M. le Président prononce l'éloge de Duret (de Lille), membre correspondant.

L'encéphalite léthargique. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Netter sur l'étiologie et la prophylaxie de l'encéphalite léthargique.

M. Dopter, tout en étant partisan convaincu de la nécessité d'exercer une prophylaxie active destinée à lutter contre l'encéphalite épidémique, attire tout particulièrement l'attention sur les difficultés auxquelles se heurtera son application pratique. Il base son opinion sur ce fait que, dans cette affection, c'est la rhino-pharyngite précédant les atteintes avérées et frustes qui domine toute la notion de contagiosité. Pour lui, il n'existerait pas, à vrai dire, d'épidémie d'encéphalite, mais des épidémies de rhino-pharyngite produite par le virus

spécifique, se compliquant parfois d'encéphalite au hasard des défaillances de l'organisme.

Cette formule a l'avantage de mettre en valeur la rareté des atteintes diagnostiquables, comparée à la fréquence des atteintes frustes difficilement reconnais-ables, et particulièrement des cas de rhino-pharyngite qui évoluent à l'exclusion de tout symptôme nerveux, et restent méconnues. Elle est de nature à montrer également les difficultés d'application de la déclaration obligatoire, de l'isolement et de la désinfection.

Basées sur le dépistage clinique, ces mesures risquent de devenir, sinon inopérantes, du moins insuffisantes, car elles ne s'adresseront qu'à la minorité des cas, en laissant de côté les nombreuses atteintes qui échapperont au diagnostic. Tout ce qu'il est permis d'espérer, c'est de limiter dans une mesure restreinte la propagation des quelques cas qui seront reconnus au milieu de la foule de ceux qui passeront fatalement inaperçus.

Aussi, l'auteur estime-t-il que l'Académie devrait, à la faveur des données épidémiologiques précédentes, souligner tout spécialement, dans ses conclusions, l'existence de ces difficultés qu'il y a lieu de prévoir dans la prophylaxie à mettre en œuvre.

M. Netter est d'accord avec M. Dopter sur les difficultés du diagnostic dans certains cas. Au point de vue de la prophylaxie, ces difficultés sont d'autant plus grandes que l'encéphalite léthargique est une maladie de longue durée, et que les malades qui en sont atteints restent très longtemps porteurs de l'agent infectieux, et peuvent conséquemment propager la maladie.

L'encéphalite léthargique est donc une maladie transmissible par les malades, par les convalescents et même par les personnes qui ont soigné des malades.

Les mesures prophylactiques sont l'isolement, la déclaration obligatoire, non seulement de la maladie confirmée, mais même des cas suspects.

M. Vaillard vient appuyer les conclusions de M. Dopter.

Vaccination antivariolique. — M. Béclère estime qu'en dehors de la vaccination obligatoire au cours de la première année, deux revaccinations obligatoires, à 11 ans et à 21 ans, sont suffisantes.

Les revaccinations fréquentes auraient même des inconvénients, ainsi qu'il résulte des recherches expérimentales sur l'immunité vaccinale et variolique.

L'inoculation vaccinale ou l'infection variolique détermine généralement l'apparition, dans le sérum sanguin, d'une substance virulicide vis-à-vis du virus vaccinal.

Après une première vaccination, pratiquée avec du vaccin de bonne qualité, et suivie d'une éruption de vaccine franche, l'immunité sanguine persiste longtemps, parfois plus de 25 ans.

Après une revaccination précoce, suivie d'une éruption atténuée et avortée de vaccinoïde, l'immunité sanguine persiste seulement quelques mois, quelques semaines, quelques jours, elle peut même ne pas apparaître.

Ainsi les revaccinations trop rapprochées ne confèrent qu'une immunité incomplète, toute superficielle et passagère, tandis que, seules, des revaccinations plus longuement espacées sont capables, presque à l'égal d'une première vaccination, de donner une immunité complète, profonde et durable.

Deux revaccinations obligatoires, à 11 ans et à 21 ans, me paraissent, en temps normal, d'autant plus suffisantes qu'en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie, d'après la loi du 7 septembre 1915, il suffira d'un décret ou même d'un simple arrêté préfectoral pour rendre obligatoire la vaccination des personnes de tout âge qui, depuis moins de 5 ans, n'auront pas été vaccinées ou revaccinées avec succès.

M. L. Camus intervient pour déclarer que, selon lui, la vaccination antivariolique devrait être obligatoire à l'entrée à l'école et à la sortie de l'école, c'est-à-dire à 7 ans et à 13 ans, puis une troisième fois à 20 ans, âge où la variole est fréquente.

La vaccination antityphoïdique de la population civile. — M. Chauffard, au nom de la commission nommée pour étudier cette question, propose les conclusions suivantes :

Il y a lieu de recommander et de propager dans la population civile, la vaccination antityphoïdique pour les vaccins T. A. B.

Cette vaccination est particulièrement nécessaire dans les salles ou localités où la fièvre typhoïde est endémique, et celles où éclate et se propage une épidémie typhique ; dans ce dernier cas, elle doit être généralisée et appliquée même chez les enfants et les vieillards.

Il est désirable que toute déclaration de fièvre typhoïde pour les cas hospitaliers comme pour ceux soignés en dehors des hôpitaux, soit accompagnée d'une mention spéciale, précisant si le malade a été vacciné antérieurement, à quelle époque, et dans quelles conditions.

L'inégalité pupillaire provoquée et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — M. Emile Sergent montre l'importance de la mydriase unilatérale par irritation du sympathique dans le diagnostic des lésions apicales récentes et évolutives. Cette mydriase unilatérale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. S'ajoutant à d'autres symptômes, tels que la douleur à la pression du sommet, l'adénite susclaviculaire, les rugosités pleurales, elle constitue un syndrome dont la valeur séméiologique est des plus grandes.

Souvent elle est le premier élément apparent de ce syndrome. Or, il était intéressant de rechercher si elle ne pourrait pas être provoquée expérimentalement par l'instillation d'un collyre, introduit à dose égale dans les deux yeux et susceptible, telle l'atropine, de mettre en évidence une inégalité pupillaire encore latente. Ce serait là apporter un élément fort important dans le diagnostic précoce, parfois si délicat, de la tuberculose pulmonaire.

Les résultats qu'apporte M. Sergent précisent et confirment ceux qu'il a obtenus ; ils établissent nettement la valeur séméiologique de l'inégalité pupillaire provoquée, et vérifient le bien-fondé de l'hypothèse qui est à leur origine.

M. de Lapersonne fait observer que la cocaïne à 4 p. 100 peut avantageusement remplacer l'atropine dont l'action peut être trop rapide. On pourrait aussi provoquer du myosis plutôt que la mydriase.

La septicémie puerpérale et les résultats obtenus par les divers traitements. — M. Jouin.

Quelques remarques au sujet des caractères différentiels de la strophantine et de l'ouabaïne. — M. A. Richaud. Les premières recherches chimiques sur les graines de strophantus ont été faites par Fraser (d'Edimbourg) en 1872, mais c'est seulement des travaux d'Arnaud (1888) que datent les connaissances précises que nous possédons touchant la composition chimique de ce groupe de végétaux, et des travaux de Gley les données que nous possédons touchant leur action physiologique. Ces travaux ont été le point de départ des applications qui ont été faites de l'action cardio-rénale des préparations de strophantus ou de leurs principes actifs. Mais les analogies chimiques mêmes qui existent entre l'ouabaïne et la strophantine avaient amené une très grande confusion dans l'emploi thérapeutique de ces corps, et, peu à peu, ils étaient tombés dans l'oubli, dont pour le plus grand profit de la thérapeutique, ils ont été tirés par les travaux de Vaquez.

Sans préjuger ici de la valeur thérapeutique respective de l'ouabaïne et de la strophantine, il n'en est pas moins d'importance capitale que le médecin qui veut les utiliser ait toute certitude sur la nature vraie du produit qu'il emploie. Et ainsi se trouve posée la question de l'identification des deux produits que M. Richaud a étudiée, soit dans la détermination de leurs constantes physiques, soit dans la détermination de leur équivalent toxique, soit enfin dans la production de quelque caractère physiologique spécifique. En particulier, si l'on étudie ces deux substances sur le cœur isolé du lapin, on obtient des tracés cardiaques très différents les uns des autres.

Dans les deux cas, on observe une première phase traduisant l'action cardiotonique du médicament, à laquelle succède une phase d'irrégularité traduisant l'action toxique exercée par la substance sur le cœur ; mais, tandis qu'avec la strophantine cette deuxième phase consiste dans des séries d'alternances séparées les unes des autres par des périodes de pauses diastoliques se reproduisant jusqu'à la mort défini-

tive du cœur, avec l'ouabaïne, la phase des irrégularités revêt la forme d'une tachyarythmie sans caractères spécifiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1921)

Le diagnostic des ostéites typhiques, paratyphiques et des ostéites post-typhiques. — M. P. E. WEIL insiste sur la nécessité de faire un diagnostic précis des ostéites qui surviennent dans la convalescence des fièvres typhiques et paratyphiques. Ces infections résultent en effet des infections osseuses antérieures, guéries ou latentes, et l'auteur rapporte toute une série de cas d'ostéités tuberculeuse, syphilitique ou banale, survenues après la fièvre typhoïde. La symptomatologie clinique peut mettre sur la voie, mais ce sont les phénomènes sérologiques qui entraînent la conviction, car dans ces cas l'agglutination pour l'Eberth est nulle ou faible, alors qu'elle est intense dans les ostéités typhiques où les sujets sont encore infectés par les germes eberthiens ou paratyphiques B. L'auteur, à ce propos, rappelle les signes cliniques, l'évolution, les localisations des ostéites typhiques ainsi que le résultat des recherches de laboratoire : détermination du microbe en cause, détermination des agglutinines simples ou multiples existant dans ces cas avec les moyens de préciser la nature réelle de l'infection. Ce sont ces recherches qui doivent guider le thérapeute : 1° pour bien traiter les ostéités typhiques et recourir suivant les cas au vaccin eberthien, au vaccin paratyphique B, et parfois au T. A. B dans les rares cas où la détermination resterait imprécise; 2° pour ne pas recourir à la vaccinothérapie en présence des ostéités post-typhiques qui ne sont naturellement pas justiciables de la même thérapeutique.

Intoxication par le gaz d'éclairage suivi de gangrène sèche et de phlegmatia alba dolens. — M. LAIGNEL-LAVASTINE rapporte l'histoire d'un homme qui fut tiré d'une intoxication massive oxycarbonée grâce à l'oxygénation intensive, et qui, malgré un coma profond et prolongé dont il sortit avec une amnésie lacunaire rétro-antérograde, n'eut aucune réaction leucocytaire anormale du liquide céphalo-rachidien. Peu après le coma, des phlyctènes apparurent à la plante des pieds; elles furent suivies à droite d'une gangrène sèche et à gauche d'une phlegmatia alba dolens. Jamais ne furent décelables des signes de polynévrite, mais l'augmentation marquée de l'azote résiduel (0g232) relativement à l'azote unique (0g233) permet d'incriminer l'insuffisance hépatique.

Réaction de Schick. — MM. LEREBOULLET et P. L. MARIE rapportent les résultats que leur a donnée la réaction de Schick qu'ils ont pratiquée au début de janvier dernier sur les enfants d'un asile où régnait depuis une semaine une épidémie de diphtérie. 142 sujets dont 13 adultes furent éprouvés, 27 p. 100 réagirent positivement. Du point de vue de l'âge, 58 p. 100 des enfants de 6 à 10 ans, 31 p. 100 des enfants de 10 à 15 ans et 10,7 p. 100 des enfants au-dessus de 15 ans donnèrent une réaction positive, proportions qui concordent avec celles des grandes statistiques américaines. La sérothérapie prescrite fut appliquée à toutes les personnes présentant un Schick positif; en même temps, on pratiqua l'ensemencement de la gorge des enfants ayant quelques signes d'angine, et on isola les porteurs de bacilles ainsi trouvés qui tous avaient une réaction négative. On ne doit point en effet lorsqu'on emploie la réaction de Schick dans la prophylaxie, négliger la recherche et l'isolement des porteurs de germes. Ces mesures amenèrent l'arrêt immédiat de l'épidémie.

Réaction de Schick et prophylaxie de la diphtérie dans un internat isolé. — MM. P. ARMAND-DELILLE, FAVRE et P. L. MARIE à l'occasion d'un début d'épidémie de diphtérie ont pratiqué systématiquement la réaction de Schick à tous les élèves et au personnel d'un internat soit un total de 308 personnes. Tous les sujets portant une réaction positive ont reçu une dose préventive de sérum antidiphtérique. Par ce procédé, il a été possible d'arrêter immédiatement et complètement les progrès de l'épidémie. Cette méthode peut donc rendre des services importants, lorsqu'il est impossible comme c'était le cas, de faire des ensemencements systématiques de gorge et de pratiquer l'isolement des porteurs de germes.

Documentation à propos de l'épreuve de l'ésérine en cardiologie. — M. A. MOUGEOT (de Royat). L'emploi du salicylate d'ésérine en injection hypodermique constitue une épreuve pharmacologique qui paraît ne rester négative que dans les cas de déchéance fonctionnelle marquée de l'appareil neuromusculaire intracardiaque. L'ésérine agit directement sur la fibre myocardique dont elle aurait l'excitabilité et la capacité de réponse du tonus inhibiteur.

Traitement de l'emphysème pulmonaire et des catarrhes bronchiques par la vaccinothérapie. — M. J. MINET qui a utilise avec succès la vaccinotherapie au cours de l'asthénie essentielle l'a employée avec les mêmes résultats dans l'emphysème pulmonaire et les catarrhes bronchiques. Il s'est servi comme précédemment de « vaccins adaptés » dont la formule bactériologique représente l'image de la flore bactérienne des crachats. Des emphysémateux avec bronchite ancienne et congestion des bases ayant résisté à toutes les médications usuelles ont vu leur expectoration se tarir après quelques injections vaccinales, les signes d'emphysème pulmonaire eux-mêmes se sont notablement atténués. Des catarrheux pulmonaires sans emphysème ont suivi la même et remarquable évolution. Des anciens gazés, bronchitiques chroniques, rebelles à toute thérapeutique, ont été également et remarquablement améliorés. En somme il semble bien que l'on soit en possession avec ce genre de vaccin d'un remède capable de soulager et même de guérir des malades que les traitements ordinaires laissent habituellement dans le triste état où ils végètent depuis des années.

Traitement des affections pulmonaires aiguës par la vaccinothérapie. — M. J. MINET a étendu ses recherches vaccinothérapiques aux affections pulmonaires aiguës (congestions pulmonaires aiguës, pneumonies, broncho-pneumonies). Il a utilisé d'abord des « vaccins adaptés » puis un « stock vaccin » contenant les différents microbes susceptibles d'infecter les voies respiratoires dans les proportions qui ont paru le plus fréquemment réalisées. Avec ces vaccins, il a obtenu tantôt une action brutale, avec jugulation rapide de tous les signes physiques et fonctionnels, tantôt une action, moins rapide, mais tout aussi évidente sur l'état général et les possibilités de résistance à l'infection.

Sur la toxicité de l'arsenobenzol et le traitement des accidents graves consécutifs à son emploi. — M. QEYRAT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1921)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de Monod et, en signe de deuil, lève la séance.

Celle-ci est reprise quelques minutes après.

Névralgie faciale. — M. DE MARTEL fait un rapport sur une observation adressée par M. Mercadé. L'intervention chirurgicale a été quelque peu abandonnée dans le traitement de ces névralgies pour les injections d'alcool. Dans le cas de M. Mercadé, les injections sont restées sans résultat et la malade a été guérie après avoir subi l'opération de Segond. La guérison date déjà d'un an.

M. ALGLAVE rapporte le fait suivant : Il s'agissait d'une névralgie frontale. Croyant à une sinusite, on trépana cette malade. Aucun résultat. M. Sicard fit une injection d'alcool, résultat momentané; récidive des douleurs. M. Alglave pratiqua la résection du nerf frontal et trouva un névrome qu'il enleva. Les résultats obtenus furent bien supérieurs à ceux qu'avait donnés l'injection d'alcool. Mais il n'y a qu'un mois que cette malade a été opérée.

Rupture du gros intestin par l'air comprimé. — M. LENORMANT fait un rapport sur un travail de M. Jean, relatif à deux cas de rupture du gros intestin par l'air comprimé. M. Lenormant a fait des recherches bibliographiques et a pu réunir 25 cas de rupture intestinale constatée, déterminée par l'air comprimé.

Dans le premier cas cité par M. Jean, voici comment l'accident s'est produit : Un ouvrier très gros s'était assis sur uu tabouret très étroit, au-dessous duquel passait un tuyau contenant de l'air comprimé, tuyau qui éclata. Le blessé fut pris de douleurs atroces, d'un ballonnement excessif du ventre et présentait tous les signes de rupture intestinale. L'état était grave et l'état de l'intestin tel que M. Jean crut devoir faire l'extirpation totale du rectum et la fixation du bout supérieur à la peau. Son malade guérit.

M. Lenormant nous fait une très bonne description de ces accidents causés par l'introduction d'air comprimé à 8, 12 et jusqu'à 25 atmosphères dans le ventre, à travers les vêtements.

Les lésions anatomiques constatées consistent en déchirures, souvent multiples, du gros intestin, déchirures plus ou moins considérables, allant jusqu'à 25 et 35 cm. de hauteur; ces déchirures peuvent être multiples. Les tuniques inférieures sont rompues ; mais la muqueuse se distend sans se rompre. Toutefois, dans un cas de M. Jean, il y avait une perforation intestinale comme une pièce de 2 fr. L'air pénètre dans la cavité péritonéale par infiltration, au point qu'avant tout, il faut d'abord faire une ponction pour vider la cavité abdominale de l'air qu'elle contient. Cette distension abdominale est telle, quelquefois, qu'on constate un déplacement de la cicatrice ombilicale. Les malades sont, en général, fortement choqués. On relève 9 morts sur les 25 cas cités par M. Lenormant. Le seul traitement est la laparotomie qui permettra d'agir suivant les circonstances. Si la ou les perforations ne peuvent être fermées, il faut réséquer la portion intestinale rompue et aboucher le bout supérieur soit à l'anus, si c'est possible, soit à la peau (anus artificiel).

M. Quénu rappelle avoir fait des expériences sur les cadavres qui avaient montré qu'on pouvait introduire dans l'intestin, sans le rompre, de l'air comprimé à la pression de 50 à 60 cm. de mercure. M. Quénu rappelle le cas d'un apprenti allemand auquel des ouvriers ont ainsi introduit une quantité d'air comprimé telle qu'il en est mort.

M. Duval pendant la guerre a eu à examiner un soldat étranger qui présentait un ballonnement excessif du ventre. Il croyait à un mégacôlon total. Le lendemain, voulant faire radiographier ce malade, on ne trouva plus rien. Cet homme se servait de sa pompe à bicyclette pour s'introduire de l'air afin de se faire porter malade.

Sténose du pylore chez les nouveau-nés. — M. Frédet a fait, sur ce sujet, une très intéressante communication. Il apporte 11 cas. La sténose pylorique des nouveau-nés est une malformation plus fréquente dans les races anglo-saxonnes. Elle n'atteint généralement que les sujets mâles. Sur ses 11 cas, M. Frédet compte 10 garçons et 1 fille. Dans la plupart des cas le canal pylorique est imperméable; dans des cas plus rares, la sténose est plus large et permet l'alimentation.

Le symptôme prédominant des sténoses complètes est le vomissement à caractère méconial; un signe non moins caractéristique est tiré des diagrammes du poids. Les vomissements surviennent après les tétées et en même temps qu'ils apparaissent, le poids de l'enfant diminue. M. Frédet nous montra des diagrammes d'autant plus suggestifs qu'on voit le poids de l'enfant diminuer chaque jour jusqu'au moment où il est opéré et remonter aussi vite qu'il est descendu, pour atteindre en très peu de temps le poids normal.

Dans 2 cas, M. Frédet a pratiqué la pylorotomie; dans les autres cas, il a eu recours à la gastro-entérostomie postérieure transmesocôlique. Cette dernière opération lui paraît être l'opération de choix.

Sur ses 11 cas, M. Frédet a obtenu 10 guérisons et 1 mort.

Il faut distinguer les cas aigus des cas chroniques. Dans les premiers l'opération doit être précoce. Le plus jeune enfant qu'il a opéré n'avait que 13 jours.

Le traitement chirurgical hâtif est donc le meilleur et même le seul traitement applicable aux cas aigus et aux sténoses complètes. Le diagnostic est facile. Les soins postopératoires sont très importants. Il faut surtout apporter une grande attention au réglage de l'alimentation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 9 avril 1921)

Recherches bactériologiques sur la broncho-pneumonie du vieillard. — MM. G. Roussy et Ed. Peyre ont étudié la flore microbienne de l'appareil respiratoire chez le vieillard broncho-pneumonique.

Par l'examen de 50 crachats, ces auteurs ont pu 13 fois isoler un pneumocoque authentique et 25 fois rencontrer un germe difficile à classer, mais rentrant dans le groupe pneumo-strepto-entérocoque (identification par culture après inoculation pour isolement du germe), 3 fois le streptocoque, 1 fois enfin un bacille diphtérique long, sans aucune raison clinique.

Par 36 ponctions intraparenchymateuses de foyers broncho-pneumoniques bien précisés, ils ont reconnu 4 fois le pneumocoque (2 pneum. I, 1 pneum. II et 1 pneum. III).

Enfin, sur 16 exsudats broncho-alvéolaires recueillis post mortem, 9 fois ils ont pu isoler un germe du groupe précité pneumo-strepto-entérocoque et 1 fois un pneumocoque III.

Dix-neuf hémocultures n'ont pu mettre en évidence la voie d'apport sanguine.

Ces auteurs se demandent, étant donnée l'allure bâtarde du syndrome clinique et les variations morphologiques et biochimiques des germes rencontrés, si ce ne sont pas là de simples microbes de sortie, mieux que les agents spécifiques de la maladie.

Les agents modificateurs du temps de saignement. — M. P. Emile-Weil montre que l'on peut modifier le temps de saignement expérimental, tant normal que pathologique.

Les agents vasomoteurs diminuent ou augmentent le volume des gouttes, mais non la durée du saignement.

L'émétine raccourcit le temps de saignement, et c'est par ce mécanisme qu'elle est hémostatique, car elle n'est ni vasoconstrictive ni coagulante.

Les sérums sanguins, la peptone et surtout le sang complet, diminuent et corrigent, de façon plus on moins durable, le temps de saignement. La peptone possède souvent une action inverse.

L'hémato-éthyroïdine est un des agents qui possèdent la plus forte action corrective, mais de façon inconstante.

L'ablation de la rate pourrait rendre le sang normal enfin, dans certains états hémorragipares.

Dosage des savons dans le sérum sanguin. — M. P. Lemeland. L'éther absolu est le seul solvant pouvant donner, pour l'isolement des savons, des résultats cohérents et utilisables. Les autres sont infidèles et donnent des erreurs en moins qui n'ont rien de systématique.

Les variations physiologiques et pathologiques de la teneur du sérum en savons sont telles, que la méthode proposée reste susceptible de fournir d'utiles indications, en dépit de son infériorité vis-à-vis de celles précédemment décrites pour les autres lipoïdes.

Spécificité de la réaction phosphotungstique pour le dosage de l'acide urique. Le rapport des bases xanthiques à l'acide urique. — M. A. Grigaut, pratiquant la réaction phosphotungstique sur les bases xanthiques et leurs dérivés préparés à l'état de pureté, montre que le procédé colorimétrique de dosage de l'acide urique qu'il a indiqué, dose l'acide urique seul, à l'exclusion des autres purines. Ce procédé donne par ailleurs exactement les mêmes chiffres que les procédés classiques qui dosent les purines totales (procédé de Denigès). Contrairement à ce que l'on pensait jusqu'ici, les bases xanthiques n'existent donc dans le sang et dans l'urine qu'en très faible proportion, la presque totalité des purines du sang et de l'urine étant sous forme d'acide urique.

Recherches anatomo-pathologiques sur la broncho-pneumonie du vieillard. — MM. G. Roussy et R. Leroux. La broncho-pneumonie est la mort habituelle du vieillard, contrairement à l'opinion classique qui donne à la pneumonie la place prépondérante. Leur statistique leur a montré 162 broncho-pneumonies contre 4 pneumonies, soit 54 p. 100 des premières et 1,33 p. 100 des secondes.

Les constatations macroscopiques à l'autopsie signalent, d'une part, la coexistence d'infarctus en évolution inflammatoire et de foyers d'hépatisation; d'autre part, la topographie fréquemment corticale avec forme triangulaire des groupements broncho-pneumoniques.

L'examen histologique a révélé, dans 111 cas, la présence de thromboses artérielles, d'âge nettement antérieur aux lésions inflammatoires du parenchyme.

Si l'on rapproche ces différentes constatations, tant macroscopiques que microscopiques : fréquence de l'infarctus, topographie triangulaire infarctoïde des groupements broncho-pneumoniques, présence de zones ischémiées, importante proportion de lésions oblitérantes artérielles, on en arrive à conclure à l'identité de l'infarc us et d'un groupe important de broncho-pneumonies du vieillard.

Il ressort donc de cette étude que le système artériel pulmonaire occupe dans le mécanisme d'éclosion de la broncho-pneumonie, chez le vieillard, une place beaucoup plus importante qu'on ne l'admet habituellement; ce fait, d'ailleurs, paraît logique, lorsqu'on le rapproche du rôle capital joué par le système artériel dans la pathologie des autres organes séniles comme le cerveau ou le rein, par exemple.

Appareil pneumographique. — M. Thooris présente un appareil pneumographique, perfectionnement de la ceinture pneumographique de Gutzmann, déjà présenté à la Société d'oto-rhino-laryngologie, en 1911.

Cet appareil consiste en un dispositif identique à celui du pneumographe, décrit par M. Derlencourt à la Société de biologie dans sa séance du 11 mars 1921.

NOTES DE PRATIQUE

L'INSOMNIE DES NÉVROPATHES SON TRAITEMENT PAR LE DIAL

Clarapède, exposant au XXe Congrès de neurologie sa théorie biologique du sommeil, a montré le peu de fondement de l'hypothèse de la « quasi-intoxication »; c'est, au contraire, une fonction active, s'exerçant sous le contrôle du système nerveux central, fonction à la fois modératrice des réactions vitales et exaltatrice du catabolisme. On comprend alors, pourquoi le manque de sommeil est un des plus grands facteurs d'usure et d'intoxication nerveuses. De fait, les névrosés, les asthéniques, les surmenés, sont presque tous des insuffisants du sommeil. Hartemberg (*Traitement des neurasthéniques*, p. 48) a décrit les divers troubles relevant de cette insuffisance, et notamment cet assoupissement superficiel des neurasthéniques, où la conscience, ne se perdant jamais tout à fait, sombre en rêvasseries anxieuses.

« Dormir, c'est guérir », professait Liébault, et plus récemment, Mazade a célébré le sommeil qui guérit; refaire l'éducation du sommeil des névropathes, c'est aussi, très souvent, permettre à leurs neurones de récupérer leur équilibre nutritif. Malheureusement, « l'insomnie est un des symptômes les plus rebelles chez les névropathes, en général, et chez les neurasthéniques en particulier » (Hartemberg).

D'une manière générale, il faut être sobre de médicaments hypnotiques chez les neurasthéniques. Ils en exagèrent volontiers les doses et passent trop facilement d'un usage exceptionnel à un emploi continu ; de plus, la plupart de ces produits nuisent au sang; or, chez le neurasthénique, l'anémie est aussi redoutable que la dépression nerveuse. Le Dial, dont on connaît l'action sédative générale sur le nervosisme, constitue, pour cette catégorie de malades, le seul hypnotique vraiment sans danger, parce que, seul, il leur procure un sommeil calme, exempt de cauchemars, et ne les incite point à l'exagération des doses, l'accoutumance à ce produit étant, pour ainsi dire nulle. Dépourvu de toute action nocive sur le foie ou le rein, le Dial, par son élimination beaucoup plus rapide que celle de tous les autres narcotiques, laisse au réveil l'organisme reposé, détendu, et délivre le neurasthénique de cette anxiété matinale devant les efforts d'une journée nouvelle, anxiété portée au maximum par une nuit d'insomnie.

(*A suivre.*

LIVRES NOUVEAUX

Traumatismes cranio-cérébraux [accidents primitifs, leurs grands symptômes] (1), par H. Duret, ex-chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur de clinique chirurgicale, doyen honoraire de la Faculté libre de Lille — Tome II (première partie) : *Le liquide céphalo-rachidien* (son rôle compensateur et régulateur). *La commotion cérébrale* (historique, commotion expérimentale, anatomie pathologique, symptomatologie [1re partie]; (Deuxième partie) : *La commotion cérébrale*, symptomatologie (*suite*), (commotions foudroyantes, congestives, cérébelleuses, bulbo-protubérantielles, etc.). Pathogénie. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — (Avec XXI planches en chromogravures et 272 fig.)

Ce deuxième volume est consacré à l'étude physiopathologique du liquide céphalo-rachidien et de la commotion des traumatismes cranio-cérébraux, le premier des grands syndromes.

Dans le tome I de ce traité qui représente actuellement le travail le plus considérable sur les traumatismes cranio-cérébraux, le prof. Duret faisait remarquer que souvent on peut dire, à propos des fractures du crâne : « Telle violence, telle fracture et telle lésion encéphalique », et de fait il en est souvent ainsi; c'est fréquemment selon l'axe de percussion de la force traumatisante qu'on rencontre les lésions encéphaliques, soit à son origine, soit à sa terminaison (contre-coup) ou plus rarement dans le trajet intermédiaire.

En réalité, cependant, la violence extérieure, dans la grande majorité des cas, se décompose au contact de la coupole cranienne : une partie de sa puissance est employée à vaincre la résistance des matériaux solides, une autre partie engendre à l'intérieur de l'édifice des forces vives dont la principale est la *commotion*.

Cette dernière est conditionnée par deux effets physiologiques principaux de la plus haute importance : l'*expression cérébrale* causée par l'affaissement de la coupole, quand il existe, et l'action du *liquide céphalo-rachidien*, incompressible, qui en transmet les effets dans tous les sens, mais plus particulièrement dans une certaine direction (choc céphalo-rachidien).

Cet exposé, malgré sa brièveté, montre tout l'importance de l'étude du liquide céphalo-rachidien et de la commotion.

M. le prof. Duret a traité ces questions avec la précision et la clarté qu'il apporte dans tous ses travaux.

Edité avec un soin particulier et un luxe rare de gravures en couleur, ce beau livre est appelé à devenir classique ; il aura sa place marquée dans toutes les bibliothèques dignes de ce nom.

L. G.

Chirurgie de l'œil et de ses annexes (2), par F. Terrien.

La 2e édition du livre de Terrien sera justement appréciée des ophtalmologistes et de tous ceux qu'intéresse la chirurgie oculaire.

L'abondance des figures, d'un choix et d'une exécution remarquables, permet à l'auteur de faire voir et bien voir toutes les finesses d'une intervention.

Avec son indiscutable autorité, Terrien met en lumière le procédé de choix, et le décrit avec tous ses détails dans un style d'une netteté, d'une clarté et d'une précision incomparables. De nouveaux et importants chapitres sont consacrés à la thérapeutique chirurgicale des glaucomes, aux opérations de Lagrange et d'Elliott, à l'anesthésie régionale, à la suture de la cornée dans la cataracte, à l'ablation du sac lacrymal, etc.

Les indications opératoires sont exposées et discutées de façon magistrale. Opérateur brillant et sûr, nul n'était plus qualifié que Terrien pour doter l'ophtalmologie d'une technique opératoire parfaite et définitive.

A. Monthus.

(1) Deux vol. in-8 de 1.357 pages ensemble. — Prix : 150 fr. les 2 volumes (majoration, 10 p. 100). — Paris, Félix Alcan.

(2) Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


René Vincent

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 avril. — MM. Lorin, 15; Rouhier, 17; Girode, 16.

Séance du 16 avril. — MM. Desplas, 16; Bloch, 15; Maurer, 17.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Rousseau, Bozo, Lemerle, Hallopeau et Courcoux.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mallet, Gauja, Poupon, qui ont accepté; Joly, Calton, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — (Active.) *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal de 2e classe Steinmetz.

MM. les médecins-majors Ardouin, Chapellier, Petit (Gabriel), Renard, Romieu (Jean).

M. le médecin principal de 1re classe des troupes coloniales Lecomte.

M. le médecin-major des troupes coloniales Blanchard.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors et aides-majors Brenel, Maniel, Mouzels, Rome, Allard, Bourquard, Collet, Deviller, Gabillon, Garrigues, Grosjean, Guibert, Martinaud, Marty, Paoletti, Pellotier, Protteau, Surreau.

(Troupes coloniales.) MM. Colombani, Rouzul, Nogué, Rault, Rives, Morin.

(Réserve et territoriale.) *Au grade d'officier.* — MM. Julié, Clavi, Lozé et Pauchet.

Au grade de chevalier. — MM. Blusson, Buix, Defaux, Foisy, Monier, Rodocanachi, Sauze, Auber, Bazert, Bentowski, Bonnefous, Chatellier, Fleury, Gardinier, Godart, Routhier, Guillemard, Guillemet, Haym, Janaud, Lebeau, Le Rouzic, Luigi, Martin (Louis), Martin (Louis-Arsène), Mathieu (Louis), Maurice, Philippon, Pinel, Sagardoy, Vincent (Henri), Weisselfisch, Balmes, Bardin, Barthélemy, Beon, Bernex, Berthet, Bouan, Bouton, Bruant, Cayla, Cazalas, Channac, Dauvergne, Descamps, Dumas, Fiessinger (Noël), Frison, Garban, Vernet, Ampoulange, Anduze-Acher, Aubin, Barbanneau, Barthe, Bazin, Besson, Bourgeat, Caillie, Canebier, Carrière, Castel, Cazal, Colombiès, Daban, Daleas, Dattin, Desurmont, Dutard, Fouque, Fraisse.

SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS ET DE RETRAITES POUR FEMMES ET ENFANTS DE MÉDECINS. — L'Assemblée générale annuelle de la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins, a eu lieu le jeudi 14 avril, au siège social, 5, rue de Surène, sous la présidence de Mme Butte, présidente, assistée du Dr Darras, président de la Société centrale de l'Association générale des médecins de France.

Le Dr Abel Watelet, secrétaire général, rappelle que le but principal de la Société est de constituer, à 55 ou à 60 ans, une retraite de 360 francs pour tous ses membres participants qui cotisent pour la retraite, mais qu'il existe aussi une seconde catégorie de membres participants, non cotisant pour la pension, qui ont droit — sauf la retraite — aux mêmes avantages, c'est-à-dire, en cas de besoin, à l'aide matérielle de la Société.

Il remercie les membres honoraires qui, par leurs souscriptions, contribuent à la prospérité de l'œuvre, sans participer à ses avantages. Il répond enfin à plusieurs questions qui lui ont été posées : Toute femme, veuve ou enfant de médecin, peut faire partie de la Société, à la condition d'être Français ou naturalisé Français et d'être présenté par deux sociétaires. Les veuves de médecins, même remariées, sont admises ainsi que leurs enfants. Le nombre des membres, soit bienfaiteurs, soit honoraires, soit participants (les uns non cotisant, les autres cotisant pour la retraite) est depuis la création en progression croissante.

Les modifications statutaires votées par la dernière assemblée générale extraordinaire, ont été approuvées par l'arrêté ministériel du 18 octobre 1920.

Pour les adhésions, demandes de renseignements, s'adresser au Dr Abel Watelet, secrétaire général, 5, rue de Surène, Paris, 8e.

LIGUE FRANÇAISE DE PROPHYLAXIE ET D'HYGIÈNE MENTALES. — En avril 1920, le ministère de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale instituait un « Comité d'hygiène mentale ».

Pour renforcer l'action de ce comité officiel, l'initiative privée a organisé une « Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales » dont l'idée première revient à son président, le Dr Toulouse.

Cette Ligue se propose d'étudier toutes les questions relatives à la prévention des troubles mentaux et à la conservation de l'équilibre psychique chez les individus et dans les collectivités.

Son champ d'action s'étend donc bien au delà des limites de la simple assistance psychiatrique.

La question de l'enfance anormale retient aussi son attention. A l'instigation du Dr Roubinovitch, un vœu a été adressé aux Pouvoirs publics, relativement à l'application de la loi du 15 avril 1909.

La Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales aborde, enfin, avec le concours de sociologues éminents et de spécialistes avertis, les questions d'orientation professionnelle et de sélection psychophysiologique des travailleurs.

La Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales demande le concours de toutes les bonnes volontés.

Adresser les adhésions au Dr Génil-Perrin, 99, avenue de La Bourdonnais, Paris (VIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Juquelier, médecin chef de l'asile de Vaucluse (Seine).

AU COLLÈGE DE FRANCE, les jeudis 21 et 28 avril, à 5 heures, le prof. Fuster donnera la parole au Dr André Collin : « Evolution mentale de l'enfant et criminologie infantile. »

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

A PROPOS DE L'ARTICLE 64 DE LA LOI DU 31 MARS 1919 SUR LES PENSIONS

GRATUITÉ DES SOINS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX ET PHARMACEUTIQUES. CAS SPÉCIAL DU MÉDECIN BLESSÉ

L'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service, contient, parmi ses nombreux paragraphes, les dispositions suivantes : « L'Etat doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la présente loi, leur vie durant, les *soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service, qui a motivé leur réforme.* — Les ayants droit seront, sur leur demande, inscrits de plein droit sur des listes spéciales établies chaque année à leur domicile de secours sous le titre : « Soins médicaux aux victimes de la guerre. » — Cette inscription leur donnera le *droit à la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques*, mais exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui aura donné lieu à pension. — Les bénéficiaires de la présente loi auront droit au libre choix du médecin et du pharmacien. — Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat. Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique, pris après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels autorisés. »

Ainsi donc, aux termes de ce texte de loi, tout militaire et marin, bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919, a droit à la gratuité des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques. Un médecin, comme toute autre personne, y a droit.

On nous a posé, à cet égard, une question intéressant les médecins qui, mobilisés, ont été blessés ou bien ont contracté ou ont vu s'aggraver une maladie en service, qui a motivé leur réforme. La voici : un médecin, grand mutilé de guerre, réformé depuis fin 1920, s'est trouvé dans l'impossibilité absolue de reprendre ses occupations professionnelles; en vertu de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, ci-dessus rappelé, il a droit aux soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques gratuits. Les infirmités qui ont motivé sa réforme nécessitent des soins quotidiens, soins qui ne réclament pas l'assistance d'un confrère, mais que le médecin peut se donner lui-même ou se faire donner par un membre de sa famille, une infirmière notamment. Le médecin va réclamer à la mairie de sa commune un carnet réglementaire de bons; et alors on nous demande :

1° Le médecin peut-il signer le bon pharmaceutique pour les ordonnances nécessaires au traitement des infirmités qui ont motivé la réforme, traitement que s'appliquera lui-même le médecin ou que lui appliquera un membre de sa famille?

2° Le médecin peut-il envoyer au préfet le bon de consultation signé *par lui et pour lui* et en réclamer le montant pour lui?

A notre avis, l'examen de cette double question conduit à une solution négative ; et nous croyons pouvoir affirmer que c'est celle qui serait adoptée par l'autorité publique, si elle lui était posée.

Il faut, en effet, se placer à un point de vue général ; nous ne voudrions pas que les motifs de l'opinion que nous émettons puissent être considérés comme visant tel ou tel cas particulier.

D'abord, il y a un principe juridique suivant lequel on ne peut pas se créer de titre à soi-même; un médecin se créerait un titre à lui-même, s'il signait des bons de consultation pour lui. La raison de ce principe va se trouver, dans le cas visé, éclairée par l'observation suivante.

Si, en second lieu, un médecin pouvait signer un bon de consultation ou un bon pharmaceutique, quel contrôle pourrait-il exister au profit de l'Etat? Aucun assurément : celui qui pourrait signer, pour lui-même, un titre de créance contre un tiers, alors que ce tiers n'aurait à sa disposition aucun moyen de contrôle ou de surveillance, pourrait être enclin à exagérer soit le chiffre de la créance, soit le nombre même des bons dont il s'agit, en se plaçant au point de vue envisagé. L'autorisation qui serait donnée de signer dans des circonstances semblables deviendrait la source de nombreuses discussions. Il faut reconnaître que l'Etat ne peut abdiquer son droit de contrôle, du moment que c'est lui qui effectue les paiements; cela n'est pas discutable.

Tels sont les motifs pour lesquels nous estimons qu'il ne peut être répondu que négativement à la double question qui a été posée.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DES SURSIS

M. Gaston Deschamps (Deux-Sèvres), député, demande à M. le ministre de la Guerre : 1° Si les étudiants en médecine engagés pour la durée de la guerre, ayant accompli plus d'un an de service et ayant pris leurs premières inscriptions de médecine depuis leur libération momentanée, peuvent bénéficier des dispositions de l'article 25 de la loi du 21 mars 1905, modifié par l'article 15 de la loi du 7 août 1913 ; 2° quelle est l'autorité qui, en pareil cas, délivre le sursis; 3° quelles sont les formalités à remplir pour faire la demande régulière. (*Question du 4 mars 1921.*)

2e *réponse.* — 1° Les étudiants en médecine engagés pour la durée de la guerre, ayant accompli plus d'un an de service et actuellement dans leurs foyers, en situation de libération provisoire, peuvent obtenir le sursis prévu à l'article 15 de la loi du 7 août 1913; 2° et 3° ils doivent, à cet effet, remettre au commandant du bureau de recrutement dont ils relèvent, une demande accompagnée d'un certificat justificatif de leur qualité d'étudiant en médecine. Ces demandes sont transmises au général commandant le corps d'armée, qui statue. (*J. O.*, 15 avril 1921.)


ANÉMIE
CONSOMPTION
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

SYMPTOMES. — FORMES CLINIQUES

Nature toxi-infectieuse de la cirrhose atrophique de Laënnec. (G. ROQUE. *Journ. de méd. de Lyon,* 20 fév. 1921, n° 27, p. 747.) — Se fondant sur une série d'observations dont 12 ont été publiées avec V. Cordier dans la *Revue de médecine*, en 1912, et dont 20 ont été suivies d'autopsie, le prof. G. Roque estime que la cirrhose de Laënnec est de nature tuberculeuse, due à une tuberculose inflammatoire qu'a préparée l'alcoolisme chronique.

C'est un fait bien connu que les alcooliques cirrhotiques meurent très fréquemment avec des lésions pulmonaires tuberculeuses.

Sur les 20 cirrhotiques qu'il a autopsiés, Roque en a vu 17 atteints de lésions pulmonaires fibreuses ou fibro-caséeuses; 3 seulement ne présentaient aucune altération pleuro-pulmonaire visible. Il ne faut pas croire, du reste, que si 90 p. 100 des cirrhotiques hospitalisés meurent tuberculeux, il s'agisse d'une tuberculose ultime par contagion hospitalière, frappant des individus affaiblis.

Les enquêtes antérieures de Boix, l'expérience personnelle de Roque montrent que chez les vignerons du Beaujolais et des côtes du Rhône, bien logés, bien nourris, habitant un climat salubre, la cirrhose de Laënnec, très fréquente d'ailleurs, s'accompagne en règle générale de tuberculose pulmonaire.

Si ces faits démontrent la coexistence fréquente de la cirrhose de Laënnec et de la tuberculose chez les alcooliques, ils n'établissent pas l'origine tuberculeuse de la cirrhose elle-même.

Roque s'appuie pour établir cette origine tuberculeuse sur l'étude du liquide ascitique. Il a eu recours :

1° A la cytologie qui a montré dans tous les cas une lymphocytose précoce;

2° Sur le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont, pratiqué avec le sang et le liquide ascitique qui, dans tous les cas, a été positif;

3° Sur l'inoscopie qui a montré le bacille de Koch dans 12 cas sur 20 ;

4° Sur l'inoculation au cobaye qui, dans 89 p. 100 des cas, a été positive à la première ponction, et dans 11 p. 100 à la deuxième.

Indépendamment de ces 20 malades d'hôpital, Roque a vu, chez 10 malades de la ville, l'examen du liquide ascitique donner des résultats aussi confirmatifs en faveur de la tuberculose.

Parmi tous ces cas, les plus démonstratifs sont les 3 où l'autopsie ne permit pas de relever la plus légère trace de tuberculose pleuro-pulmonaire ni ganglionnaire, et où l'on ne trouva qu'un foie de Laënnec typique avec un péritoine un peu nacré.

Chez ces 3 sujets, tous les examens de laboratoire avaient conclu à la nature tuberculeuse de l'ascite.

Par opposition à ces résultats, jamais Roque n'a vu les ascites des cardiaques ou des brightiques, plusieurs fois ponctionnées à l'hôpital, se tuberculiser. Même résultat négatif dans un cas de cirrhose syphilitique avec dilatation bronchique.

Roque croit fermement qu'on peut conclure de la nature tuberculeuse des ascites de la cirrhose de Laënnec à la nature tuberculeuse des lésions hépatiques elles-mêmes. Dans les 3 cas où l'autopsie n'a révélé en aucun point la moindre trace de tuberculose, l'inoculation au cobaye de fragments des foies atrophiques et scléreux, sans lésions différenciées, a tuberculisé l'animal.

L'ascite de la cirrhose de Laënnec est une ascite mécanique par hypertension portale; mais ici, la compression lente des ramifications portales par le tissu de sclérose hépatique, n'est pas une compression aseptique qui donnerait une ascite avec formule cytologique à prédominance endothéliale indéfiniment persistante. La compression est due à une sclérose infectieuse, tuberculeuse, qui donne à l'épanchement qu'elle provoque un caractère primordial d'épanchement tuberculeux. Cet épanchement peut du reste, à son tour, réagir sur la séreuse péritonéale pour lui donner toutes formes possibles de tuberculose péritonéale.

En résumé, ce n'est pas l'alcool qui est la cause proprement dite des lésions cirrhotiques; mais en raison de son action nocive sur la cellule hépatique, il favorise l'évolution de l'hépatite scléreuse tuberculeuse qui se traduit en clinique sous l'aspect de la cirrhose de Laënnec. Ceci démontre, une fois de plus, que la lutte contre l'alcoolisme est le facteur essentiel de la lutte contre la tuberculose.

Tuberculose latente. Les états bacillaires chroniques. (R. BURNAND. *Revue de la tuberculose,* 1921, n° 1, p. 26.) — Sous ce titre, l'auteur tente d'individualiser un état pathologique chronique constitué par : 1° une température subfébrile durant des mois et des années ; 2° un état valétudinaire chronique; 3° des antécédents bacillaires ou une présomption de tuberculose; 4° la latence prolongée ou indéfinie de la lésion ou des lésions que l'on soupçonne. On ne peut faire que des hypothèses sur la pathogénie de cette affection. Seule, la tuberculinothérapie donne quelques succès, assez rares d'ailleurs. M. LÉON-KINDBERG.

Formes cliniques, pathogénie et traitement des hémoptysies tuberculeuses. (Fernand BEZANÇON et S.-I. DE JONG. *Revue de la tuberculose,* 1921, n° 1, p. 1.) — Etude très complète et très claire de l'hémoptysie au cours de la tuberculose pulmonaire.

Au point de vue thérapeutique, les auteurs ont abandonné complètement l'usage de l'émétine. Ils accordent quelque confiance à la pituitrine et pensent que, dans les cas graves, conformément aux études de Dumarest, la question d'un pneumothorax hémostatique temporaire peut se poser, si l'on est sûr du côté qui saigne. M. LÉON-KINDBERG.

Enfant contaminé dans les premiers jours de sa vie et dont la tuberculose resta latente jusqu'aux accidents terminaux suraigus. (Léon BERNARD et Robert DEBRÉ. Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, 11 déc. 1920, in *Revue de la tuberculose,* 1921, n° 1, p. 51.) — Enfant contaminé dans les 13 premiers jours de son existence, après lesquels l'isolement fut pratiqué; contamination vraisemblablement d'origine respiratoire. L'enfant résista à quelques infections intercurrentes et était d'un état général excellent lorsqu'il fut emporté par une granulie méningée; la cuti-réaction, pratiquée 15 fois en 4 mois, resta constamment négative. Or, il existait une tuberculose caséeuse du sommet droit avec adénopathie caséeuse correspondante. Ce fait exceptionnel paraît difficilement explicable. Peut-être faudrait-il incriminer une vaccination contemporaine des derniers accidents. M. LÉON-KINDBERG.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. (M. LÉON-KINDBERG. *Bull. méd.,* 23 oct. 1920.) — Le fait capital dans la question du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, est qu'il faut une certitude; une probabilité ne peut suffire, car il s'agit

d'un diagnostic gros de conséquences et qui pèsera d'un poids considérable sur toute la vie du malade. Existe-t-il, hors la constatation du bacille dans l'expectoration, une certitude possible dans l'étude des signes dits de début? Sinon, peut-on et doit-on démontrer le bacille de Koch de façon précise?

Kindberg, résume les discussions récentes, et montre que les signes physiques et les signes radiologiques ne peuvent être que des signes de probabilité. Au sujet de la discordance possible entre examens radioscopique et clinique, il pense que si la radioscopie est loin d'être infaillible; si elle ne montre pas tout et ne signale pas les mêmes choses que l'auscultation par exemple, dans l'ensemble elle reste plus précise (au point de vue de l'étude des premières condensations tuberculeuses) que l'exploration physique habituelle. Mais, si elle la complète, elle reste du même ordre : le « suspect » est sans doute plus suspect encore de tuberculose; nous ne pouvons trancher le problème du diagnostic étiologique.

L'étude de l'évolution clinique pourra-t-elle nous donner la certitude nécessaire? Sans doute; mais dans quelle mesure? Il va sans dire qu'aucun symptôme isolé ne peut, à soi seul, entraîner la conviction nécessaire. S'ils se rencontrent réunis, c'est qu'il ne s'agit plus de tuberculose incipiente. Nous aurons attendu trop longtemps, et évidemment la bactérioscopie serait positive.

La question est donc de savoir si, faisant crédit à la bactérioscopie et recherchant obstinément sa réponse, nous ne risquons pas d'attendre davantage, d'attendre trop? Kindberg ne le pense pas; pour lui, l'on peut et l'on doit fournir la preuve de la tuberculose. Après discussion des observations contradictoires, il rappelle les nécessités techniques de cette recherche, l'obstination qu'il y faut apporter, l'obligation d'intéresser à la fois le clinicien, le radiologiste et le bactériologiste à la solution du problème, et conclut : « Sauf cas exceptionnels et qui, chaque fois, exigeraient une discussion spéciale et approfondie, nous croyons donc que le « début » de la tuberculose pulmonaire de l'adulte répond à des lésions étendues d'emblée très rapidement; nous croyons que ces lésions excrètent des bacilles, et qu'il faut les démontrer pour pouvoir affirmer leur nature tuberculeuse. Nous savons que leur recherche peut être longue, minutieuse, qu'elle doit être poursuivie avec persévérance, en fonction des sollicitations cliniques, mais nous pensons qu'elle permet d'obtenir la certitude nécessaire avant que des signes cliniques déjà trop graves ne rendent le diagnostic manifeste. »

RÉACTION DE FIXATION

Mode de préparation et pouvoir antigène des extraits alcooliques de bacilles tuberculeux. (Boquet et Nègre. *C. R. Soc. biol.*, 19 juin 1920, p. 922.)

Valeur antigène comparative des extraits alcooliques des bacilles tuberculeux et de microbes divers. (*Ibid.*, 26 juin, p. 960.)

Antigène tuberculeux spécifique. (A. Borrel et Boez. *C. R. Soc. biol.*, 9 juil. 1920.)

The complement fixation test for tuberculosis. (H. O. von Wedel. *Journ. of Immunology*, mars 1920, p. 159.)

Complement fixation in tuberculosis and a compar ison of the Wassermann and Hecht, Weinberg, Gradwohl, systems. (Roger. *Journ of inf. diseases*, août 1920, p. 101.)

Sérodiagnostic de la tuberculose au moyen de l'antigène de Besredka. (A. Bass. *C. R. Soc. biol.*, 16 oct. 1920, p. 1261.)

Sérodiagnostic de la tuberculose au moyen de l'antigène de Besredka. (B. Fried. *C. R. Soc. biol.*, 23 oct. 1920, p. 1312.)

Sérodiagnostic de la tuberculose au moyen de l'antigène de Besredka. Procédé rapide par sérum non chauffé. (Goldenberg et Fried. *C. R. Soc. biol.*, 6 nov. 1920, p. 1370.)

Réaction de fixation dans le lupus. (Ichok, Goldenberg et Fried. *C. R. Soc. biol.*, 6 nov. 1920, p. 1363.)

La réaction de fixation dans la tuberculose externe au moyen de l'antigène de Besredka. (Mozer et Fried. *C. R. Soc. biol.*, 18 déc. 1920, p. 1591.)

De la réaction de fixation dans la tuberculose. (B. Fried. *Revue de la tuberculose*, 1920, n° 6, p. 410.)

Sur le pouvoir antigène des extraits méthyliques des bacilles tuberculeux. (Nègre et Boquet. *C. R. Soc. biol.*, 15 janv. 1921, p. 76.)

Réaction de fixation (antigène de Besredka) et tuberculose. (Rieux et Bass. *Section d'études scient. de l'œuvre de la tuberculose*, 8 janv. 1921 in *Revue de la tuberculose*, 1921, n° 1, p. 56.)

The Complement fixation Test in pulmonary Tuberculosis. (A. L. Punch. *The Lancet*, 25 sept. 1920, p. 647.)

La question de la réaction de fixation est à l'ordre du jour chez les phtisiologues. Toutes les recherches, en effet, concordent à montrer l'extrême difficulté comme aussi la nécessité d'un diagnostic précoce dans la tuberculose pulmonaire. La démonstration, dans les crachats, du bacille de Koch, seul signe de certitude, peut être délicate : on conçoit l'aide précieuse qu'apporterait la sérologie, si une réaction analogue à celle de Wassermann acquérait droit de cité.

Les difficultés sont nombreuses : la préparation de l'antigène tout d'abord; les extraits d'organes, les différentes tuberculines, les antigènes mixtes (associations avec divers acido-résistants) seraient à rejeter (Fried). MM. Nègre et Boquet étudient les extraits alcooliques et donnent la préférence à un extrait méthylique. La plupart des auteurs, en France (Fried, Bass, Mozer, Huska et Pfenninger) se sont servis de l'antigène de Besredka, fait de bacilles cultivés sur milieu à l'œuf et tués à 120°. La plupart également emploient la technique de la réaction de fixation de Calmette-Massol : doses constantes de sérum et d'antigène, quantités variables d'alexine.

Les premiers résultats semblent très encourageants : A. Bass donne 130 réactions positives chez 130 tuberculeux, 132 négatives chez 132 non tuberculeux; M. Fried a 94 p. 100 de résultats positifs dans la tuberculose en évolution, 100 p. 100 dans les cas de tuberculose chirurgicale. Pour lui, la réaction de fixation est une des méthodes les plus sûres de diagnostic précoce de la tuberculose; elle serait également des plus importantes pour le dépistage et la recherche des tuberculoses familiales.

Différentes réserves semblent, cependant, modérer un peu cet optimisme : en Amérique (il est vrai qu'ils ne se sont pas servi du même antigène), von Wedel, Rogers n'ont eu de résultats positifs que dans 70 p. 100 des cas : la réaction n'aurait qu'une utilité pratique relative; pour Rogers, il s'agirait d'une réaction de groupe (avec les acidorésistants, fait nié par Fried).

Quelques faits appellent des recherches ultérieures : la coïncidence fréquente avec la réaction de Wassermann (Bass : réaction positive chez 30 p. 100 de syphilitiques non tuberculeux; Mozer et Fried : chez 50 p. 100 des hérédosyphilitiques); la discordance frappante avec la cuti-réaction (Mozer et Fried); le fait que la réaction est souvent négative dans les pleurésies à épanchement (Fried).

La réaction, d'autre part, semble bien moins fréquente dans les tuberculoses externes (70 p. 100 environ dans les tuberculoses chirurgicales, 66 p. 100 dans le lupus).

Enfin, à lire le résumé, extrêmement bref, des observations du mémoire de M. Fried, il semble que le doute soit permis en certains cas : « bronchite emphysémateuse, léger voile du sommet, bacille de Koch : 0 ». La réaction est-elle suffisante pour sortir de l'incertitude? Devant un malade suspect, pouvons-nous, sur une réaction positive, trancher le problème et porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec les graves conséquences qu'il comporte? L'avenir nous le dira, et les recherches très nombreuses, actuellement en cours, ne manqueront pas de nous éclairer à ce sujet.

Pour le moment, la conclusion la plus sage nous paraît être celle de Rieux et Bass : « Dans le doute clinique, en matière de tuberculose, une réaction positive doit faire pencher la balance en sa faveur, et retenir au moins l'attention sur une tuberculose latente possible. » Mais, comme dans le cas donné en exemple par ces auteurs eux-mêmes, il n'en faudra pas moins administrer la preuve.

M. LÉON-KINDBERG.

Le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés, au moyen de l'antigène de Besredka. (Ch. Huska et W. Pfenninger. *Ann. de l'Institut Pasteur*, janv. 1921, n° 1, p. 96.) — Le diagnostic clinique de la tuberculose chez les bovidés est souvent difficile, même quand la maladie est à un stade avancé.

Les auteurs ont cherché à établir quelle valeur peut

présenter, pour ce diagnostic, la réaction de fixation avec l'antigène de Besredka.

Aux abattoirs de la Villette, ils ont prélevé directement le sang du cœur, aussitôt l'animal abattu ; puis, une dissection minutieuse des animaux leur a permis d'apprécier l'existence et l'étendue des lésions tuberculeuses.

Les recherches ont porté sur les sérums de 90 bovidés sains et de 304 bovidés tuberculeux. Chez deux animaux sains, la réaction de fixation a été positive (2,2 p. 100); chez les animaux tuberculeux, elle a été 257 fois positive (84,5 p. 100). Les auteurs estiment que, sur les 257 bovidés ayant présenté une réaction de fixation positive, 145, soit 56,4 p. 100, étaient porteurs de lésions impossibles à diagnostiquer cliniquement. Les bovidés, notamment, atteints de tuberculose généralisée ou miliaire à l'autopsie, présentaient souvent un bon état général.

Or, contrairement à ce que l'on observe chez l'homme, le sérum des bovins est d'autant plus riche en anticorps que les lésions tuberculeuses sont plus étendues, et les animaux atteints de tuberculose miliaire donnent, presque toujours, une réaction positive.

Les auteurs ont soumis un certain nombre de sérums à la réaction de fixation, comparativement avec un antigène humain et un antigène bovin préparé de la même façon; contrairement à toute attente, c'est l'antigène humain qui a mieux fixé le complément que le bovin.

Les auteurs estiment que l'emploi de la réaction de fixation est appelé à rendre de grands services dans le diagnostic de la tuberculose bovine et dans la lutte contre cette maladie.

PRONOSTIC

Un point d'hématologie clinique. La formule sanguine neutrophile dans la tuberculose pulmonaire. (F. Arloing. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 déc. 1920, n° 22, p. 607.) — Certains auteurs ont avancé que l'étude de la formule sanguine neutrophile d'Arneth, chez les tuberculeux, ne présente pas grand intérêt en clinique. F. Arloing trouve cette affirmation trop radicale et estime que l'étude en série de la formule d'Arneth chez chaque tuberculeux, en particulier, fournit un élément important d'appréciation de l'évolution favorable ou défavorable d'un cas donné de tuberculose pulmonaire.

En effet, en pratiquant chez les tuberculeux l'examen de la formule d'Arneth, d'une façon répétée, on constate que l'aggravation des symptômes généraux et locaux s'accompagne d'un déplacement très marqué de la formule vers les groupes de gauche ; au contraire, le retour de la neutrophilie vers la normale marche de pair avec l'amélioration clinique.

L'état de la formule d'Arneth est également intéressant à comparer, dans chaque cas pris isolément, avec le taux du séro-diagnostic d'Arloing et Courmont. Un taux agglutinatif élevé comporte, en général, un pronostic favorable, et Arloing a pu constater qu'en pareil cas la formule d'Arneth est bonne; au contraire, on voit coïncider un taux agglutinatif bas, de mauvais augure, avec une formule d'Arneth mauvaise.

Enfin, Arloing a étudié l'influence de différentes médications, sérum de Marmorek, bactériolysine de Maragliano, tuberculine de Beranek, sur l'évolution de la formule d'Arneth. Il a vu que l'amélioration de la neutrophilie sanguine est constatable, en cas d'action favorable de ces médicaments, bien avant que des changements se soient manifestés du côté de l'appareil respiratoire. En cas d'insuccès, l'aggravation de la maladie se traduit par une continuation de l'évolution vers la gauche de la formule d'Arneth.

En résumé, les modifications de la formule sanguine d'Arneth ont surtout une signification diagnostique et pronostique individuelle dans la tuberculose pulmonaire; les changements de cette formule sont conditionnés plutôt par la gravité de l'infection tuberculeuse et par l'état de résistance du sujet que par le stade anatomique auquel l'affection est arrivée.

Gravité comparée de la tuberculose pulmonaire suivant l'existence ou l'absence d'antécédents tuberculeux chez les parents. (P. Arnould. *Revue de la tuberculose*, 1920, n° 6, p. 396.) — Tous les êtres humains, encore indemnes d'infection tuberculeuse, sont à peu près également réceptifs pour le bacille tuberculeux. La forme de la tuberculose paraît due à la faiblesse (quantitative surtout et qualitative) ou à l'intensité de la première contamination. Si les sujets issus de souche bacillaire semblent souvent plus résistants, c'est que, plus que les autres individus, ils ont eu l'occasion de contracter une série d'infections légères, et qu'ils ont acquis ainsi une résistance spéciale qui permet à leur organisme de lutter. Il est vrai qu'ils sont aussi, plus que les autres, exposés aux contaminations massives qu'ils ne peuvent surmonter. Dans l'un ou l'autre cas, le rôle de l'hérédité semble tout à fait secondaire.

M. LÉON-KINDBERG.

TRAITEMENT PAR LE PROCÉDÉ DE FRIEDMANN

Die antigene Wirkung des Friedmannsbazillen. (Selten. *Deut. méd. Woch.*, 10 juin 1920, p. 650.)

Die Behandlung chirurg. Tuberkulosen mit dem Friedmannschen Mittel und ihre Ergebnisse nach sechs Jahren. (Krumm. *Münch. med. Woch.*, 1920, n° 30, p. 870.)

A propos du traitement de la tuberculose par la méthode de Friedmann. (Nathan. *Pr. méd.*, 13 nov. 1920, p. 818.)

Die Behandlung der Tuberkulose mit lebender avirulenter Vakzinne in steigender Dosis. (Klopstock. *Deut. méd. Woch.*, 8 juil. 1920, p. 764.)

Erfahrungen mit dem Friedmannschen Heilmittel an der Medizinischen Poliklinik. (Weichsel. *Med. Ges.* in Leipzig, 10 fév. 1920 in *Münch med. Woch.*, 1920, n° 43, p. 1248, et nos suivants pour la discussion.)

Ueber das Friedmannsche Heilmittel. (Discussion à la *Berl. med. Ges.*, 1er déc. 1920 in *Münch. med. Woch.*, n° 50, p. 1456, 1920.)

Ueber die Beeinflüssung der experimentellen Meerschweinchentuberkulose durch die Friedmannschen Schildkröten Tuberkelbazillen. (Kolle et Schlossberger. *Deut. med. Woch.*, 16 déc. 1920, p. 1405.)

Ueber Immunisierungsversuche mit den Friedmannschen Schildkrötentuberkelbazillen an Meerscheweinchen und Kaninnchen. (Uhlenhuth et Lange. *Deut. med. Woch.*, 16 déc. 1920, p. 1407.)

Ueber der klinischen Heilwerth des Friedmannschen Tuberkulosemittels. Eine Umfrage bei den Direktoren der deutschen internen, chirurgischen und pädiatrischen Universitätskliniken und Polikliniken. (Schwalbe. *Deut. med. Woch.*, 16 déc. 1920, p. 1410.)

Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosebeilmittel. (Unvernicht. *Zeitsch. f. Tub.* Bd 33 H. 4, p. 193.)

Ueber das Friedmannsche Tuberkulosemittel. (Friedmann. *Deut. med. Woch.*, 3 fév. 1921, n° 5, p. 178.)

Schlussbemerkungen zu der Erwiderung von F. F. Friedmann. (Kolle et Schlossberger. *Ibid.*, p. 130.)

Bemerkungen zu der Erwiderung von F. F. Friedmann. (Uklenhuth et Lange. *Ibid.*, p. 131.)

Erwiderung. (Schwalbe. (*Ibid.*, p. 131.)

Hat das Friedmannsche Tuberkulosebeilmittel schädliche Wirkungen? (H. Grasz. *Deut. med. Woch.*, 3 mars 1921, p. 243.)

Immunisierungs-und Heilwirkungen säurefester Stäbchen (Möller, Friedmann) gegen die Tuberkulose von Versuchtieren. (Kirchner. *Deut. med. Woch.*, 1921, n° 7.)

Voici que le vaccin de Friedmann fait à nouveau couler des flots d'encre dans la médecine d'Outre-Rhin. L'échec cependant semblait avoir été définitif, mais à lire les nombreux articles scientifiques, ainsi du reste que les polémiques violentes qui les encadrent, on voit que cette thérapeutique est d'une brûlante actualité en Allemagne.

C'est en 1904 que Friedmann publia ses premiers travaux : il avait chez une tortue isolé un bâtonnet acido-résistant, cultivant entre 13 et 42° donnant une tuberculose miliaire aux animaux à sang froid, et se rapprochant ainsi du bacille de l'Orvet de Möller. Inoculé aux mammifères, ce bacille se serait montré doué de précieuses propriétés : il ne provoque chez eux l'apparition d'aucune lésion tuberculeuse proprement dite; mais ces anticorps antituberculeux se développent, et l'animal devient réfractaire à une inoculation virulente de bacille humain ou bovin. Bien mieux, inoculé après qu'une tuberculose de type habituel a commencé d'évoluer, il en arrêterait le cours fatal, et même aboutirait à la guérison

définitive. Friedmann, après essais sur l'homme, se serait déclaré en possession d'un vaccin curateur.

Ces affirmations étonnantes furent discutées passionnément et, en général, ne furent point admises; successivement une Commission américaine (1913), les sociétés médicales de Vienne (15 mai 1914), de Berlin (10 juin 1914) déclarèrent erronées les conclusions de Friedmann et de ses élèves. Du reste, les ampoules livrées pour expériences étaient montrées souvent remplies de saprophytes sans rapport avec le bacille tuberculeux. Mais Friedmann est revenu à la charge : son vaccin est maintenant livré en ampoules sous le contrôle de Kruse, et il a trouvé de nouveau d'enthousiastes admirateurs. La discussion a repris. Récemment, M. Nathan, dans un excellent article de la *Presse médicale*, en montrait les premières phases. La lutte a continué; de nouveaux et intéressants documents ont été versés dans le débat.

La doctrine de Friedmann n'a guère changé : tout au plus a-t-il atténué la valeur des résultats expérimentaux; il n'annonce plus de guérison des cobayes tuberculisés, mais leur survie très prolongée et l'allure abortive de leur maladie. En clinique, il maintient ses affirmations : avec la même technique (injection 1 seule fois faite ou tout au plus 2 fois renouvelée de son vaccin, c'est-à-dire de son microbe vivant), on obtient une amélioration et une guérison des différentes formes de tuberculose. De plus, on peut vacciner en milieu tuberculeux les individus encore indemnes. Ce sont là, s'il faut les prendre à la lettre, des résultats d'une portée vraiment incalculable, et l'on comprend que tel de ses épigones, comme Deull, salue Friedmann du nom de « nouveau Pasteur ».

Mais de nombreuses critiques nous inclinent à plus de modération.

Expérimentalement tout d'abord, l'action du bacille de la tortue ne semble pas conforme aux conclusions de Friedmann : déjà Orth, Ehrlich n'avaient pu provoquer la formation d'aucun anticorps chez les mammifères inoculés. Selten, de même; il n'a pas constaté non plus de différences entre les animaux vaccinés ou neufs vis-à-vis de l'habituelle tuberculose; l'action paraît si nulle que Selten n'a pas hésité à inoculer le bacille de la tortue à des nouveau-nés à cuti-réaction négative, et ce sans aucun résultat appréciable. Kolle et Schlossberger ont fait de minutieuses expériences portant sur 16 mois; pour eux aussi, le bacille de Friedmann n'aurait aucun effet curatif ni préventif. Bien plus, son injection semblerait accroître l'action pathogène des bacilles acido-résistants, et, chez nombre d'animaux, activerait le processus tuberculeux. Mêmes conclusions chez Uhlenhuth et Lange, et chez Kirschner.

En clinique, mêmes discordances : Krumm, Tillmann, Kruse, Melhorm, Deull sont enthousiastes : améliorations marquées ou guérisons définitives, innocuité absolue, vaccination préventive rigoureuse. Malheureusement, tous ces points ont été contestés; il faut reconnaître que l'ensemble des constatations ne paraît guère favorable au nouveau remède. Les statistiques s'opposent aux statistiques, mais le plus souvent si sommaires dans leurs indications qu'il est difficile de les apprécier. Weichsel, Heinecke, Kölliker n'ont eu que des résultats rigoureusement nuls. Unverricht, dans un travail consciencieux sur la tuberculose pulmonaire, donne des résultats plus circonstanciés : l'inoculation est loin d'être inoffensive; l'infiltration est fréquente, l'abcédation point exceptionnelle. Si l'on note assez souvent une amélioration immédiate (plus apparente d'ailleurs que réelle, car les signes physiques persistent), elle n'est que temporaire. Il a vu des aggravations dans des cas jugés de pronostic favorable avant vaccination; il a souvent constaté des poussées hémoptoïques, d'allure grave quelquefois. Enfin, employé comme vaccin préventif, le bacille de Friedmann n'a pas empêché l'éclosion ultérieure de la tuberculose pulmonaire.

Eber, en médecine vétérinaire, n'a pas obtenu mieux.

Enfin, Schwalbe a organisé une sorte de referendum. Il a écrit à 88 sommités chirurgicales ou médicales, et de leurs réponses conclut que le vaccin de Friedmann donne des résultats analogues à ceux que l'on obtient avec tout autre produit du même ordre : il ne vaut ni plus ni moins. Certains vont plus loin et accusent le vaccin de véritables méfaits : complications locales, aggravations. Grasz, assez partisan du vaccin pourtant, cite 11 cas de mort.

La querelle n'a pas toujours gardé le ton serein de la discussion scientifique : on a violemment reproché à Friedmann et à ses disciples de vacciner des malades qui n'étaient point des tuberculeux. Rosenthal, pour les tuberculoses chirurgicales, a insisté sur les difficultés du diagnostic, si l'on ne doit inoculer que les tuberculoses au début. Ulrici (dans la discussion à la Société médicale de Berlin) a demandé que l'on expérimentât « non pas sur d'innocents neurasthéniques ou des débiles constitutionnels, mais sur de vrais tuberculeux » et protesté contre le fait que chaque insuccès était mis sur le compte « d'une maladie intercurrente, de l'entourage, d'une irradiation, d'une vaccination ». Friedmann a riposté en incriminant la mauvaise foi de ses adversaires, et certaine presse médicale a été traitée de presse à gages. On trouvera un écho amusant et pittoresque de ces discussions « scientifiques », d'un tour inhabituel en France, dans un procès soutenu à ce sujet par le *Münch. med. Woch.* (Cf. le n° 12 du 25 mars 1921).

Il est difficile de se faire une opinion définitive sur la valeur de la méthode. S'il semble bien que les espoirs qu'avaient fait naître les premières communications de Friedmann doivent être abandonnés, et si nous ne tenons pas encore le remède de la phtisie, il n'est peut-être pas sûr que ce vaccin doive être chargé de tous les méfaits dont l'accablent ses adversaires. Des esprits modérés, comme Klopstock, Hartmann, qui reconnaissent du reste la nullité de son action thérapeutique, la comparent volontiers à la tuberculine; l'avenir seul nous dira s'il n'y a pas là une voie nouvelle à des recherches qui, peut-être, seront un jour fructueuses.

M. LÉON-KINDBERG.

Ueber spezifische Therapie der Lungentuberkulose, insonderbeit über dass Friedmannsche Tuberkulosemittel. (P. HARTMANN. *Med. Ges. z. Magdeburg*, 14 oct. 1920, in *Münch. med. Woch.*, 11 mars 1921, p. 317.) — Exposé plein de réserves des médications « spécifiques » Il rappelle toutes les réserves nécessaires dans l'interprétation des faits : l'évolution imprévisible de la maladie, l'auto-suggestion de l'observateur, le choix des cas souvent simplement « suspects », etc. Il résume l'acquis positif de la tuberculinothérapie, et, chose rare en Allemagne, ne lui fait pas grand crédit : il tient les doses minimes, homéopathiques pour inutiles et les doses fortes, qui doivent provoquer des réactions de foyer, pour dangereuses. Mêmes conclusions en ce qui concerne la thérapeutique par les antigènes partiels.

Hartmann a essayé le vaccin de Friedmann dans 190 cas de tuberculose pulmonaire. L'injection est sans réaction immédiate dans la moitié des cas; dans les autres, troubles généraux, malaises, fièvre. Dans les trois quarts des cas, il y eut une infiltration notable qui, 30 fois sur 100, s'abcéda. Il en a éprouvé par lui-même, après auto-inoculation, les conséquences désagréables.

Cliniquement, on observe souvent dans les premiers jours une certaine amélioration, mais celle-ci s'est toujours montrée passagère ; chez beaucoup, elle est purement subjective. En fait l'évolution, n'a guère été influencée, elle semble même parfois aggravée. Pour la tuberculose pulmonaire, il est catégorique ; le remède de Friedmann, cependant capable de provoquer des réactions de foyers, n'est d'aucune utilité et semble même parfois nuisible. Les restrictions apportées actuellement dans le choix des sujets par Friedmann, le rendent d'ailleurs presque inutilisable.

M. LÉON-KINDBERG.

PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

The results of Pneumothorax Treatment of pulmnary Tuberculosis. (C. SARGMAN. *The Lancet*, 2 oct. 1920, p. 685.) — Statistique personnelle. Sur 275 essais, 85 pneumothorax ne peuvent être obtenus ou continués à cause des adhérences pleurales. Sur l'ensemble des autres cas : après 3 ans, plus de 40 p. 100 et après 7 ans, plus de 32 p. 100 pouvaient travailler pour vivre; le pourcentage des tuberculeux non traités était de 21 et 15 p. 100 respectivement (et il faut se rappeler la gravité des cas où l'on intervient) Sargmann continue le traitement au moins 5 années. M. LÉON-KINDBERG.

A propos du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire. Indications et résultats. (M. LÉON-KIND-

BERG. *Bull. méd.*, 7 août 1920, p. 70.) — Travail d'ensemble sur la question dont voici les conclusions :

« Laissant de côté des problèmes particuliers comme ceux des processus aigus ou des hémoptysies graves, il nous paraît que les indications de la méthode de Forlanini peuvent se classer en deux groupes :

1° En présence de lésions unilatérales (au sens large du mot), étendues, profondes, ulcéreuses ou infiltrantes, on doit tenter le pneumothorax artificiel.

2° On peut tenter le pneumothorax en présence de lésions unilatérales à tendance évolutive, si, d'une part, il ne s'agit pas de lésions minimes et limitées, si l'amélioration rapide, spontanément ou par simple cure, ne peut-être espérée, s'il ne s'agit pas de phtisie fibreuse ; si, d'autre part, les circonstances rendent impossible une cure de durée et de rigueur suffisantes. »

Etudes expérimentales et critiques sur le pneumothorax (E. RIST et A. STROHL. *Ann. de méd.*, 1920, t. VIII, n° 4, p. 233.) — Les auteurs ont minutieusement étudié au point de vue de la pression intrapleurale et de la composition des gaz, un nombre important de cas de pneumothorax artificiel. On ne peut que renvoyer aux détails de leur étude. Elle leur a permis d'en tirer un certain nombre d'importantes conclusions dont nous signalons les suivantes :

1° Si, plusieurs jours après l'établissement d'un pneumothorax artificiel thérapeutique, non compliqué d'exsudat purulent, on analyse les gaz contenus dans la plèvre, on constate que leur composition est sensiblement la même dans tous les cas.

2° Les phénomènes qui se produisent à la suite de la pénétration de gaz dans la cavité pleurale, s'expliquent complètement par les échanges gazeux qui s'opèrent avec le milieu organique, et qui consistent en une diffusion à travers la membrane pleurale, suivant une vitesse proportionnelle à un coefficient particulier à chaque gaz et à la différence de pression partielle de chaque gaz, de part et d'autre de la membrane.

3° Ainsi s'expliquent et la résorbtion de la collection gazeuse et la composition invariable au bout d'un certain temps du mélange gazeux.

4° Le régime constant s'établit entre les gaz du pneumothorax et le sang veineux.

5° Enfin, les courbes de résorbtion indiquent que celle-ci, lorsque l'insufflation est faite avec de l'azote pur ou de l'air atmosphérique, est précédée d'une phase relativement courte, pendant laquelle il y a augmentation de la masse totale du gaz. Ce fait explique les phénomènes de surcompression qui peuvent se produire quelques heures après les insufflations.

M. LÉON KINDBERG.

A case of artificial Pneumothorax complicated by Hydropneumothorax and Pleurisy with effusion ih the untreated side. (Maurice FISHBERG. *Amer. Rev. of Tub.*, nov. 1920, vol. IV, n° 9, p. 649.) — Observation exceptionnelle puisqu'on n'en relève qu'un seul cas (*Als. Zeit. f. Tub.*, 1920, p. 333) dans la littérature. L'évolution fut favorable, et après terminaison de la pleurésie, la malade, dont le pneumothorax se résorba, fut considérée comme guérie. Le point curieux est qu'au maximum de son épanchement, alors que l'hydropneumothorax comprimait complètement son poumon droit, c'est à peine si la moitié de l'aire respiratoire du côté gauche était disponible; or, jamais il ne fut constaté de cyanose (si ce n'est de façon passagère, après une fatigue par exemple), et c'est à peine si la respiration fut un peu plus pénible et plus rapide.

M. LÉON-KINDBERG.

Ueber spontan Pneumothorax als Complication bei künstlichen Pneumothorax. (LANDGRAF. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 25 nov. 1920, p. 373.) — **La perforation du poumon, complication du pneumothorax artificiel.** (BURNAND. *Ann. de méd.*, 1921, t. IX, n° 1, p. 22.) — C'est un accident rare dans la collapsothérapie (Burnand, 14 fois sur 300 cas, Forlanini, 8 fois sur 139). On peut avec Burnand distinguer deux types :

1° La *perforation temporaire*, étroite, tendant à s'oblitérer, dont les accidents initiaux sont intenses et brusques; le pneumothorax est à soupape ou fermé d'emblée. Le danger résulte de l'asphyxie plutôt que des accidents pleurétiques. L'épanchement est rarement très septique. Le traitement consiste en des extractions de gaz modérées, aussi tardives que possible. Le pronostic, très réservé, n'est pas fatal.

2° La *perforation permanente*, large et définitive, débutant insidieusement; le pneumothorax est ouvert (le manomètre indique une pression : o); le danger est à la pleurésie, tuberculeuse et septique. Le traitement consiste en la pleurotomie d'emblée. Le pronostic est fatal, à plus ou moins longue échéance.

M. LÉON-KINDBERG.

PLÈVRE

La symphyse pleurale hyperplasique des tuberculeux. (E. RIST et P. AMEUILLE. *Section d'études scient. de l'œuvre de la tuberculose* in *Revue de la tuberculose*, 1920, n° 6, p. 471.) — Les auteurs ont été frappés de voir chez des malades, chez qui des tentatives réitérées de pneumothorax artificiel avaient échoué à cause d'adhérences pleurales excessives et étendues, le pronostic être relativement bénin, et l'évolution se faire d'une façon heureusement déconcertante. Les lésions pulmonaires s'effacent derrière l'importance que prend la symphise pleurale, et celle-ci augmentant sans cesse d'épaisseur et rétractant la paroi thoracique, réalise dans une certaine mesure l'action compressive qu'aurait produite le pneumothorax lui-même. Des observations anatomiques et radioscopiques ont permis de suivre et d'étudier ces processus hyperplasiques. Mais son diagnostic est difficile : les signes classiques — déformations thoraciques, signes de percussion et d'auscultation, signes radiologiques — manquent souvent et sont délicats à affirmer. Une tentative d'insufflation ou une ponction faite avec une seringue bien étanche permettent seuls d'affirmer et en quelque mesure d'estimer la lésion pleurale.

Chez de tels malades, outre les réveils évolutifs possibles de la phtisie, les accidents cardiaques toujours à redouter assombrissent le pronostic. Mais en présence des dangers indéniables que comporte la thoracoplastie, on ne saurait penser en général à une intervention active.

M. LÉON-KINDBERG.

Considérations sur le pronostic et le traitement des pleurésies sérofibrineuses bacillaires. L'hétéro-sérothérapie. (A. JOUSSET. *Revue de la tuberculose*, 1920, n° 5, p. 307.) — L'auteur s'attache à distinguer deux types de pleurésie tuberculeuse : l'une bénigne et, à l'exemple des infections cycliques, génératrice d'immunité « la maladie de Landouzy », l'autre sévère et traînante, incapable d'engendrer les réactions défensives nécessaires, et dont le pronostic est celui d'une tuberculose grave. L'examen physique du malade est un guide peu sûr. L'étude du début, franc ou sournois; de la fièvre, à tracé régulier, ou au contraire atypique et excessive; de la cuti-réaction sont les meilleurs guides. Enfin la recherche du bacille de Koch selon deux nouvelles techniques (digestion du caillot, modification de l'inoscopie) est le procédé le plus sûr : dans la forme grave, les bacilles sont nombreux et faciles à trouver, souvent granuleux.

Le traitement doit être simplement expectatif dans la forme bénigne. Dans la forme grave, après avoir critiqué l'autosérothérapie de Gilbert (de Genève), Jousset recommande l'hétéro-sérothérapie : celle-ci consiste à traiter les pleurésies graves au moyen du liquide des pleurésies bénignes : il faut injecter le sérum pleural, c'est-à-dire le liquide défibriné et tyndallisé. Il faut employer une quantité minima de 40 cmc. par injection.

M. LÉON-KINDBERG.

Pleural infection complicating artificial Pneumothorax treated with gentian violet. (Bertiam H. WATERS. *American Rev. of tuberc.*, fév. 1921, vol. IV, n° 12, p. 875.) — Deux observations de pleurésie purulente staphylococcique au cours d'un pneumothorax artificiel. Dans les deux cas, les symptômes furent d'une rare gravité, mais dans les deux cas la guérison fut obtenue comme suit : évacuation du pus, lavage de la plèvre d'abord par le sérum physiologique, puis par une solution aqueuse faible (1/5000) de violet de gentiane, enfin injection dans la plèvre d'une certaine quantité à demeure de cette même solution (150 cmc. environ.

M. LÉON-KINDBERG.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES
DE
LA PNEUMONIE AIGUE[1]

IV. FORMES SUIVANT LES ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES. — La pneumonie peut être associée à d'autres manifestations pneumococciques et à d'autres infections différentes ou bien se produire sur un terrain débilité par une infection précédente :

1° La PLEURO-PNEUMONIE est fréquente en cas de pneumonie de la base. Dans ce cas, la matité et la résistance au doigt sont plus marquées. Les vibrations sont diminuées. On entend du souffle, mais moins tubaire, éloigné par la présence du liquide. Les râles sont difficiles à percevoir. En général, quand la pneumonie déborde la pleurésie, on entend des râles à la partie supérieure. L'espace de Traube peut être mat.

La ponction exploratrice montre la présence du liquide qui est séro-fibrineux ou purulent.

La défervescence est toujours de ce fait retardée ou se fait mal, les signes de pleurésie peuvent survivre plus ou moins longtemps à la pneumonie.

2° La FLUXION DE POITRINE, admise par Dieulafoy, est une congestion pulmonaire à pneumocoques, intéressant à la fois le poumon, la plèvre, la paroi thoracique. Elle est souvent bilatérale et a en général une allure bénigne.

3° La PNEUMONIE AVEC BRONCHITE. — La pneumonie est débordée par la bronchite. Quelques crachats rouillés peuvent être observés au milieu d'abondants crachats muqueux et aérés.

4° Au début de la fièvre typhoïde, on peut observer le PNEUMO-TYPHUS. Le début a lieu dans le premier septénaire de la fièvre typhoïde; il simule absolument une pneumonie franche. Les signes thoraciques existent. Les signes généraux sont plus accusés que dans une pneumonie franche. On pense à une pneumonie adynamique, mais au lieu de la crise de défervescence, on assiste alors à l'évolution d'une fièvre typhoïde. S'il s'agit d'une pneumonie accompagnant une typhoïde, le diagnostic ne s'impose qu'au moment où devrait se faire la défervescence. Enfin, il faut signaler que la pneumonie peut survenir comme complica ion au cours d'une fièvre typhoïde.

5° La PNEUMONIE PALUSTRE débute comme un accès paludéen. On peut obserber 2 types :

— *a.* la fièvre n'est pas intermittente, ni continue, mais paroxystique. Il s'agit d'une pneumonie superposée à des accès de paludisme.

— *b.* la fièvre pernicieuse pneumonique, au cours de laquelle les signes pneumoniques n'existent que pendant les accès fébriles. Il s'agit d'une localisation de paludisme au poumon, justiciable du traitement par la quinine.

6° La PNEUMONIE GRIPPALE. — (Ménétrier). Elle survient au cours ou à la suite d'une attaque de grippe. Sa fréquence est plus grande au cours de certaines épidémies. D'autres fois, c'est la forme bronchopneumonique qui prédomine.

Le début est lent, insidieux, sans point de côté. Il n'y a pas de grand frisson, mais des petits frissons répétés.

A la période d'état, l'expectoration est sanguinolente, moins visqueuse, moins adhérente. C'est souvent une abondante expectoration (bronchitique).

Le foyer pneumonique est unique ou multiple; l'hépatisation est moins compacte, le souffle moins rude, les râles moins secs.

La dyspnée est intense; de même l'adynamie et l'asthénie.

L'évolution est variable; souvent longue, irrégulière avec une défervescence graduelle. La résolution locale est lente.

Le pronostic est souvent grave car la tendance au collapsus est fréquente.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 24, p. 383; n° 27, p. 431, et n° 29, p. 463.

A côté de cette forme, signaler la *pneumonie galopante* amenant la mort en 36 à 48 heures; la *pneumonie subaiguë* et traînante et la pneumonie cardiaque (Huchard).

7° La PNEUMONIE CHEZ LE TUBERCULEUX. — Le tuberculeux peut avoir une pneumonie légitime, franche. Mais celle-ci donne en général à la tuberculose un coup de fouet. Souvent l'infection réalise la forme de bronchite capillaire sans pneumonie véritable (Ménétrier).

Enfin chez les tuberculeux fibreux, arthritiques, l'infection pneumococcique pulmonaire est traînante, torpide, souvent accompagnée d'hémoptysies, mais dans l'ensemble n'aggravant pas beaucoup le pronostic. Le diagnostic peut être difficile avec la pneumonie caséeuse ou une poussée granuliqué.

8° La PNEUMONIE CHEZ LE DIABÉTIQUE. — La pneumonie, d'après Bouchardat, revêt une allure foudroyante, avec marche suraiguë et mort survenant en 48 heures. D'autres fois, il se fait une transformation gangréneuse.

9° La PNEUMONIE CHEZ LES CACHECTIQUES. — L'allure de l'affection est insidieuse avec prostration très marquée. Les formes algides sont fréquentes, sans fièvre, sans point de côté, sans expectoration. La mort est la règle.

10° La PNEUMONIE CHEZ LES CARDIAQUES. — Assez fréquente au cours de l'asystolie, elle revêt une allure sournoise; l'expectoration est sanglante et pourrait faire croire à un infarctus. Parfois la pneumonie fait déclancher elle-même une crise d'asystolie chez le cardiaque en équilibre circulatoire.

11° La PNEUMONIE CHEZ LES ALCOOLIQUES. — Parfois elle ne se traduit que par un peu de tremblement et du délire, ou seulement par de la loquacité.

Mais plus souvent l'allure est plus nette : le début est brusque, marqué par un frisson violent, une fièvre intense. Le visage est vultueux, injecté; les yeux sont brillants. Le malade présente une agitation intense avec tremblement des bras, des mains. Il y a du délire et une loquacité exagérée : le délire est souvent professionnel avec hallucinations visuelles; les sueurs sont profuses, l'insomnie est continuelle, l'agitation intense, l'hyperthermie considérable, et le malade tombe dans le coma qui le mène à la mort.

Malgré l'intensité de ces signes généraux, on est frappé par l'atténuation des signes fonctionnels : pas de toux, pas de point de côté, pas de dyspnée, pas d'expectoration. A l'auscultation, on peut constater les signes physiques ordinaires.

L'hépatisation grise et les troubles méningés ne sont pas rares dans ces formes de pneumonie.

Enfin chez les *aliénés*, on peut souvent constater une forme spéciale de pneumonie : la pneumonie de déglutition : forme apyrétique, rapidement mortelle.

12° La PNEUMONIE TRAUMATIQUE. — A l'occasion de fracture de côté, de contusion du thorax par écrasement ou éboulement, ou encore à la suite d'embolies pulmonaires, on peut voir se développer une pneumonie. Le traumatisme, dans ces cas, peut être considéré comme n'étant qu'une cause localisatrice de l'infection à pneumocoques. Le frisson initial est rare, la température est moins élevée, la matité moins compacte, peu de fièvre et d'herpès, souvent une hémoptysie se produit au moment du traumatisme. L'évolution est rapide et se termine parfois par une suppuration locale.

En résumé, les formes cliniques de la pneumonie sont nombreuses, et présentent en général toutes un certain nombre de caractères communs; la brusquerie du début, le caractère franc des symptômes, la rapidité de l'évolution.

Dans les cas douteux, on doit rechercher les pneumocoques dans les crachats (lavage de l'estomac chez l'enfant).

On peut y joindre l'inoculation des crachats à la souris, tuée en moins de 48 heures.

Dans les formes douteuses, en particulier chez l'enfant, on a même préconisé l'emploi de la radioscopie pour dépister le siège du foyer. L'examen du sang, l'hémoculture peuvent donner aussi quelques renseignements.

Mais en général, il n'est pas besoin de faire appel à tous ces moyens de recherche pour préciser le diagnostic clinique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 avril. — MM. Gouverneur, 14 ; Bergeret, 12 ; Leveuf, 18.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mallet, Friedelle, Gauja, Poupon, qui ont accepté ; Calton, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Bourses de séjour dans les Universités étrangères. — *Année scolaire 1921-1922.* — Grâce à la libéralité de M. David Weill, l'Université de Paris disposera encore cette année de cinq bourses de séjour dans les Universités de l'étranger, de 6.000 fr. chacune.

Ces bourses peuvent être attribuées soit à des docteurs, soit à des pharmaciens de 1re classe se destinant à l'enseignement, soit à des agrégés des divers ordres de l'enseignement secondaire, hommes et femmes (à l'exception des agrégés de langues vivantes qui ont déjà fait un séjour à l'étranger).

Les demandes devront être adressées au recteur de l'Académie de Paris avant le 15 mai prochain. Elles indiqueront l'âge des postulants, leurs grades, leurs services antérieurs et les Universités où ils se proposent de se rendre.

Les bourses seront attribuées par le Conseil de l'Université.

A leur retour, les boursiers devront, conformément au désir du donateur, faire parvenir au recteur de l'Académie de Paris un rapport d'une quarantaine de pages où ils indiqueront notamment les cours qu'ils auront suivis et le profit qu'ils croiront avoir tiré de leur séjour à l'étranger.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ORTHOPÉDIE DANS LES FACULTÉS. — Au Sénat, après une interpellation du général Hirschauer, de MM. Henri Chéron et Jenouvrier, le ministre de l'Instruction publique a pris l'engagement de créer à Paris et dans les facultés de province un enseignement permanent d'orthopédie pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

SOUS-SECRÉTARIAT D'ÉTAT DE L'AÉRONAUTIQUE. — M. le Dr Obissier, médecin en chef du ministère des Travaux publics, est nommé médecin chef, et M. le Dr Barbeillon, médecin du ministère des Travaux publics, est nommé médecin adjoint de l'administration centrale du sous-secrétariat d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des pensions. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Georges Duhamel et Coutin.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — L'Union nous adresse la communication suivante :

« LUnion des syndicats médicaux de France est en conflit avec l'administration du ministère des Pensions, et non avec les mutilés. Les médecins refusent de remplir les papiers administratifs et non de soigner les mutilés ; ils ont soigné, ils soignent, ils continueront à soigner les mutilés.

L'Union fédérale des associations des mutilés et réformés de guerre s'est réunie et a renouvelé auprès de l'Union la proposition qui avait été faite déjà, et dans les mêmes termes, par le ministère des Pensions. Cette proposition est la suivante :

1. Cessation de la campagne actuellement engagée.
2. Taxation des honoraires médicaux au tarif Maginot.
3. Les deux clauses précédentes étant acceptées, l'Union fédérale participerait, avec des délégués des médecins et des délégués du ministère, à l'établissement d'un nouveau tarif, car elle reconnaît, avec l'Union des syndicats médicaux, que le tarif Maginot actuel diminue considérablement le libre choix du médecin et, notamment, ne comprend la tarification d'aucun acte chirurgical et aucun service de contrôle.

L'Union des syndicats médicaux a déclaré qu'elle acceptait la troisième proposition aux conditions suivantes : la commission serait composée, par tiers, de délégués des associations des bénéficiaires de la loi désignés par les associations, de délégués des médecins désignés par l'U. S. M. F. et de

délégués de l'Etat désignés par le ministre. Le but de cette Commission serait :

a. Etude et construction d'une organisation de soins ;
b. Organisation d'un contrôle ;
c. Etablissement d'une nomenclature et d'un tarif d'accord.

Cette commission pourra, en outre, examiner le règlement de l'arriéré, et, en général, les questions intéressant l'application de l'article 64 avec le libre choix.

L'Union des syndicats médicaux rappelle qu'elle n'est pas en conflit avec les mutilés mais avec le ministère. Ce ne sont pas les médecins qui ont contracté des dettes vis-à-vis des mutilés, c'est l'Etat. L'Union ne peut donc accepter de voir les dettes de l'Etat endossées par l'Union fédérale des mutilés, et voir substituer, dans le conflit actuel, les mutilés au ministère des Pensions.

Le Conseil de l'Union estime que le ministère des Pensions est capable, à lui seul, de résoudre le conflit qu'il a créé. »

SÉANCE JUBILAIRE DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — La Société belge de neurologie et de psychologie, fondée en avril 1896, célébrera son 25e anniversaire à Bruxelles, le samedi 30 avril 1921. La Société organise, pour fêter son jubilé, une journée neurologique comportant deux séances : l'une à 9 h. 1/2, l'autre à 15 heures. La première sera consacrée aux discours d'usage ainsi qu'à l'exposé des rapporteurs chargés de traiter la question mise à l'ordre du jour ; la seconde comprendra la discussion des rapports ainsi que des communications personnelles se rapportant au sujet traité.

Question mise à l'ordre du jour : « La sénilité, étude psychologique et anatomique. » Rapporteurs : M. Rodolphe Ley, assistant du cours d'anatomie pathologique à l'Université de Bruxelles ; M Alexander, assistant du service psychiatrique de l'hôpital Saint-Jean.

Les neurologues et psychiatres belges et étrangers qui désireraient participer à cette journée commémorative, sont priés de se faire inscrire chez le secrétaire général de la Société : M. le Dr Crocq, 62, rue Joseph II, à Bruxelles. Il ne sera perçu à cet effet aucune cotisation. Tous les membres inscrits, belges ou étrangers, pourront prendre part aux discussions et faire des communications personnelles se rapportant au sujet traité.

Les séances se tiendront à l'Institut d'anatomie du parc Léopold, rue du Maelbeek.

RÉUNION NEUROLOGIQUE ANNUELLE (3-4 juin 1921). — La deuxième réunion neurologique annuelle aura lieu les vendredi 3 et samedi 4 juin 1921.

Elle se tiendra à la Salpêtrière, dans l'école des infirmières.

Deux séances auront lieu chaque jour, le matin de 9 heures à 11 heures, l'après-midi de 15 heures à 18 heures.

Une seule question est mise à l'étude : « Les syndromes parkinsonniens. » (Rapporteur : M. Souques).

Un programme de la discussion sera adressé à l'avance à ceux qui annonceront leur participation à la réunion.

Les communications porteront uniquement sur la question posée.

La durée de chaque communication ne peut dépasser 10 minutes.

Il ne pourra être accordé pour chaque communication plus de quatre pages d'impression et pour chaque discussion plus d'une page.

Ne seront publiés dans les comptes rendus de la réunion que les communications ou discussions dont le texte sera remis au cours des séances.

Des projections cliniques ou anatomiques pourront être faites ainsi que des présentations de malades.

Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres des communications au Secrétaire général : Dr Henry Meige, 35, rue de Grenelle, Paris, 7e.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le prof. Ernesto Odriozola, doyen de la Faculté de médecine de Lima (Pérou).

Le prof. Odriozola, ancien interne des hôpitaux de Paris, est décédé subitement le 16 mars, en pleine activité, à la Faculté même.

La France perd en lui un ami sincère qui n'a jamais cessé de lutter, contre l'influence allemande en son pays, par une propagande constante pour la science française qu'il savait apprécier et faire admirer par tous ses compatriotes.

Le Dr Odriozola avait soutenu sa thèse à Paris en 1887.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Prof. : M. Fernand Bezançon ; agrégé, chef des travaux : M. A. Philibert.) — Cours de bactériologie, par M. le prof. Fernand Bezançon et par M. le Dr André Philibert, agrégé, chef des travaux.

Les leçons, au nombre de 30, commenceront le mardi 26 avril 1921, à 5 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, jusqu'au mardi 5 juillet 1921.

Du 25 avril au 5 juillet, tous les jours, de 2 à 5 heures, travaux pratiques au laboratoire de bactériologie de la Faculté.

Les droits à verser pour les travaux pratiques sont de 150 fr.

Le cours est libre. Cet enseignement (cours et travaux pratiques) sera sanctionné par un certificat qui sera réclamé pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Les bulletins de versement relatifs aux travaux pratiques seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE LA NUTRITION. — MM. Marcel Labbé, professeur, et Henri Labbé, agrégé, avec le concours de MM. Nepveu et Bith, chefs de laboratoire, commenceront le mercredi 27 avril 1921, à 3 heures, au laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Le cours aura lieu tous les jours, à 3 heures, et sera terminé en un mois. — Les élèves seront exercés individuellement aux différentes méthodes d'examen.

Le montant du droit à verser est de 150 fr.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés dès à présent, jusqu'au 27 avril, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de MM. Cunéo, professeur, et Grégoire, agrégé. (Cours de M. le Dr Jacques Leveuf, prosecteur.) — Chirurgie du tube digestif et de ses annexes. — Ouverture du cours le lundi 2 mai 1921, à 14 heures.

Le cours aura lieu tous les jours. — Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 fr. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les jeudis et samedis.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — M. Babonneix, médecin des hôpitaux, commencera un cours libre de *Maladies nerveuses infantiles*, à l'amphithéâtre de la clinique de l'hôpital des Enfants-Malades, à partir du 3 mai prochain, les mardis et vendredis, à 15 heures.

Ce cours comportera des présentations de malades, et les explications pourront y être données en espagnol.

RENSEIGNEMENTS

570. — **UN POSTE DE MÉDECIN-ADJOINT** va être créé à l'asile d'aliénés de Niort (quartier d'hospice).

Traitement 7.200 fr. Logement, chauffage, éclairage.

Adresser les demandes à M. le président de la Commission administrative de l'hôpital-hospice de Niort.

REVUE GÉNÉRALE

LE SYSTÈME SENSITIF DU NERF FACIAL

Par M. E. BAUDOUIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis l'époque où Ch. Bell a montré que la paralysie faciale était due à une atteinte de la 7e paire cranienne, ce nerf a été regardé cliniquement comme un nerf exclusivement moteur. Les symptômes sensitifs ou sensoriels qui ont été signalés de temps en temps, coexistant avec le trouble paralytique, ont été rattachés à un des systèmes voisins.

Ultérieurement, des investigations histologiques et embryologiques ont montré que le facial est un nerf mixte et actuellement, dans les traités d'anatomie, il est décrit, émergeant de la fossette latérale par deux racines :

1. La racine interne qui s'engage dans le conduit auditif interne, cheminant dans une gouttière que lui forme le nerf auditif, se continue dans l'aqueduc de Fallope dont elle suit toutes les inflexions, sort du rocher par le trou stylo-mastoïdien pour se diviser en nombreuses branches terminales qui vont innerver les muscles superficiels de la face et du cou. C'est le *facial moteur*, le *nerf de Ch. Bell*, le *tronc du facial proprement dit*, entièrement décrit d'ailleurs par les anatomistes du XVIIe siècle, auquel on rattache — du moins pour leur origine apparente — les nerfs pétreux superficiels, la corde du tympan aussi bien que toutes les autres branches collatérales intra et extrapétreuses. Nerf moteur, il a son noyau d'origine dans le système central (noyaux du facial inférieur, du facial supérieur). Nous n'insisterons pas davantage.

2. La racine externe, plus grêle ou *nerf intermédiaire de Wrisberg*, chemine dans le canal auditif en compagnie du facial moteur et de l'auditif, placé entre ces deux nerfs. Tous trois sont maintenus par une gaine commune de tissu conjonctif. Au fond du canal, l'acoustique se divise en ses deux branches : cochléaire et vestibulaire. Le nerf intermédiaire entre dans le canal de Fallope, toujours accollé au facial. Mais aussitôt après son entrée, il se renfle, formant le ganglion géniculé, de taille variable (parfois à peine visible, parfois doublant le volume du nerf), triangulaire qui, par sa base, coiffe le genou du facial et, par son angle externe, émet des filets qui pénètrent presque immédiatement dans le tronc moteur.

Histologiquement, le ganglion géniculé est formé, chez l'embryon humain, de cellules bipolaires (His), chez l'adulte, de cellules unipolaires (Retzinc). C'est exactement la structure de tout ganglion spinal. L'origine est également analogue, dérivant de la crête neurale. Le *ganglion géniculé est un ganglion sensitif*. Sapolini a suivi les prolongements centraux, centrifuges de ces cellules dont l'ensemble n'est autre que le nerf intermédiaire de Wrisberg. Dans le tronc cérébral, ils se bifurquent donnant en particulier une branche descendante, allant se perdre dans le faisceau solitaire et dans la colonne centrale grise de la moelle. Les prolongements périphériques, cellulipètes, forment un faisceau de fibres nerveuses, s'accollant simplement au facial pour s'en détacher près du trou stylo-mastoïdien et former la corde du tympan. Les fibres du sens gustatif des deux tiers antérieurs de la langue, c'est-à-dire la corde du tympan, ne sont donc pas des fibres d'emprunt, soit du IX, soit du V, *ce sont des fibres spéciales, constitutives du nerf intermédiaire de Wrisberg.*

Nerf intermédiaire, ganglion géniculé, corde du tympan forment donc un tout sensitif, entièrement analogue à la racine postérieure d'un nerf spinal. Le noyau d'origine réelle en est le ganglion lui-même.

On a beaucoup discuté sur la valeur de ce nerf sensitif : branche aberrante du glosso-pharyngien (Mathias Duval, Testut, 13e paire cranienne indépendante (Sapolini). Mais la fusion de la corde avec le tronc moteur de la 7e paire ne permet pas un tel isolement morphologique, et le nerf intermédiaire de Wrisberg doit être regardé comme une racine sensitive pour le facial avec un ganglion sensitif et un prolongement périphérique.

La 7e paire est donc un nerf mixte avec ses deux racines. Les auteurs modernes s'accordent tous sur ce point et sur la nature et l'origine de la corde du tympan. Mais les opinions diffèrent lorsqu'il s'agit d'affecter au système sensitif d'autres branches jusque-là désignées comme appartenant au système moteur. C'est ce qui a lieu pour les nerfs pétreux superficiels. D'autre part, le ganglion géniculé fournit, en outre, des fibres sensitives pures : les unes pour la langue, les autres vont à un territoire cutané de la face exclusivement réservé au facial.

Ce sont ces données récentes sur le système sensitif du facial, distinct des autres systèmes voisins avec lesquels il était confondu jusqu'à ces derniers temps, que nous voulons rapporter, nous inspirant des recherches anatomiques, des études de dégénérescence, des travaux cliniques recueillis ou pratiqués par Ramsay Hunt, confirmés en France dans des communications telles que celles de Déjerine, Tinel et Heuyer, MM. Claude et Schaeffer, M. Laignel-Lavastine, et surtout celles de M. Souques qui a isolé le syndrome du ganglion géniculé.

Le ganglion géniculé ne concerne pas, en effet, seulement le sens du goût. D'après His, la corde du tympan ne compte environ que 120 fibres, tandis que le ganglion géniculé contient 7 à 800 cellules. D'autre part, selon Amabilino, la section de la corde du tympan dans l'oreille moyenne détermine de la chromatolyse dans les 4/5 des cellules ganglionnaires. Il existe donc, dans le ganglion géniculé, un certain nombre de cellules sensitives qui sont l'origine de fibres autres que celles de la corde du tympan. Elles fournissent :

1. Des anastomoses entre le ganglion géniculé ou l'intermédiaire de Wrisberg et le nerf acoustique, à l'intérieur du conduit auditif interne. On pense que ces fibres représentent une innervation sensitive de l'auditif.

2. Les nerfs pétreux superficiels. — Van Gehuchten, Poirier les font naître du genou du facial, indépendamment du ganglion géniculé, notant cependant que les fibres qui sortent de l'angle externe du ganglion sont intimement liées aux nerfs pétreux. Ils suivent un trajet à peu près parallèle pour une destination similaire, reçoivent une anastomose du glosso-pharyngien, et forment un système unissant le facial au système sympathique cérébral (ganglions sphéno-palatin et otique), celui-ci étant également

uni au trijumeau. Le petit nerf pétreux contient des fibres motrices excrétoires pour la glande parotide et des glandes jugales, mais elles lui viennent du glosso-pharyngien. On admet également au nerf pétreux l'adjonction de fibres sécrétoires pour la glande lacrymale, venant du facial. En cela, les nerfs pétreux sont analogues à la corde du tympan qui contient des fibres de même espèce pour la glande sous-maxillaire et la glande sublinguale venant du facial. Mais ce ne sont là que des fibres d'emprunt.

D'autres fonctions ont été attribuées aux nerfs pétreux : *a*. Voie de transport des fibres de la corde du tympan au trijumeau; *b*. ils transmettraient l'influx moteur du facial aux muscles du voile; *c*. ils contiendraient des fibres sensitives retrogrades du V au VII. Nous avons vu que la corde du tympan était un nerf distinct, n'ayant aucun rapport avec le trijumeau, ce qui a été vérifié par Cüshing; on sait que les muscles du voile sont innervés par le vague; et il n'y a aucune preuve clinique ou embryologique du passage des fibres de la 5e paire à la 7e par la branche pétreuse.

Au contraire, on sait que chacun des nerfs pétreux donne, avant de recevoir toute anastomose, une branche au plexus tympanique pour l'innervation de la muqueuse de la caisse et de ses prolongements. Dixon a, d'autre part, montré clairement la nature sensitive du nerf Vidien, et ses relations embryologiques avec les cellules du ganglion géniculé. Le petit nerf pétreux a la même origine.

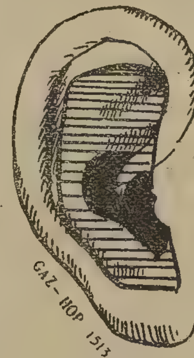
En tout cas, si leurs fonctions ne sont pas encore totalement définies, il est un point acquis : les nerfs pétreux ne sont pas constitués par des fibres d'échange entre le facial et le trijumeau; leurs fibres principales sont issues du ganglion géniculé sensitif.

3. Au-dessous du ganglion géniculé, en plus des fibres sensorielles de la corde du tympan, le tronc du facial renferme des fibres sensitives qui cheminent à côté des fibres motrices sur un trajet assez long. La preuve en est que l'excitation du facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien est douloureuse, et, d'autre part, van Gehuchten, ayant sectionné le nerf à ce niveau, a provoqué de la chromatolyse dans un certain nombre de cellules du ganglion. Ce sont :

a. Des *fibres de sensibilité générale* pour le territoire sensoriel lingual du facial. Leur existence est démontrée par l'hypoesthésie dans cette région parfois signalée au cours de paralysie faciale (Bernhardt, Schiller, Mendel), mais surtout par les expériences de Cüshing et l'étude des zones d'anesthésie à la suite d'ablation du ganglion de Gasser. Ces fibres sensitives venant au facial se répandent dans le territoire gustatif dépendant de ce nerf. Elles cheminent vraisemblablement dans la corde du tympan. Mais on peut admettre qu'elles sont situées dans le rameau lingual du facial qui innerve également la muqueuse des piliers antérieurs du voile et de la région adjacente.

b. En plus de ces filets muqueux, le *facial possède un territoire cutané*, situé au niveau du pavillon de l'oreille. On peut le considérer suffisamment limité, formant « une aire conique dont le sommet est représenté par la membrane du tympan, les parois par celles du conduit auditif externe, la base répondant à la conque, tracée par le tragus, l'antitragus, l'hélix, l'anthélix, la fosse de l'anthélix » (Ramsay Hunt), ce qui représente la plus grande partie du pavillon de l'oreille. C'est la *zone cutanée du ganglion géniculé*, la *zone de Ramsay Hunt*.

Les filets sensitifs qui commandent cette région n'ont pu être isolés anatomiquement, ils dépendent du ganglion géniculé. Pour certains auteurs, ils constitueraient ces fibres rétrogrades du trijumeau au facial dont nous avons parlé au sujet des nerfs pétreux : passant par le nerf auriculo-temporal, le ganglion otique, le petit nerf pétreux et le ganglion géniculé. Mais cela n'est nullement démontré. Il paraît plus vraisemblable que ces fibres passent du géniculé dans le tronc du facial, sortent également du trou stylo-mastoïdien et se rendent à l'oreille directement ou probablement, au moins pour quelques-unes, par la branche auriculaire postérieure.



ZONE CUTANÉE DE RAMSAY HUNT.

Ramsay Hunt a démontré l'existence de cette innervation cutanée auriculaire du nerf facial par déduction à la suite de l'élimination des territoires des nerfs sensitifs voisins.

Chez l'embryon humain et chez les vertébrés inférieurs, le facial possède un rôle sensitif important. C'est le nerf de la première fente viscérale et des arches adjacentes devant fournir la langue, les piliers, la cavité tympanique avec ses prolongements tubaire et mastoïdien. La conque, le conduit auditif externe sont en rapport avec la première arche viscérale, on peut les considérer comme se trouvant dans la surface d'innervation du 7e nerf. Mais cette distribution sensitive a subi au cours du développement phylogénique une réduction considérable et une supplantation par les 9e et 10e nerfs branchiaux, et en particulier par le V. On comprend ainsi que chez l'adulte, la zone sensitive du facial soit très minime.

Pour cette raison de suppléances et par suite des multiples innervations de la petite surface du pavillon de l'oreille, la dissection n'est pas une méthode assez fine pour donner des renseignements précis sur le champ qui appartient à chacun des nerfs. Les anatomistes décrivent trois zones de sensibilité, d'où le facial est absent : la moitié antérieure et la partie supérieure de l'oreille externe, les deux tiers supérieurs du tympan relèvent du trijumeau par l'auriculo-temporal; la moitié postérieure des 2e et 3e nerfs cervicaux; la partie inférieure et un peu postérieure, la région mastoïdienne de branches intimement unies venant du nerf d'Arnold, donc du pneumogastrique et de branches venant du ganglion d'Andersch, donc du glosso-pharyngien, par le rameau anastomotique du facial.

C'est par l'*expérimentation* sur les nerfs voisins (ablation du ganglion de Gasser, des ganglions cervicaux dans le traitement du tic douloureux de la face ou de la névralgie occipito-cervicale, étude de la topographie d'anesthésie consécutive) que l'on a été amené à connaître le champ cutané du facial. Krause, Frazier et Spiller, à la suite d'extirpation du ganglion de Gasser, constatent que la sensibilité de l'oreille externe et du conduit auditif externe est demeurée normale. Cüshing détermine les zones de sensibilité du ganglion de Gasser et des ganglions cervicaux : elles respectent la plus grande partie centrale du pavillon de l'oreille. Or, la dissection a indiqué la zone limitée dépendant du 9e et du 10e. Il

en résulte que la sensibilité de cette région, non imputable à ces nerfs précédents, intermédiaire entre celle du trijumeau en haut et en avant, le groupe des 9e, 10e nerfs cervicaux en bas et en arrière, ne peut être attribué qu'au ganglion géniculé, intermédiaire dans la chaîne ganglionnaire aux ganglions qui commandent les régions cutanées qui viennent d'être citées.

D'autre part, Sherrington retrouve cette zone auriculaire sensitive chez des macaques, comme appartenant au ganglion géniculé sur lequel il a opéré. Cette fois, l'anesthésie occupe la conque, une partie de l'anthélix, la fosse de l'anthélix et le sommet de l'anthélix. Les ganglions d'Andersch et jugulaire innerveraient la partie postérieure du conduit auditif externe et du tympan, une portion de la surface postéro-interne du pavillon et de la région mastoïdienne.

Enfin, la *clinique* vient donner à ces conclusions précédentes une confirmation indéniable :

α. La paralysie faciale commune peut s'accompagner de troubles sensitifs qui sont toujours plus marqués au niveau du pavillon de l'oreille (Weber, Testaz, Despaigne, etc.) ou y restent limités (Gowers, Ramsay Hunt).

β. C'est l'*étude du zona de l'oreille* qui a apporté le fait primordial. La nature sensitive du ganglion géniculé et son analogie avec un ganglion spinal ne peut être mieux démontrée que par son atteinte par l'herpès zoster, et l'existence d'une surface cutanée couverte de vésicules typiques pour le représenter. Cette surface devra naturellement être indépendante de toutes les autres reconnues. En somme, Ramsay Hunt transporte au ganglion géniculé la méthode de Head et Campbell pour le territoire des nerfs rachidiens. Et il montre qu'il existe une aire auriculaire qui est parfois le siège d'une éruption zostérienne, bien nettement isolée et se présentant toujours avec les mêmes caractères. Cette aire vésiculeuse correspond à la zone relevant du ganglion géniculé; pour les différents expérimentateurs, elle est seulement un peu plus étendue que celle donnée par Sherrington : *c'est la zone du ganglion géniculé*.

D'autre part, cet herpès zoster peut se compliquer de paralysie faciale et même en plus de troubles auditifs (syndrome du ganglion géniculé (Souques), zona optique total de Sicard). Cette association de troubles moteurs du côté du nerf facial avec un zona de l'oreille confirme encore la dépendance de ce territoire cutané par rapport au ganglion géniculé. Comme l'ont montré Ramsay Hunt, M. Souques, et comme nous l'avons rapporté avec notre collègue Lantuéjoul et dans notre thèse : *Les troubles moteurs zostériens* : ceux-ci sont radiculaires. La racine motrice est lésée secondairement par le ganglion sensitif siège de l'infection zostérienne, commandant le territoire vésiculeux, soit par compression, soit par transmission de l'infection de voisinage.

On ne sera pas étonné de voir souvent le zona géniculé coexister avec un zona trigemellaire partiel ou total, ou avec un zona mastoïdien ou cervico-facial ou facial. Les ganglions de Gasser, le géniculé, les ganglions des IX, X et cervicaux forment une chaîne ininterrompue, analogue à celle des ganglions spinaux comme les territoires cutanés dont ils ont l'innervation; or, on sait qu'au thorax, l'infection zostérienne frappe généralement plusieurs ganglions superposés à la fois.

Le territoire sensitif cutané du facial est donc très limité au niveau du pavillon de l'oreille. Or, on a décrit dans plusieurs cas de paralysie faciale des douleurs rétro-auriculaires, mastoïdiennes et dans le moitié antérieure de la face (Weber, Testaz, Depaigne, Ramsay Hunt, Dejerine, Souques). S'agit-il d'une lésion simplement, d'un reliquat embryonnaire plus étendu que normalement du territoire sensitif du facial? Le facial n'enverrait-il pas parfois quelques filets sensitifs en arrière de l'oreille dans le domaine du rameau auriculaire postérieur, jusqu'ici décrit comme nerf moteur, et en avant dans ses propres terminaisons motrices (Souques)? Head admet d'ailleurs que tout nerf moteur possède plusieurs fibres sensitives, accompagnant les fibres motrices jusqu'à leur terminaison pour la sensibilité musculaire et tendineuse. En tous cas, ces faits signalés sont des exceptions.

En résumé, la distribution sensitive du nerf facial comprend :

1. Des fibres sensorielles pour les deux tiers antérieurs de la langue par la corde du tympan.

2. Des fibres sensitives pour l'oreille interne (par anatosmoses avec le nerf auditif), pour l'oreille moyenne (caisse tympanique et ses prolongements par les nerfs pétreux).

3. Une innervation sensitive partielle de la langue et de la région tonsillaire, par la corde du tympan ou par les rameaux linguaux.

4. Une innervation cutanée de l'intérieur du pavillon de l'oreille par des filets cheminant dans le tronc moteur du facial.

Le ganglion géniculé représente le noyau d'origine de tous ces filets sensitifs. *Mais en plus*, il existe des groupes de cellules exactement du même type que celles du ganglion géniculé, échelonnées le long du nerf de Wrisberg, des nerfs pétreux et du tronc facial. On doit donc admettre qu'il existe un système sensitivo-sensoriel considérable annexé à la 7e paire.

Si ses fonctions sont restées longtemps inaperçues, c'est par suite de sa situation intercalée entre le grand système trigéminé et le système IX, X, cervical, de l'enchevêtrement de tous ces territoires et des relations qui les unissent. Cela est particulièrement frappant au niveau du pavillon de l'oreille : l'aire faciale est petite, son accès pour la recherche de l'état de la sensibilité est difficile en raison des replis, l'anesthésie se fond rapidement dans la superposition des zones marginales adjacentes restées normales. En raison de ces obstacles, l'importance de la méthode de l'herpès zoster comme moyen de détermination de la projection périphérique ganglionnaire géniculée est évidente, cependant en raison des replis auriculaires, il faudra rechercher avec soin les vésicules d'autant qu'elles sont peu nombreuses en général.

Nous pouvons donc affirmer la conception indiquée au début, du facial nerf mixte avec ses deux racines motrice et sensitive, celle-ci présentant un ganglion homologue d'un nerf rachidien, d'un nerf mixte cranien, il l'est plus particulièrement du V. Ramsay Hunt propose une description du nerf facial analogue à celle du trijumeau « description, ajoute-il d'ailleurs, non satisfaisante pour les anatomistes, mais justifiée et commode au point de vue clinique et donnant au système sensitif du VII la place qu'il mérite ».

Par suite des fibres qui, sortant de l'angle externe du ganglion géniculé, passent immédiatement dans le tronc moteur, on peut considérer qu'il y a fusion

des deux racines motrice et sensitive à l'extrémité distale du ganglion. Là, le système facial se divise en trois branches, deux sensitives, la première : grand nerf pétreux superficiel ; la deuxième : petit nerf pétreux superficiel, mettant en relations le VII avec le système sympathique cérébro-spinal et en relations réflexes avec le V ; la troisième est le nerf moteur classique contenant en plus des fibres sensorielles, sensitives, linguales et auriculaires.

Cette description de la VIIe paire est calquée sur celle de la Ve. Le rapport des fonctions dévolues à chacune d'elle justifie cette conception. Pour le V, les fonctions sensitives dépassent les motrices, c'est le contraire pour le VII ; mais nous avons vu par l'embryologie que ce balancement avait lieu dans le domaine total primitif de ces deux nerfs.

Le système sensitif du facial permet de comprendre les relations de ce nerf avec divers symptômes ou syndromes rattachés jusqu'à ces derniers temps aux systèmes voisins. Nous les résumons, ayant déjà parlé de certains d'entre eux :

— Otalgie primitive (limitée à la zone géniculée), idiopathique, tabétique. Otalgie réflexe (par les nerfs pétreux) à la suite de lésions du naso-pharynx et de la langue.

— Otalgie associée à une névralgie faciale ou cervico-occipitale.

— Douleurs et troubles sensitifs dans la paralysie faciale. Agneusie, hypoesthésie au niveau des deux tiers antérieurs de la langue.

— Zona géniculé : simple ; ou zona avec paralysie faciale ; ou syndrome géniculé de M. Souques ; zona de la langue (Raymond, Ramond, Souques). Peut-être faut-il y chercher l'origine de certains spasmes de la face.

BIBLIOGRAPHIE

AMABILINO. In Souques, in Ramsay Hunt.
CLAUDE et SCHAEFFER. *Presse méd.*, 1911.
CUSHING. *Journ. amer. Ass.*, 1905 ; — *John Hopk. hop. Bull.*, 1904.
DÉJERINE, TINEL et HEUYER. *Soc. de neurol.*, 1912.
DESPAIGNE. *Th. de Paris*, 1886.
VAN GEHUCHTEN. *Le Système nerveux de l'homme.*
GLEY. *Traité de physiologie.*
HEAD et CAMPBELL. *Brain*, 1900.
FRAZIER et SPILLER. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1904.
LAIGNEL-LAVASTINE. *Soc. neurol.*, 1914 ; — *Soc. méd. des hôpit.*, 1914.
LANTUÉJOUL et E. BAUDOUIN. *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, 1919.
MORAT et DOYON. *Traité de physiologie.*
POIRIER et TESTUT. *Traité d'anatomie.*
RAMSAY HUNT. *Journ. of nerv. a. ment. D.*, 1907-1909 ; — *Amer. Journ. of the med. Sciences*, 1908 ; — *Journ. of the amer. med. Ass.*, 1909 ; — *Arch. of int. med.*, 1910.
BERNHARDT, DIXON, DONATH, GOWERS, KRAUSE, WEBER, in Ramsay-Hunt.
RAMOND et POIRAULT. *Soc. méd. des hôpit.*, 1914.
RAYMOND. *Cliniques*, 1896.
SAPOLINI. In van Gehuchten.
SHERRINGTON. In Claude et Schaeffer, in Souques.
SICARD. *Soc. neurol.*, 1914 ; — *Revue neurol.*, 1919.
SOUQUES. *Soc. neurol.*, 1914 ; — *Soc. méd. des hôpit.*, 1920.
TESTAZ. *Th. de Paris*, 1887.

SUR UN CAS
DE
SYNDROME DE BASEDOW FAMILIAL

Par MM. LEREDDE et DROUET.

Malgré les travaux récents dont elle a fait l'objet, ceux d'Apert en particulier, la question de l'hérédité morbide est tout entière à revoir, les problèmes qui se posent à son sujet ne pouvant être résolus tant que le rôle que la syphilis joue à l'origine des affections et des malformations héréditaires n'aura pas été déterminé d'une manière exacte. Il faut donc que, dans chaque cas particulier, la recherche de cette infection soit faite, en dehors de toute opinion préconçue, avec méthode, par les moyens cliniques et de laboratoire, non seulement chez un malade, mais chez les autres individus appartenant à la même famille : la présence du spirochète ne pouvant être démontrée, quelquefois, que chez les ascendants, les descendants, le conjoint ou les collatéraux.

Quelques auteurs paraissent encore admettre une hérédité morbide *essentielle,* l'hérédité suffisant à elle seule à créer, non seulement des *malformations*, mais des *maladies*, ayant un commencement, une évolution et une fin ; l'existence d'une hérédité morbide similaire permettrait même à elle seule d'éliminer la syphilis (1).

La théorie de l'hérédité essentielle n'est cependant plus en faveur auprès de tous les neurologistes : c'est ainsi que Souques et J. Lermoyez, dans un travail dont nous allons parler, admettent simplement l'existence d'une hérédité d'organes, permettant la localisation élective de diverses causes morbides : ainsi le goitre exophtalmique familial s'expliquerait par une fragilité familiale de la thyroïde, devenant plus accessible, plus sensible aux infections et aux intoxications.

*
* *

La malade dont nous publions l'observation, a été déjà étudiée par ces auteurs en 1918 ; le travail qu'ils ont publié à son sujet figure sous le titre : Goitre exophtalmique héréditaire et familial dans la *Revue neurologique*, 1919, nº 1, p. 20.

Nous résumons brièvement l'observation de Souques et J. Lermoyez.

Mme W..., 41 ans, mariée sans enfants (un mort-né en 1897, après accouchement au forceps). Crises de somnambulisme à 12 ans.

Irritabilité, émotivité extrêmes au cours de la guerre, à la suite de fatigues.

Après le premier raid de gothas sur Paris (30 janvier 1918) tremblement intense, généralisé, palpitations pénibles. Les symptômes disparaissent, reparaissent et enfin deviennent permanents.

A la fin de février 1918, un médecin constate une exophtalmie, l'hypertrophie de la thyroïde et porte le diagnostic : m. de Basedow.

Août : crise diarrhéique.

Septembre 1918, la malade se présente à la Salpétrière où

(1) Voir le travail de VAN GEHUCHTEN : La paraplégie spasmodique familiale, *Revue neurol.*, nº 9, 1920. — L'auteur rapporte l'observation d'un malade paraplégique (atteint au cours de la guerre d'un *ulcère d'estomac*, avec surréaction négative), chez lequel un traitement par l'arsénobenzol fut fait « en l'ignorance de toute histoire familiale ».

on constate : émotivité extrême, agitation, tremblement intense généralisé, congestion de la face.

Palpitations, oppressions, bouffées de chaleur au visage.

Crises diarrhéiques, polyurie, boulimie.

Exophtalmie modérée, sans troubles pupillaires, hypertrophie thyroïdienne, surtout à droite, tremblement, tachycardie (108, éréthisme vasculaire, battements carotidiens.

Réflexes rotuliens normaux. Ni sucre, ni albumine urinaires.

Une demi sœur (par le père), Mme Q..., 29 ans, est basedowienne.

Une cousine germaine Louise B... est basedowienne.

Son frère Claude M... est basedowien.

Les 3 observations, avec photographies sont rapportées à la suite de celle de Mme W...

Il y a d'ailleurs 3 autres cas de goitre exophtalmique dans la famille.

Le père de Jeanne W... et de Lucie Q... était atteint de goitre exophtalmique, il avait une sœur également basedowienne.

D'autre part, une sœur de Mme W... est morte à 36 ans de tuberculose pulmonaire et était basedowienne.

La réaction de Bordet-Wassermann a été recherchée dans le sang des 4 premiers malades et a été trouvé négative.

Malgré les recherches de Schulmann, Souques et Lermoyez concluent à l'absence de la syphilis chez les malades dont ils publient l'observation.

Ils considèrent qu'il est difficile d'invoquer la syphilis héréditaire, *parce qu'il faudrait remonter au grand-père* et d'autre part admettre une infection exclusivement thyroïdienne, *aucun stigmate n'ayant été constaté* chez ses malades.

*
* *

Nous avons vu en 1920 la première malade de Souques et Lermoyez. Cette malade est syphilitique et les conclusions que nous venons de résumer sont tout entières à revoir.

Mme W..., a subi un traitement radiologique prolongé à la Salpêtrière, traitement qui a amené une amélioration considérable. Elle a engraissé largement (18 kilos). Les règles qui avaient disparu depuis 1918 sont revenues en 1919, l'exophtalmie a diminué, le tremblement a diminué, les crises diarrhéiques ont disparu. *Mais les palpitations et la tachycardie persistent.*

Le sang examiné par M. Rubinstein a donné : Wassermann négatif, mais Hecht positif.

Partant de ce résultat, nous avons fait un traitement par le novarsenobenzol, une première série à 5, 10, 15, 20 × 2, 40, 50, 60, 70, 80 a eu lieu du 19 mars au 31 mai 1920. Le traitement a été bien supporté. Cependant la cinquième injection a été suivie de deux crises d'urticaire dans la semaine.

Le 21 juin, nouvel examen du sang. La réaction de Hecht est *devenue négative*.

La malade déclare aller mieux qu'avant le traitement.

Deuxième série (30, 40, 50 × 2, 60, 70, 80, 90) terminé le 9 août 1920.

Troisième série du 13 septembre au 27 octobre (40, 50, 60, 70, 80 × 2, 90).

Quatrième série du 16 décembre 1920 au 10 janvier 1921 (45, 60, 75 : crise nitritoïde violente; 3 injections de sulfursénol sont faites à 18, 24 et 30).

La malade n'a plus de palpitations. — Le pouls qui variait de 108 à 120 quand nous l'avons vue *est tombé à 72 le 5, 3, 21.* Le tremblement est très réduit. Santé générale devenue excellente.

Pour déterminer la durée du traitement qui doit encore être fait, une ponction lombaire a été pratiquée le 29 janvier 1921 et a définitivement résolu le problème de l'existence de la syphilis, la valeur de la réaction de Hecht bien faite étant (dans quelques cas seulement) discutable.

Hypertension légère.	
Lymphocytes....	1,6 par millimètre cube
Albumine.......	0,40
Globulines......	++
Wassermann....	+

Nous n'avons pu malheureusement faire les mêmes recherches chez les autres membres de la famille.

On peut se demander si notre malade n'est pas atteinte d'une syphilis acquise qui serait passée inaperçue. Le fait paraît bien invraisemblable. Notons en effet que Mme W... a eu des crises de somnambulisme dans son enfance et que le grand-père, sur lequel l'observation de Souques et Lermoyez ne donne pas de renseignements est mort d'après Mme W..., vers 45 ans. Ce grand-père a eu un fils bizarre qu'on appelait « le fou » dans la famille. Une fille est morte aveugle. Une sœur de Louise B... et de Claude M... est morte vers 47 ans; elle était neurasthénique et avait tenté de se suicider.

Nous concluons que Mme W..., sa sœur et ses cousins germains sont atteints de goitre exophtalmique familial syphilitique et qu'il s'agit simplement d'une hérédité de deuxième génération.

L'absence de stigmates est un fait qui n'a rien de surprenant, la syphilis héréditaire pouvant exister sans le moindre stigmate. Fournier *était déjà affirmatif à ce sujet*; les observations récentes de l'un de nous montrent que les stigmates sont absents dans les deux tiers des cas de syphilis héréditaire.

Notre fait ne vient qu'appuyer les conclusions posées par Schulmann (1) au sujet du goitre exophtalmique syphilitique. Cet auteur explique par la syphilis héréditaire les cas de maladie de Basedow familiale qui sont loin d'être rares (Œsterreicher, 11 cas sur 16 personnes, Cantilina, 4 cas sur 6 personnes, Solberg, une mère et un fils, Morel Mackensie, 3 cas sur 5, Savage, deux sœurs, Landouzy, une sœur et un frère, Kronthal, etc., voir bibliographie de travail de Souques et Lermoyez). Dans un cas de Zelenev rapporté par Schulmann : mère syphilitique basedowienne, 4 enfants basedowiens dont 2 vus par l'auteur ont une séroréaction positive. La belle observation de Schulmann concerne une famille de 11 enfants, deux sont morts en bas âge, une à 13 ans d'une affection spinale, un à 49 ans aveugle et ataxique, exophtalmie? le 5e est tabétique et légèrement basedowien, la 6e n'a pas été vue, le 7e est basedowien avec Wassermann positif, le 8e, basedowien avec Wassermann positif, la 9e, basedowienne avec hydarthrose idiopathique et Wassermann positif, la 10e, basedowienne, rhumatisme chronique et Wassermann positif et la 11e, basedowienne avec Wassermann positif.

La seule critique que nous nous permettons de faire à cette thèse remarquable concerne le rôle des infections aiguës auxquelles l'auteur fait jouer et peut-être avec raison un rôle dans la pathogénie du goitre exophtalmique. Mais il est possible aussi qu'une infection aiguë chez un syphilitique ou un hérédo-syphilitique soit le point de départ d'une thyroïdite syphilitique basedowienne. Et on ne peut éliminer la syphilis chez un basedowien du fait que le déve-

(1) Schulmann. Le goître exophtalmique familial, *Th. de Paris*, 1920, Paris, Maloine.

loppement de l'affection a suivi une maladie aiguë.

Quant au rôle de l'émotion dont on parle encore, il apparaît comme purement occasionnel et notre observation est particulièrement remarquable à ce sujet, les manifestations du basedowisme étant anciennes, mais devenues évidentes à la suite d'une émotion créée par un raid de gothas sur Paris. Cette émotion n'explique pas le basedowisme des autres membres de la famille.

*
* *

Le syndrome de Basedow n'est pas le seul syndrome familial qui soit dû à la syphilis. Nous rappelons qu'il existe des maladies de Little familiales (4 cas dans une famille de Vizzioli, etc.). Il existe des méningites syphilitiques, des hydrocéphalies familiales, des paralysies générales familiales, des syndromes de Friedreich familiaux, des cas familiaux d'hémoglobinurie paroxystique essentielle, des cas familiaux d'ictère hémolytique congénital, de syndrome de Stokes Adams, de rétrécissement mitral pur, etc.

Il existe des malformations familiales syphilitiques (bec de lièvre, pied bot, cryptorchidie, luxation de la hanche) et ceci nous ramène aux propositions que nous formulions au début de ce travail et les justifie.

Quant à la maladie de Basedow essentielle dont parlait encore M. Roussy (1) dans un rapport récent, il ne nous paraît plus possible d'en admettre l'existence; nous croyons très franchement qu'elle n'existe pas, et qu'on doit comprendre sous ce nom des affections thyroïdiennes dont l'étiologie au sens pastorien du mot, n'a pas été ou n'a pu être étudiée.

En terminant nous dirons quelques mots sur la question du traitement. Dans un travail récent, M. Béclère (2) insistait sur les résultats tout à fait remarquables que la radiothérapie peut donner dans la maladie de Basedow. Ces résultats ont été également obtenus chez notre malade à la Salpêtrière, mais la disparition de la tachycardie, des palpitations n'a été amenée que par les injections d'arsénobenzol. Il nous semble qu'on ne doit pas soumettre un malade atteint de maladie de Basedow à la radiothérapie sans avoir au préalable fait l'enquête la plus complète sur l'existence ou l'absence de la syphilis, non seulement chez lui, mais chez les membres de sa famille. Dans le cas où les résultats de l'enquête sont positifs ou même les présomptions suffisantes, on fera un traitement antisyphilitique, c'est-à-dire étiologique, avec la rigueur et la persévérance nécessaires. Les résultats rapportés par Schulmann dans sa thèse montrent que le traitement antisyphilitique peut à lui seul amener la guérison, et il est possible que les insuccès, qui sont très rares et les améliorations légères s'expliquent par des fautes de technique. Lorsqu'un traitement rigoureux et prolongé par les arsénobenzènes ou par le mercure à doses suffisantes (benzoate à dose quotidienne de 4 cgr.) aura échoué, mais seulement alors la radiothérapie sera indiquée comme dernière ressource.

Une cousine germaine de Mme W..., Mlle B..., dont l'observation a été également publiée par Souques et Lermoyez, qui a été soumise par sa cousine à un traitement radiologique prolongé a d'ailleurs succombé récemment et, semble-t-il, par suite de l'affection thyroïdienne.

Nous n'avons pas trouvé de renseignements sur l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les malades atteints de maladie de Basedow. Notre observation prouve à elle seule l'intérêt qu'il présente. Si la réaction de Hecht avait été négative dans le sang, l'examen du liquide céphalo-rachidien aurait prouvé l'existence d'une infection syphilitique qui n'aurait pu l'être scientifiquement d'une autre manière.

(1) Roussy. Congrès des aliénistes et neurologistes de Strasbourg. *Revue neurol.*, 1920, n° 9.

(2) Béclère. Radiothérapie des glandes endocrines, *Paris médical*, 5 févr. 1921.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 11 avril 1921)

Tension superficielle et anaphylaxie. — M. W. Kopaczewski.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 18 avril 1921)

La loi de 1902. (*Suite de la discussion sur le rapport de M. Léon Bernard.*) — M. Hayem constate, à nouveau, l'absolue insuffisance de l'enseignement et des installations d'hygiène en France. Il appartient à l'Académie d'éclairer les pouvoirs publics et de former elle-même un vaste programme d'études. Or, les membres compétents en matière d'hygiène sont en petit nombre. Le gouvernement pour appliquer la loi, aura besoin d'un grand nombre d'hygiénistes. Or, ces hygiénistes, il faut les former. C'est à l'Académie qu'il appartient de fixer les conditions d'étude qu'auront à remplir ces hygiénistes.

En résumé : Elle aura à s'occuper de deux questions bien distinctes : 1° formation du personnel; 2° étude séparée de l'hygiène individuelle et de l'hygiène sociale.

M. Roux prend la parole sur la même question. Mais il estime qu'avant tout l'Académie doit répondre nettement à la question qui lui a été posée par les pouvoirs publics. Il attendra donc que M. le rapporteur ait pris la parole pour la prendre à son tour.

M. Hayem, considérant le gouvernement comme incompétent, estime que c'est l'Académie qui doit l'éclairer.

M. Strauss pense, comme M. Roux, qu'il faut ne discuter qu'après une nouvelle communication de M. le Rapporteur.

De l'orientation professionnelle, rôles respectifs des maîtres, des associations et des pouvoirs publics. — M. Paul Le Gendre fait, sur ce sujet, une communication dont voici le résumé :

Une orientation professionnelle adéquate aux aptitudes de chacun importe autant à la Société qu'à l'individu. Cette question de sociologie mérite de préoccuper hautement les éducateurs. Avant la fin des études secondaires, les maîtres doivent préparer les jeunes gens au choix d'une carrière, en leur exposant les avantages et les inconvénients des principales.

Les « médecins de famille », les « médecins scolaires » sont des collaborateurs précieux pour l'appréciation des aptitudes.

Il est désirable qu'ils insistent sur les difficultés particulières et l'encombrement de la carrière médicale.

Dans les Ecoles et Facultés de médecine, l'orientation professionnelle des futurs praticiens s'impose comme un devoir aux maîtres.

Elle doit être morale, technique et régionale. Pour l'orientation morale, à côté de l'enseignement de la déontologie par les professeurs de médecine légale, un rôle considérable est dévolu aux chefs de service dans les hôpitaux. Ils peuvent chaque jour rattacher à l'enseignement clinique des exemples

de difficultés professionnelles d'ordre moral, si fréquentes dans la clientèle, en signaler les solutions traditionnelles et honorables, développer chez leurs élèves, avec la connaissance de la psychologie des malades, la notion du rôle moral et social du médecin.

Le rôle de maintenir les praticiens dans la voie de la stricte moralité professionnelle ne peut actuellement incomber qu'aux conseils de famille et de discipline des associations et des syndicats, à défaut de cet ordre des médecins, dont la création plusieurs fois proposée sous des formes diverses, a toujours paru irréalisable.

En vue de l'orientation technique, du choix à faire entre les divers modes de l'activité professionnelle (pratique générale ou spécialisations), il appartient aux maîtres de fournir des suggestions à leurs éléves, après avoir attentivement noté leurs aptitudes physiques et intellectuelles, leur caractère, leur éducation, leur santé, leurs ressources pécuniaires.

Enfin l'orientation régionale, c'est-à-dire, l'adaptation du nombre des « omnipraticiens » et des diverses catégories de spécialistes aux besoins des populations, actuellement très défectueuse et qui pèse plus lourdement sur la profession que la surabondance des médecins, pourrait être améliorée par la collaboration des pouvoirs publics (ministères de l'Instruction publique, de l'Intérieur et de l'Hygiène) avec les associations professionnelles en vue d'établir une statistique analytique et régionale, les Facultés servant de centres régionaux.

Grâce à une telle statistique, actuellement inexistante, et qu'il serait aisé de tenir à jour, l'étudiant, le docteur en quête d'un poste, pourraient savoir pour chaque centre régional, la proportion relative des diverses catégories de praticiens dans chaque ville ou agglomération rurale, en regard du nombre des habitants.

Les maîtres, également renseignés, pourraient par leurs conseils aiguiller les étudiants vers telle ou telle spécialité encore insuffisamment représentée dans la région, ou les détourner de telle autre en mal de pléthore.

Il dépend donc des bonnes volontés, isolées ou conjuguées, des maîtres, des associations et des pouvoirs publics que la bonne orientation professionnelle, gage de sécurité pour la Société et de succès pour l'individu, soit la règle, et non l'exception.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un vice-président, en remplacement de M. Bourquelot, décédé.

M. Béhal est élu par 73 suffrages sur 75 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 15 avril 1921)

Syphilothérapie novarsenicale par petites doses répétées et prolongées. — M. Sicard étudie les inconvénients et les avantages des différents traitements novarsenicaux. Il montre la possibilité, par le procédé des petites doses répétées et prolongées, d'instituer une médication intensive tout en réduisant au minimum les dangers du neurotropisme et des chocs. Il insiste sur l'utilité des injections préalables de carbonate de soude intraveineux pour neutraliser l'hémoclasie novarsenicale.

Gangrène des extrémités au cours d'un traitement arsenical intraveineux. — MM. Oddo et Giraud (de Marseille) ont observé un cas de gangrène des extrémités chez un homme jeune, sans tare artérielle préalable, et qui avait été soumis au traitement classique novarsenical intraveineux à doses faibles, 0g15, 0g45 et au taux global de 1g70. L'amputation fut nécessaire. Les auteurs incriminent la thrombose par précipitation colloïdale.

La tension de CO^2 dans l'aire alvéolaire chez les diabétiques. — MM. F. Rathery et F. Bordet. La recherche de la tension de CO^2 dans l'aire alvéolaire constitue une méthode de réalisation très facile et peut fournir des renseignements immédiats sur l'état d'acidose. Les auteurs ont employé l'appareil de Frédéricia. Ils indiquent un certain nombre de causes pouvant intervenir dans l'appréciation du chiffre obtenu. D'une façon générale, on peut admettre qu'une tension oscillant entre 32 et 38 indique un état de légère acidose, entre 28 et 32 une acidose moyenne, au-dessous de 28 une acidose grave. Dans la période précédant de quelques heures le coma diabétique, la tension peut descendre au-dessous de 10.

L'ésérine dans le traitement des cardiopathies. — MM. C. Lian et H. Velli ont employé le sulfate d'ésérine, à la dose de 1 à 3 granules de 1 mmgr. par jour dans le traitement de 11 cas de tachycardie permanente paraissant relever d'une hypertonie sympathique. Sous l'influence de cette médication, la plupart des malades ressentirent une diminution légère ou marquée de leurs palpitations; quelques malades mentionnèrent aussi, une atténuation notable de l'insomnie et de l'excitabilité nerveuse. Toutefois, dans quelques cas seulement, l'examen montra une diminution du nombre des contractions cardiaques.

Trois cas de spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. Œttinger et Deguignond. Ces cas ont évolué deux fois sous la forme typique d'ictère à recrudescence fébrile, une fois sous forme d'ictère infectieux bénin. Dans tous, l'ensemble clinique a été suffisamment net pour faire penser à la spirochétose avant les constatations de laboratoire : troubles nerveux du début, ictère fébrile de couleur tout à fait particulière, orangé, safran, grenade même, hémorragies par le nez et par la peau, gros foie et grosse rate, atteinte rénale constante (albuminurie, azotémie). L'évolution de la maladie s'est surtout caractérisée par le manque de concordance fréquent entre la couleur de la peau, des selles et des urines; par l'absence de modifications de l'état général pendant la rechute; par l'amélioration rapide du syndrome rénal en opposition avec la persistance de l'altération hépatique; par la convalescence traînante avec asthénie, amaigrissement et subictère. Les épreuves de laboratoire ont été, dans tous les cas, complètement positives : séro-diagnostic positif dès les premiers jours, bien avant l'apparition de la spirochéturie qui fut de durée très variable (48 heures à 26 jours), inoculation au cobaye, positive. La sérothérapie intramusculaire à hautes doses faite trop tard, seulement au moment de la rechute ne parut pas modifier l'allure de la maladie.

Etude cytologique et bactériologique d'une arthrite à gonocoques traitée par le sérum antigonococcique. — MM. A. Lemierre et P. N. Deschamps rapportent une observation d'arthrite gonococcique du genou très douloureuse et très tendue, dans laquelle deux injections intra-articulaires de sérum antigonococcique ont provoqué une exacerbation des phénomènes locaux, si bien que trois jours après la deuxième injection, l'articulation fut complètement vidée de son contenu sans nouvelle injection de sérum. L'examen du liquide obtenu à cette dernière ponction montra que la formule cytologique s'était pourtant transformée sous l'influence du sérum, et que la mononucléose s'était brusquement substituée à la polynucléose observée à tous les examens antérieurs; de plus, les gonocoques présents jusque-là dans le liquide avaient disparu. Immédiatement après cette dernière ponction survint une amélioration et l'arthrite guérit en quelques jours. L'examen cytologique du liquide articulaire peut donc fournir des renseignements précieux sur l'influence du traitement sérothérapique et servir de guide, au cours du traitement, quand des réactions locales trompent et masquent les bons effets.

Un cas de septicémie gonococcique pure. — MM. Weill et Colaneri (de Metz).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 13 avril 1921)

Neurotomie rétrogassérienne. — M. Descomps, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. de Martel, apporte un cas de neurotomie rétrogassérienne suivie de succès. Cette opération est simple, facile, et n'expose pas au danger d'hémorragie immédiate mortelle comme le procédé primitivement proposé.

Réduction sanglante d'une luxation du coude. — M. Walther apporte un cas de réduction du coude par

arthrotomie où l'irréductibilité était causée par une interposition du cartilage.

M. Broca, à ce sujet, rappelle un fait analogue dans lequel l'irréductibilité était causée par une interposition de l'épithroclée en dedans et de l'épicondyle en dehors.

Greffes tendineuses. — M. Auvray fait un rapport sur plusieurs faits de greffes tendineuses adressés par MM. Chaton et Sauvé.

Dans le premier cas de M. Chaton, il s'agissait d'une section tendineuse des extenseurs de 4 doigts; M. Chaton appliqua 4 greffons redressant les 4 doigts. Mobilisation dès le lendemain, peu de jours après le malade lui-même redressait ses doigts. Résultat parfait.

Dans un second cas, ce fut une application de deux greffes tendineuses mortes sur deux fléchisseurs des doigts. Mobilisation, il y eut un peu de suppuration, échec fonctionnel; une seconde intervention ne fut pas plus heureuse. Il fallut amputer.

Dans le premier cas de M. Sauvé, il s'agissait d'une section tendineuse par morsure de chien. M. Sauvé appliqua 3 greffons, résultat parfait. Le second cas ne fut pas moins heureux.

M. Auvray analyse ces faits dont, dans une prochaine communication, il rapprochera ses faits personnels. Il estime que, dans ces cas, il ne faut pas trop se hâter d'opérer. Il vaut mieux intervenir tardivement. M. Auvray condamne l'immobilisation dans les appareils plâtrés et préconise, au contraire, la mobilisation précoce.

M. Ombrédanne fait observer que le tissu tendineux fait un mauvais greffon s'il n'est pas entouré de sa gaine. C'est la gaine qui fait tout dans ces cas.

M. Souligoux, étant chef de clinique de Tillaux, eut à soigner un homme qui, à la suite d'un phlegmon diffus de la main, eut une rétraction cicatricielle considérable. Il disséqua chaque tendon à part et reconstitua ainsi des tissus flexibles. Cet homme, un ouvrier d'art, qui tenait absolument à recouvrer l'usage de sa main, mobilisa lui-même sa main et ses doigts avec beaucoup de ténacité et d'intelligence, et put reprendre son métier.

Epanchements pleuro-pulmonaires. — On reprend la discussion soulevée sur ce sujet par M. Roux-Berger.

M. Tuffier, qui fut un des premiers à pratiquer cette chirurgie du poumon, rappelle ses communications, en 1890 et 1895. Il faut, dit-il, distinguer les cas aigus des cas chroniques pour arriver à bien poser les indications et contre-indications opératoires. Trois procédés peuvent être employés : la pneumotomie, la thoracoplastie et le décollement pleuro-pariétal dont M. Roux-Berger a su tirer un bon parti.

M. Tuffier s'applique à démontrer les indications de ces divers procédés.

M. Hallopeau apporte les résultats de sa pratique personnelle : abcès du poumon, corps étranger, projectiles de guerre, collections purulentes. Il s'est toujours servi de la radioscopie ; dans plusieurs cas, il a même opéré sous l'écran. D'une façon générale, il a obtenu de bons résultats.

Traitement de l'arthrite blennorragique par l'arthrotomie. — M. Lenormant revient sur ce sujet, actuellement en discussion. Il rappelle les observations de M. Martin et sa technique : arthrotomie, fermeture sans drainage et mobilisation précoce.

On ne peut pas dire que ce soit la guerre qui nous ait enseigné les avantages de l'arthrotomie dans le traitement des arthrites blennorragiques; mais on peut dire que la guerre nous a induits à recourir, dans ces cas comme dans beaucoup d'autres, à la fermeture sans drainage et à la mobilisation précoce (méthode de Wilhem). Depuis 2 ans que M. Lenormant a recours à cette méthode, il en a obtenu de très bons résultats. Il a été beaucoup plus satisfait de ces résultats que de ceux fournis par la vaccinothérapie.

M. Thiéry a recours à cette méthode depuis bien longtemps, puisqu'il la pratiquait étant chef de clinique de Verneuil. Il a toujours pratiqué l'arthrotomie avec lavage au chlorure de zinc et en a obtenu toujours de bons résultats.

M. Walther a également recours depuis longtemps à cette méthode.

M. Rouvillois a eu recours à l'arthrotomie dans 4 cas d'arthrite blennorragique suppurée du coude, selon la méthode de Willem. Une incision latérale unique suffit; fermeture sans drainage et mobilisation précoce.

L'intervention doit être précoce.

M. Arrou retient surtout cette dernière phrase de M. Rouvillois. En effet, les cas récents guérissent tous par toutes les méthodes. Rien n'arrive à guérir les cas anciens.

M. Chevrier rappelle un travail qu'il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* (1910, n° 56, p. 807) sur les résultats du traitement de certaines arthrites blennorragiques par le radium. Cette méthode peut donner des résultats, même dans des cas anciens.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 7 avril 1921)

Encéphalite épidémique à forme hémimyoclonique. Asynchronisme rythmique des mouvements de la face et des membres. — MM. P. Sainton et E. Schulmann rapportent un cas d'encéphalite épidémique à forme myoclonique où les secousses musculaires s'observent à la fois à la face et aux membres du côté droit, mais ont un rythme différent. La fréquence de l'hémiclonie faciale est de 100 à 120 par minute, celle de l'hémiclonie segmentaire de 15 à 20. Il y a par conséquence, asynchronisme complet. Ceci n'a rien de surprenant, et il est aisé de supposer des foyers encéphalitiques multiples en raison de l'extrême diffusibilité des lésions anatomiques du syndrome.

Forme ponto-cérébelleuse de la pseudo-paralysie bulbaire. — MM. J. Lhermitte et J. Cuel rappellent qu'après une période où il semblait que tout eût été dit sur le syndrome de la pseudo-paralysie bulbaire, celui-ci est entré à nouveau dans une phase de dissociation. A côté des formes classiques, liées à l'atteinte corticale ou sous-corticale des faisceaux géniculés, viennent se ranger des types plus complexes, l'origine striée ou géniculo-striée, et la forme protubérantielle dont les auteurs montrent un exemple d'autant plus intéressant, qu'aux phénomènes spécifiquement pseudo-bulbaires s'associent des manifestations particulièrement saisissantes, de nature cérébelleuse. Le malade que présentent les auteurs, est atteint, en effet, de dysarthrie avec dysphagie, accompagnées de l'exaltation considérable et polycinétique du réflexe masséterin, de l'inversion du réflexe de l'orteil; mais il présente, en outre, au complet, la série des signes cérébelleux : asynergie du tronc et des membres inférieurs, titubation, adiadococinésie, tremblement, dysmétrie, surtout accusés aux membres inférieurs. Les fonctions sensitives, trophiques et psychiques sont intactes. Chez ce sujet, l'affection évolue lentement depuis 3 ans et semble en rapport avec une ancienne infection spécifique, attestée par la réaction de Bordet-Wassermann, faiblement positive dans le sang, et la pléiocytose avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. L'association des phénomènes pseudo-bulbaires et cérébelleux, qui donne à cette forme un cachet très spécial, trouve sa raison dans la juxtaposition des lésions des systèmes ponto-cérébelleux (pédoncule cérébelleux moyen, noyaux du pont) et cortico-ponto-bulbaire, dont l'anatomie montre l'intime intrication dans la partie ventrale de la protubérance.

Etude histologique d'un cas de commotion médullaire directe. — MM. J. Lhermitte, L. Cornil et F. Ecot, rapportent l'observation anatomo-clinique d'un blessé ayant présenté un syndrome spinal commotionnel à la suite d'une fracture par éclat d'obus des apophises épineuses de C 8 et D 1. La mort survint le 6e jour par broncho-pneumonie. L'examen anatomique macroscopique montre l'intégrité de la lumière du canal rachidien, des méninges et de la moelle. Par contre, l'étude histologique permit de confirmer l'existence des lésions spécifiques commotionnelles :

Dégénérescence primaire aiguë des fibres à myélines, foyers de nécrose insulaire disséminés, avec absence d'hématomyélie.

Ce nouveau cas vient préciser encore les caractères particuliers des lésions commotionnelles directes dont l'électrivité cylindraxile s'oppose à la prédominance vasculaire des lésions de la commotion indirecte, dite par vent d'obus.

Syndrome pallidal. — MM. MONIER-VINARD et DALSACE. Un homme de 60 ans présente un syndrome pseudo-bulbaire caractérisé par de la dysarthrie, de la dysphagie, du rire et du pleurer spasmodiques. A ces phénomènes s'ajoutent des troubles très particuliers de la motilité générale. Le sujet a un aspect figé de toutes les portions de sa musculature, les attitudes spontanées ou provoquées persistent d'une façon presque indéfinie; il y a de plus abolition presque complète des mouvements automatiques et associés. Cette akinésie automatique ressemble en tous points à celle des parkinsonniens. La fixité des attitudes et l'abolition de l'automatisme moteur contrastent vivement chez ce malade avec l'intégrité complète de la motilité volontaire. Suivant Ramsay Hunt, un tel trouble de la fonction motrice serait dû à une altération strictement limitée au globus pallidus.

Diagnostic du siège et de la nature d'une variété de tumeurs cérébrales (psammomes ou sarcomes angiolithiques) par la radiographie. — M. SOUQUES. Chez une malade présentant les signes d'une tumeur cérébrale, la radiographie décela avec une netteté et une rigueur absolues, non seulement le siège, mais encore la forme, le volume et les rapports de la tumeur. Sur les images radiographiques, l'ombre portée était aussi noire que celle que donnait le massif pétreux ou que donnerait un projectile cérébral. La tumeur fut enlevée et la malade guérit. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un psammome. Ce sont les corpuscules calcaires de cette tumeur qui, arrêtant les irradiations, l'ont ainsi projetée sur le cliché et en ont fourni des images saisissantes.

De cette observation, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Il faut faire radiographier le crâne, chaque fois qu'on soupçonne l'existence d'une tumeur cérébrale;

2° Dans une variété particulière de tumeurs cérébrales, c'est-à-dire dans les psammomes ou sarcomes angiolithiques, la radiographie décèle exactement et nettement, non seulement le siège précis de la tumeur, mais encore sa configuration extérieure et les rapports qu'elle affecte avec la substance cérébrale voisine;

3° Elle permet même d'en reconnaître la nature psammomateuse;

4° Dans ces conditions, le chirurgien possède un guide sûr pour opérer;

5° Ces données sont d'autant plus importantes que les psammomes sont des tumeurs bénignes, extirpables, et que leur ablation doit amener une guérison radicale.

Le luminal dans les myoclonies. — M. Cl. VINCENT montre une jeune fille qui avait conservé comme séquelles d'une encéphalite, des myoclonies qui ont cédé entièrement à l'action du luminal.

Action du sympathique sur les spasmes réflexes. — M. Cl. VINCENT rapporte l'observation d'un blessé, amputé de guerre, chez lequel des spasmes musculaires persistèrent après la section des sciatiques poplité interne et externe. Seule la résection du sympathique péri-artériel de la poplitée les fit cesser.

M. LHERMITTE rappelle à cette occasion l'action de cette résection sympathique sur les plaies variqueuses. Il rapporte également l'histoire d'un cas de gangrène sénile, arrêtée dans son évolution par la dénudation du sympathique péri-artériel à l'origine de la fémorale.

M. THOMAS admet qu'il y a des voies sensitives passant par le sympathique péri-artériel.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1921)

Coloration trichromique pour la technique histologique. — M. H. SIOBOZIANO propose une technique pour la coloration des tissus et en particulier du tissu conjonctif. D'après cette méthode, il faut colorer les noyaux au glychamalaun de Meyer 5 à 10 minutes. Différencier 2 minutes dans l'alun de fer à 1 p. 100. Coloration des protoplasmes 5 à 10 minutes dans l'aurantia ou orange, 1 p. 100. Laisser la lame 5 minutes dans l'acide phospho-molybdique à 1 p. 100. Colorer le collagène 10 à 20 minutes dans le mélange de solution de bleu d'aniline et d'acide phospho-molybdique, 1 p. 100 à parties égales. Différenciation 3 à 5 minutes dans la solution : acide chlorhydrique, v gouttes, alcool à 75°, 100 cmc. Déshydratation rapide, xylol, baume.

Les noyaux sont violet foncé, le protoplasme jaune orange, le sang jaune d'or, le tissu collagène devient bleu, très électivement coloré.

M. TOURNADE (d'Alger) envoie une note au sujet de la **régulation de la pression artérielle.** Dans cette note, M. Tournade entreprend de réfuter au moyen de recherches nouvelles l'expérience de Filchm et Biberfeld. On sait que, d'après ces auteurs, le pincement de la carotide chez un animal dont les vestibules ont été préalablement liés provoque une élévation de la pression artérielle sans ralentissement des battements cardiaques. D'où ils concluent que l'hypertension capable de déclancher une bradycardie correctrice, quand elle porte sur les centres encéphaliques, n'a plus ce pouvoir quand son action s'adresse aux seuls nerfs cardio et vaso-sensibles. Mais M. Tournade fait remarquer que dans l'expérience de Filchm et Biberfeld les centres nerveux régulateurs de pression reçoivent des excitations contradictoires, venant d'une part de l'anémie qui les frappe, d'autre part de l'hypertension provoquée dans le système anodique.

En dissociant ces deux éléments, comme permet de le faire l'expérience des circulations encéphaliques croisées, M. Tournade montre que l'hypertension artérielle est bien réellement apte à déclancher un ralentissement du cœur par réflexe puisqu'elle se montre excitant non efficace quand les centres nerveux cardio-rachidiens bulbaires sont soustraits à son action directe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 MARS 1921)

A propos de la syphilis rurale. — M. LEREDDE pense qu'on méconnaît trop souvent la syphilis. Il rappelle que le prof. Castex (de Buenos-Aires) déclare, avec preuves à l'appui, que l'ulcère gastrique ou duodénal est dû à la syphilis 100 fois sur 100, et cependant les chirurgiens ne considèrent cet ulcère que comme une affection locale. L'étiologie de toutes les affections chroniques est à refaire.

A propos du régime des arthritiques. — M. BOULOUMIÉ, malgré les objections faites, est convaincu de l'utilité du régime classique chez les arthritiques. Il a institué à Vittel un restaurant de régime : il faut que la comparaison s'établisse en faveur de nos stations françaises où l'on doit trouver ce qu'on allait chercher, avant la guerre, dans les stations austro-allemandes. M. Bouloumié communique à la Société la note qu'il a présentée à la Société d'hydrologie : Restaurant de régimes de Vittel.

Sphygmomanomètre à mercure inversable à oscillations amorties. — M. P. MÉNARD présente un sphygmomanomètre à mercure inversable, à oscillations amorties, sans bouchon ni robinet et pouvant se porter dans toutes les positions, sans aucune précaution. Il permet de prendre la tension artérielle avec une grande précision.

Double hydrosalpinx et conservation utéro-annexielle unilatérale, confection d'une trompe avec les parois de l'hydrosalpinx non réséqué. — M. DARTIGUES, à propos de la chirurgie conservatrice en gynécologie, apporte l'observation extrêmement curieuse d'un hydrosalpinx double chez une jeune femme de 29 ans, chez laquelle il pratiqua une annexectomie unilatérale à gauche pour un hydrosalpinx gros comme le poing, et utilisa à droite les parois d'un plus petit hydrosalpinx pour la réfection d'une trompe : il fit de plus une résection partielle de l'ovaire droit. La malade continue à être réglée parfaitement.

Quelques points sur la radiothérapie des fibromes utérins. — M. LAQUERRIÈRE a constaté la mobilisation de l'utérus fibromateux au cours du traitement radiothérapique : ce fait est dû soit à la diminution de volume de l'utérus fibromateux, soit à la cessation de troubles congestifs pelviens. Il est probable que cette diminution est due, dans certains cas,

à la disparition d'adhérences véritables par un processus analogue à la destruction des chéloïdes par les rayons.

Hépatisme occulte et syphilis. — MM. GALLIOT et CERBAY ont recherché par l'épreuve de l'hémoclasie digestive si l'insuffisance hépatique pouvait être décelée au début de l'infection syphilitique, et ils sont arrivés aux conclusions suivantes : la médication arsenicale paraît avoir été la cause la plus fréquente de l'insuffisance hépatique; chez les syphilitiques à foie récemment touché, l'épreuve de l'hémoclasie est le plus souvent positive; l'infection syphilitique peut provoquer dès le début de la période secondaire des troubles hépatiques sur lesquels ce traitement spécifique peut avoir une action favorable.

Corps étranger œsophagien. — M. HOULIÉ présente l'observation d'une malade qui avala son dentier pendant son sommeil. Les tentatives de désenclavement pratiquées sous-contrôle de la vue aboutirent à faire passer successivement le corps étranger de l'œsophage cervical à l'entrée de l'œsophage thoracique, puis à sa portion sus-diaphragmatique, enfin dans l'estomac d'où, après être resté accroché au cardia, il fut évacué par l'anus sans incident.

Méningite cérébro-spinale syphilitique hémorragique avec amnésie transitoire. — MM. LÉVY-FRANKEL et CATTIER ont observé une méningite syphilitique aiguë, lésant à la fois la convexité cérébrale et les méninges rachidiennes; son mode de début par une névralgie sciatique, son évolution fébrile, l'aspect hémorragique du liquide céphalo-rachidien, l'amnésie transitoire consécutive, la différencient du type classique.

La ponction lombaire amena la sédation rapide des crises jacksonniennes subintrantes, et la guérison clinique fut complétée par le traitement mercuriel.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 MARS 1921)

Cure radicale d'une éventration consécutive à une plaie de guerre, comblée au moyen de cartilages costaux. Guérison. — M. DARTIGUES.

Traitement chirurgical du goitre. — M. GENTIL. (Rapporteur, M. PAUCHET.) M. Gentil a opéré une trentaine de goitres.

Au point de vue opératoire, il fait la classification suivante des goitres : goitres énucléables (kystes, adénomes); goitres non énucléables (goitres parenchymateux, dégénérescence kystique).

Aux premiers, s'adresse l'énucléation intraglandulaire (Socin); aux seconds, la thyroïdectomie partielle ou la résection.

Découverte du goitre : anesthésie locale, malade demi-assis, cou en hypertension en général.

M. Gentil préconise deux incisions : l'incision en cravate (Kragenschnitt) pour les cas ordinaires; l'incision verticale médiane avec débridement latéral du goitre dans les cas difficiles.

Dissection des lambeaux et ligatures des veines.

Dissociation des muscles sur le raphé médian.

Section transversale des muscles sous-thyroïdiens à un travers de doigt en dessous du cartilage thyroïde, s'il y a lieu du chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien à un travers de doigt du sternum.

M. Gentil montre tous les dangers de l'énucléation brutale au doigt : hémorragie, syncope. Il préconise l'épluchage sous-capsulaire du goitre.

Dans les thyroïdectomies, il ne donne aucune préférence exclusive à une méthode.

Pour la ligature de la thyroïdienne inférieure, il préfère cependant conserver le contact avec le goitre plutôt que de faire une recherche systématique du vaisseau à distance. Il prend le pédicule avec douceur entre les mors d'une pince qu'il serre progressivement et le sectionne exactement si la prise n'a déterminé aucune réaction laryngée. Par ce procédé, on n'a jamais de lésion du récurrent.

Sur le choix d'un anesthésique. — M. DUPUY DE FRENELLE préconise comme anesthésique de base le kélène donné goutte à goutte pour toutes les opérations ne portant pas sur le tube digestif intrapéritonéal. Le kélène donné goutte à goutte permet d'endormir un malade pendant plusieurs heures sans danger. Il n'empêche pas le malade de « pousser », aussi, lorsqu'il s'agit d'une hystérectomie, il est nécessaire d'adjoindre au kélène donné goutte à goutte le chloroforme donné goutte à goutte pendant les quelques minutes qui précèdent l'ouverture du ventre (jusqu'à ce que les champs soient placés) et pendant les quelques minutes qui précèdent la fermeture du ventre. Ce procédé nécessite en moyenne une dose de 1 cmc. de kélène par minute d'anesthésie et une dose de 3 à 6 gr. de chloroforme pour une hystérectomie de longue durée. Il n'est suivi d'aucun vomissement en dehors des nausées qui accompagnent le réveil; il n'est pas shockant; il ne comporte aucun danger.

Deux observations de dents incluses s'accompagnant d'accidents infectieux graves. — M. RÉAL. Rapport de VILLANDRE. Aux deux observations de Réal, Villandre joint une observation personnelle. Toutes trois prouvent que les accidents de dents incluses infectées sont graves et peuvent déterminer des phlegmons dont la cause reste méconnue tant qu'une radiographie n'a pas été faite. Dans l'observation I de Réal, les accidents dus à l'inclusion de dents de sagesse à droite et à gauche, au niveau du maxillaire inférieur, furent séparés par un laps de temps de trois années, et les seconds furent prévus et traités très rapidement grâce à la radiographie préalable.

Dans l'observation de Villandre, il n'existait plus aucune dent visible au niveau du maxillaire inférieur, c'est la radiographie seule qui permit de traiter avec succès le malade gardant une seule prémolaire incluse.

M. OZENNE rappelle un cas de racine dentaire ayant occasionné les mêmes accidents et une fistule jugale persistante.

Sur le traitement chirurgical du goitre. — M. THÉVENARD apporte une observation personnelle à l'appui des accidents aussi graves que subits du goitre plongeant intermittent. Il expose la technique de Mickulicz et de Doyen. La combinaison des deux procédés met à l'abri des risques que comporte la ligature de la thyroïdienne inférieure, assure l'hémostase et met à l'abri de la compression de la trachée pendant l'acte opératoire, lorsqu'on a à pratiquer une thyroïdectomie, soit intra, soit extracapsulaire.

Eclatement du rein droit. Néphrectomie par voie antérieure parapéritonéale. Guérison. — M. Robert DUPONT.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 25 avril. — Jury : MM. Letulle, président; Ménétrier, Couvelaire et Roussy. — M. HOUDRY (Louis). La vie d'un médecin du VIe siècle avant J.-C. — M. PEINDARIE (Jean). L'hyperplasie adénomateuse surrénale dans son rapport avec la néphrite chronique. — M. MOREAU (Henri). De la mortalité fœtale dans les présentations du siège.

Jury : MM. Delbet, président; Broca (André), Balthazard et Tanon. — M. CABOUAT (Paul). Contribution à l'étude clinique et radiologique des fractures du cou-de-pied chez l'enfant. — M. VELLUOT (Georges). Rapports du diabète avec la syphilis. — M. GALLY (Léon). Technique instrumentale de la radiothérapie profonde.

Jeudi 28 avril. — Jury : MM. Chauffard, président; Jeanselme, Bezançon et Clerc. — M. PIERSON (Armand). Contribution à l'étude clinique de la peste. — M. BERTEAU (R.). Contribution à l'étude de la syphose syphilitique. — Mlle LUCE-DANTIN. Enquête sur la syphilis des femmes mariées. — M. HUMBERT (Léon). La persistance simple du canal artériel.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Brindeau, Nobécourt et Metzger. — M. DELUSIER (Robert). Du traitement de l'infection puerpérale à la campagne. — M. CALAMY (Maurice). La scarlatine considérée au point de vue étiologique et pathogénique. — M. TEXIER (Georges). Contribution à l'étude des phénomènes méningés au cours des infections à bacilles d'Eberth. — M. SAINT-MARTIN (Georges). Etat actuel de la prophylaxie de l'ophtalmie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 33. — MARDI 26 & JEUDI 28 AVRIL 1921. 94e ANNÉE. MARDI 26 & JEUDI 28 AVRIL 1921. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Inauguration du monument aux morts de l'Internat des hopitaux de Paris. — Dimanche dernier, à l'Hôtel-Dieu, devant des familles en deuil, devant les représentants des Pouvoirs publics, devant de nombreuses sommités médicales, on inaugurait le monument que la piété de l'*Association amicale* et le talent du sculpteur Landowski ont permis d'élever aux morts de l'Internat.

Circonstance unique pour se recueillir, pour, une fois encore, écouter la voix du passé, pour vivre de souvenir! Car voici l'heure des âmes. M. Walther évoque trois noms : ceux de Reymond, chirurgien de valeur, qui, à 50 ans, s'engage dans l'aviation et expire au retour d'une mission périlleuse qu'il avait sollicitée; de Rigollot-Simonot qui, une première fois, alors que son ambulance se repliait, prend la place du camarade laissé auprès des blessés, et connaît ainsi la captivité; une seconde fois, cède son tour alors qu'il était désigné pour revenir en France; une troisième, accepte avec joie de soigner nos prisonniers atteints de typhus, et ne tarde pas à contracter la terrible maladie; de Delanglade qui, au lendemain de la mort de son fils, tué à Vadelincourt, résiste aux instances affectueuses de Sergent qui le presse de rentrer pour tirer d'angoisse celles qu'il a laissées dans les larmes, et qui répond : « Que penseraient tous ces braves gens qui m'entourent si je m'en allais, moi qui ne suis pas obligé de rester »? Quelques jours après, il était mortellement atteint alors qu'il était en première ligne. Le général Buat, chef d'Etat-major, reconnaît la dette que les grands chefs militaires ont contractée vis-à-vis des médecins dont les conseils leur ont été si précieux et montre, par des chiffres, combien lourdes ont été, au cours de la guerre, les pertes du Service de santé. De même, MM. Le Corbeiller et Strauss expriment au corps de l'Internat la reconnaissance que lui a, depuis longtemps, vouée la population parisienne. M. le doyen Roger, au nom de la Faculté, M. Mourier, au nom de l'Assistance publique, viennent rappeler, l'un ce que la science, l'autre, ce que les malades doivent à cette élite, à laquelle le grand maître de l'Université, M. Bérard, apporte le salut du gouvernement. Tous ces orateurs sont très applaudis. Moins, toutefois, qu'un interne en fonctions, M. Ceillier, dont l'accent inspiré produit la plus profonde impression. Lui aussi magnifie ces jeunes gens, partis dès le premier jour, et dont tant ont succombé, alors que rien ne présageait le succès final, alors que, selon l'expression d'un auteur contemporain, « nous n'avions pas encore vu se lever sur nos routes sanglantes, à l'appel d'un grand capitaine, ces victoires blessées à mort dont parle l'éloquent Lacordaire ». N'était-il pas de ceux-là, ce Paul Borel qui, dans son poste de secours, se répétait à lui-même la page magnifique dans laquelle, au lendemain de la défaite, Renan annonçait la prochaine revanche de l'esprit sur la matière? Au jour de l'attaque, il prenait le commandement d'une section dont tous les officiers venaient d'être tués, ralliait les hommes, les entraînait à l'assaut, et sur la tranchée reconquise, tombait pour ne plus se relever. Car c'est ainsi, ô Jeunesse française, que tu réponds à ceux qui te représentaient comme dégénérée et incapable d'efforts. Aujourd'hui comme autrefois, tu te lèves pour défendre les nobles causes. Aujourd'hui comme autrefois, tu sais, tu sais mourir!

Mais aussi, à ton livre d'or, que de funèbres pages! Durant la guerre, 72 internes des hôpitaux de Paris sont morts au champ d'honneur. Victimes prédestinées, existences vouées au sacrifice, pourquoi ne vous avons-nous pas chéries davantage, alors que vous apparteniez encore au monde des vivants? Pourquoi ne vous avoir pas entourées de nos vaines tendresses? Que ne nous vous avons dit ce que dirent jadis au Maître les disciples d'Emmaüs : « Restez avec nous, car il se fait tard et déjà le jour baisse! » L. Babonneix.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 avril. — MM. Mornard, 15; Houdard, 19; Charrier, 12.

Séance du 23 avril. — MM. Monod, 18; Métivet, 14; Brocq, 18; Madier, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Par décision de la Commission administrative des hospices, le concours de chirurgien adjoint des hôpitaux, annoncé pour le 5 juillet 1921, est renvoyé au samedi 23 du même mois.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est définitivement composé de MM. Mallet, Friedelle, Gauja, Quinqueton et Poupon.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — HOPITAUX D'EAUX MINÉRALES. — Ont été désignés pour la saison thermale de 1921 : Pour l'hôpital de Vichy : M. le médecin-major de 1re classe Tournade et M. le médecin-aide-major Bézy; pour l'hôpital du Mont-Dore : M. le médecin-major de 2e classe Dupont; pour l'hôpital de Barèges : M. le médecin-major de 1re classe Rebierre.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS. (Centenaire de l'Académie de médecine.) — *Au grade de commandeur.* — MM. Richelot, président de l'Académie de médecine; Hanriot, directeur des essais à l'administration des monnaies et médailles, trésorier de l'Académie de médecine; de Lapersonne, membre de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — MM. Balzer, Brault, Cadiot, Champetier de Ribes, Guéniot, Porak, Richer, Siredey, membres de l'Académie de médecine; Cazeneuve, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, associé national de l'Académie de médecine; Herrgott, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, associé national de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — MM. Léger, préparateur du cours de chimie générale au Conservatoire national des arts et métiers, membre de l'Académie de médecine; Meillère, pharmacien des hôpitaux, chef des travaux de l'Académie de médecine; Fabre, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant national de l'Académie de médecine; Lajoux, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Reims, correspondant national de l'Académie de médecine; Fiessinger, docteur en médecine à Paris, correspondant national de l'Académie de médecine; Tillot, docteur en médecine à Rouen, membre correspondant national de l'Académie de médecine.

LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le jeudi 19 mai 1921, à 9 h. 1/2 du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de M. Pierre-Louis Marie, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, et de M. Brizard, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie; clinique de l'angine diphtérique et du croup; sérothérapie; tubage et trachéotomie; prophylaxie).

Tous les matins : visite; examen des malades. — Avant et après la visite : Leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — MM. les Drs A. Terson, P. Bailliart et M. Landolt feront, à partir du 10 mai 1921, une suite de leçons sur les sujets suivants :

M. A. TERSON. But et objet du du cours. Les ophtalmopathies en pathologie générale et comparée, chez l'homme et les animaux. — Classification et notation ophtalmologiques. Les grands processus : infection, intoxication, néoplasies, œdèmes hypertensifs; états sympathiques. Syndromes, entités et transitions cliniques. — Enigmes ophtalmologiques et hypothèses directrices. Etiologies prépondérantes et associées. — Exemples concrets : Méthode de consultation et de conclusion thérapeutiques dans les spécialités; remarques médico-chirurgicales sur les affections de l'œil et des annexes, notes prophylactiques. — Evolution historique de l'ophtalmologie scientifique, didactique, professionnelle. Textes et commentaires. — L'œil dans l'art. Documents sur l'œil votif et symbolique.

M. P. BAILLIART. La tension oculaire; physiologie et pathologie. Tonomètres et tonométrie. — La circulation rétinienne et ses troubles. — L'œil dans les maladies du cœur, des vaisseaux, des reins; dans le diabète et les maladies de la nutrition. Troubles oculaires dans les maladies des glandes à sécrétion interne. — Réflexe oculo-cardiaque.

M. M. LANDOLT. Démonstrations sur : La vision binoculaire; la réfraction et ses anomalies. — L'examen de la motilité oculaire; la recherche de la simulation. — L'embryologie de l'œil. Causerie sur la vision dans la série animale.

Les cours sont gratuits. Ils seront faits les lundis, mardis et vendredis (non fériés), à 5 heures. La première conférence aura lieu le mardi 10 mai, à 5 h. 1/4, à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton.

Autant que possible, s'inscrire par lettre à l'une des adresses suivantes : M. A. Terson, 47 *bis*, boulevard des Invalides; M. P. Bailliart, 15, rue Saint-Simon; M. M. Landolt, 27, rue Saint-André-des-Arts (clinique).

NOTES DE PRATIQUE

ASYSTOLIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (3 à 4 cachets de 0g50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

Ou encore, prendre 3 à 4 cachets, par jour, de Théosalvose digitalique à 0g50.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS ENGAGÉS DE 3 ANS

M. Barthou, ministre de la Guerre, a décidé que les étudiants de Facultés engagés de 3 ans sous le régime de la circulaire du 28 avril 1920, ne seraient pas obligatoirement astreints à coucher au quartier.

Toutefois, la faculté de coucher en ville pourra être, à la diligence des chefs de corps, momentanément ou définitivement retirée à ces militaires dans l'intérêt du service, ou s'il est acquis qu'il est usé de cette faveur dans un but différent de celui qu'on recherche, à savoir : faciliter aux intéressés la poursuite de leurs études.

RENSEIGNEMENTS

571. — **DOCTEUR SÉRIEUX** ayant grande pratique, cherche situation, assistant dans clinique ou maison de santé, Paris ou banlieue immédiate, ou situation paramédicale. Ferait remplacement de longue durée, aiderait confrère âgé, accompagnerait voyage personne âgée ou malade en faisant au besoin office de secrétaire. — Ecrire Dr R. P., au bureau du journal.

LE TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE DE L'ENTÉRITE CHRONIQUE[1]

Par M. R. BENSAUDE,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les entéritiques, dans les formes communes de leur maladie, ne comptent pas parmi la clientèle habituelle des salles d'hôpital. Ce sont, le plus souvent, des malades de consultation, car si leur état ne leur permet pas toujours une existence sociale normale, il ne rend pas l'alitement nécessaire, du moins dans la grande majorité des cas.

Aussi, lors de votre installation, pourrez-vous vous trouver embarrassés si vous n'avez pas fréquenté les consultations spéciales. Vous vous rendrez compte rapidement combien est délicate la thérapeutique à appliquer à ces malades dont beaucoup ne se présenteront à votre cabinet qu'en raison de l'insuccès des divers traitements, prescrits par un plus ou moins grand nombre de vos devanciers.

Je n'ai à vous parler, aujourd'hui, que du régime, mais je ne voudrais pas que vous ayez l'impression que le régime résume à lui seul tout le traitement. Ici, comme toujours, il faut envisager, non pas un organe en particulier, mais tout l'organisme; il faut s'adresser au malade et non pas seulement à son tube digestif. Par des règles d'hygiène générale, par le changement du mode de vie, on peut quelquefois aider le malade autant, sinon plus que par le régime.

Dans chaque cas particulier, il faut tenir compte des réactions physiques, nerveuses et psychiques; ce que supporte un fort, un faible ne le supporte pas; le traitement d'un surmené diffère de celui d'un homme qui passe son temps à se soigner, etc.

Ceci dit, Messieurs, il n'est pas douteux que le régime constitue un des éléments les plus importants de la thérapeutique des entérites. Il sera dans vos mains un des meilleurs instruments du succès, si vous savez le manier; son emploi inconsidéré, ou insuffisant, ou exagéré, ne sera, au contraire, pour le malade qu'un motif de désagrément inutile, si même il ne devient pas une cause d'aggravation de son état.

Ne vous imaginez pas que vous pourrez vous tirer d'affaire au moyen d'un régime plus ou moins uniforme que vous appliquerez plus ou moins indifféremment aux malades qui se présenteront à vous avec des troubles intestinaux. Rien n'est plus variable qu'un régime d'entéritique. Rien n'est plus sujet à des variations d'espèce, variations concernant l'âge, le milieu où vit le sujet, ses réactions morbides, etc.

Messieurs, si c'est un honneur pour moi d'avoir été associé par mon ami, M. le prof. Carnot, à cet enseignement pratique qu'il a si heureusement conçu, c'est aussi une tâche très délicate que j'ai assumée en acceptant de transporter dans le cadre d'une leçon théorique d'une heure ce problème pratique, aux données si complexes.

Tout d'abord, Messieurs, il *est assez malaisé de circonscrire le domaine de l'entérite*. Il faut éviter de l'étendre démesurément, en y faisant entrer des manifestations intestinales d'ordres divers qui ne sont qu'un symptôme au cours d'une affection aiguë ou chronique. Il faut éviter également de le limiter à un groupe trop restreint de faits cliniques; en se basant sur un seul symptôme ou sur un seul groupe de symptômes.

Les difficultés d'une différenciation bien nette se rencontrent à chaque instant dans la pratique, et cela se comprend si l'on considère à quel point l'intestin, dernier segment du tractus digestif, est influencé par les phénomènes physio-pathologiques qui se sont déroulés dans les segments précédents, et à quel point il est solidaire des glandes annexes de la digestion. Tous les phénomènes pathologiques qui apparaissent en un point quelconque du tractus gastro-intestinal troublent l'acte digestif dans son ensemble.

Les symptômes mêmes qui doivent faire porter le diagnostic d'entérite seront parfois d'une interprétation délicate. Vous me permettrez d'insister sur ces symptômes dont l'étude va me servir à sérier les divers types de régime alimentaire.

Les malades qui viendront vous consulter pourront présenter quatre ordres de symptômes :

1° Des *troubles de l'évacuation* : constipation, diarrhée ou alternatives de constipation et de diarrhée;

2° Une *modification dans l'état des selles* révélée par l'examen macroscopique et microscopique (1);

3° Des *troubles subjectifs* : douleurs, malaises, sensibilité exagérée de certains segments du côlon;

4° Un *état psychopathique ou névropathique* plus ou moins accentué.

Lorsque les signes coprologiques viendront s'ajouter au tableau clinique, le diagnostic sera facile, mais il n'en est pas toujours ainsi. Il pourra vous arriver d'hésiter entre un trouble fonctionnel simple, une dyspepsie intestinale, une constipation simple, une diarrhée simple et une entérite avec constipation ou diarrhée. Certes, vous ne ferez pas le diagnostic d'entérite chez un malade qui, depuis de longues années, présente de la constipation sans aucun autre trouble; vous n'hésiterez pas non plus à faire le diagnostic d'entérite chez un malade unissant à des troubles subjectifs très accentués des signes coprologiques caractéristiques. Mais entre ces deux types extrêmes, il y a toute une gamme de cas intermédiaires dont la délimitation précise est difficile.

De même, vous hésiterez souvent entre un psychopathe ou un névropathe purs et un entéritique présentant des symptômes névropathiques ou psychopathiques. Dans les cas extrêmes, là aussi, le diagnostic est facile; si vous procédez à un examen des différentes fonctions de l'estomac et de l'intestin chez un névropathe pur, vous verrez qu'elles sont normales, alors qu'elles sont profondément altérées chez l'entéritique. Mais dans un certain nombre de cas les *symptômes seront mêlés ou associés de telle*

(1) Conférence faite au cours complémentaire de diététique de M. le prof. Carnot, recueillie et rédigée par le Dr Aine (de Châtel-Guyon).

(1) C'est à l'*examen coprologique* que nous devons la connaissance des caractères les plus importants de l'entérite chronique. Cet examen peut même quelquefois nous permettre de distinguer les lésions de l'intestin grêle de celles du gros intestin. On a indiqué, comme signes coprologiques de l'entérite, la présence de mucus décelable macroscopiquement ou microscopiquement, la présence d'une quantité notable de mucine ou de nucléo-albumine vérifiée par une précipitation trop abondante au sublimé, des signes de putréfaction intense, enfin une quantité d'eau trop grande et que n'explique pas la rapidité de l'évacuation de l'intestin.

façon que vous pourrez demeurer hésitants. Dans chaque cas particulier, vous aurez à exercer votre sagacité en recherchant la part qui revient à l'entérite proprement dite, aux troubles fonctionnels purs (constipation, diarrhée) et à la psychopathie.

Chez ces malades si variés, *quel but doit se proposer votre prescription alimentaire?* Elle doit rechercher la réalisation de quatre conditions principales :

1° La disparition des troubles subjectifs et la régularisation des selles.

2° L'amélioration de la digestion vérifiée par l'examen des selles.

3° L'amélioration de l'état général.

4° Le retour progressif à une alimentation normale.

Dans la poursuite de ce quadruple but, vous vous efforcerez d'avoir toujours présents à l'esprit les symptômes principaux de l'entérite, symptômes variables suivant ses formes et le degré de son évolution. C'est sur ces symptômes, en effet, que vous devrez vous efforcer d'agir par le régime autant, sinon plus, que par les médications proprement dites. Le régime alimentaire devra en particulier : 1° agir sur le péristaltisme intestinal, soit en le stimulant, soit en le modérant; 2° combattre les putréfactions intestinales; 3° corriger l'insuffisance des glandes gastro-intestinales. Vous devrez toujours, à ce point de vue, vous guider non seulement sur l'examen clinique proprement dit, mais encore, sur les divers moyens d'exploration biologique dont le médecin dispose actuellement. Ce sont eux, surtout, qui vous permettront de donner au régime de vos entéritiques une base rationnelle, et de le rendre conforme aux desiderata que je viens de rappeler. Vous aurez surtout recours à la coprologie dont j'ai déjà, tout à l'heure, souligné l'importance, au chimisme gastrique et à la radiologie. Nous verrons, chemin faisant, quelle importance il convient d'accorder à chacun de ces modes d'examen, suivant la variété des symptômes prédominants.

Laissant de côté l'entérite aiguë, qui sort du cadre de cette leçon, nous allons étudier successivement le régime dans :

1° L'entérite avec diarrhée.

2° L'entérite avec constipation.

3° L'entérite avec alternatives de diarrhée et de constipation.

4° L'entérite avec prédominance de l'état psychopathique ou névropathique.

1° ENTÉRITES AVEC DIARRHÉE. — Si la radiologie donne, en général, peu de renseignements utilisables dans la diététique des diarrhéiques (1), les examens biochimiques sont par contre de la plus grande importance. L'étude du chimisme gastrique permettra souvent de dépister, à l'origine du trouble intestinal, une viciation secrétoire de l'estomac dont la connaissance vous donnera une indication importante au point de vue thérapeutique et spécialement au point de vue diététique. Les renseignements fournis par l'examen coprologique seront plus précieux encore. L'examen des fèces est, dans les maladies de l'intestin et spécialement dans les cas de diarrhée, ce que l'examen des urines est dans les affections des reins ou dans le diabète.

C'est encore l'examen des fèces qui vous permettra de distinguer la *diarrhée par fermentation*, due à la mauvaise digestion des hydrates de carbone, et la *diarrhée par putréfaction*, due à la mauvaise digestion de la viande, des œufs et des substances albuminoïdes en général. Laissez-moi vous dire en passant, qu'à mon avis, il n'y a pas lieu d'attacher en pratique une trop grande importance à cette division. Il ne faut pas méconnaître la réalité de la diarrhée par fermentation, qui, lorsqu'elle se présente avec netteté, donne l'occasion d'un succès thérapeutique rapide, obtenu par la simple suppression des hydrates de carbone. Mais les cas les plus habituels et les plus résistants, ceux que vous aurez à traiter le plus souvent, sont surtout des diarrhées par putréfaction ou des diarrhées mixtes, procédant à la fois de la fermentation et de la putréfaction. Dans ces derniers cas en particulier, la conduite de l'alimentation exige, de la part du médecin, une surveillance attentive et souvent, de la part du malade, une longue patience.

Irritabilité intestinale, insuffisance digestive, facilité des fermentations et des putréfactions, tels sont les principaux symptômes que vous aurez à combattre chez ces malades.

Vous leur interdirez donc : les aliments qui irritent mécaniquement l'intestin, les aliments laissant des résidus importants, tels que les légumes verts entiers, les petits pois, les haricots verts, les carottes, les salades; — les aliments facilement putréfiables ou décomposables tels que la charcuterie (sauf le maigre de jambon), les conserves et salaisons, les champignons; — les aliments irritants tels que tomates, fruits crus (la banane est parfois bien supportée).

De façon générale, *vous autoriserez* surtout les aliments facilement digestibles, peu fermentescibles ou peu putréfiables, laissant peu de résidus, c'est-à-dire : d'abord le riz, les pâtes, ensuite la purée de pommes de terre, puis les autres légumes féculents en purée : marrons, lentilles; les viandes blanches, surtout la volaille, le poisson frais, le maigre de jambon, les gelées de viande. Vous pourrez aussi faire essayer le ris de veau et les cervelles. Plus tard, vous donnerez des légumes verts : épinards, artichauts, céleri, salades. Quand vous permettrez les légumes verts, vous commencerez par les épinards en purée passée au tamis de soie et à la dose d'une cuillerée à soupe pour commencer. Enfin, vous autoriserez les viandes rouges, qui sont souvent bien supportées à la condition d'être finement divisées; vous permettrez le beurre frais en petite quantité. Vous aurez soin, en outre, d'introduire dans le régime des aliments possédant une action constipante comme certaines spécialités de cacao préparées à l'eau, les myrtilles, la goyave, le coing sous forme de gelée; le vin rouge en quantité modérée.

Voici un schéma de régime composé avec ces éléments :

SCHÉMA DE RÉGIME N° 1 : ENTÉRITE AVEC DIARRHÉE. — *Petit déjeuner et goûter.* — Thé léger sans lait, ou cacao, cacao au gland, à l'eau, 2 biscottes ou breakfasts.

Déjeuner et dîner. — 1° Potage (tapioca, pâtes) au bouillon de légumes ou au bouillon de poulet.

2° Poisson maigre (poisson de rivière, sole, merlan, turbot, barbue) au court bouillon, ou viande légère (poulet rôti,

(1) Les recherches que j'ai faites avec A. Bisson, et qui ont fait l'objet de la thèse de ce dernier (Paris 1919), nous ont confirmé la rareté, du moins dans nos pays, de l'accélération du transit dans le grêle, et l'existence de formes de transition entre les vraies et les fausses diarrhées, le transit dans le gros intestin lui-même n'étant pas accéléré de façon constante.

jambon maigre peu salé, lapin rôti) finement divisée ou pulpée, sans sauce et en petite quantité, surtout le soir.

3° Pâtes alimentaires (nouilles, macaroni) ou riz à l'eau. Ajouter un peu de beurre frais sur la table.

4° Gelée de fruits (coings, myrtilles).

Une biscotte ou deux.

Boissons. — A midi et le soir, une tasse (125 gr.) de kéfir n° 2 (ou eau non gazeuse).

Après le repas : une tasse d'infusion chaude (camomille, tilleul, menthe, feuille d'oranger, anis.

C'est, vous le voyez, ce que l'on peut appeler un *régime mixte restrictif*, c'est-à-dire utilisant, avec un certain nombre de restrictions, les diverses catégories d'aliments. On peut le comparer au régime habituellement permis à un enfant de 6 à 7 ans en bonne santé.

Il y a une quinzaine d'années, la mise en pratique d'un tel régime chez les entéritiques diarrhéiques aurait paru absolument révolutionnaire. Il était d'usage, en effet, de soumettre ces malades pendant un temps prolongé, voire pendant des années, à un régime beaucoup plus sévère, dans lequel n'entrait, en général, qu'une catégorie restreinte d'aliments. Je fais allusion surtout aux régimes hydro-carbonés exclusifs ou lacto-hydrocarbonés.

Combe (de Lausanne), en particulier, avait réglé avec un soin minutieux une série de régimes hydrocarbonés progressifs, dont la diffusion a été, la mode aidant, considérable dans la période d'avant-guerre.

Voici, à titre documentaire, un de ces régimes.

RÉGIME FARINEUX (SANS VIANDE), d'après Combe. — 7 h. 1/2. *Déjeuner :* Potage épais (farine lactée, farine) à l'eau ou au lait. — Longuets, biscottes. — Beurre frais.

8 à 9 h. Repos étendu sur le lit.

10 h. Farine lactée à l'eau ou au lait (ne pas manger).

12 h. 1/2. *Lunch :* 1 à 2 jaunes d'œufs (crus ou mollets). — Pâtes alimentaires, avec beurre frais. — Pudding. — Biscottes ou longuets. — Beurre frais. — Ne pas boire.

13 à 14 h. Repos sur le lit sans dormir.

15 h. 1/2. *Goûter :* Farine à l'eau ou au lait. — Eau d'Evian. — Ne pas manger.

19 h. *Diner :* Comme à midi. — 21 h. Repos sur le lit sans dormir. — 22 h. Infusion ou eau d'Evian.

Ajouter progressivement des pommes de terre en purée ou au four.

Vous vous étonnez sans doute, de me voir parler de ces régimes exclusifs sévères comme d'une chose du passé. Ce n'est pas que j'en méconnaisse la valeur et les indications, mais je tiens à montrer de la sorte que vous devez les considérer comme des régimes d'exception, des régimes épisodiques.

Assurément le régime hydrocarboné exclusif ou lacto-hydrocarboné est utile ; c'est un bon régime de repos ou de désintoxication chez la plupart des intestinaux, mais l'expérience a montré que ce n'est pas un régime « d'alimentation ». On exagère sans doute quand on attribue à son usage prolongé une partie des méfaits que ses partisans prétendent précisément combattre par son emploi, mais il y a dans cette affirmation une part de vérité. Et tous les spécialistes ont connu des malades, fervents pèlerins de Lausanne, que l'abus de l'alimentation exclusive par les pâtes avait conduits à un état de dépression physique réellement inquiétant, et chez lesquels un régime mixte progressif, d'ailleurs parfaitement supporté, amena une amélioration manifeste. La connaissance du rôle des vitamines dans l'alimentation, en confirmant les données cliniques que je viens de vous exposer, nous en fournit, vous le savez, l'explication scientifique.

Dans l'application du régime mixte que je vous ai décrit tout à l'heure, à côté des aliments que l'on peut considérer comme généralement permis ou généralement défendus, *il y en a plusieurs dont l'emploi peut prêter à discussion :* ce sont le lait, les œufs, le sucre.

Le lait est, vous le savez, un aliment d'une valeur nutritive relativement grande, possédant un coefficient d'assimilation plus élevé qu'aucun autre aliment, et d'une digestibilité facile. C'est, à ces différents points de vue, un aliment précieux dont il importe de ne pas priver systématiquement vos entéritiques, sujets dont les fonctions d'absorption sont profondément troublées, et dont la nutrition générale est souvent de ce fait insuffisamment assurée.

Malheureusement, il est incontestable qu'un certain nombre de ces malades supportent mal le lait. Que devez-vous faire en pareil cas? Vous devez d'abord, ne serait-ce qu'à titre de vérification, procéder à un essai prudent. Vous aurez recours à divers artifices qui permettent souvent d'augmenter la tolérance gastro-intestinale, tels que l'addition d'eau de chaux, de pégnine, de salep. Vous pourrez encore essayer les laits modifiés, le lait homogénéisé Lepelletier, le lait oxygéné, le lait écrémé, le lait condensé sucré. Le lait sans lactose, employé dans le diabète, peut être prescrit quelquefois ; voici sa formule, telle qu'elle m'a été communiquée par M. Borrien :

Fromage Gervais	40 gr.
Crème d'Isigny	50 gr.
Chlorure de sodium	2g50
Saccharine	0g02
Eau distillée	1.250 cmc.

En procédant avec méthode et patience, vous arriverez dans bien des cas à une formule déterminée de régime lacté dont s'accommodera un intestin qui au premier abord paraissait intolérant. Pour vous montrer à quel point, sous ce rapport, vous devez agir sans parti pris, je vous citerai le cas d'une malade atteinte de diarrhée chronique avec insuffisance très prononcée de la digestion des graisses, qui se montrait rebelle à tous les traitements diététiques. L'examen coprologique permit à M. Goiffon de faire chez cette malade le diagnostic de Sprue. J'obtins une amélioration inespérée en la soumettant à un régime déjà prescrit aux colonies, et consistant en lait et fraises. Rappelez-vous d'ailleurs que les médecins coloniaux nous ont appris à ne pas craindre le régime lacté chez les dysentériques, qui le supportent en général fort bien, malgré l'infection incontestablement grave de leur tube digestif.

Il y a cependant des malades particulièrement intolérants, ne supportant le lait sous aucune forme, et chez lesquels la plus petite quantité de lait mélangée aux aliments, par exemple celle qui entre dans la préparation des entremets, des sauces, dans le café au lait, suffit à provoquer des troubles digestifs. On a dit que le lait favorise le développement de la flore bactérienne de l'intestin grêle : de sorte qu'il est mal supporté dans les cas où il y a participation de l'intestin grêle tandis qu'il est bien supporté dans les côlites.

En cas d'intolérance réelle pour le lait, vous aurez recours à ses dérivés : kéfir, yoghourt, babeurre, etc.

Le kéfir, condamné par Boas, par Hurst, me donne des résultats tels que je ne vois pas par quoi je pourrais le remplacer dans certaines entérites chroniques. Mais il y a lieu d'observer dans son emploi

et surtout dans sa préparation, un certain nombre de précautions à mon avis indispensables. Je donne la préférence au kéfir maigre n° 2 ou n° 3, préparé industriellement. La préparation à domicile est une opération délicate : l'entretien des champignons kéfirogènes exige des soins minutieux dont peu de malades sont capables. Le kéfir devra être consommé dans les délais normaux correspondant à son degré de fermentation (24, 36, 48 heures), ni trop tôt, ni trop tard, sous peine de produire sur les phénomènes digestifs des effets inverses de ceux que l'on désire. Son dosage est également de la plus grande importance : le donner au cours du repas, en commençant par de petites doses, ne dépassant pas 1/2 litre par jour. Interrompre de temps à autre son emploi.

Les œufs sont quelquefois mal supportés. Il y a des cas d'intolérance absolue, d'anaphylaxie, dont vous devrez toujours chercher à contrôler l'authenticité, et contre lesquels vous ne pourrez rien. La connaissance de ces cas ne justifie pas l'interdiction générale des œufs chez tous les entéritiques. Vous les prescrirez cependant avec certaines précautions : vos malades ne devront absorber que des œufs rigoureusement frais et observeront dans leur consommation une sage mesure. Vous les recommanderez surtout brouillés et peu cuits. Pour les faire supporter, on a proposé de les mélanger à leur coque; voici comment on procède : la coque nettoyée est séchée au four, puis pulvérisée; on ajoute la pointe d'un couteau de cette poudre pour un œuf.

Le sucre agirait pour certains auteurs comme un purgatif. Pour ma part, j'ai vu souvent des diarrhéiques le bien supporter à petites doses. Certains auteurs ont même obtenu d'excellents résultats dans le traitement des diarrhées en soumettant les malades à une diète sucrée *exclusive* : 200 à 300 gr. de sucre dans de la citronnade. Il y a intérêt, là encore, à ne se fier qu'au contrôle d'une expérience rigoureuse avant de priver les malades de cet aliment de grande valeur nutritive.

Pour terminer cet important chapitre de la diététique des diarrhées, *voici comment je vous engage à procéder* de façon générale :

1° Commencer par un régime très sévère et ne donner alors qu'*un seul* aliment : par exemple, seulement du riz, des farines (orge ou avoine);

2° Elargir le régime s'il y a amélioration persistante, c'est-à-dire :

a. Quand le nombre et la consistance des selles sont devenus normaux;

b. Quand l'examen des selles montre que les aliments prescrits ont été digérés;

c. Enfin, et j'insiste sur ce signe très important de la tolérance intestinale, quand les troubles subjectifs (douleurs, ballonnements, gaz) ont disparu.

Vous pourrez ainsi, dans le plus grand nombre de cas, après une certaine période de tâtonnements, d'essais progressifs et prudents, établir pour chaque malade un *régime d'équilibre* qui se rapprochera dans une certaine mesure, des régimes plus larges que nous étudierons ultérieurement;

3° Revenir, au contraire, à un régime sévère dès l'apparition du moindre symptôme d'intolérance; exagérer la sévérité au moment des poussées aiguës; traiter alors le malade comme on traiterait un nourrisson au moment d'une crise d'entérite aiguë; ne pas hésiter à recourir au besoin à la diète hydrique.

(A suivre.)

LETTRE D'AMÉRIQUE

Le 16 janvier 1921 a été le premier anniversaire de la mise en vigueur de la loi sur la prohibition des boissons alcooliques. Partisans et adversaires de la loi, *secs* et *humides*, comme on les appelle ici, ont, à cette occasion, jeté des regards en arrière pour établir le bilan des résultats et y trouver des arguments favorables à leur manière de voir. La prohibition est une de ces questions sur lesquelles les camps opposés peuvent discuter des heures entières, chacun mettant en avant des arguments qui lui semblent irrésistibles, sans changer l'opinion ou l'attitude d'un seul. On est prohibitionniste, ou antiprohibitionniste, par éducation, par principe ou par sentiment, beaucoup plus que par froid raisonnement; et cet état d'esprit n'est pas fait pour faciliter l'application pratique d'une solution dans l'un ou l'autre sens.

A ne considérer que les faits matériels, les antiprohibitionnistes semblent avoir l'avantage, et de beaucoup. Il est indiscutable que, pendant cette première année, la prohibition n'a pas « prohibé ». Dans les grandes villes, les agglomérations manufacturières, les régions minières et, quoique à un moindre degré, dans les campagnes, seuls n'ont point bu en 1920 ceux qui ne voulaient pas boire et ceux qui n'avaient pas de quoi payer les prix fort élevés, auxquels l'illégalité du trafic avait fait monter les spiritueux. Aucun homme ayant une soif intense et assez d'argent en poche n'a eu à se passer de ce qu'il désirait. Pour se procurer de l'alcool, beaucoup n'ont pas reculé devant le crime : il y a eu nombre de cambriolages, de vols à main armée sur les grands chemins, de meurtres et d'assassinats, sans parler de l'achat et de la corruption de fonctionnaires, de la fraude, des faux en écritures publiques et, dans un autre ordre d'idées, des empoisonnements dus à la falsification de l'alcool, surtout avec de l'esprit de bois. Les « humides » se réjouissent de constater ces faits dans lesquels ils voient la condamnation de la loi. Cependant, on peut y trouver un excellent argument pour la thèse opposée. Si l'alcool exerce sur ses vassaux un tel empire qu'il les incite à commettre de tels actes, il constitue, certes, un grand danger social. La morphine et l'héroïne ne font pas pis.

De leur côté, les « secs » peuvent dire, avec raison, que 1920 ne peut servir de critérium pour juger du succès de la loi. Au moment de la mise en vigueur de celle-ci, il y avait dans le pays des stocks énormes de spiritueux, qui ont notablement diminué et que la distillation clandestine et la contrebande ne suffiront pas à renouveler, tandis que, d'autre part, le contrôle rigoureux de la distribution régulière et légale deviendra de plus en plus facile.

La profession médicale, dans son ensemble, semble s'être rangée du côté de la prohibition. Des quelque 150.000 médecins des Etats-Unis, un quart seulement, en 1920, ont demandé le permis nécessaire pour pouvoir délivrer des ordonnances de boissons alcooliques dans un but thérapeutique; et bon nombre de ceux qui l'ont demandé pour 1920 ne le renouvellent pas pour 1921. Il est évident, par conséquent, que l'on n'attribue pas ici une importance très grande à l'alcool comme médicament interne.

Les Compagnies d'assurances sur la vie, très nombreuses, très puissantes et très prospères aux Etats-Unis, sont une autre des forces alignées en faveur de la prohibition. Tout ce qui diminue la morbidité et tend à prolonger la durée moyenne de la vie, les intéresse naturellement. Il y a à New-York un Institut qui vise précisément à atteindre ce but par l'application des méthodes hygiéniques modernes, par l'instruction du public et par des examens périodiques réguliers.

Fisk (1), directeur de ce *Life Extension Institute*, a récemment résumé la question de la consommation modérée de l'alcool d'une façon qui semble impartiale. Nul, dit-il, ne peut prétendre à pouvoir juger la question de l'alcool d'une façon équitable, s'il n'a point acquis le sens de la proportion statistique, s'il ne peut détourner son attention de l'individu et envisager l'effet de l'alcool sur une *masse* d'individus. Il y a de bonnes raisons pour croire que l'action destructrice chimique directe de l'alcool sur les tissus est moindre que beaucoup ne l'ont supposé jusqu'ici. Mais les faits s'accumulent pour établir son influence défavorable sur les fonctions organiques, et son action déprimante sur le mécanisme protecteur du corps. L'individu qui devient un buveur modéré prend sur lui un risque que les statistiques des compagnies d'assurances permettent de définir nettement. Une étude de 2.000.000 de cas, pendant une période de 23 ans, a montré un excès de mortalité de 50 p. 100 chez ceux qui faisaient des excès d'alcool de temps en temps ; de 18 p. 100 chez ceux qui ne prenaient que deux verres de bière ou un verre de whisky par jour; de 86 p. 100 chez ceux dont la consommation alcoolique était supérieure à cette quantité, mais qui, à part cela, paraissaient normaux au point de vue physique. Ces effets fâcheux sont dus à l'influence perturbatrice sur tout l'organisme et, plus particulièrement sur la conduite et les relations de l'individu, beaucoup plus qu'à l'action chimique directe sur les tissus.

Mais voici que d'autres statistiques, également vastes, semblent venir controuver les faits sur lesquels est basée la notion courante de l'influence nocive de l'alcool sur le système nerveux. Pearce Bailey, directeur général des services de neuro-psychiatrie de l'armée américaine pendant la guerre, a publié dans la *North Atlantic Review* les résultats de l'examen neuro-psychiatrique de 2.000.000 de conscrits. Environ 2 p. 100 furent trouvés impropres au service militaire pour faiblesse des fonctions mentales. La proportion de défectueux, d'une façon générale, était beaucoup plus élevée parmi les recrues venant des campagnes, où l'alcoolisme est moindre, que parmi celles venant des villes: et certains Etats, tels que le Maine, où la prohibition a existé pendant un demi-siècle, donnaient une proportion de faibles d'esprit très grande. Naturellement, les antiprohibitionnistes ont sauté sur la conclusion que l'alcool n'était pour rien dans la genèse de l'arriération mentale : mais il suffit de remarquer que les conscrits sont des jeunes, chez lesquels l'alcoolisme personnel, acquis, n'aurait vraiment pas eu le temps de jouer un rôle prépondérant dans le développement de l'infériorité intellectuelle : ce qui aurait beaucoup plus d'importance serait de savoir la condition des générations antérieures, au point de vue alcool.

Quoiqu'il en soit, la lutte entre prohibitionnistes et antis continue et continuera probablement encore pendant quelques années. Malgré la force de l'opposition, les signes des temps semblent indiquer que la prohibition gagne le dessus, et que le rôle d' « humide » deviendra de plus en plus difficile à jouer, sauf dans certains milieux.

A considérer le nombre de travaux et la longueur des statistiques publiées, on pourrait penser que l'*ulcère de l'estomac* et surtout les *lésions duodénales*, ulcères, diverticules, dilatation chronique avec obstruction, sont plus communes en Amérique qu'en Europe. S'il en est ainsi, en fait, il y aurait probablement là une conséquence des mauvaises habitudes diététiques imposées par la vie « intense » des grandes villes. Mais il est permis de supposer qu'il ne s'agit là, en réalité, que d'une fréquence apparente due à l'emploi universel des examens radiologiques répétés dans tous les cas de troubles de l'abdomen supérieur. C'est la tendance caractéristique la plus nette de la médecine américaine que de vouloir établir un diagnostic beaucoup plus sur des signes physiques et des constatations directes que sur l'analyse des symptômes. Il en a toujours été ainsi; et, avec le développement des méthodes d'investigation actuelles, cette tendance ne fait que s'accentuer. La formule si simple et si élégante et qui résume si bien l'attitude française, donnée par les directeurs du *Nouveau Traité de médecine* dans leur préface, à savoir, partir de la clinique, passer par le laboratoire et revenir à la clinique, n'est pas appliquée intégralement ici. Le laboratoire prend si souvent une place si prépondérante aux dépens de la clinique que des voix autorisées sont, de temps en temps, obligées de protester. Mais il y a quelques avantages qui compensent partiellement les inconvénients de cette manière de faire, dont le principal est qu'elle perd un peu trop de vue le malade lui-même pour ne voir que les réactions de ses tissus. L'un de ces avantages est que l'on trouve beaucoup de choses que la clinique seule ne ferait pas découvrir. Tels, pour en revenir au point de départ de cette digression, les *diverticules duodénaux*. L'existence de ceux-ci est connue depuis longtemps, puisque la première description remonte à Chomel, en 1710; mais leur fréquence n'a été bien établie que depuis quelques années. Avant 1912, il n'y avait qu'une centaine de cas épars dans la littérature, et, sauf une ou deux exceptions, tous n'avaient été considérés que comme des curiosités anatomo-pathologiques. Depuis 1912, les cas se sont multipliés. Case (2), sur 6.847 examens radiologiques systématiques du tube digestif, a trouvé 85 cas de diverticules du duodénum, 4 du jéjunum, 1 du jéjunum et de l'iléon. Cole et Roberts (3) ont une série de 30 cas, mais Stewart fait remarquer que la forte proportion de diverticules duodénaux dans la statistique de Cole est probablement due à ce fait qu'il y a inclus les cas de dilatation de l'ampoule de Vater, cas qui ne sont pas de vrais diverticules. Aucune de ces statistiques ne tient compte du diverticule de Meckel. La fréquence des diverticules duodénaux est estimée par différents auteurs entre 1 et 11 p. 100. Case donne 1 1/2 p. 100 et 2 p. 100 pour les diverticules du côlon.

Le diagnostic est purement radiologique, car, en règle, ces diverticules ne donnent point de symptômes : malgré cela, la plupart des auteurs américains s'accordent pour les considérer comme justiciables de l'intervention chirurgicale. La vérification opératoire d'un diverticule duodénal, même bien

établi au point de vue radiologique, n'est point toujours chose des plus aisées.

Une autre méthode d'examen a rendu de grands services pour l'étude des déformations duodénales dues à des ulcères ou des adhérences ; c'est le *tube duodénal* dont l'emploi pour le diagnostic et le traitement s'est généralisé en Amérique sous l'influence d'EINHORN. Le tube duodénal sert à l'exploration chimique du duodénum, au lavage direct de l'intestin, au traitement des fistules duodénales (Einhorn a récemment publié plusieurs succès), et enfin comme guide dans l'examen radiologique de la même façon qu'un cathéter opaque sert dans l'uretère. PALEFSKI (4), se basant sur l'étude de 367 cas, a récemment insisté sur la valeur des renseignements fournis, dans l'examen aux rayons X, par un tube souple muni d'un bouton lourd, de 2 à 3 fois plus lourd que les boutons dont on se sert d'ordinaire.

Pour terminer, signalons un autre genre de diverticules du tube digestif dont les rayons X ont aussi démontré la fréquence beaucoup plus grande qu'on ne pensait, à savoir les *diverticules de l'œsophage.* Non point les diverticules par traction dus à une lésion périœsophagienne, mais les diverticules par propulsion, qui siègent toujours sur la ligne médiane postérieure, au point où les muscles constricteurs du pharynx rejoignent les fibres circulaires de l'œsophage en limitant un espace triangulaire où la musculature est normalement plus faible et peut même congénitalement faire défaut. BEVAN (5) dit que, depuis 10 ans, il a eu l'occasion d'étudier un nombre considérable de ces cas et a trouvé une méthode opératoire satisfaisante, mettant sûrement à l'abri des complications infectieuses si fréquentes et si redoutables après la résection suivie de suture. Il opère toujours sous anesthésie locale, généralement du côté gauche; l'incision, de 12 à 15 cm. de long, suit le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Le paquet vasculo-nerveux du cou est rétracté en dehors, le corps thyroïde en dedans, après section de la thyroïdienne inférieure, si elle gêne. Le diverticule une fois trouvé, il est soigneusement isolé et s'il est petit (pas plus de 5 à 6 cm. de long et 2,5 cm. de large), simplement retourné et invaginé dans l'œsophage par trois sutures en bourse. S'il est plus grand, la moitié externe est invaginée dans l'autre par des sutures en bourse et le reste oblitéré par des sutures longitudinales, au nombre de 6 ou 8, parallèles au grand axe du diverticule. Les sutures une fois nouées, celui-ci est tassé en un coussin appliqué le long de l'œsophage, analogue à celui que produit le sac dans une hernie traitée par la méthode de Macewen. Ou bien, l'on peut écraser la moitié externe du sac et traiter le reste de la manière qui vient d'être dite. La cicatrisation se fait en 10 jours pendant lesquels le malade est nourri au moyen d'une petite sonde œsophagienne.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) FISK. *Southern med. Journ.*, déc. 1920, p. 885.
(2) CASE. *Journ. A. M. A.*, 27 nov. 1920, p. 1463.
(3) COLE et ROBERTS. *Surg. gyn. Obst.*, oct. 1920, p. 376.
(4) PALEFSKI. *Journ. A. M. A.*, 4 déc. 1920, p. 1547.
(5) BEVAN. *Journ. A. M. A.*, 29 janv. 1921, p. 285.

Manuel de coprologie clinique, par R. GOIFFON, préface par le Dr J.-Ch. ROUX. Un vol. de 232 pages avec 36 figures et 2 planches en couleurs. — Prix : 12 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1921)

Côtes cervicales. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation adressée par M. Bréchot. Il s'agit d'une femme qui, depuis longtemps, éprouvait des douleurs dans le cou, dans le bras et la main du côté gauche, des troubles neuro-vasculaires, une diminution du pouls radial de ce côté, etc., pas de scoliose, pas de mal de Pott. La radiographie montra l'existence d'une septième côte cervicale. M. Bréchot opéra cette malade le 2 novembre 1920. Il trouva des adhérences qui rendirent l'intervention difficile. Il fallut prendre les plus grandes précautions pour ne pas ouvrir la plèvre. La malade fut très améliorée après l'opération. Les douleurs disparurent.

Ces faits, ajoute M. le rapporteur, sont plus fréquents qu'on ne croit, et les troubles qui en résultent restent souvent inexpliqués. La radiographie seule peut assurer le diagnostic.

Ces côtes cervicales existent parfois des deux côtés. Elles peuvent donner lieu à des troubles très divers. Il est donc important de les connaître et de recourir, dans les cas de doute, à la radiographie.

M. Mouchet rapporte des observations personnelles.

M. ROBINEAU en a récemment observé un cas. Il est intervenu. L'opération a été rendue très difficile par des adhérences et la plèvre a été ouverte. Toutefois, le malade a vu disparaître tous ses troubles.

Luxation de l'extrémité du radius en avant. — M. CHEVRIER fait un rapport sur un cas communiqué par M. Bertin (de Marseille). Une femme de 43 ans a le bras pris entre un tramway et un camion. Il en résulte une fracture de la partie moyenne de l'humérus qui est traitée par un appareil de Delbet. Il existe, en outre, une luxation type de la tête cubitale. La réduction est impossible. M. Bertin a recours à la réduction sanglante. Il place une agrafe et ferme la plaie. Résultat parfait. L'intérêt de cette observation tient surtout à ce que l'auteur en donne les suites éloignées. Une récente radiographie, prise 2 ans après, montre que l'aspect du poignet est tout à fait normal. L'état fonctionnel est satisfaisant. Seule la supination est un peu diminuée.

Lorsqu'il s'agit de luxation récente, on doit essayer la réduction par tous les moyens ordinaires. Quand elle n'a pu être obtenue, la réduction sanglante, telle que l'a pratiquée, dans ce cas, M. Bertin, s'impose.

Arthrite blennorragique. — M. Louis BAZY clot la discussion sur cette question. Il apporte un nouveau fait d'arthrotomie du genou pour arthrite blennorragique, de lavage à l'éther de l'articulation et de fermeture sans drainage suivie de succès.

M. Bazy rappelle les communications de MM. Martin, Rouvillois, Lenormant, Thiéry, Walther. Il est bien évident que l'arthrotomie appliquée au traitement de l'arthrite blennorragique n'est pas née de la guerre. Mais ce que la guerre nous a appris, c'est la fermeture sans drainage et la mobilisation précoce, autrement dit la méthode de Willems.

MM. Thiéry et Walther, avec d'autres, ont recours depuis longtemps à l'arthrotomie dans les cas d'arthrite blennorragique. Ce qui importe, surtout, c'est d'en bien fixer les indications. C'est la suppuration qui doit commander l'intervention.

M. Bazy termine en disant qu'il faut retenir les essais de M. Chevrier sur la radiumthérapie.

La réduction sanglante des luxations. — M. ALGLAVE revient sur cette question. Il rappelle avoir été soutenu par MM. Delbet, Quénu et Duval qui a insisté sur les avantages de la restauration anatomique de l'articulation. Depuis 1906, M. Alglave a eu recours de plus en plus à la réduction sanglante des luxations du coude et du genou. Il suit la technique de Lambotte. Comme MM. Lapointe, Baumgartner, il a recours à l'ostéosynthèse. Cette chirurgie constitue un grand progrès. Quelle voie faut-il choisir ? M. Alglave s'en tient à la voie transolécranienne pour le coude et transrotulienne pour

le genou. Ces voies ont toujours donné toute satisfaction à M. Alglave.

La réduction sanglante des luxations irréductibles par les moyens simples rallie chaque jour de nouveaux partisans. Il faut ajouter qu'elle réclame une asepsie absolue.

Duodénum géant. — M. Grégoire communique une observation de duodénum géant dont la dilatation se propageait en partie sur le jéjunum. Il s'agit d'une femme de 43 ans qui souffrait du ventre depuis 25 ans. Crises continuelles de douleurs, de vomissements. L'ablation de l'appendice n'améliora pas la situation. Quand M. Grégoire vit cette malade, il constata l'existence d'une voussure, d'une tumeur dure et mate au-dessous de l'ombilic. L'examen radiographique montrait une dilatation énorme du duodénum. Intervention : pas de ganglions, tumeur d'apparence néoplasique que traversait l'intestin dont le calibre à ce niveau laissait à peine passer un stylet. Le duodénum présentait le volume du côlon, le jéjunum dans sa première partie était très dilaté : duodéno-jéjunostomie, guérison. Il s'agissait d'une dilatation idiopathique dont il est bien difficile de trouver la cause.

On a cité plusieurs exemples analogues.

Tumeur inflammatoire de l'intestin grêle. — M. Roux-Berger communique une intéressante observation. Il s'agit d'une femme qui, en 1913, à l'âge de 27 ans, entra dans le service de M. Lejars pour des accidents d'occlusion aiguë. Cette femme était une constipée chronique ; depuis 3 jours, ni selles, ni gaz. M. Lejars fixa une anse dilatée à la peau. Par cet anus artificiel sortirent 52 noyaux de prune. La malade se remit, et M. Lejars put fermer l'anus artificiel. De 1913 à 1920, rien de particulier à noter. En 1920, nouveaux troubles du tube digestif, nouveaux accidents d'occlusion qui obligèrent M. Roux-Berger à intervenir. Il s'agissait d'une tumeur inflammatoire de l'intestin.

Suites éloignées d'une fermeture d'ulcère de l'estomac. — M. Tuffier présente une malade qui a été opérée, il y a 18 ans, dans son service par Duval, d'un ulcère de l'estomac qui a été simplement fermé. Cette femme ayant eu une éventration qui s'est étranglée, M. Tuffier l'opéra de nouveau et put s'assurer que son estomac était normal et qu'elle était restée bien définitivement guérie de son ulcère.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(Séance du 19 avril 1921)

Plaie cranio-cérébrale. Trépanation. Résultat éloigné. — M. A. Martin présente un enfant qui eut, il y a 13 mois, un enfoncement de la région temporale gauche avec esquilles dans le cerveau. Trépanation, régularisation. Opéré dans le coma, le blessé reprend connaissance au bout de 3 jours. Il présente ensuite un mutisme complet, puis de la dysarthrie. Guérison complète actuellement.

Vomissements chez un nourrisson provoqués par une bride colique. — M. Guinon. Chez un enfant arrivant dans un état très grave avec des vomissements perpétuels, la radioscopie fait penser à une bride sténosante du duodénum. L'opération montre une occlusion du côlon transverse par une bride congénitale. Décès.

A propos de l'encéphalite. — M. Guinon signale dans l'encéphalite non épidémique, contrairement à l'opinion reçue, la fréquence des troubles mentaux. Il en présente cinq observations. Les deux premières concernent des enfants sans antécédents héréditaires et personnels qui, à la suite d'encéphalite typique, présentent de la confusion mentale atténuée qui s'améliore avec l'isolement, l'hydrothérapie. Chez un autre fils d'hérédo-syphilitique, brusquement débute une période de jactitation, agitation énorme sans fièvre ; l'enfant mord tout ce qui l'entoure, si bien qu'on pense à de la rage ; puis la température s'élève, les phénomènes d'encéphalite se déclarent et l'enfant se calme.

Les deux derniers présentent de l'ataxie aiguë, choréiforme. Somme toute, cas très variables, mais il faut retenir qu'il peut y avoir dans l'encéphalite des formes à troubles mentaux parfaitement guérissables.

M. Comby croit aussi à la fréquence de ces troubles. Il rappelle une observation avec excitation considérable ; enfant amélioré et guéri par l'hydrothérapie. Cette forme avec excitabilité est commune.

A un degré de plus on voit la régression de la mémoire, les enfants ne savent plus téter, manger, oublient d'avaler (Barbier), on doit les gaver à la sonde. M. Comby cite un cas avec perte du langage articulé et cécité par névrite optique, le langage est revenu peu à peu.

Un degré de plus, c'est l'aliénation mentale et l'idiotie.

M. Comby pense que ces formes mentales sont très répandues chez l'enfant et l'adulte, et que des vésanies permanentes des axiles sont des suites d'encéphalites aiguës.

M. Lesné croit aussi à la fréquence de l'excitabilité cérébrale comme suite d'encéphalite. Mais elle peut se terminer par de la démence juvénile. M. Widal en a cité un cas à 17 ans. M. Lesné rapporte le cas d'un enfant de 14 ans qui, un mois après une encéphalite, présente tous les signes de la démence juvénile complète.

M. Nobécourt rapporte l'observation d'un garçon de 14 ans 1/2 qui, après une période d'excitation notable, fait de l'encéphalite avec somnolence, puis, depuis la convalescence, il présente de l'insomnie persistante, de la chorée et de troubles mentaux nets.

M. Guinon. A côté de ces cas graves, il y a des cas légers curables par le traitement ; il en cite deux observations où l'enfant a recouvré toute son intelligence.

Un cas de tumeur de l'épiphyse. — MM. Lereboullet, Maillet et Brizard présentent un garçon de 12 ans chez lequel sont apparus successivement tous les signes du syndrome épiphysaire. Plutôt petit jusqu'en octobre 1920, il a alors commencé à se développer de façon anormale : sa voix mue, les poils de la moustache, de la barbe, des aisselles, du pubis apparurent, ses organes génitaux se développent rapidement (macro-génito-somie).

En mars 1921, seulement, apparaissent des signes d'hypertension cranienne : céphalée, vomissements, troubles de la vue avec papillite manifeste, hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien (95 à la première ponction, manomètre de Claude), liquide d'ailleurs presque normal, simple hyperalbuminose. On note une limitation des mouvements des globes oculaires dans l'élévation du regard, signe donné comme localisation dans la région des tubercules quadrijumeaux et associé à la perte du réflexe lumineux. Très somnolent à son arrivée, s'est amélioré par les ponctions rachidiennes répétées. Ni obésité, ni diabète insipide, signes inconstants des tumeurs épiphysaires et semblant indiquer une atteinte secondaire de l'hypophyse.

L'apparition successive des troubles dystrophiques portant sur la taille, le système pileux, les organes génitaux, puis des signes de tumeur cérébrale et plus spécialement des signes oculaires en relation avec l'atteinte des tubercules quadrijumeaux permet de porter le diagnostic de tumeur de l'épiphyse.

Atrophie du membre inférieur droit, troubles paralytiques, coxa valga compensatrice, spina bifida occulta lombo-sacré. — M. Lance présente un enfant de 6 ans 1/2 qui, dès le début de la marche, a présenté un valgus du pied droit, puis de la scoliose. Actuellement, on note une scoliose statique par raccourcissement de 3 cm. du membre inférieur droit, malgré une coxa valga de compensation de 1 cm. Atrophie notable de la circonférence du membre et de la moitié du bassin. Pied valgus par paralysie des jambiers, pied creux antérieur. Présence d'un trou sacré à l'inspection. La radiographie montre l'absence de soudure de l'arc postérieur de la première sacrée et la soudure asymétrique des arcs postérieurs des cinquième et quatrième vertèbres lombaires.

M. Mauclaire a relevé chez les scoliotiques adultes fréquemment des malformations de la cinquième vertèbre lombaire et de la première sacrée, indépendamment de l'inégalité de longueur des membres inférieurs. Dans certains cas, il y a sacralisation ; dans d'autres, il y a spina bifida occulta et il ne met pas en doute qu'il y ait rapport de cause à effet.

Scoliose et anomalies de la cinquième vertèbre lombaire. — M. A. Trèves présente les observations et radiographies

de cinq scoliotiques graves et anciens; les quatre premiers avaient le membre inférieur gauche plus court que le droit. Aucun ne présentait de spina bifida. La cinquième vertèbre lombaire était plus basse à gauche qu'à droite et l'apophyse transverse droite très volumineuse. Dans un cas, la radiographie stéréoscopique montre qu'il n'y a pas contact de l'apophyse transverse avec le sacrum et l'aile iliaque. Bien que ces scolioses soient apparues tardivement, l'inégalité de longueur des membres inférieurs montre leur origine congénitale.

MM. Mauclaire et Mouchet montrent que la sacralisation présente des degrés divers bien établis par Ledouble. C'est un fait anatomique établi. L'explication des douleurs qui peuvent être liées à ces faits reste bien plus obscure.

M. Lance. L'absence de spina bifida occulta chez l'adulte ne doit pas étonner, le spina bifida occulta de l'enfant s'oblitère et avec le temps devient occlusa (Denucé).

Toutes les inégalités de longueur des membres inférieurs ne sont pas congénitales. A côté de celles de l'enfance dues à des vices de développement, il y a chez les enfants qui grandissent très vite des inégalités d'accroissement. Ces inégalités par moindre croissance s'égalisent souvent au cours de nouvelles poussées de croissance (Térillon) et parfois avec signes d'épiphysite aiguë comme l'auteur en rapporte un cas.

Cas d'ossification incomplète du crâne. — MM. Lesage et Bouquier présentent les radiographies d'un enfant de 34 mois chez lequel il n'y a pas de trace d'ossification des parties écailleuses des os du crâne.

La leucopénie digestive du nourrisson. — M. Dorlencourt. Chez l'enfant normal au sein ou au biberon, après l'ingestion d'une quantité normale de lait apparaît une leucopénie suivie de leucocytose. L'apparition de la leucopénie est fonction de la quantité de lait absorbé, et il y a une dose limite pour chaque sujet pathologique ou normal. M. Lesné a montré que la leucopénie se manifestait plus avec le lait de vache qu'avec celui de femme. L'auteur pense que cela vient simplement de ce que le lait de femme contient 3 fois moins d'albumine.

M. Widal a montré qu'il y avait chez l'adulte une leucopénie digestive liée à l'insuffisance hépatique. On ne peut invoquer cette explication pour le nourrisson puisque la leucopénie est constante pour tous les sujets normaux.

M. Méry, à la suite de recherches sur des enfants de 4 à 10 ans, 10 normaux, 10 atteints de vomissements cycliques, trouve des résultats identiques à ceux de M. Dorlencourt.

M. Lesné, à la suite de recherches avec M. Langle, pense que la dose limite varie avec chaque enfant. Il croit à l'influence de l'insuffisance hépatique : la leucopénie disparaît par l'adjonction de glucose au lait; elle n'existe pas dans les ictères bénins, existe au contraire dans les ictères graves.

M. Dorlencourt, d'après des expériences en cours, pense que l'origine est toute autre. C'est une fausse leucopénie, transitoire, d'origine périphérique.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 13 avril 1921)

Traitement de la gale, des pédiculoses et de la phtiriase par la benzine. — M. Artault de Vevey rappelle que vétérinaires et naturalistes utilisent la benzine pour détruire de nombreux parasites.

Il a étendu l'emploi de leur technique à l'espèce humaine avec des succès constants. Contre la gale, il conseille des lotions, faites le soir, complétées la nuit par l'emploi de la pommade : benzine, 10 gr.; axonge, 50 gr. La désinfection des vêtements est réalisée par la mise en caisse bien close, durant 2 heures, des vêtements imprégnés de benzine.

Pansements locaux aux terres rares dans la tuberculose du larynx. — M. G. Rosenthal ajoute aux injections intraveineuses les injections intratrachéales d'huile goménolée au sulfate de didyme et les pansements locaux à la gomme arabique, au sulfate de didyme. Cette technique se réserve aux ulcérations superficielles et limitées.

Les farines composées alimentaires et la question des vitamines. — M. J. Chevalier met en garde les médecins contre les aliments, dits complets, qui ne le sont réellement pas, contre des réclames dangereuses. La question de l'aliment complet est aussi importante que complexe. Quoiqu'on fasse, le lait restera longtemps encore le seul aliment dont l'enfant ne pourra se passer.

Le mode de préparation, la température à laquelle les farines sont soumises compliquent encore le problème qui ne paraît pas résolu par la notion des vitamines seule.

L'essence d'oxycèdre, succédané de l'essence de santal. — M. R. Huerre. La composition chimique de l'essence d'oxycèdre permet de prévoir que cette essence ne serait en rien inférieure à l'essence de santal, comme modificateur des muqueuses.

Bilans phosphorés et calciques chez les tuberculeux. — M. René Laufer. Pour obtenir les meilleures conditions de nutrition et de réparation, il ne faut pas prescrire aveuglément des quantités de chaux ou de phosphore alimentaire ou médicamenteux que l'organisme ne retient pas, mais il faut les fournir à bon escient selon que le régime suivi ou toléré contient une proportion trop faible de l'un ou de l'autre, afin de laisser à l'organisme tuberculeux un léger excédent de chaux utilisable.

Traitement de la coqueluche par l'adrénaline. — M. L. Dumont signale les résultats intéressants de cette médication ainsi prescrite : au-dessous de 3 ans, II gouttes toutes les 3 heures; de 3 à 7 ans, III gouttes toutes les 3 heures; de 7 à 15 ans, IV gouttes.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 18 mars 1921)

A propos du drainage en chirurgie abdominale. — M. Paul Delbet montre par des faits cliniques que dans les péritonites exsudatives, tout au moins les seules où le drainage puisse jouer un rôle, le drain, contrairement à une opinion répandue, ne s'entoure pas d'adhérences et assure l'évacuation des liquides exsudés. Il rapporte quelques faits montrant que l'ouverture large et le drainage restent nettement indiqués dans le traitement des appendicites gangréneuses.

Fonctionnement d'une anastomose latéro-latérale iléo-sigmoïdienne 18 ans après l'opération. — M. Aubourg présente le côté radiologique du résultat fonctionnel d'une opération faite en 1902. Pour un cancer du cæcum, M. Souligoux fit une hémicolectomie droite, ferma le transverse et l'iléon, puis fit une anastomose latéro-latérale de l'iléon au niveau du côlon pelvien. Après repas bismuthé, on constate un reflux complet des matières du côlon pelvien jusque dans le transverse gauche qui semble jouer le rôle d'un nouveau cæcum. Puis, après quelques heures, les matières bismuthées suivent le trajet inverse, cette fois normal, pour arriver au rectum. Après lavement bismuthé, il n'y a aucun reflux dans les anses grêles, tout le côlon gauche se remplit. Le lavement renseigne en plus sur la place de l'anastomose. Le côlon restant a conservé sa largeur normale, mais sa longueur a diminué, les sinuosités ont disparu; il est devenu un brachycôlon et représente une ligne droite, régulière, étendue, de l'angle splénique du rectum.

Sur un nouvel anesthésique local complètement dépourvu de toxicité : l'atoxodyne. — M. Guisez rapporte les résultats auxquels a donné lieu, au cours d'un certain nombre d'interventions de sa spécialité (déviation de la cloison, queues de cornets, morcellement des amygdales, trachéotomie), l'emploi d'un corps chimique nouveau pour l'anesthésie locale par infiltration et tronculaire appelé « atoxodyne », substance qui semble entièrement dépourvue de toxicité aux doses thérapeutiques les plus élevées. Au point de vue de sa constitution chimique, c'est un benzoate d'un mono-animo-alcool.

L'auteur a employé l'atoxodyne à fortes doses sans remarquer aucune action générale, dans les heures suivantes ni excitation, ni dépression.

A propos de la discussion sur l'anesthésie. — M. Le Fur. Ayant eu pendant la guerre, presque coup sur coup, 2 décès

par anesthésie au chloroforme, M. Le Fur a employé l'éther, puis le chlorure d'éthyle. Il a notamment employé beaucoup l'anesthésie au chlorure d'éthyle à petites doses répétées, au goutte à goutte, comme le chloroforme. Il n'en a jamais observé le moindre inconvénient : mais cette anesthésie est lente, complète, irrégulière.

Adénome de la tête du pancréas. — M. Alphonse Huguier. Laparotomie. Ablation de la tumeur. Guérison.

Appendicite gangréneuse. — M. R. Bonamy présente un appendice totalement gangréné, verdâtre, en érection, non perforé, de la grosseur de l'index, qu'il vient d'enlever chez une enfant de 4 ans qui, 48 heures avant était en classe, paraissant en parfait état de santé.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 4 MARS 1921)

Lymphosarcomes et lymphomes du cou. (*Présentation de plusieurs malades.*) — MM. Roux et Vinon.

Crises gastriques paroxystiques. Essai de diagnostic pathogénique. — MM. Vedel, J. Baumel et G. Giraud. Histoire clinique d'un homme de 47 ans, ancien syphilitique qui, depuis 14 ans déjà présente des crises gastriques à type tabétique. Aucun signe actuel de tabes, réaction de Wassermann négative. Par contre la radioscopie montre un estomac dilaté avec hypersécrétion, et les examens chimiques du liquide retiré après repas d'épreuve ou du liquide vomi au cours des paroxysmes font voir une quantité considérable d'acide chlorhydrique libre, bien supérieure à la normale dans les deux cas. Les auteurs pensent se trouver en présence d'un syndrome d'ulcus juxtapylorique (alias syndrome de Reichmann) en faisant cependant quelques réserves au sujet des cures solaires paroxystiques au cours de lésions pancréatiques ou même de cures solaires idiopastiques.

A propos de l'anesthésie tronculaire. — M. Mansoutre présente quelques observations au sujet de l'anesthésie tronculaire du dentaire inférieur, seule méthode capable de procurer une bonne anesthésie par le groupe de molaires inférieures et nous dit qu'il n'est pas utile d'atteindre directement l'épine de Spix, l'anesthésie pouvant se faire par rayonnement.

Deux observations de pseudo-paralysie syphilitique de Parrot. — M. Etienne.

(SÉANCE DU 11 MARS 1921)

Lèpre. (*Présentation de malade.*) — MM. Vedel, G. Giraud et Olivier.

Epithélioma wolffien de l'ovaire. (*Présentation de pièce.*) — MM. Tédenat et Vinon.

Au sujet d'un cas de septicémie puerpérale. Utérus en subinvolution. (*Présentation de pièce.*) — M. Roume.

Utérus fibromateux. (*Présentation de pièce.*) — MM. de Rouville et Villa.

Tuberculose mammaire. (*Présentation de pièce.*) — MM. Roux et Delord.

(SÉANCE DU 18 MARS 1921)

L'épreuve de l'hémoclasie et le diagnostic des hépatomégalies. — MM. Vedel, J. Baumel et G. Giraud. Appliquée à 10 cas d'hépatomégalies, l'épreuve de l'hémoclasie digestive s'est montrée positive dans un cas de cirrhose hypertrophique alcoolique ancienne, dans un cas de cirrhose biliaire grave et dans un cas de cancer pancréatique, avec métastases multiples dans le petit épiploon et dans le foie, avec importante gêne de la circulation biliaire de ce dernier. Positive encore, mais à un degré moindre, dans deux cas d'hépatomégalie cardiaque, et chez un septicémique à gros foie. Elle s'est montrée négative chez un asystolique à gros foie tout récent, chez un gros foie éthylique récent ; dans un cas ancien de cirrhose biliaire où d'autres épreuves d'insuffisance hépatique se sont généralement montrées, négatives et dans un cas de pleuro-bronchite bacillaire, avec hyposystolie, chez un éthylique hépatomégalique. Elle paraît mesurer avec sûreté la valeur du tissu hépatique encore fonctionnant.

Amyotrophie progressive du type Aran-Duchenne, enrayée et guérie par le traitement antisyphilitique. — MM. Gaston Giraud et Jean Baumel.

Luxation ancienne de la rotule. (*Présentation de malade.*) — MM. Lapeyre et Vinon.

Hémorragie méningée et ponction lombaire chez le nouveau-né. — Mlle M. Giraud. Il s'agit d'un gros enfant, né en état de mort apparente à la suite d'un accouchement long et laborieux terminé par une application de forceps, et qui a réalisé dans les heures suivantes des crises convulsives presque subintrantes, du strabisme, de l'hypothermie puis de l'hyperthermie, signatures cliniques d'une hémorragie méningée vérifiée par la ponction lombaire. A la suite de trois ponctions lombaires, tous ces phénomènes disparurent et l'enfant quitta la maternité en bon état 15 jours après.

Il a été revu à l'âge de 4 ans, en excellente santé ne présentant aucun autre reliquat de son hémorragie méningée qu'une légère contracture, en voie de progressive disparition, de son muscle sterno-cléido-mastoïdien droit.

Mal de Pott latent, avec lésions étendues. Trauma révélateur. (*Présentation de cliché radiographique.*) — MM. Etienne et Ollier.

Des effets du traitement par le novarsenobenzol des tous jeunes enfants indigènes syphilitiques. — M. P. Delanoë rapporte une série d'observations de tout jeunes enfants traités au Maroc par les injections intraveineuses de novarsenobenzol, avec un succès rapide sans accident.

Il souligne :

1° La tolérance des enfants indigènes pour ce médicament : 3 cgr. ont été parfaitement tolérés dans des cas où l'échelle de Lecapère n'eût indiqué que 1 1/2 ou 2.

2° La technique qui lui est personnelle et qui consiste à pratiquer les injections dans les veines temporales ou mieux épicraniennes, technique qu'il a décrite dans ses rapports officiels du 10 avril 1920 et du 7 juillet 1920.

LIVRES NOUVEAUX

Ophtalmologie du médecin praticien (1), par Albert Terson.

La deuxième édition, illustrée de 355 figures, de l'excellent livre du Dr A. Terson, mérite de figurer sur la table de travail de tous les praticiens. L'auteur y met sans compter, à la disposition du médecin, les trésors de son expérience personnelle. C'est le guide sûr pour résoudre les problèmes si délicats et si embarrassants de l'ophtalmologie journalière.

En se conformant aux judicieux conseils de A. Terson, exposés en un style vivant et clair, frappant l'œil et l'esprit par la magie de l'expression exacte, le médecin aura la certitude d'éviter les imprudences et les fautes lourdes, si préjudiciables au malade et au bon renom du praticien.

Traité pratique d'hygiène oculaire (2), par Etienne Ginestous.

Le Dr Ginestous passe en revue dans la première partie de son livre « les conditions générales de l'hygiène oculaire » ; la deuxième partie traite de « l'hygiène oculaire suivant les âges », et la troisième est consacrée à l'étude des rapports de l'hygiène oculaire avec l'hygiène publique.

Comme le dit le prof. Badal dans sa préface, le livre du Dr Ginestous s'adresse presque autant aux gens du monde qu'aux médecins. Aussi, devons-nous féliciter l'auteur d'avoir fait œuvre utile de vulgarisation, car les notions d'hygiène oculaire les plus élémentaires sont encore, à l'heure actuelle, étrangement ignorées du grand public. A. MONTHUS.

---

(1) Prix : 26 fr. net. — Paris, Masson et Cie.
(2) Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

Sous le nom d'étranglement herniaire, on comprend l'ensemble des accidents graves résultant d'une constriction permanente de l'intestin dans un trajet herniaire. Cette constriction gêne la circulation sanguine, arrête le cours des matières, apporte un obstacle invincible à la réduction et menace, si elle persiste, de se terminer par une perforation ou une gangrène (Gosselin). Elle détermine donc des *désordres locaux* en rapport avec une striction plus ou moins complète et des *phénomènes généraux* indiquant une profonde intoxication.

L'étranglement est une complication fréquente de la hernie; il nécessite un traitement chirurgical d'urgence : d'où l'importance d'un diagnostic précoce.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'étranglement herniaire peut se présenter en clinique sous des aspects différents : suivant la variété de la hernie qui s'étrangle, suivant la rapidité de l'évolution, suivant la coexistence d'autres accidents.

Nous prendrons pour type de description : la *hernie inguinale étranglée*.

DÉBUT. — Le début est habituellement brusque, mais ses modalités peuvent être variables.

Dans certains cas, il s'agit d'un sujet atteint d'une hernie jusque-là réductible. A l'occasion d'un effort plus ou moins violent, d'une *quinte de toux*, ou bien spontanément, la hernie sort plus volumineuse que d'habitude ; le malade ressent brusquement une *douleur vive* accompagnée d'un malaise général ; il cherche à réduire sa hernie, mais sans succès : l'étranglement est constitué.

Dans d'autres cas, la hernie était déjà irréductible et le début de l'étranglement se caractérise uniquement par une *douleur brusque*.

Parfois encore, la hernie s'étrangle au moment où elle se produit : c'est l'*étranglement d'emblée*.

Mais quel que soit le mode du début, la symptomatologie se complète rapidement, et il est très important de bien connaître cet aspect clinique des premières heures qui permettra de faire le diagnostic précoce et d'instituer le traitement d'urgence.

A son arrivée à l'hôpital, le malade se présente avec un facies peu altéré : habituellement, il n'existe qu'une légère anxiété due à la douleur.

SIGNES FONCTIONNELS. — La *douleur* constitue, en effet, le signe prédominant.

Analogue à celle de l'occlusion intestinale, elle est *continue* et *paroxystique*. Son intensité est variable : parfois à peine marquée, elle est le plus souvent très violente et au moment des paroxysmes, elle arrache des cris au malade. D'abord localisée au niveau de la hernie, elle ne tarde pas à irradier à tout l'abdomen et parfois aux membres inférieurs.

Dès le début aussi, surviennent les *vomissements* : d'abord *alimentaires* (réflexe d'ordre sympathique), ils sont ensuite muqueux, *bilieux*. Ils peuvent être rares et certains malades ont à peine un ou deux vomissements au moment où la hernie s'étrangle; parfois, au contraire, ils sont très fréquents, se produisant d'une façon presque continue. Ils surviennent, soit spontanément, soit à l'occasion d'une ingurgitation quelconque.

Enfin, il existe un *signe fonctionnel capital* qu'il faut toujours faire nettement préciser par l'interrogatoire, c'est l'*arrêt des matières et des gaz*. Ce signe entraîne la certitude d'un obstacle intestinal. Il faut savoir cependant que dans les 24 premières heures, il peut y avoir une évacuation du bout inférieur de l'intestin. Mais l'arrêt des gaz est toujours absolu et c'est un signe sur lequel il faut particulièrement insister à l'interrogatoire du malade.

SIGNES PHYSIQUES. — Les signes physiques sont de deux ordres; ils s'observent du côté de la hernie et du côté de l'abdomen.

L'*abdomen*, dans les premières heures, est ordinairement *rétracté*. Puis surviennent des contractions péristaltiques visibles sur la paroi ; elles ont une grande valeur séméiologique, mais il faut savoir reconnaître l'étranglement avant leur apparition. Ce sont surtout les signes constatés au niveau de la hernie qui permettent ce diagnostic précoce.

La *hernie inguinale*, prise pour type de description, se présente sous la forme d'une saillie régulière, piriforme à grosse extrémité inférieure, de volume très variable. La peau qui la recouvre ne présente aucune altération.

A la *palpation*, elle est *dure*, *tendue*, *rénitente*, très différente de la hernie non étranglée qui habituellement est molle et gargouillante : souvent elle donne une sensation de consistance *élastique* spéciale qui, à elle seule, permet de faire le diagnostic.

La palpation est *douloureuse*; la douleur à la pression est surtout vive *au niveau du pédicule* de la hernie ; c'est donc à la partie supérieure de la hernie qu'il faut la rechercher ; elle est assez vive pour produire une réaction de défense de la part du malade.

De plus, *la hernie est irréductible* ; c'est un signe qu'il faut rechercher, mais il faut bien se garder de tentatives violentes et prolongées; on pourrait, en effet, provoquer une réduction en masse qui ne remédierait pas à l'étranglement, mais qui priverait le malade d'une intervention chirurgicale précoce.

Enfin, la hernie ne subit *pas d'impulsion à la toux*.

A la percussion, on observe de la *matité*. Mais c'est là un signe de moindre valeur. En effet, les épiplocèles non étranglées sont mates et une hernie étranglée peut donner de la sonorité, surtout près du pédicule.

Dans les premières heures, l'état général est encore peu ou pas touché. Le malade accuse quelques malaises, une sensation d'angoisse; le pouls est parfois déjà modifié et il s'agit là d'un phénomène purement réflexe. Ces signes sont d'ailleurs très variables. Le malade peut être complètement immobilisé par la douleur ; d'autres fois, au contraire, il semble peu atteint et se rend à pied à l'hôpital.

Nous avons déjà signalé l'importance du diagnostic fait dans les premières heures. A ce moment-là, l'étranglement herniaire se caractérise par des *signes fonctionnels* : douleur, vomissements, arrêt des matières et des gaz, et surtout par des *signes physiques* : hernie dure, rénitente, douloureuse au niveau du pédicule, irréductible, ne subissant pas l'impulsion à la toux.

Opérée dans les premières heures, la hernie étranglée a une évolution favorable; les signes fonctionnels disparaissent, le cours des matières se rétablit et le malade guérit en quelques jours

PÉRIODE D'ÉTAT. — Livrée à elle-même, la hernie étranglée évolue vers une aggravation progressive de tous les symptômes.

Les signes fonctionnels s'accentuent : douleur intense avec paroxysmes intolérables, vomissements bilieux très fréquents; l'arrêt des matières et des gaz reste complet.

L'abdomen, d'abord rétracté, se météorise progressivement et devient douloureux à la palpation.

La hernie présente les signes déjà décrits ; elle augmente de volume et devient de plus en plus dure.

Cependant l'état général reste bon encore quelques heures, parfois deux ou trois jours, puis le malade arrive à la période terminale. *(A suivre.)*

Précis de thérapeutique médicale oto-rhino-laryngologique, par le Dr G. DE PARREL, ancien chef de clinique aux Sourds-Muets de Paris, lauréat de l'Académie des sciences. Préface du Dr Pierre SEBILEAU, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 670 pages. — Prix : 28 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Ophtalmologie du médecin-praticien, par le Dr Albert TERSON. 1 volume de 550 pages avec 356 fig. (collection du « Médecin-Praticien ». — Prix : 26 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril. — MM. Desplat, 17; Brocq, 18; Leveuf, 12; Lorin, 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LE HAVRE. — Le deuxième banquet des internes et anciens internes des hôpitaux du Havre aura lieu cette année dans la deuxième quinzaine de juin. Les anciens internes sont priés de bien vouloir faire connaître leur nom et leur adresse à M. Péchin, interne à l'hôpital Pasteur, pour qu'on puisse leur adresser les renseignements définitifs.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Ordre de passage :

MM. Chardin, Francq, Leroy, Renaudier, Regnault, Savatier, Vallée, Deglaive, Huguet, Langlois, Vincent, Weill, Couturier, Despardieu, Brétégnier, Delotte, Maffée, Mme Godet, MM. Couanet, Matsoukis.

Lecture. — Séance du 25 avril. — MM. Chardin, 9 + 14 = 23; Leroy, 10 + 16 = 26; Francq, 11 + 14 = 25; Renaudier, 14 + 18 = 32.

Séance du 27 avril. — MM. Regnault, 10 + 14 = 24; Savatier, 12 + 16 = 28; Vallée, 12 + 18 = 30; Deglaive, 12 + 17 = 29.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Robert Turner, citoyen américain.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le lieutenant-colonel médecin Mutermilch Stefan, de l'armée polonaise; M. le médecin principal de 2e cl., Aune; à la mémoire de MM. Drouet, médecin major 2e cl., et Mages, médecin aide-major, 2e cl.

Médailles d'argent. — M. le lieutenant-colonel médecin Paklikowski de l'armée polonaise; M. le Dr Bienfait (de Vichy).

LES MÉDECINS ET L'ARTICLE 64. — Dans la 1re séance du 25 avril, à la Chambre des députés, M. H. Régniert es venu brillamment défendre les médecins contre les accusations de M. le ministre des pensions. Il a exposé qu'à l'assemblée générale de l'Association des médecins de France, un ordre du jour avait été voté donnant mandat au bureau de répondre désormais aux convocations des pouvoirs publics. Il y a tout lieu d'espérer que l'A. G. réussira à obtenir l'entente à laquelle l'Union des syndicats n'a pu arriver.

Le ministre sera obligé de causer avec les groupements médicaux et, comme l'a dit M. Regnier, ce sera pour lui la seule manière de sortir d'une impasse où, bien imprudemment il s'est laissé engager.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. André Roussel, externe des hôpitaux de Paris.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Babonneix commencera, le mardi 3 mai à 15 heures, à l'amphithéâtre de la clinique médicale des Enfants-Malades, 140, rue de Sèvres, un cours consacré aux *maladies nerveuses des enfants.* Ce cours se continuera tout le mois, les mardi et vendredi, à la même heure.

Essentiellement pratique, et destiné à donner aux médecins les notions élémentaires de neurologie infantile qui leur sont indispensables, il comportera, toutes les fois que faire se pourra, des présentations de malades, de pièces, photographies, etc. Des explications pourront être données en espagnol.

SUJETS DU COURS : *Déformations craniennes.* — *Syndromes moteurs.* : A. Atoniques et paralytiques. — B. Spasmo-paralytiques. — C. Mouvements involontaires. (Chorée, athétose, tremblements). — D. Convulsions. — *Réactions méningées.* — *Syndromes d'hypertension intracranienne.* — *Principaux syndromes glandulaires* (tétanie, goitre exophtalmique, syndromes hypo et épiphysaires). — *Traitements chirurgicaux et orthopédiques des paralysies infantiles et des états spasmo-paralytiques* (par M. Lance). — *Traitements médicaux, et synthèse générale.*

COURS PRATIQUE DE BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — Le Dr Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera son cours le mardi 24 mai à 5 heures, à sa clinique-maison de

santé, 15, rue de Chanaleilles. (Laryngoscopie directe, broncho-œsophagoscopie, examen de malades, interventions.)

S'inscrire auprès de la directrice de la clinique, le matin de 11 heures à midi.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA CLASSE 1920 ENGAGÉS SPÉCIAUX ET L'EXAMEN D'OFFICIER DE RÉSERVE

Le *Journal officiel* du 23 avril publie une circulaire du ministre de la Guerre indiquant le programme de l'examen des étudiants en médecine et en pharmacie candidats au titre d'élève officier de réserve au début de leur deuxième année de service.

Le programme d'instruction militaire sur lequel portera l'examen sera celui fixé par l'annexe à l'instruction du 30 décembre 1910 sous la rubrique : service de l'intendance et de la santé (*B. O.*, partie réglementaire, p, 2.398), à l'exclusion des matières portées à la page 2.309; il comportera, en outre, une partie technique.

I. PARTIE MILITAIRE. (*Service de santé.*) — A. *Service de santé à l'intérieur.* — 1° Service de santé dans les corps de troupes et places; infirmiers régimentaires et infirmiers de garnison; infirmiers et brancardiers régimentaires;

2° Service de santé dans les hôpitaux militaires; divisions et fonctionnement général du service : admissions et sorties de l'hôpital; personnel des hôpitaux; sections d'infirmiers militaires.

B. *Service de santé en campagne.* — I. Organisation générale et divisions du service :

1° Service de santé régimentaire; la voiture médicale;

2° Service de santé divisionnaire; le groupe sanitaire de division.

II. Evacuation : Fonctionnement général des évacuations.

Moyens de transport : brancard et brouette porte-brancard; voitures réglementaires et improvisées; section sanitaire automobile; trains sanitaires; gares régulatrices; régulatrices sanitaires.

Hospitalisation : à l'armée; à l'intérieur.

II. PARTIE TECHNIQUE. — *Conférences chirurgicales.* — *A.* La blessure de guerre dans son aspect primitif :

1. Etude sommaire des agents vulnérants; premier pansement de la plaie de guerre; traitement préventif du tétanos et de la gangrène gazeuse;

2. Les hémorragies par blessure artérielle ou veineuse; le garrot : indications, technique d'application, dangers.

B. Le blessé de guerre suivi dans les différentes étapes de son évolution sur l'arrière :

1. Les intransportables et les évacuables; les principes du triage chirurgical; organisation technique des formations chirurgicales aux différents échelons;

2. A l'ambulance chirurgicale; la préparation du blessé de guerre à l'opération; le réchauffement du blessé; la toilette du blessé; le traitement préparatoire (en particulier la thérapeutique par voie sous-cutanée et intraveineuse); l'anesthésie.

Conférences médicales. — Le médecin militaire et la protection de la collectivité militaire :

I. Hygiène fonctionnelle :

Le rôle du médecin en ce qui concerne l'éducation physique et l'entraînement du soldat; propreté corporelle; habillement; équipement; chaussures; alimentation; l'indispensable sur la question de l'eau de boisson; expertises, purification, javellisation.

L'habitation du soldat; les desiderata hygiéniques auxquels doivent répondre les casernes; conduite à tenir pour procéder à l'expertise hygiénique d'un cantonnement et bivouac;

2. Prophylaxie des maladies contagieuses et sociales :

Données fondamentales relatives à la lutte dans l'armée contre l'alcoolisme, les maladies vénériennes, la tuberculose.

LIVRES NOUVEAUX

Technique chirurgicale (1) [5e édition], par G. MARION.

L'ouvrage de Marion est aujourd'hui classique. Il est inutile de le présenter au public médical. Il sait qu'il ne s'agit pas d'une compilation de toutes les interventions possibles sans qu'aucun choix soit fait entre elles. Il sait que ce guide lui indiquera pour chaque cas, après les indications, l'intervention à laquelle l'auteur donne sa préférence et que, seule, il décrit. C'est ce facteur personnel qui donne un ensemble et une grande clarté à l'œuvre.

La cinquième édition comporte des remaniements et des additions importantes : sur la transfusion du sang, sur l'ostéosynthèse (ligature, agrafage, plaques de Lambotte), sur la greffe osseuse (greffe dans les pseudarthroses, opération de Delbet dans la pseudarthrose du col fémoral, obturation des pertes de substance cranienne, greffon d'Albee, greffe ostéo-périostique de Delagénière), sur les greffes des tendons et des nerfs. La chirurgie du crâne a bénéficié de développements notables (trépanation, craniectomie et toutes leurs variétés selon les régions). Un chapitre sur la rhinotomie paralatéronasale montre les voies d'abord des régions ethmoïdales, sphénoïdienne, de la selle turcique. Un long chapitre décrit les interventions sur le trijumeau : résection de ses branches, du ganglion de Gasser, neurotomie rétro-gassérienne. Le chapitre sur les résections de l'estomac, en particulier pour l'ulcère, a été remanié. Enfin, une description de la technique des amputations cinéplastiques, opérations appelées sans doute à un grand avenir, a été ajouté.

On ne peut terminer sans souligner le luxe des figures comme qualité et comme nombre (1.418 figures).

La quatrième édition de l'ouvrage ne date pas de quatre années. C'est dire son succès. Nul doute que celui de la présente édition ne confirme celle de ses aînées.

M. LANCE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 2 mai. — Jury : MM. Letulle, président; Labbé (M). Clerc et Lereboullet. — M. ROCHETEAUX (Jacques). Contribution à l'étude de la sacralisation de la 5e vertèbre lombaire. — M. LECARPENTIER (René). De la nature tuberculeuse de certaines pseudo-tumeurs.

Mardi 3 mai. — Jury : MM. de Lapersonne, président; J.L. Faure, Lejars et Lecène. — M. AULANIER (G.). Etude de la cranioplastie par greffes. — M. LOUBRIAT (René). De l'application de la méthode des greffes ostéo-périostiques. — M. PETIT (Armand). La cure des ankyloses du coude par résection économique. — M. FOMBEURE (Georges). La flore papillaire dans les céphalées de la syphilis. — M. FABRE (Maurice). Les métrorragies émotives.

Jury : MM. Teissier, président; Carnot, Laignel-Lavastine et Roussy. — M. ZISMAN (M.). Contribution à l'étude de la claudication intermittente. — M. PEYRE (Edouard). La broncho-pneumonie du vieillard. — Mme DERMER (S.). Scarlatine et vaccine.

Mercredi 4 mai. — Jury : MM. Broca (Aug.) président; Couvelaire, Delbet et Sebileau. — M. BUREAU (André). Le traitement chirurgical du prognathisme. — M. ALLARD (R.). Contribution à l'étude des fractures des deux os de l'avant-bras chez l'enfant. — M. BENOIT (Félicien). A propos du curettage dans les suites de couches. — M. CHABAGNO (F.). Contribution à l'étude des fractures du col du fémur.

(1) Deux vol. de 1.038 pages, 1.355 figures et 57 planches en couleur. — Paris, A. Maloine et fils.

REVUE GÉNÉRALE

L'ICTUS LARYNGÉ DES BRONCHITIQUES

Par les Drs CAMILLE LIAN, médecin des hôpitaux de Paris,
et ANDRÉ PINART.

Historique. — *L'existence des ictus laryngés non tabétiques a été établie pour la première fois par Charcot qui, en 1876, décrivit ce syndrome, sous le nom de vertige laryngé, chez deux malades ne présentant aucun signe de tabes.* Elle fut confirmée, dans les années suivantes, par différents auteurs. Nous citerons les observations de Gasquet (1878), Charcot (1879), Chamberlain, Krieshaber (1882), Bianchi (1883), Cartaz (1889); Armstrong, en 1889, peut ainsi en réunir 21 cas, dont 1 personnel.

Mais ce ne sont que des observations isolées; l'ictus laryngé non tabétique semble encore considéré comme une curiosité clinique. En 1894, paraît le très intéressant mémoire de Garel et Collet dans lequel ces auteurs rapportent 22 cas personnels, prouvant ainsi que ce phénomène est loin d'être rare.

Bedos (Paris, 1895-1896) et Chazalon (Lyon, 1895-1896), consacrent leurs thèses à l'ictus laryngé. Ils apportent quelques observations nouvelles et font, à cette occasion, une revue générale de cette question. Jourdin, en 1908, puis en 1909, signale plusieurs cas au cours de la coqueluche.

Enfin, MM. Jeanselme et Lian, en juillet 1915, rapportent à la Société médicale des hôpitaux, sous la dénomination d'*ictus laryngé des bronchitiques*, deux observations de militaires atteints d'ictus laryngés. Par cette appellation, ils soulignent le facteur étiologique prépondérant des ictus laryngés non tabétiques. Ils pensent que ces cas ne doivent pas être rares et regrettent que, malgré les publications parues à ce sujet, ces notions ne soient pas mieux présentes à la mémoire des médecins et qu'en particulier, cet accident ne soit pas mentionné au chapitre des complications dans les articles classiques sur l'emphysème pulmonaire et les bronchites chroniques. Le réflexe oculo-cardiaque, recherché chez le second malade, fut trouvé fortement positif. Depuis lors, nous avons observé quatre nouveaux cas d'ictus laryngés chez des bronchitiques chroniques. Le réflexe oculo-cardiaque s'y est montré aussi fortement positif. Cette constatation indique donc que le pneumogastrique est hyperexcitable chez de tels malades, et permet de supposer que cette hypertonie pneumogastrique intervient dans le mécanisme de l'ictus laryngé des bronchitiques. Ces nouvelles données ont été exposées dans la thèse récente de l'un de nous. (*Thèse* Pinart, Paris 1920.)

Etiologie. — *L'ictus laryngé non tabétique survient, dans la grande majorité des cas, comme complication d'une affection chronique des voies respiratoires.* — C'est cette forme que nous étudions sous le nom d'« ictus laryngé des bronchitiques » proposé par Jeanselme et Lian, à la place de l'appellation trop vague d'ictus laryngé essentiel de Bedos.

C'est un accident des « vieux tousseurs ». — On a affaire à un emphysémateux, un bronchiteux chronique, un asthmatique, sujet aux bronchites répétées tous les hivers et qui, à l'occasion d'une de ces bronchites, présente un ictus ou une série d'ictus.

Ce syndrome a été signalé, mais beaucoup plus rarement, dans la tuberculose pulmonaire au début, sous la forme d'ictus larvés, dans la bronchite aiguë et dans la coqueluche. — Bien que cette dernière affection soit plus fréquente chez les enfants, les observations de coquelucheux atteints d'ictus laryngés concernent des adultes.

L'ictus laryngé est, en effet, l'apanage des adultes et des vieillards et survient, en général, pour la première fois, entre 40 et 50 ans, les hommes y étant infiniment plus prédisposés que les femmes.

Ces malades présentent souvent les attributs de ce que l'on appelle l'arthritisme : particulièrement l'obésité, la goutte, le diabète. Le genre de profession ne semble pas avoir une influence bien marquée. Par contre, l'éthylisme paraît être une condition prédisposante.

L'examen des voies respiratoires supérieures et du pharynx est souvent négatif ou ne révèle que des lésions légères. C'est, dans la moitié des cas environ, une rougeur, le plus souvent marginale, des cordes vocales. La pharyngite granuleuse, l'hypertrophie des amygdales ou de la luette, la rhinite, la sinusite, la présence de polypes ont été signalées.

Si l'ictus laryngé des bronchitiques survient le plus souvent sans cause immédiate apparente, on a cependant remarqué qu'il se produisait fréquemment à la fin d'un repas. La fumée de tabac, un éclat de rire, certaines odeurs peuvent le provoquer. Quant à la position du malade, elle ne semble pas avoir d'influence sur l'apparition de l'accès.

Les gaz de combat, utilisés par les Allemands au cours de cette dernière guerre, auraient pu être susceptibles, grâce à l'intense irritation laryngée qu'ils causaient, de provoquer des crises d'ictus laryngés notamment chez des territoriaux, mais nous n'en connaissons pas de cas signalé.

Etude clinique. — I. FORME COMPLÈTE. — L'aspect clinique de l'ictus laryngé des bronchitiques est véritablement dramatique et très caractéristique, quand celui-ci se présente sous sa forme la plus complète. Dans ce cas, le malade commence par éprouver un chatouillement au niveau du larynx; il tousse, sa figure se congestionne et, soudain, il tombe sans connaissance. Il reste immobile ou présente parfois quelques secousses dans les membres. Presque immédiatement, il revient à lui en pleine possession de son intelligence et de sa mémoire, capable de reprendre aussitôt l'occupation interrompue par la crise.

Le chatouillement laryngé du début peut faire défaut. Mais il existe souvent et ne présente pas de caractère spécial. Dans quelques cas cependant, il est assez particulier pour prévenir le malade de l'imminence de la crise. Il est alors spécialement intense, et s'accompagne parfois de sensation d'étouffement ou de gêne retro-sternale.

La toux, que provoque ce chatouillement, est quinteuse et souvent très pénible, sans reprise chantante. La face du malade s'empourpre, devient violacée; les veines du cou se gonflent, faisant saillie sous la peau. Le malade éprouve alors souvent une *sensation de malaise indéfinissable*; sa vue se brouille, sa tête est lourde, ses idées s'obscurcissent. Parfois aussi, il est pris de tremblements ou de fourmillements dans les membres. Ces diverses sensations, quand elles existent, peuvent faire prévoir, à l'avance, au malade l'apparition de l'ictus. Mais, si la perte de connaissance peut ne se pro-

duire que dans le cours d'une longue quinte, il n'est pas rare que seulement quelques secousses de toux, parfois même une seule, suffisent à la provoquer.

Quoiqu'il en soit, l'*ictus survient et met fin à la quinte. Si le malade est debout, il tombe.* S'il est assis, ou s'il a eu le temps de s'asseoir, il glisse à terre; ou, si la chute ne se produit pas, on voit la tête du malade s'incliner sur sa poitrine, ses mains laissant échapper ce qu'elles tiennent.

Pendant l'ictus, *la perte de connaissance est complète, ainsi que la résolution musculaire.* Dans certains cas, se produisent quelques secousses légères des membres supérieurs, s'étendant rarement aux membres inférieurs. Ces secousses ont pu être observées immédiatement avant l'apparition de l'ictus.

La face reste habituellement congestionnée, surtout dans les cas où la quinte de toux a été longue et intense. Mais parfois elle pâlit, lors de la perte de connaissance ou au cours de celle-ci.

On manque de renseignements précis sur les modifications du *pouls* et de la *respiration* pendant l'ictus, car il est bien rare qu'un médecin ait assisté à une crise. Thermes put constater une fois que « les battements du cœur étaient à peine perceptibles »; Kürz trouva « un pouls très faible et lent ». Ce sont les deux seules observations citées dans la littérature médicale.

Mentionnons, également, qu'on ne note, au cours de l'ictus, *ni relâchement des sphincters, ni morsure de la langue, ni écume aux lèvres.*

La durée de la perte de connaissance est presque toujours extrêmement courte. Le plus souvent, elle est de quelques secondes. Il arrive même que le sujet, aussitôt tombé, se relève immédiatement. Ainsi un de nos malades, étant assis et prenant son repas, tombe à la renverse sans connaissance, se redresse aussitôt puis continue à manger. Ses voisins de table ont cru qu'il s'était volontairement jeté en arrière, et qu'il avait fait cela pour les faire rire.

Le retour à la conscience complète se fait instantanément. Le malade ne présente aucun trouble de la mémoire. Il se souvient clairement et immédiatement des circonstances qui ont précédé et accompagné sa quinte, à laquelle il a assisté. Il n'éprouve aucun malaise, aucune nausée, il n'a pas de vomissement. Tout au plus, et bien rarement, éprouve-t-il un peu d'hébétude momentanée quand la crise a été particulièrement violente. Dans la presque totalité des cas, il est capable de reprendre immédiatement, avec une lucidité parfaite, le travail ou le repas que la crise avait interrompu. Jamais on n'a observé, à la suite d'un ictus laryngé, de paralysie ou d'aphasie. Un de nos malades, attendant un tramway, sent tout à coup venir sa crise; il demande à un voisin de le soutenir. Ce dernier n'en fait rien et dit : « Il est ivre ». Le malade tombe à terre sans connaissance, puis se relève immédiatement frais et dispos. Vexé de la réflexion faite par le voisin, il donne aussitôt une paire de gifles à ce dernier en s'écriant : « Cela vous apprendra à dire que je suis ivre, alors que je suis malade et que je viens de perdre connaissance. »

II. Formes larvées ou frustes. — Indépendamment de la forme bien caractérisée décrite ci-dessus, il existe aussi, chez les bronchitiques, une autre forme que l'on a appelée soit *ictus laryngé larvé*, soit *ictus laryngé incomplet*.

Dans ces cas, la crise débute également par le chatouillement et la quinte de toux; mais l'*obnubilation ne va pas jusqu'à la perte complète de la connaissance. Le malade ne tombe pas;* tout au plus sent-il sa vue se brouiller, son équilibre se troubler, sa conscience s'obscurcir. Il s'accroche à quelque chose de résistant, il ne tombe pas, il ne perd pas connaissance.

Certains auteurs ont refusé de faire rentrer ces derniers faits dans le cadre des ictus laryngés. Nous ne partageons pas leur opinion. En effet, il n'est pas rare de voir survenir, chez un même malade, tantôt un ictus complet avec perte de connaissance, tantôt un ictus larvé avec un léger état de vertige et d'obnubilation. Dans d'autres cas aussi, après avoir été frappé d'ictus avec perte de connaissance, le même sujet verra l'intensité de ses crises diminuer et ne présentera plus que des ictus larvés, ce changement traduisant une amélioration, tout au moins passagère, dans son état. Il existe donc des formes frustes ou larvées de l'ictus laryngé des bronchitiques.

Diagnostic. — I. Ictus méconnus. — Exceptionnellement, les ictus laryngés n'impressionnent pas le malade qui parle seulement au médecin de ses bronchites fréquentes. En pareil cas, les ictus pourraient donc rester méconnus, si le médecin, non averti, ne dirige pas l'interrogatoire dans ce sens.

II. Est-ce un ictus laryngé ? — Mais habituellement, le malade consulte pour ses pertes de connaissance, et embarrasse fort son médecin si celui-ci ne connaît pas, éventualité fréquente, les caractères cliniques des ictus laryngés des bronchitiques. Par contre, pour le médecin au courant de cette question, le début si typique de l'ictus laryngé des bronchitiques par une sensation d'irritation laryngée, la quinte de toux qui précède la perte de connaissance, le retour si instantané « comme par enchantement » (Charcot) à la conscience complète rendront bien facile, dans la plupart des cas, le diagnostic de cet accident. *Nous insisterons sur cette particularité que le malade ne tombe qu'après avoir commencé à tousser, car elle est d'un précieux secours pour éliminer toutes les pertes de connaissance qui ne reconnaissent pas une origine laryngée.* Ainsi toutes les *syncopes de causes diverses* : anémies, hémorragies, affections cardiaques ne prêteront pas à erreur et, d'ailleurs, l'examen du malade et les commémoratifs orienteront vite le diagnostic.

Ce n'est pas ainsi non plus que débute une *attaque apoplectique,* à laquelle on pourrait songer en face d'un ictus avec congestion de la face. Dans ce cas, la respiration bruyante, stertoreuse, la paralysie des réservoirs, l'évolution, soit vers la mort, soit vers les paralysies avec retour progressif de la connaissance (ce retour pouvant se faire attendre des heures et des jours) sont des signes trop différents de ceux de l'ictus laryngé pour permettre une erreur.

L'*attaque épileptique* bien caractérisée est facile à différencier de l'ictus laryngé. Celui-ci, en effet, ne s'accompagne souvent d'aucune secousse, ou, s'il s'en produit, ce sont des secousses légères bien différentes de l'intensité habituelle des convulsions épileptiques. De plus, le tremblement ou les petites secousses de l'ictus laryngé ne sont pas précédés d'une phase de contracture. La morsure de la langue, l'écume aux lèvres, la perte d'urine font défaut dans l'ictus laryngé. Enfin, après la crise épileptique, le malade tombe dans un sommeil profond ou tout au moins reste prostré, hébété et ne garde aucun sou-

venir de la crise au début de laquelle il n'a pas assisté. Mentionnons la difficulté de diagnostic qui sera rencontrée dans les cas d'*épilepsie avec aura laryngée* (sensation d'angoisse respiratoire, de spasme laryngé). Toutefois, la recherche minutieuse des caractères différentiels précités empêchera l'erreur.

Certains cas d'*épilepsie larvée,* de *petit mal* où les crises se ramènent à une perte de connaissance brève, non accompagnée de convulsions, ressemblent davantage à l'ictus laryngé, et il pourrait être difficile de les en distinguer. Mais il est rare que chez un individu atteint de petit mal, il ne se produise pas, de loin en loin, une crise un peu plus typique. D'autre part, on se rappellera le début de l'ictus laryngé par une quinte de toux. Enfin, interviendront les circonstances étiologiques, les ictus laryngés survenant surtout après 40 ans, et surtout chez les bronchitiques chroniques.

Le *vertige de Ménière* peut aussi s'accompagner de chute. Mais ici le malade entend un bourdonnement violent ou un sifflement intense, aigu, le plus souvent dans une seule oreille; puis il lui semble que tout tourne autour de lui et que lui-même est entraîné. Cette sensation s'exagère dès qu'il veut avancer; il se sent emporté par une force invincible, et il tombe. Il est en proie à une véritable anarchie des mouvements d'équilibration, à un véritable vertige, phénomène différent de la sensation de malaise indéfinissable signalée par les malades atteints d'ictus laryngés. De plus, cet état s'accompagne souvent de nausées et de vomissements et, après la crise, le malade s'aperçoit qu'il est sourd. Enfin, la perte de connaissance est tout à fait exceptionnelle, au point que la conservation de la conscience était pour Charcot un des caractères essentiels du vertige de Ménière.

III. Est-ce l'ictus laryngé des bronchitiques? — Avant de conclure qu'il s'agit de l'ictus laryngé des bronchitiques, il est indiqué d'envisager si l'ictus laryngé ne relève pas d'une autre cause. On a décrit, sous le nom d'*ictus laryngés des affections graves du larynx,* des accidents inhibitoires dont le point de départ semble bien laryngé. Mais ici, l'accident est unique et mortel. Il s'agit de cas de mort survenant subitement sans cause occasionnelle appréciable, sans phénomènes de sténose, sans cornage, sans dyspnée et où l'autopsie ne révèle, à part la lésion laryngée, aucune autre lésion qui puisse l'expliquer. Parmi ces laryngopathies, il faut citer en première ligne : le cancer, la tuberculose, le rétrécissement syphilitique du larynx. Cette mort foudroyante peut survenir à toutes les périodes de la maladie, que la lésion soit superficielle ou profonde, alors que les phénomènes respiratoires font encore défaut, ou après qu'ils ont été mis hors de cause par la trachéotomie.

On a également signalé des ictus à la suite d'irritations laryngées dans les conditions étiologiques les plus diverses : *polypes du larynx; présence d'un corps étranger dans le larynx; simple déglutition de travers; badigeonnages intralaryngés; inhalation de vapeurs irritantes; traumatismes légers de la région laryngée.* Dans des cas exceptionnels, un ictus de ce genre a pu entraîner la mort subite.

Les *ictus laryngés tabétiques* peuvent parfois être identiques, au point de vue clinique, à ceux des bronchitiques. Le diagnostic sera, dans ce cas, purement étiologique. S'il s'agit d'un sujet présentant de l'emphysème pulmonaire avec poussées bronchitiques et si le malade n'a aucun signe de tabes, on diagnostiquera : ictus laryngé des bronchitiques. Si, au contraire, le sujet n'a pas de troubles respiratoires, mais présente des signes d'un tabes avéré ou fruste, on dira : ictus laryngé tabétique. Toutefois, il pourra se rencontrer des cas embarrassants où les deux sortes d'accidents coexisteront, et où le diagnostic différentiel pourra devenir impossible. D'autre part, il semble possible que le premier signe d'un tabes soit un ictus laryngé.

Ceci dit, *il y a lieu d'envisager, pour la réfuter, l'hypothèse qui chercherait à rattacher à un tabes monosymptomatique tous les faits décrits sous le nom d'ictus laryngé essentiel ou d'ictus laryngé des bronchitiques.* Ce serait une interprétation bien invraisemblable. En effet, beaucoup de sujets ont été observés pendant de nombreuses années et il serait étrange que, chez tous, le tabes fût resté monosymptomatique. Il y a, d'autre part, les ictus des affections laryngées graves, des traumatismes laryngés, de la coqueluche, etc., qui montrent bien l'existence indiscutable d'ictus d'origine laryngée en dehors du tabes.

En ce qui concerne plus spécialement les bronchitiques chroniques, il y a lieu toutefois de tenir compte du rôle étiologique de la syphilis dans la genèse de maints emphysèmes et scléroses pulmonaires, comme l'enseigne notre maître, M. E. Sergent. Mais on ne peut généraliser, car il ne faut pas oublier que dans certains processus laryngo-trachéo-bronchitiques aigus, comme dans la coqueluche, on observe des ictus laryngés. La syphilis peut causer l'emphysème pulmonaire, la sclérose pulmonaire, le tabes; mais chez les bronchitiques sans aucun signe de tabes, ce serait forcer les faits que de penser à un tabes dont le seul symptôme serait et resterait ultérieurement l'ictus laryngé.

D'ailleurs, les ictus laryngés tabétiques sont loin de présenter toujours les caractères des ictus laryngés des bronchitiques. Bien au contraire, dans les accidents laryngés tabétiques, il s'agit le plus souvent d'accès de spasme glottique d'intensité variable, dans lesquels à la toux s'ajoutent du sifflement inspiratoire, du cornage. Cette crise de spasme peut ou non aboutir à une perte de connaissance, voire même à la mort subite.

Mentionnons, à ce propos, que tous les *spasmes de la glotte,* quelle que soit leur origine, sont susceptibles de s'accompagner tout d'un coup d'une perte de connaissance due à un ictus laryngé, parfois même de la mort subite. L'ictus est précédé dans ces cas d'une période d'apnée ou d'un véritable accès de suffocation avec inspiration stridente. Il n'en est pas ainsi dans l'ictus laryngé dit des bronchitiques où la perte de connaissance survient après quelques secousses de toux sans caractères spéciaux.

Pathogénie. — La pathogénie de l'ictus laryngé des bronchitiques constitue une question extrêmement complexe dont la solution, à l'heure actuelle, est encore bien incomplète et hypothétique. La discussion en est rendue d'autant plus ardue que nous ne possédons que des données extrêmement vagues sur l'accès lui-même qui, si inopiné dans son apparition et si fugace dans son évolution, échappe à une investigation clinique fructueuse.

Les recherches de Lian sur le *réflexe oculo-cardiaque* chez les bronchitiques atteints d'ictus laryngés, apportent une notion nouvelle dans les débats

de cette discussion. Ces recherches ont été systématiquement pratiquées sur cinq de ces malades. Voici les résultats : chez un premier malade, sergent de territoriale, la compression oculaire qui dura un quart de minute, fit tomber de 19 à 11, le nombre des pulsations par quart de minute. Chez un malade hospitalisé à la Charité, le réflexe oculo-cardiaque fut recherché deux fois à quelques jours d'intervalle. Dans la première épreuve, le pouls était avant la compression, à 19-20 par quart de minute. La compression oculaire, qui dura une demi-minute, le fit tomber à 5 pulsations pendant le premier quart et à 9 pendant le second. En même temps, on observa un arrêt respiratoire et la respiration reprit après la compression. A la deuxième épreuve, le pouls était à 19-18. Au début de la compression, il y eut une pause cardiaque d'au moins 8 secondes et pendant toute la durée de cette compression, c'est-à-dire un quart de minute, on ne compta que 5 pulsations. Chez un autre malade du même service; l'épreuve fut enregistrée par la méthode graphique. Grâce au tracé, on note, au début de la compression, qui dura une demi-minute, une pause de 10 secondes et le sphygmogramme ne montre que 8 pulsations pendant le temps de la compression. L'épreuve du réflexe oculo-cardiaque donna des résultats analogues chez deux malades venus à la consultation de médecine de l'hôpital Tenon. Dans le premier cas, une compression oculaire d'une demi-minute abaissa le nombre des pulsations de 21 à 6, puis à 10 par quart de minute. Le pouls du second malade battait à 16 par quart de minute avant l'épreuve. Pendant la compression qui ne dura que 10 secondes, on perçut seulement 4 pulsations radiales, en même temps que le malade éprouvait la sensation qu'il allait s'évanouir.

Le réflexe oculo-cardiaque a donc été fortement positif dans cinq cas. Il est possible qu'il n'en soit pas toujours ainsi. Néanmoins, *la constance des premiers résultats permet de penser que l'hypertonie du pneumogastrique est un attribut, sinon constant, du moins habituel chez les malades atteints d'ictus laryngés des bronchitiques.*

Plusieurs théories proposées pour expliquer le mécanisme de l'ictus laryngé n'ont plus qu'une valeur historique. Ainsi, certains auteurs ont fait de cet accident une sorte de vertige en invoquant même des mécanismes différents. Nous nous abstiendrons ici de les étudier et de les discuter. Nous savons que dans l'ictus laryngé des bronchitiques, il n'y a pas de sensation de vertige à proprement parler, et cette théorie ne peut nous séduire.

D'autres en ont fait une manifestation de l'épilepsie. Nous avons pu voir dans la discussion du diagnostic que l'ictus laryngé n'avait rien de commun avec la crise épileptique.

Deux théories restent en présence : la *théorie circulatoire* et la *théorie réflexe*. Elles admettent toutes les deux une irritation des voies respiratoires supérieures, comme point de départ d'une incitation centripète, qui suivra le trajet du nerf laryngé supérieur.

1° Théorie circulatoire. — L'incitation laryngée, disent les partisans de la théorie circulatoire, est transmise au bulbe, y excite le centre respiratoire et produit les secousses expiratoires qui constituent la toux. Grâce à l'augmentation de pression intrathoracique causée par les secousses de toux, la circulation de retour est très gênée, d'où la turgescence des veines jugulaires, la coloration violacée de la face. Du fait de la diminution de l'apport du sang veineux dans le thorax, les ventricules envoient une quantité moindre de sang dans les artères. Ainsi se trouvent réalisées à la fois, grâce à cette perturbation locale, de la congestion veineuse et de l'anémie artérielle, en particulier, dans les centres encéphaliques. La nutrition de la substance cérébrale est ainsi profondément troublée, et il en résulterait des phénomènes d'inhibition pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance.

Ce mécanisme exigerait, semble-t-il, pour être vraisemblable, une quinte de toux singulièrement intense et prolongée. Il n'explique pas du tout les cas, où la perte de connaissance est précédée seulement d'une seule ou de quelques secousses de toux. En effet, une toux aussi peu prolongée semble incapable de provoquer des troubles circulatoires encéphaliques suffisants pour amener la perte de connaissance.

2° Théorie réflexe. — A l'encontre de cette théorie qui place l'ictus sous la dépendance de la quinte et des troubles circulatoires qu'elle occasionne, la théorie réflexe considère la toux et l'inhibition cérébrale comme deux conséquences d'une même cause : l'excitation périphérique du nerf laryngé supérieur, la toux n'étant qu'un phénomène accessoire.

Dans quel ordre se succèdent les phénomènes d'inhibition ? S'agit-il d'une syncope respiratoire et circulatoire où le trouble initial est un brusque arrêt ou un brusque ralentissement des mouvements respiratoires et des contractions cardiaques, entraînant comme conséquence la perte de conscience ? S'agit-il, comme le pense notre maître M. André Bergé, d'une inhibition psychique primitive, l'arrêt respiratoire et circulatoire n'étant que secondaire et accessoire ?

Toutes les hypothèses sont permises, car on manque de bases précises pour étayer une conclusion. Les sujets n'ont jamais été examinés minutieusement pendant un accès. On sait seulement que Thermes, dans un cas, signale que les battements du cœur étaient à peine perceptibles et que, dans un autre, Kurz a trouvé le pouls faible et lent.

Les recherches de Lian sur le réflexe oculo-cardiaque chez ces malades apportent un nouvel élément d'appréciation. Elles mettent en évidence le fait que *chez ces malades, il existe une hyperexcitabilité du noyau bulbaire du pneumogastrique. Dès lors, étant donnée l'influence considérable de ce noyau bulbaire sur les fonctions respiratoire et circulatoire, il est séduisant de penser que l'excitation violente, qu'il subit certainement au début de l'ictus, retentit d'emblée et avec intensité sur les appareils respiratoire et circulatoire. Il est donc vraisemblable que dans l'ictus laryngé, le phénomène initial est ou bien une perturbation brutale et considérable, à la fois respiratoire et circulatoire (arrêt ou ralentissement considérable), entraînant comme conséquence la perte de connaissance, ou encore une inhibition intéressant simultanément les fonctions psychiques, respiratoires et circulatoires.*

Quoiqu'il en soit, il est tout à fait séduisant d'admettre la théorie réflexe puisque, seule, elle explique les ictus précédés seulement de quelques secousses de toux.

Quelle que soit la théorie admise, il reste délicat d'expliquer pourquoi les ictus surviennent seule-

ment chez certains bronchitiques chroniques. On peut penser qu'une hyperexcitabilité du noyau du pneumogastrique, constitutionnelle ou acquise, intervient pour faciliter l'apparition de ces accès. Mais cette notion est encore à elle seule insuffisante et d'autres causes favorisantes, non encore précisées, interviennent vraisemblablement.

Pronostic. — *La fréquence des ictus est fort variable.* — On a signalé des malades qui ont présenté jusqu'à 15 ictus dans la même journée. Certains de nos malades en ont eu parfois 3 ou 4 le même jour, et 30 à 40 dans le cours d'un hiver. Chez les bronchiteux chroniques, les asthmatiques, les emphysémateux, les accès surviennent le plus souvent en série, au moment de la mauvaise saison, à l'occasion d'une poussée aiguë de laryngo-bronchite et disparaissent fréquemment avec celle-ci. Ils peuvent ainsi se renouveler chaque hiver. Dans d'autres cas, ils cessent au bout de quelques années; cette disparition est soit définitive, soit passagère. Rien ne peut faire préjuger si les crises réapparaîtront ou non ultérieurement.

Malgré son aspect souvent impressionnant, malgré sa répétition parfois fréquente, l'*ictus laryngé, chez les bronchitiques, n'a jamais abouti à la mort subite. Le pronostic en est donc favorable.* Ce détail montre tout l'intérêt de l'étude de ces ictus laryngés. Car, si on ne les connaît pas, on est amené à porter à tort un pronostic sombre : il en a été ainsi dans un grand nombre de cas.

Toutefois, malgré l'absence d'un fait d'ictus laryngé des bronchitiques ayant entraîné la mort subite, il nous paraît indiqué cependant de faire quelques réserves prudentes pour le pronostic. En effet, l'étude du diagnostic a fait mentionner d'autres variétés étiologiques d'ictus laryngés non tabétiques, dans lesquels on a observé la mort subite. Il n'est donc pas irrationnel de penser que pareil accident pourrait exceptionnellement survenir dans l'ictus laryngé des bronchitiques.

Traitement. — Quel traitement faut-il opposer à l'accès lui-même? Dans la plupart des cas, cet accident apparaît de façon si inopinée, il est si fugace, qu'il sera impossible d'intervenir. Si le malade sent venir sa crise, on lui conseillera, dès les symptômes précurseurs, de s'étendre immédiatement, dans le but sinon de faire avorter l'accès, du moins d'éviter les dangers toujours possibles de la chute. Les malades, du reste prennent instinctivement cette précaution. Dans une observation de Garel et Collet, le malade avait le temps, dès qu'il éprouvait le chatouillement caractéristique, de se badigeonner la gorge avec une solution de cocaïne au 1/20e et évitait ainsi la crise. Ce procédé sans doute efficace ne pourra être que rarement utilisé. Un autre malade suçait des pastilles. On pourrait peut-être employer ainsi des pastilles à base de cocaïne.

Chaque fois que le diagnostic d'ictus laryngé des bronchitiques aura été posé, on devra examiner avec soin le pharynx, le nez et le larynx du malade. On pourra y constater parfois l'existence des lésions que nous avons énumérées plus haut et un traitement approprié, en supprimant une cause provoquante ou tout au moins favorisante, pourra amener une guérison ou une amélioration notable. On a aussi cherché à agir localement sur la muqueuse laryngée par des pulvérisations calmantes, anesthésiques faites deux ou trois fois par jour à base de cocaïne, d'adrénaline, d'antipyrine, de bromure et d'eucalyptus (Bergé).

Dans tous les cas, on cherchera à calmer l'hyperexcitabilité générale de ces malades. Pour cela on proscrira du régime tous les excitants du système nerveux, en particulier le thé, le café, l'alcool, en même temps qu'on supprimera le tabac, irritant local. Dans le même but, on a employé, parfois avec succès, tous les médicaments antispasmodiques et calmants. Le bromure de potassium (Charcot), l'antipyrine (Merklen), la valériane, les bains tièdes ont été conseillés et utilisés.

L'exagération du réflexe oculo-cardiaque permet de supposer un certain rôle à l'hypertonie du pneumogastrique dans la genèse de l'ictus. Or on connaît l'influence calmante de la belladone sur le nerf vague. L'emploi de ce médicament paraît donc tout à fait rationnel dans le cas présent. Il nous a paru fournir de bons résultats; toutefois l'observation de nos malades n'a pas été, pour la plupart d'entre eux, suffisamment prolongée. Notons également l'action efficace de ce médicament contre les crises d'étouffement nocturnes que présentent fréquemment les bronchiteux chroniques.

Nous estimons qu'*il y a lieu de considérer ici la belladone comme le médicament de choix.* Et nous conseillons, pendant les poussées aiguës de bronchite où il y a lieu de redouter le retour des ictus, de prescrire, à dose journalière et selon les cas, deux, trois, quatre des pilules classiques de belladone dosées à 1 cgr. de poudre et 1 cgr. d'extrait On pourrait aussi remplacer la belladone par son principe actif : l'atropine, et ordonner un 1/2 mgr. de sulfate d'atropine à prendre 2 fois, voir même 3 et 4 fois par jour.

D'une façon générale, lorsqu'on prescrit la belladone, il est bon de tâter la susceptibilité du malade et de ne pas ordonner d'emblée une forte dose.

Index bibliographique. — Les deux premières observations de Charcot ont été publiées dans le compte rendu de la séance du 19 novembre 1876 de la Société de biologie et reproduites dans la *Gazette médicale de Paris*, 1876, p. 588. Charcot rapporte deux nouveaux cas dans un article intitulé : « Du vertige laryngé » et paru dans le numéro du 26 avril 1879 du *Progrès médical.* D'autre part, le numéro d'octobre 1888 du *Journal* de Lucas-Championnière contient un résumé d'une clinique de Charcot, faite à la Salpétrière et où cet auteur, à propos des crises laryngées du tabes, rappelle les quatre observations ci-dessus mentionnées et estime que le terme d' « ictus laryngé » convient mieux à cette catégorie d'accidents.

On trouvera d'ailleurs toute la bibliographie antérieure à 1895 dans une revue générale de Garel et Collet (*Ann. des mal. de l'oreille*, déc. 1894, p. 1203) et dans les thèses de Bedos (Paris, 1895-1896, n° 37) et de Chazalon (Lyon, 1895-1896, n° 37.)

Nous signalerons ensuite, dans l'ordre chronologique, les travaux suivants postérieurs à cette date :

Jourdin. De l'ictus laryngé, complication de la coqueluche chez l'adulte, in *Arch. internat. de laryngol.*, 1908, p. 764, et 1909, p. 189.

A. Bergé. Les accidents inhibitoires d'origine laryngée, in *Revue médico-thérapeutique*, 15 avril 1913.

Lesieur et Lucien Thévenot. In *Soc. d'étude scient. de la tuberculose*, déc. 1913.

Jeanselme et Lian. L'ictus laryngé des bronchitiques, in *Soc. méd. des hôpit.*, 9 juil. 1915.

Lian et Cathala. L'hypertonie pneumogastrique dans l'asthme, in *Paris médical*, 10 juil. 1920.

Pinart. De l'ictus laryngé des bronchitiques, *Th. de Paris*, 1920, Arnette, édit.

LE TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE
DE
L'ENTÉRITE CHRONIQUE[1]

Par M. R. BENSAUDE,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

2° ENTÉRITE CHRONIQUE AVEC CONSTIPATION. — Elle comprend une partie de ce qu'on a décrit sous le nom d'entéro-colite muco-membraneuse.

Ici, tandis que l'examen coprologique ne donne au point de vue diététique que peu d'indications, les rayons X seront d'un précieux secours.

L'*examen radiologique* (1) permet tout d'abord de localiser la stase, donnant ainsi une première indication pratique pour le traitement diététique. Supposons, par exemple, que la radiologie ait montré que la stase est uniquement pelvi-rectale; il est bien évident que dans ce cas la question du choix des aliments ne joue aucun rôle.

Les rayons X nous renseignent, d'autre part, sur les modifications de la motilité de l'intestin dans ses divers segments. Vous connaissez la division classique en constipation atonique et constipation spasmodique. Les rayons X ont montré qu'il n'existe pas de type pur, que presque toujours il y a à la fois constipation spasmodique et atonique.

Au point de vue thérapeutique, il y a d'ailleurs intérêt, ainsi que l'ont fait observer Baraduc et Bernard, à ne pas isoler les réactions motrices de l'intestin de l'ensemble clinique, et de toujours les mettre en regard des réactions nerveuses générales qui en sont tantôt la cause, tantôt la conséquence.

Ainsi atténuée, l'ancienne division clinique a l'avantage de nous présenter deux types extrêmes, celui de l'entéritique constipé à réactions nerveuses excessives, à intestin irritable, et celui de l'entéritique à manifestations torpides. Dans les cas du premier type, le but du régime est de ne pas irriter l'intestin de façon à atténuer ses réactions motrices et les phénomènes nerveux concomitants; dans le cas contraire, le but du régime est de stimuler l'état général en même temps que la motilité intestinale.

De là, deux régimes : un *régime sédatif* et un *régime stimulant*. Mais les deux types de constipation étant, nous venons de le voir, presque toujours combinés, on doit, dans la pratique, commencer par le régime sédatif et introduire peu à peu dans l'alimentation des substances appartenant au régime stimulant. Vous ne procéderez donc pas comme chez les constipés simples, sans signes d'entérite, où vous pouvez sans crainte commencer d'emblée par le régime stimulant; il pourra même arriver que l'extrême *sensibilité des malades ne vous permette pas de dépasser le régime sédatif*.

Quel que soit le régime suivi, il faut toujours *éviter les aliments constipants* tels que le riz, le cacao, les myrtilles, la goyave, le coing, le vin rouge, le kéfir n° 3, etc.

A. *Régime sédatif.* — Il comprendra, comme le régime des diarrhéiques, des aliments dépourvus de propriétés irritatives et d'une digestibilité relativement facile, administrés cependant sous une forme moins sévère. On y adjoindra l'usage libéral de certains aliments déconstipants, par exemple des substances sucrées, comme la lactose (une cuillerée à café dans un verre d'eau), les fruits sucrés (raisins, figues), le miel (qui n'est pas toujours bien toléré) et des corps gras, parmi lesquels il faut surtout retenir le beurre frais et l'huile d'olives très pure. On évitera, par contre, de façon habituelle, les graisses cuites. Le beurre cuit est en général mal toléré; cependant le beurre noir, dont la composition chimique subit une modification par suite de la perte d'une molécule d'eau, est bien supporté par beaucoup de malades (Monteuuis). Les graisses végétales et l'huile sont moins difficilement absorbées que les graisses animales.

SCHÉMA N° 2. ENTÉRITE AVEC CONSTIPATION. RÉGIME SÉDATIF. — *Petit déjeuner et goûter.* — Potage épais (farine d'orge, de maïs, d'avoine) au bouillon de légumes ou au lait. — Ou café de Malt, avec ou sans lait. — Confitures (gelée de pommes ou groseilles, oranges), miel, 20 gr.; beurre, 20 gr. — Biscottes.

A midi et le soir. — 1° Potage (pâtes, légumes secs), au bouillon de légumes, ou au bouillon de poulet, ou au bouillon de viande dégraissé (le soir seulement).

2° Poisson (tous, sauf maquereau, saumon, anguille) bouilli ou frit (enlever la peau frite). — Ou : Œuf (sauf en omelette), 2 par jour au maximum. Jambon maigre non salé.

3° Viande rouge ou blanche (ris de veau, cervelle, poulet, lapin, veau, bœuf, mouton, finement divisée ou pulpée), rôtie, grillée à la casserole, sans sauce ou en sauce blanche (à midi seulement et en petite quantité).

4° Légumes secs ou pommes de terre en purée, avec ou sans lait; pâtes, riz. — Ou : Légumes verts (épinards, salades, choux-fleurs) cuits à l'eau, très cuits, en purée tamisée ou débarrassés de leurs parties dures, le beurre ajouté sur la table, ou en sauce blanche.

5° Entremets sucrés : puddings de semoule, de tapioca, de riz, avec ou sans œufs, avec ou sans lait, crème à la vanille. — Ou petit suisse ou fromage à la crème.

6° Fruits cuits, en compote passée (tous), ou crus (banane, raisin). — Biscottes, 2 ou 3 par repas. — Boissons : eau minérale, eau lactosée à 30 p. 1.000. Tisane après le repas.

B. *Régime stimulant mixte.* — Ce régime consiste surtout en substances ayant une action mécanique, laissant beaucoup de résidus : les légumes non décortiqués, les haricots verts, les asperges, les choux, les lentilles, les champignons, la salade, les concombres, les viandes grasses : mouton, porc, le saumon, l'anguille, les sardines à l'huile; les fruits, les jus de fruits; les salaisons, les eaux gazeuses, le yoghourt, le lait caillé, les boissons froides. Je répète qu'il faut se méfier de ce régime stimulant; il ne faut l'introduire que graduellement et l'abandonner dès l'apparition des moindres troubles entéritiques.

C. *Régime stimulant végétarien pur.* — Le régime végétarien exclusif, dont la pratique chez les entéritiques a été vulgarisée par H. Tissier qui lui associait la bactériothérapie lactique, a été une heureuse réaction contre les abus du régime hydrocarboné. Il donne souvent de bons résultats chez certains constipés, que le régime stimulant mixte, régulièrement suivi, irrite. On peut le prescrire, soit pendant une période suivie de durée moyenne (une, deux, trois semaines), soit, comme on le fait dans le diabète, par périodes de deux ou trois jours par semaine, intercalées avec des périodes de régime mixte.

RÉGIME VÉGÉTARIEN DE TISSIER. — *Petit déjeuner.* — Potage ou cacao à l'eau ou café à la crème. Pain et beurre.

A midi et le soir. — Un potage quelconque, gras ou maigre. — Un légume farineux ou pâtes. — Un légume vert. — Un dessert. — Suppression absolue de toute espèce de viande ou

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 33, p. 517.
(1) V. BENSAUDE et GUINAUX. *Journ. méd. franç.*, juin 1919, et thèse CONSTANTIN, Paris 1918.

poisson ; du lait et des œufs, sauf dans certains aliments qui en contiennent une petite quantité (pâtes alimentaires, gâteaux de riz, de semoule, puddings).

On autorisera :

Tous les légumes en purée ou autrement, cuits au beurre, à la graisse, à l'huile, accommodés au jus de viande rôtie, à la sauce tomate, à la sauce blanche, sans œufs, au gratin, en salade, etc.

Les substances grasses.

Toute espèce de pâtisseries (à condition de remplacer la crème aux œufs par la crème Chantilly).

Toute espèce de fruits crus ou cuits.

Le pain ordinaire.

Boissons. — A chaque repas, une bouteille d'eau lactosée (40 à 50 gr. par litre) avec un peu de vin rouge ou blanc.

Un ou deux verres à Bordeaux d'une culture pure de bacillus acidi paralactici, ou d'une symbiose avec le bacillus bifidus.

Un régime bien conduit donne généralement des résultats assez rapides, mais souvent, après quelques semaines ou quelques mois, il cesse d'agir. Cela tient souvent à ce que les malades ne suivent plus leur régime avec la même rigueur, ou qu'ils délaissent certains détails qui leur paraissent négligeables ; souvent aussi, le traitement a été interrompu par des voyages, des émotions, etc. Le médecin doit toujours avoir l'attention en éveil et rechercher dans leurs moindres détails ces facteurs accessoires de l'état morbide, dont l'importance est si grande chez les entéritiques.

3° ENTÉRITE AVEC ALTERNATIVES DE CONSTIPATION ET DE DIARRHÉE. — Chez les malades ayant des alternatives de constipation et de diarrhée, il faut avant tout établir s'ils sont primitivement des diarrhéiques ou des constipés. Le diagnostic de fausse diarrhée, c'est-à-dire de diarrhée survenant chez des constipés, constitue le triomphe de la méthode coprologique. Dans ces cas, macroscopiquement, il y a diarrhée et, microscopiquement, on trouve tous les signes de la constipation, c'est-à-dire, la digestion de tous les aliments. Mais, inversement, on peut avoir des alternatives de constipation et de diarrhée chez des diarrhéiques qui sont devenus constipés, soit par l'usage de médicaments, soit par un régime trop sévère ; dans ce cas, le traitement consiste à élargir le régime, de façon à obtenir une garde-robe régulière tous les jours. Rappelez-vous cependant qu'il y a des malades chez lesquels les alternatives de constipation et de diarrhée sont dues à un état général émotif : ils rentrent pratiquement dans le groupe que nous allons maintenant étudier.

4° ENTÉRITE AVEC PRÉDOMINANCE DE L'ÉTAT PSYCHOPATHIQUE OU NÉVROPATHIQUE. — Vous connaissez tous ces malades qui se privent progressivement des aliments les plus variés, parce que, à tort ou à raison, ils prétendent qu'ils ne peuvent plus les digérer, ils ont peur de manger ; ils ont la sitophobie. L'insuffisance d'alimentation amène l'*amaigrissement* et la *constipation* ; celle-ci produit de la flatulence, de l'insomnie et surtout une dépression nerveuse profonde ; les malades sont persuadés qu'ils ne guériront jamais, qu'ils ont un cancer, ils ont des idées noires et l'état psychopathique ou névropathique domine à tel point la scène, que les troubles digestifs passent tout à fait au second plan. Ils passent leur vie, tantôt à peser leurs aliments, tantôt à contempler leurs excréments, justifiant bien le mot de Brissaud : *l'entérite, c'est la maladie du vase de nuit.*

Parmi ces malades, il en est qui sont des psychopathes ou névropathes purs ; d'autres sont véritablement des entéritiques chroniques présentant en même temps des troubles psychopathiques ou névropathiques, car il n'y a pas d'opposition, comme on a trop souvent tendance à le croire, entre un trouble organique et des manifestations psychopathiques.

Comment faire la distinction entre ces deux variétés de malades ? Par une observation attentive et surtout par des examens des fonctions gastro-intestinales (examens aux rayons X, examens des selles) ; encore la délimitation reste-t-elle souvent difficile.

Le traitement diététique est naturellement variable dans les deux cas.

Chez *les névropathes purs*, dont l'intégrité des fonctions digestives est démontrée, toute restriction alimentaire constitue une faute ; le rôle du médecin consiste essentiellement à faire de la psychothérapie diététique, c'est-à-dire à persuader au malade que ses idées sur l'intolérance de tel ou tel aliment sont erronées et l'amener ainsi peu à peu à manger de tout ; tant que les malades sont dominés par l'idée qu'il leur faut une cuisine spéciale, des précautions spéciales, un choix spécial des aliments, on ne pourra pas les débarrasser des craintes que leur suggèrent les troubles de leur digestion.

Dès que le malade prend confiance, qu'il mange davantage et qu'il engraisse, sa digestion s'améliore et lui-même continue la cure commencée par le médecin. Le succès de cette cure d'engraissement est souvent d'une rapidité surprenante. En général, on arrive à ce résultat plus facilement, lorsqu'on fait changer le malade de milieu. La guerre, à ce point de vue, nous a été d'un grand enseignement. Tous les spécialistes connaissent des malades, qui, après avoir été soignés pendant des mois et des années, sans résultat, dans les maisons de santé, les stations thermales, etc. ont guéri complètement du jour où ils ont été envoyés au front. Il est peu probable qu'il y ait eu, parmi ces malades, de vrais entéritiques.

Reste la *seconde catégorie de malades, ceux qui présentent à la fois des troubles entéritiques et des phénomènes névropathiques ou psychopathiques.* Tout en ayant recours chez eux, à la psychothérapie alimentaire, il faut tenir compte de l'état de leurs fonctions digestives ; considérer ces malades comme de simples nerveux et les obliger à manger de tout, c'est aller à coup sûr au-devant d'un échec, car leur tube digestif n'est pas en état de tolérer tous les aliments. La question est plus complexe qu'on ne le croyait, il y a quelques années seulement. Il n'existe pas de régime uniforme d'engraissement pour ces malades.

On a pu obtenir des succès incontestables par la cure d'alitement associée à la suralimentation lactée exclusive. Mais en appliquant cette méthode indifféremment à tous les névrosés intestinaux, on s'exposerait à de graves échecs : il y a toute une catégorie de malades qui ne supportent pas le lait et que vous n'arriverez pas à engraisser par un régime lacté exclusif ; vous pourrez voir des régimes farineux purs échouer également, bien que réussissant cependant plus fréquemment. Ici, comme dans les cas que nous avons envisagés plus haut, il faut avant tout tenir compte des capacités digestives de chaque individu et instituer un régime ou une cure d'engraissement appropriée.

Autant que possible, vous n'attirerez pas trop l'attention de ces malades sur leurs troubles digestifs ; vous tiendrez compte, plus que pour toute

autre catégorie de malades, de leurs préférences; vous leur permettrez, dans la mesure du possible, des condiments et, si leur denture est en bon état, vous ne les astreindrez pas non plus exclusivement aux aliments en purée.

Dans les cures d'engraissement doivent figurer, en première ligne, le beurre, la crème, l'huile, les pâtes, le lait et les laitages, s'ils sont bien supportés, les œufs, les fromages frais tels que les petits suisses.

Pour ces deux catégories de malades, vous attacherez une particulière importance aux facteurs accessoires de la cure diététique, aux moyens adjuvants dont j'aurai à vous parler dans un instant.

Telles sont, Messieurs, les principales indications à suivre dans l'établissement du régime des entéritiques. Mais, vous auriez bien incomplètement rempli votre rôle vis-à-vis de vos malades, si vous vous borniez à leur fournir une liste sommaire des aliments permis ou défendus. Vous devez toujours supposer que votre malade ignore tout des *règles générales de l'hygiène alimentaire,* et vous ne devez pas craindre de les lui apprendre ou de les lui rappeler, en consignant toujours par écrit sur votre ordonnance celles sur lesquelles il vous paraîtra opportun d'insister.

Ces règles générales d'hygiène alimentaire ne sont pas spéciales aux entéritiques; elles s'appliquent de façon générale à tous les malades de la digestion, et même, dans une certaine mesure, à tous les gens soucieux de maintenir en bon état leur appareil digestif. Mais elles prennent chez l'entéritique une telle importance, et elles sont chez beaucoup de malades tellement méconnues ou négligées, que vous me permettrez d'y insister en quelques mots, au risque de vous rappeler des détails pratiques d'apparence banale.

Je les rangerai sous trois chefs, correspondant aux principes qui doivent être observés respectivement par la personne qui prépare le régime, par le malade, par le médecin.

La personne qui prépare le régime d'un entéritique doit être pénétrée de l'importance de celui-ci. Mais la partie principale et la plus délicate de son rôle consiste à le rendre acceptable, voire agréable, pour le malade. Les aliments doivent être de première qualité et d'une fraîcheur indiscutable. Les repas doivent être appétissants. Rappelez-vous les expériences de Pawlow sur la sécrétion du suc gastrique : l'appétit commence avant le repas et non avec lui. On évitera les régimes monotones, ce qu'on a appelé les régimes tristes. On s'efforcera de varier la succession des mets et leur mode de préparation dans la mesure compatible avec la prescription médicale. On cherchera à faire des repas « équilibrés », c'est-à-dire qu'on veillera à ce que la ration respectivement permise d'albuminoïdes, d'hydrates de carbone, de graisses, soit non pas distribuée indifféremment sur l'ensemble du régime, mais répartie en proportion normale à chacun des repas. La température à laquelle sont servis les mets n'est pas un facteur indifférent; le meilleur aliment servi froid excite le dégoût : le mets bien chaud éveille des réactions psychiques et physiques plus favorables. Le degré de cuisson des aliments devra enfin être toujours suffisant; pour les légumes en particulier, une cuisson exagérée n'aura aucun inconvénient au point de vue digestif: une cuisson trop courte au contraire en laissant insuffisamment dissociée la gangue cellulosique qui emprisonne les particules assimilables, diminue la valeur nutritive de l'aliment. Il y a avantage à faire cuire les légumes dans une petite quantité d'eau de façon à utiliser au maximum les éléments nutritifs qu'ils renferment.

Les *règles à appliquer par le malade lui-même* concernent surtout la quantité des aliments et l'horaire des repas. Il est souvent très délicat de régler la ration alimentaire d'un entéritique. Certains malades mangent trop, soit qu'ils fassent des repas globalement exagérés pour leur capacité digestive, soit qu'ils portent tout leur appétit sur un aliment donné pris quotidiennement en quantité inconsidérée. D'autres, au contraire, mangent trop peu; ce sont ces malades craintifs, ces psychopathes dont je vous parlais tout à l'heure. Chez les uns ou chez les autres, il faudra quelquefois une enquête minutieuse et une surveillance serrée pour pouvoir arriver à la ration normale. Ne cherchez pas toujours à réaliser l'engraissement progressif de votre malade. Il y a souvent chez l'entéritique un poids limite, un poids physiologique pour employer l'expression de Leven, que l'on ne peut chercher à dépasser sans provoquer des troubles digestifs. Rappelez-vous toujours d'ailleurs que ce qui importe dans la ration alimentaire n'est pas sa quantité en elle-même, mais la quantité réellement utilisée. Faites observer à votre malade toutes les précautions accessoires qui contribuent à la bonne utilisation de l'aliment. Rappelez-lui qu'il doit manger lentement, bien mastiquer, « mâcher religieusement », disait Mathieu. En Amérique, à la suite des recherches de Fletcher sur l'importance de la mastication et de l'active propagande faite par cet auteur et par ses élèves, il s'est formé, il y a un certain nombre d'années, de véritables sectes, les adeptes du « Fletcherisme » accordant à la fonction de mastication une importance exagérément prépondérante; les résultats obtenus sont cependant des plus intéressants. Vous conseillerez à votre malade de ne pas lire ou ne pas se livrer à un travail absorbant pendant le repas, de ne pas faire de « repas coupés », interrompus, puis repris, sous la nécessité d'occupations diverses. Les repas devront être pris à heure fixe, celle-ci devant être déterminée d'une part d'après les règles physiologiques, d'autre part d'après les nécessités qu'impose au malade sa situation sociale.

Le nombre des repas dépend de facteurs multiples : état de la motilité gastrique, habitudes du patient, nécessité de compenser une ration alimentaire insuffisante : dans ce dernier cas, on pourra donner de petits repas, mais en plus grand nombre afin de les faire tolérer plus facilement.

Enfin, certaines *règles concernent spécialement le médecin*, qui conserve le principal rôle dans leur mise en application. Il est nécessaire, pour le médecin, de connaître les régimes et même la façon de préparer certains plats; il doit posséder un livre de cuisine diététique comme il possède un formulaire. Il doit entrer dans les détails les plus minutieux. Evitez d'enfermer vos prescriptions diététiques dans un cadre trop rigide : tenez compte de la bourse du malade, de son état général : diabète, obésité, etc., et surtout des susceptibilités individuelles. Ne réfutez pas de parti pris l'opinion des malades, ne l'acceptez pas non plus sans leur en faire fournir la preuve : vous pouvez toujours ou faire essayer seul l'aliment incriminé, ou établir d'abord un régime qui soit bien toléré, et noter s'il se produit des troubles lorsqu'on introduit dans l'alimentation

l'aliment incriminé. N'éliminez pas de parti pris certains aliments ou boissons chez tous les malades. N'ayez pas peur de varier la prescription diététique, quand elle paraît ne pas convenir à votre malade; il est parfois nécessaire de procéder par tâtonnements, car il y a encore bien des inconnues dans la question de l'alimentation. Vous savez par exemple que le tube digestif peut à la longue assimiler certains aliments qu'il ne tolérait pas tout d'abord. Pendant la guerre, on a vu chez des individus nourris uniquement avec des raves les selles contenir d'abord beaucoup de résidus, et ceux-ci diminuer peu à peu dans les examens coprologiques ultérieurs. Vous connaissez tous les recherches récentes sur les vitamines et vous vous rappelez, en particulier, cette expérience intéressante de Hopkins, qui nourrissait de jeunes rats avec des proportions déterminées de différents aliments; les rats augmentaient de poids, puis, au bout d'un certain temps, maigrissaient; il suffisait d'ajouter à leur alimentation de minimes quantités de lait de vache ou de préparations alcooliques pour les voir de nouveau engraisser.

Apportez toujours beaucoup de soin aussi à *rédiger votre ordonnance* diététique. Ne craignez pas de faire une ordonnance très explicite. Il y a des malades qui, pendant des années, se privent d'un aliment essentiel, parce qu'ils ont mal interprété une ordonnance médicale. Ces jours-ci, je me suis aperçu qu'un de mes malades ne prenait pas de sel depuis un an, tout en suivant un régime que je lui avais prescrit et duquel le sel n'était pas exclu, simplement parce qu'un médecin consulté précédemment le lui avait interdit.

Une ordonnance bien rédigée doit indiquer :

a. Les aliments et boissons généralement autorisés.

b. Les aliments et boissons généralement défendus. Pour les boissons, on indiquera la quantité, la température, le moment où elles doivent être prises.

c. Les modes de préparation ou d'assaisonnement des aliments autorisés ou défendus; ce qui est toléré dans certaines conditions ou sous certaines formes de préparation (on sera amené à préciser en poids la quantité permise de certains aliments).

d. L'ordonnance des repas : leur nombre, leur horaire, leur composition, l'ordre de succession des aliments.

e. La durée pendant laquelle le régime doit être suivi.

L'ordonnance ainsi rédigée prendra un caractère de précision absolue, qui en fera un document individuel, spécial à chaque malade, adapté à un cas donné et non à un cas voisin. Une prescription alimentaire réalisant ces desiderata ne peut être établie au moyen de formules imprimées préparées d'avance; l'emploi de ces formules est à éviter en général.

Moyens adjuvants. — Le régime ne constitue pas à lui seul le traitement des entérites chroniques; il y a certains moyens adjuvants, sans parler des médicaments, qui jouent un rôle considérable dans ce traitement.

Parmi ces moyens, le repos est un des plus importants; le repos absolu au lit peut être nécessaire dans les poussées aiguës des entérites avec diarrhée. Il est indispensable également, au début du traitement des entérites accompagnées d'entéroptose; mais dès que l'amélioration se fait sentir, ce repos absolu sera remplacé par un repos de deux heures, par exemple, au milieu de la journée après le repas de midi. Le repos après le repas a l'avantage de permettre des applications chaudes sur l'abdomen qui agissent si bien dans les états inflammatoires. Le repos avant le repas est également très utile, car il y a avantage à ce que le malade arrive reposé au repas.

On observe, grâce au repos et au régime, de véritables résurrections chez certains malades.

Le changement de milieu, les cures d'air ne sont pas moins importantes; j'ai vu guérir des diarrhées chroniques comme par enchantement en instituant une cure à très grande altitude.

Les cures thermales, bien menées, sont d'une utilité incontestable : l'action des eaux, stimulante, locale et générale (Chatel-Guyon) ou sédative (Plombières), régulatrice des fonctions digestives, s'ajoutant à celle de facteurs accessoires, tels que : cure d'air, repos, régime en commun.

Quelquefois, on est obligé de recourir à la maison de santé; celle-ci est indispensable chez les malades indisciplinés et chez beaucoup de psychopathes; elle est également nécessaire — au moins passagèrement — lorsqu'on veut étudier à fond les fonctions gastro-intestinales d'un entéritique quand il faut, par exemple, pour établir un régime approprié, procéder à des examens répétés des selles.

Il faut cependant savoir qu'il y a des malades chez lesquels le séjour à la maison de santé abolit toute énergie ; de même qu'il y a des « piliers d'hôpital », il y a des malades qui deviennent des « piliers de maison de santé ».

Le sanatorium peut être remplacé, quelquefois, par la garde-malade à domicile, veillant à la préparation du régime ainsi qu'à l'exécution du traitement, et appliquant la psychothérapie alimentaire instituée par le médecin.

Je n'ai pas besoin de vous dire l'influence fâcheuse qu'ont sur les entéritiques les émotions, les contrariétés, voire même les lectures.

Je vous ai déjà indiqué l'importance de la psychothérapie diététique. La psychothérapie est indispensable pour le traitement de ces malades, dont l'état moral a constamment besoin d'être soutenu, et pour lesquels la confiance en leur médecin constitue déjà la moitié de la guérison. Vous verrez arriver chez vous des malades vous disant : « Je viens vous consulter. Docteur, mais moi je ne crois qu'en Combe... où je ne crois qu'au Dr X..., homéopathe. » Vous ne réussirez avec eux que le jour où vous aurez su vous substituer à leur divinité.

Pour terminer, laissez-moi vous dire un mot des médicaments. En réalité, il n'y a pas de délimitation nette entre certains médicaments et certains aliments : que l'on prescrive des figues fraîches ou du sirop de figues, de la rhubarbe sous forme de compote ou en cachets, du tanin en cachets ou sous forme de myrtilles ou de vin rouge, il n'y a qu'une question de dosage entre ces deux modes d'administration d'un même agent thérapeutique.

Il y a cependant certains médicaments qui, administrés d'une façon rationnelle, apportent une aide des plus efficaces; tels sont, par exemple, l'huile de paraffine qui, sans action irritante, agit admirablement sur la constipation de certains entéritiques, ou encore le bismuth, un des plus puissants désinfectants intestinaux que nous connaissions, et qui permet aux malades de supporter une alimentation assez substantielle pour les faire engraisser et amé-

liorer notablement leur état général. Je prescris le *sous-nitrate* et non pas le *carbonate* de bismuth, et je dois dire que je n'ai jamais observé d'accident. Il y a cependant un petit signe d'intoxication qui n'a pas encore été signalé et que je me propose de faire connaître dans un travail que je publierai prochainement avec M. Antoine, c'est la céphalée. Si dans des cures de sous-nitrate de bismuth, vous voyez survenir une céphalée d'une intensité extrême, il n'y a qu'à remplacer le sous-nitrate par le carbonate de bismuth pour voir la céphalée disparaître.

En résumé, Messieurs, nulle part le régime ne vous donnera autant de satisfaction que dans le traitement des entérites chroniques, mais n'oubliez pas qu'un régime mal appliqué — et le cas n'est pas rare — est infiniment plus nuisible qu'un médicament prescrit d'une façon erronée, parce que l'organisme se révoltera contre le second, alors qu'il subira quelquefois passivement l'influence nuisible d'une alimentation mal appropriée.

J'ai insisté, au début de cette leçon, sur la nécessité d'un examen clinique complet à la base de toute prescription diététique. Vous me permettrez d'y insister encore en terminant. Laissez-moi vous rappeler, en particulier, que vous ne devez jamais négliger, chez l'entéritique le plus banal, la recherche des affections graves de l'intestin et du rectum, si souvent méconnues. Il ne se passe pas de semaine que je n'aie l'occasion de découvrir à ma consultation, par l'examen rectoscopique, un cancer ou une dysenterie. Il est bien évident que dans ces maladies, le régime alimentaire a une importance restreinte au regard de la thérapeutique énergique qui doit leur être appliquée de façon aussi précoce que possible.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1921)

Etude anatomo-physiologique d'un procédé japonais de massage abdominal. — MM. Léon MAC-AULIFFE et A. MARIE étudient un procédé savant de massage abdominal dû à M. Nakamura (de Tokio), qui par la mise en jeu de quelques points nerveux abdominaux stimule une grande partie de l'économie.

Sur le mode de développement et les variétés des tumeurs de l'ovotestis. — M. A. PEYRON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1921)

Discussion sur la loi de 1902. — M. Léon BERNARD répond aux objections et aux critiques dont son rapport a été l'objet. Il fait tout d'abord observer que personne aujourd'hui ne défend plus la loi de 1902. Mais on la discute; les uns proposent d'y apporter seulement quelques modifications; les autres voudraient qu'elle fût complètement transformée. La Commission et son rapporteur partagent cette dernière opinion qui comporte une série de mesures nouvelles. C'est d'abord l'organisation obligatoire des services d'hygiène pourvus d'un personnel de médecins spécialistes relevant de l'autorité directe de l'Etat. En effet, ces services d'hygiène ne sauraient être abandonnés aux caprices des pouvoirs locaux. Ces services d'hygiène devront être répartis en circonscriptions sanitaires assez limitées pour que le médecin inspecteur puisse facilement surveiller sa circonscription.

M. Léon Bernard entre dans des détails très précis sur cette organisation sanitaire.

Il termine en disant que c'est une nécessité pour l'Académie de s'affranchir de toutes les considérations d'opportunisme parlementaire, de prendre toutes ses responsabilités en se plaçant au point de vue purement technique. Il est temps de parer à l'insuffisance notoire de l'état actuel de l'hygiène en France.

Une courte discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Strauss, Vincent et Léon Bernard sur la question de savoir si l'Académie ne doit pas être appelée à émettre son avis dès maintenant. M. Vincent a demandé la parole pour la prochaine séance. Il est convenu qu'on attendra la publication des conclusions de M. Léon Bernard avant de consulter l'Académie.

Lésions de la muqueuse utérine produites par deux applications de radium. — MM. TUFFIER et LETULLE rapportent l'observation d'une femme de 43 ans qui était atteinte de graves métrorragies. Le 4 octobre, on lui fit une première application de radium. Le 20 octobre, on fit une nouvelle application. Les hémorragies, loin de s'arrêter, devinrent telles que M. Tuffier dut pratiquer d'urgence une hystérectomie subtotale.

L'utérus enlevé fut examiné par M. Letulle qui trouva sur la muqueuse utérine des traces de la première application sous forme d'escarres volumineuses, et, en outre, une transformation d'une partie de la muqueuse sous forme de fausses membranes analogues à celles de la diphtérie.

La conclusion est que nous avons dans le radium un agent puissant, mais aussi très dangereux, auquel on ne doit avoir recours qu'à bon escient.

Dangers du radium et mesures à prendre pour les éviter. — A rapprocher de la précédente communication celle de M. BRODIER qui adresse une seconde note sur ce sujet. Cette seconde note, comme la première, est renvoyée à la Commission du radium.

Influence des agents météorologiques sur la propagation des épidémies. — M. TRILLAT a montré que le transport et la multiplication des germes pathogènes en suspension dans l'air se fait principalement par les poussières aqueuses plutôt que par les poussières sèches dont le rôle dans la transmission des épidémies a été exagéré. C'est sous la première forme que les microbes de l'air conservent leur virulence et peuvent se multiplier indéfiniment sous l'influence convenablement superposée des agents météorologiques tels que la température, la pression, la radioactivité, les mouvements tourbillonnaires de l'air, l'humidité, etc. Mais le rôle prépondérant doit être, d'après M. Trillat, attribué à l'humidité qui agit surtout lorsqu'elle se trouve dans l'air à un état spécial vésiculaire fournissant les gouttelettes infinitésimales aptes à l'ensemencement en présence des gaz aliments qui se produisent dans des foules de circonstances.

C'est pour cette raison que l'air expiré constitue une ambiance extrêmement favorable à la multiplication des microbes parce qu'il renferme une superposition du facteur favorisant : humidité sous forme vésiculaire, production de gaz aliments, élévation de température et ensemencement par la parole ou le mécanisme du jeu respiratoire.

Ces observations permettent d'établir maintenant sous une forme plus scientifique les relations existant entre les agents météorologiques et la marche des épidémies, et M. Trillat confirme cette théorie par l'exposé de diagrammes concernant la marche de la grande épidémie de 1889-1890 en France et dans l'Europe centrale, et qui montrent nettement les relations entre la mortalité et les statistiques de température d'humidité relative et de pression.

L'auteur fait ressortir tout l'intérêt de l'application de la météorologie à l'épidémiologie pour l'établissement de la constitution épidémique de l'air pour la prévision des épidémies et leur durée.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La liste de présentation portait : en 1re ligne, M. Coutière; en 2e ligne, et par ordre alphabétique, MM. Breteau, Delépine, Guerbet, Perrot, Richaud.

Au 1er tour, M. Coutière, ayant obtenu 40 suffrages sur 75 votants, est proclamé élu.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 avril. — MM. Rouhier, 18; Madier et Mornard, 14; Monod, 19; Métivet, 14.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — A la suite de concours, sont nommés : MM. Couturier et Lamy, médecins des hôpitaux; Martin, urologiste des hôpitaux.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 30 avril. — MM. Huguet,, 11 + 16 = 27; Langlois, 12 + 18 = 30; Vincent, 8 + 14 = 22; Weill, 13 + 18 = 31.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. le Dr Houet est nommé chef du laboratoire de clinique obstétricale; M. le Dr Toulant, chef du laboratoire de clinique ophtalmologique; M. le Dr Marchand, chef des travaux de physiologie.

— BORDEAUX. — *Concours du clinicat.* — M. le Dr Julia est nommé chef de clinique dermatologique; M. le Dr Blanchat, chef de clinique des maladies des voies urinaires; M. le Dr Dubary, chef de clinique, et M. le Dr Kergohen, chef de clinique adjoint d'électricité médicale.

— MONTPELLIER. — M. le Dr Mestrezat, agrégé, est chargé de conférences de chimie appliquée à la clinique; M. le Dr Lapeyre, agrégé, est chargé de conférences de pathologie chirurgicale; M. le Dr Pech, agrégé de physique à Nancy, est transféré à Montpellier, en remplacement de M. Strohl, détaché à Strasbourg; M. le Dr Cristol a été nommé chef du laboratoire des cliniques; M. le Dr Gaussel, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine légale; M. le Dr Cabannes, agrégé, est chargé d'un cours de matière médicale.

— TOULOUSE. — M. le Dr Dalous a été nommé professeur de médecine légale et de déontologie.

— M. le Dr Lafforgue, agrégé, est nommé professeur d'hydrologie.

— M. le Dr J. Martin, collaborateur du « Journal », est chargé du cours d'urologie et de chirurgie urinaire.

— *Prix de thèses.* — Prix Lasserre : MM. Belloc, Claverie, Lefebvre, Riser, Giron et Roucaud.

Autres prix : MM. Cavaille, Abely, Manvielle, Mlle Dumont, MM. Quercy, Saint-Martin, Cazal, Reygasse, Martimos, Auban.

Prix Maury : Trois prix de 1.000 fr. sont partagés entre MM. Laurentie, Rigaud, Roques, Giron, Riser, Lefebvre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le prof. Alezais est prorogé pour 3 ans, à dater du 8 mars 1921, dans les fonctions de directeur de l'École.

M. Quintaret, licencié ès sciences naturelles, est institué pour une période de 9 ans suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. Rimattei, agrégé des sciences physiques, est institué pour une période de 9 ans suppléant des chaires de physique et de chimie; il est en outre chargé, en remplacement de M. J. Martin, démissionnaire, d'un cours complémentaire de physique biologique.

M. Ch. Mattei, suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales, est chargé du cours d'anatomie pathologique pendant la durée du congé accordé à M. A. Feyron, professeur, jusqu'au 31 octobre 1921.

M. Ch. Folliero de Luna a été nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Ch. Mattei appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le nombre de places mises au concours pour l'admission à

l'Ecole du Service de santé de la marine, en 1921, a été fixé ainsi qu'il suit :

Branche médicale. — Candidats à 4 inscriptions, ancien et nouveau régime d'études : 80 places, dont 20 pour la marine et 60 pour les troupes coloniales.

Candidats à 8 inscriptions : 40 places, dont 10 pour la marine et 30 pour les troupes coloniales.

Candidats à 12 inscriptions, ancien et nouveau régime, ou 16 inscriptions, nouveau régime d'études : 46 places, dont 10 pour la marine et 36 pour les troupes coloniales.

Branche pharmaceutique. — Candidats munis de la validation de stage : 18 places, dont 6 pour la marine et 12 pour les troupes coloniales.

Candidats à 4 inscriptions : 6 places, dont 2 pour la marine et 4 pour les troupes coloniales.

Candidats à 8 inscriptions : 3 places, dont 1 pour la marine et 2 pour les troupes coloniales.

Candidats à 12 inscriptions : 3 places, dont 1 pour la marine et 2 pour les troupes coloniales.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu les 1er et 2 août 1921, à Paris, Brest, Rochefort, Bordeaux et Toulon.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le Dr Stoltz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

SEMAINE FRANCQ-ESPAGNOLE (2-7 mai 1921) **EN L'HONNEUR DES MEMBRES DE L'ÉCOLE CATALANE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES ÉTUDES MÉDICALES ESPAGNOLES EN FRANCE.** — *Mardi 3 mai.* — Visite des services des professeurs Gilbert (médecine), Duval et Dr Marion (chirurgie). Le prof. Corachon, opèrera dans le service du prof. Duval et le prof. Bartrina, fera une conférence dans le service du Dr Marion, agrégé de la Faculté ; à 4 heures : Conférence du prof. Pi y Suñer, à la Faculté de médecine (petit amphithéâtre).

Mercredi 4 mai. — Visite des services des prof. Vaquez (médecine), Gosset (chirurgie) et Dr Babinski (médecine) ; le soir, banquet, offert par M. le Doyen, à la Faculté, sous la présidence de M. le ministre de l'Hygiène sociale.

Vendredi 6 mai. — Visite des services des prof. Pierre Marie (médecine), Hartmann (chirurgie). Le prof. Moralez, opèrera dans le service du prof. Hartmann.

Samedi 7 mai. — Visite des services des prof. Achard (médecine), J.-L. Faure (chirurgie). Le prof. Ribas y Ribas, opèrera dans le service du prof. J.-L. Faure.

Visites à l'Hôtel-de-Ville, au Musée de l'Armée et à l'Institut Pasteur.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

PRUDENCE PROFESSIONNELLE

Le médecin doit agir avec beaucoup de prudence lorsqu'il soigne une personne atteinte d'aliénation mentale; il doit prendre toutes les précautions pour qu'on ne puisse pas lui reprocher d'aggraver l'état physique ou mental de la malade ; sinon il peut s'exposer à être l'objet d'une instance en dommages-intérêts. Un jugement du tribunal civil de la Seine du 31 janvier 1921 donne à cet égard un enseignement qui doit être écouté.

Le Dr V... avait assigné et formé une demande en 380 fr. contre le sieur L..., agissant en qualité de tuteur de sa sœur Marie L..., interdite judiciaire, pour obtenir le paiement des honoraires médicaux qui lui étaient dus. M. L... répondit par une demande reconventionnelle en 20.000 fr. de dommages-intérêts contre lui et la dame M..., masseuse, sous prétexte que l'un et l'autre avaient employé des manœuvres susceptibles d'aggraver l'état physique ou mental de la malade; il reprochait au Dr V... de s'être introduit par des moyens détournés auprès de la Dlle L... pour supplanter le prof. D... et d'avoir abusé de son influence pour soumettre la malade à un traitement qui avait aggravé son état mental et l'avait exposée à se livrer à des actes gravement préjudiciables pour ses intérêts.

Une enquête fut faite; elle n'apporta pas la preuve des faits qui avaient été allégués.

« Attendu, dit notamment le jugement ci-dessus indiqué, qu'il n'est pas démontré que le Dr V... ait eu recours à des procédés hypnotiques sur la Dlle L...; que les propos rapportés par des témoins, le premier comme émanant du docteur disant au sortir de la chambre « c'est un sujet » et le second attribué à la Dlle L... qui aurait dit « ils m'ont désenvoûtée du Dr D... », ne sont que des réflexions insuffisantes pour établir la preuve des pratiques dangereuses pour la malade reprochées au Dr V... et qui, au surplus, en tant qu'il s'agit de procédés hypnotiques, ne lui étaient pas interdits sous réserve des limites fixées par la prudence ;

Attendu qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à l'allégation que le Dr V... aurait effrayé la malade par la menace qu'elle devait subir une opération pour un fibrome, menace dont la réalisation relevait sans doute d'une autre intervention ;

Attendu qu'il n'est pas prouvé que la démarche faite pour ouvrir le coffre-fort ait été suggérée par le Dr V... et que la même constatation s'applique à la tentative d'emprunt d'une somme de 100.000 fr., auprès d'un notaire autre que celui de la famille ; que le Dr V... ne peut pas non plus être considéré comme ayant usé de son ascendant professionnel pour faire gratifier la dame M... d'une robe ou de divers objets de prix par sa cliente ;

Attendu que les faits articulés, tendant à établir à la charge du Dr V..., une faute préjudiciable à l'état de santé et aux intérêts de la Dlle L..., sa cliente, ne comportent pas cette interprétation ; qu'il n'est pas démontré non plus que le Dr V... se soit concerté avec la dame M... pour faire éloigner de la malade les membres de sa famille, pour la soumettre à un traitement préjudiciable à son état ou pour abuser de sa faiblesse mentale ; que l'aggravation qui a nécessité l'internement de la Dlle L... n'a été que le résultat inévitable de l'évolution d'un état dont les manifestations avaient été reconnues et diagnostiquées avec leurs conséquences par les médecins qui lui avaient donné leurs soins au cours de 1910 ;

Attendu que de l'enquête ne résulte pas à la charge du Dr V..., la preuve certaine de fautes préjudiciables justifiant la demande reconventionnelle ; que si, au point de vue professionnel, on peut justement s'étonner que le Dr V... ait été le plus souvent assisté par la femme M..., masseuse, lors de ses visites prolongées à la Dlle L..., et qu'il ait joint ses intérêts à ceux de la femme M... en faisant pratiquer concurremment avec cette dernière une saisie-arrêt sur les loyers dus à sa cliente pour obtenir le règlement de sa note de 380 fr., tandis que Mme M... faisait pratiquer une saisie-arrêt pour la note des séances de massage s'élevant à 450 fr., cette constatation ne peut avoir aucune conséquence pour établir que le Dr V... se soit concerté avec la femme M... pour abuser de l'état de la Dlle L..., et pour se livrer sur cette dernière à des expériences préjudiciables. »

Le tribunal a rejeté la demande en 20.000 fr. de dommages-intérêts et a prononcé condamnation à 380 fr. au profit du médecin pour honoraires et à 450 fr. au profit de la masseuse pour frais de massage.

Ce qu'il importe de retenir des faits exposés dans le jugement, c'est que la vigilance du médecin doit toujours être en éveil pour qu'on n'ait pas à lui reprocher des actes qui, non seulement, peuvent être interprétés d'une manière défavorable, mais encore, peuvent être la source d'une demande de dommages-intérêts. En outre, il y a une question de dignité professionnelle qui ne saurait être perdue de vue, dans toutes les circonstances, à l'occasion desquelles des soins sont donnés aux malades.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ÉTUDE
DE
QUELQUES RÉACTIONS LEUCOCYTAIRES CONSÉCUTIVES AUX INJECTIONS INTRAVEINEUSES

Par H. GRENET, H. DROUIN et M. CAILLARD.

L'introduction de corps étrangers dans la circulation détermine tout un ensemble de phénomènes immédiats, réunis par le prof. Widal et ses élèves sous le nom de choc hémoclasique, et qui comportent entre autres une leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire. Il s'agit là, disent MM. Widal, Abrami et Brissaud, « d'une perturbation soudaine survenue dans l'état d'équilibre des colloïdes de nos humeurs... Il n'est pas douteux que la crise hémoclasique ne représente elle-même qu'un des éléments du bouleversement colloïdal qui survient ainsi dans l'organisme » (1). Ces troubles, qui s'observent surtout après l'injection de colloïdes ou de poudres fines en suspension dans le liquide, peuvent être provoqués aussi par l'injection intraveineuse brusque d'un cristalloïde. Ils traduisent peut-être l'effort de l'organisme pour se débarrasser des corps étrangers, réaction diaphylactique selon l'expression proposée par d'autres auteurs (2). Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'un processus d'ordre physique, tout à fait différent de l'intoxication, processus chimique.

RÉACTIONS OBSERVÉES APRÈS UNE INJECTION INTRAVEINEUSE DE 2 CENTIMÈTRES CUBES

EAU DISTILLÉE

	AVANT l'injection	APRÈS 1 heure	APRÈS 6 heures	APRÈS 24 heures	APRÈS 2 jours	APRÈS 4 jours	APRÈS 7 jours
Leucocytes par millimètre cube.	11.800	11.500	11.400	11.100	13.300	10.250	
Polynucléaires neutrophiles....	56 p. 100	56	59	53	55	55	54
Mono grands et moyens	28	30	29	37	30	30	32
Lymphocytes	13	12	10	9	11	10	11
Polynucléaires éosinophiles....	1	0	1	1	2	3	1
Formes de trans.............	2	2	1	0	2	2	2

CHLORURE DE SODIUM (*solution isotonique à 9 p. 1000*)

	AVANT l'injection	APRÈS 1 heure	APRÈS 6 heures	APRÈS 24 heures	APRÈS 2 jours	APRÈS 4 jours	APRÈS 7 jours
Leucocytes par millimètre cube.	15.300	16.600	16.200	17.650	23.000	19.500	
Polynucléaires neutrophiles ...	58 p. 100	58	65	67	69	60	53
Mono grands et moyens	30	27	35	33	19	22	47
Lymphocytes	10	12			6	8	
Polynucléaires éosinophiles....	0	1	0	0	3	3	0
Formes de trans.............	2	2	0	0	3	7	0

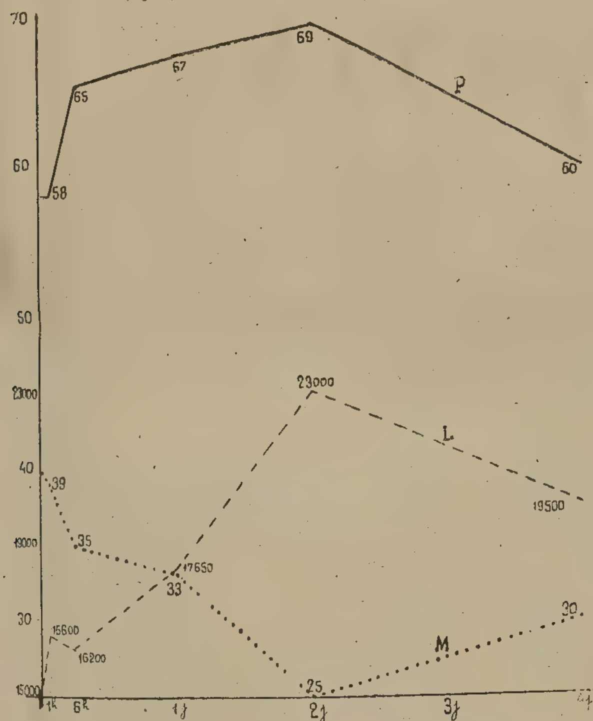


Fig. 1 (1). — *Chlorure de sodium* (solution à 9 p. 1000).

Il nous a paru intéressant de rechercher, en faisant abstraction de toute idée théorique, dans quelle mesure les modifications leucocytaires consécutives aux injections intraveineuses sont influencées par l'état physique et par la nature chimique du produit injecté. De nombreux travaux ont déjà été consacrés à ce sujet; mais ils sont fragmentaires et ne comprennent que l'étude de certaines substances prises isolément. Nous avons fait des expériences comparatives portant sur divers métaux, métalloïdes ou sels bien définis, dans le but de dégager quelques-unes des lois régissant le phénomène envisagé. Nous avons constaté que, quelles que soient les réactions immédiates, variables selon l'état physique, une substance donnée détermine, en définitive, des modifications leucocytaires assez durables, et dont la forme varie suivant la nature chimique du corps étudié.

L'animal qui a servi aux expériences est le lapin.

Les tableaux ci-dessus et suivants montrent quelques-uns des résultats obtenus.

(1) Polynucléose ————
Mononucléose ....
Leucocytose globale — — — —

(1) *Presse méd.*, 3 avril 1920.
(2) J. Laumonier. *La Colloïdothérapie*, Alcan 1920.

IODURE DE POTASSIUM *(solution à 10 p. 1.000)*

	AVANT l'injection	APRÈS 1 heure	APRÈS 6 heures	APRÈS 24 heures	APRÈS 2 jours	APRÈS 4 jours
Leucocytes par millimètre cube.	10.250	11.500	12.500	14.500	10.500	11.000
Polynucléaires neutrophiles....	54 p. 100	49	44	45	43	49
Mono grands et moyens	35	40	40	43	37	33
Lymphocytes	8	7	12	10	13	12
Polynucléaires éosinophiles....	0	0	1	1	3	3
Formes de trans..............	3	4	3	1	4	3

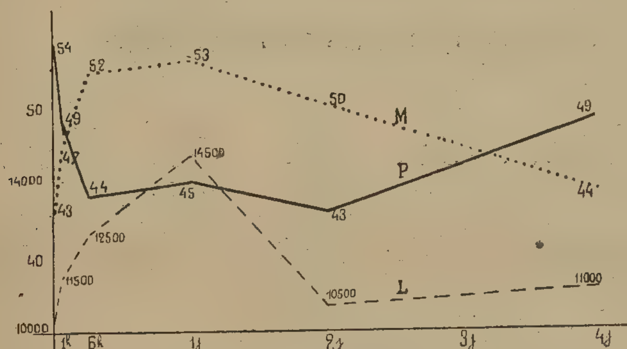


Fig. 2. — *Iodure de potassium* (solution à 10 p. 1000).

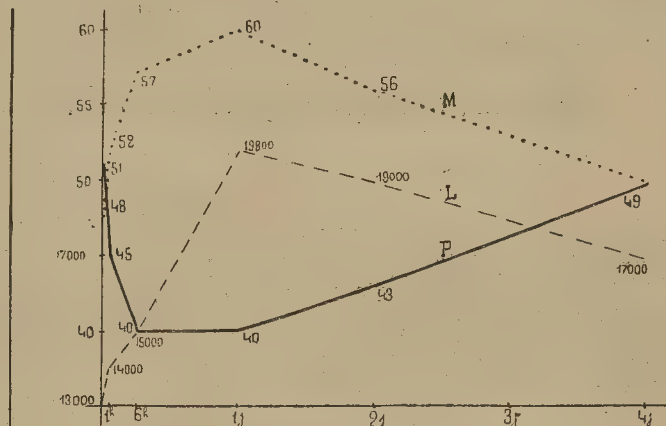


Fig. 3. — *Chlorure de didyme* (solution à 10 p. 1000.)

CHLORURE DE DIDYME *(solution à 10 p. 1.000)*

	AVANT l'injection	APRÈS 1 heure	APRÈS 6 heures	APRÈS 24 heures	APRÈS 2 jours	APRÈS 4 jours	APRÈS 7 jours
Leucocytes par millimètre cube.	13.000	14.000	15.000	19.800	19.000	17 000	8.000
Polynucléaires neutrophiles....	51 p. 100	45	40	40	43	49	55
Mono grands et moyens	42	34	45	46	41	33	30
Lymphocytes	7	18	12	14	15	16	10
Polynucléaires éosinophiles....	0	1	1	0	0	1	2
Formes de trans..............	0	2	2	0	1	1	3

DIDYME COLLOÏDAL

	AVANT l'injection	APRÈS 15 minutes	APRÈS 1 heure	APRÈS 6 heures	APRÈS 24 heures	APRÈS 2 jours	APRÈS 4 jours	APRÈS 7 jours
Leucocytes par millimètre cube.	12.500	14.000	10.500	8.000	12.850	18.000	15.000	10.000
Polynucléaires neutrophiles....	52 p. 100	53	55	60	46	45	51	53
Mono grands et moyens........	33	40	30	28	39	39	29	33
Lymphocytes................	13	7	13	12	12	12	16	10
Polynucléaires éosinophiles.....	0	0	0	0	0	1	2	3
Formes de trans	2	0	2	0	3	3	2	1

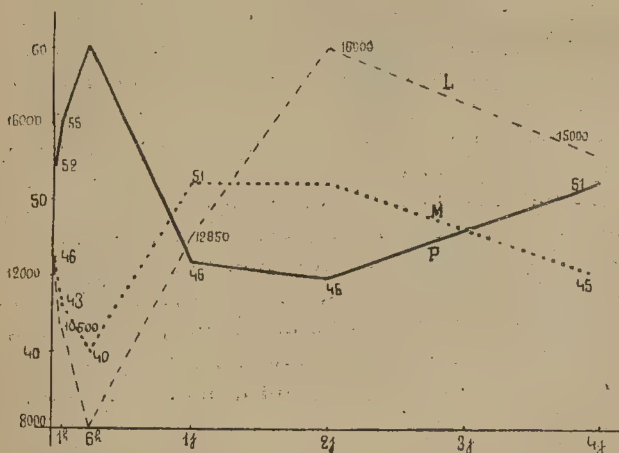


Fig. 4. — *Didyme colloïdal.*

Nous n'avons donné que quelques-unes des réactions les plus typiques (1). Mais nous avons constaté l'analogie des réactions leucocytaires provoquées par :

Les solutions de chlorure de sodium et de chlorure de potassium ;

L'iodure de potassium isotonique, l'iodure de potassium à 10 p. 1.000 et à 50 p. 1.000, et l'iodure de sodium à 10 p. 1.000 ;

Le chlorure de didyme et l'iodure de didyme ;

Le didyme colloïdal et le complexe colloïdal iode-glycogène (tandis que le glycogène seul provoque d'emblée une leucocytose polynucléaire qui se maintient) ;

Le nitrate d'argent en solution à 1 p. 1.000 provoque une très forte polynucléose immédiate.

Nos tableaux mettent en évidence les faits suivants :

I. L'eau distillée ne détermine pas de modifications leucocytaires importantes.

II. Les solutions de concentration moyenne provoquent d'emblée de la leucocytose sans stade de leucopénie.

(1) Pour l'exposé de l'ensemble de nos recherches, voir M. Caillard. *Th. de Paris*, 1921.

ARGENT COLLOÏDAL (*)

	AVANT l'injection	APRÈS 1 heure	APRÈS 6 heures	APRÈS 24 heures	APRÈS 2 jours	APRÈS 4 jours	APRÈS 7 jours
Leucocytes par millimètre cube.	14.650	11.250	11.250	17.400	15.000	13.000	15.000
Polynucléaires neutrophiles....	48 p. 100	50	68	72	62	46	52
Mono grands et moyens........	30	46	20	24	20	54	48
Lymphocytes................	20		8		12		
Polynucléaires éosinophiles....	0	1	0	1	2	0	0
Formes de trans..............	2	3	4	3	4	0	0

(*) Electrargol isotonisé, non stabilisé, préparé par les laboratoires Clin.



FIG. 5. — *Electrargol non stabilisé.*

III. Le type de la leucocytose varie selon la nature chimique du produit injecté : le chlorure de sodium, le chlorure de potassium, le nitrate d'argent déterminent une leucocytose polynucléaire qui se maintient pendant plusieurs jours après une seule injection. Nous avons constaté, en outre, que cette polynucléose s'accentue, dans une mesure d'ailleurs variable, si l'on fait une série d'injections quotidiennes.

Les iodures, quel que soit le métal (potassium, sodium), les sels de didyme, quel que soit le métalloïde (chlorure, iodure dans nos expériences, sulfates dans des recherches antérieures faites sur l'homme) déterminent une leucocytose mononucléaire qui s'établit d'emblée, et dont nous avons noté l'accentuation sous l'influence de la répétition des injections.

IV. L'injection intraveineuse d'un colloïde quelconque provoque une phase de leucopénie (choc hémoclasique) avec polynucléose relative ; puis au bout de 24 heures, apparaît la leucocytose. Là s'arrête l'action commune à tous les colloïdes. En effet, la forme de la leucocytose varie, dès lors, suivant le produit injecté : polynucléose avec l'argent, mononucléose avec l'iode et le didyme. La leucocytose présente alors une forme analogue à celle que l'on observe après injection d'une solution de substances actives de la même série (sels d'argent, de didyme, iodures).

Les recherches de MM. Achard et P. E. Weill (1) ont montré, il est vrai, qu'après une injection de collargol, le retour à la formule normale ne se fait qu'après une période de mononucléose : mais cette mononucléose n'apparaît qu'au 10e jour suivant l'injection, et n'est nullement comparable à celle qui se produit, d'une manière précoce, après injection d'iode ou de didyme colloïdal. De même, MM. Ribadeau-Dumas et Debré (2), étudiant divers colloïdes d'argent, voient, après la polynucléose, un stade de mononucléose : il s'agit dans leurs expériences, d'une mononucléose toute relative, puisque, au bout de 48 heures, le taux des polynucléaires, en s'abaissant, reste encore supérieur, et le taux des mononucléaires inférieur, au chiffre initial. La différence entre les colloïdes d'argent d'une part, de didyme et d'iode, d'autre part, reste donc absolument nette.

Nous avons constaté qu'une solution très hypertonique (chlorure de sodium à 50/1.000) peut, par des injections répétées, déterminer, comme les colloïdes, une légère leucopénie suivie de polynucléose.

Si l'on se reporte aux nombreux travaux déjà publiés, on remarque que la réaction de beaucoup la plus fréquente après une injection intraveineuse, soit de solution soit de colloïde, est polynucléaire. La mononucléose n'est déterminée que par un très petit nombre de substances, au premier rang desquelles il convient de placer l'iode et les iodures, et les terres cériques (sels de didyme, didyme colloïdal) : elle est donc un mode assez particulier de réaction sanguine.

En résumé, il semble résulter de nos recherches que :

I. Les solutions vraies, injectées dans les veines, donnent d'emblée une leucocytose dont la forme varie selon la nature du produit employé.

II. Les colloïdes agissent d'abord en fonction de leur état physique, en déterminant une leucopénie avec polynucléose relative, et ensuite en fonction de leur nature chimique, la leucocytose affectant un type variable selon le colloïde utilisé. On peut supposer que c'est au moment où il se dissout, que survient cette réaction secondaire qui est la plus durable (3).

L'étude de ces faits, qui montrent l'action propre des sels, métaux ou métalloïdes, sur les variations

(1) *Soc. de biol.*, 19 janv. 1907.
(2) *Soc. de biol.*, 4 et 25 juillet 1908.
(3) Suivant la thèse que soutient, avec d'autres arguments, J. Laumonier dans son livre, cité plus haut.

leucocytaires, semble de nature à mieux faire pénétrer le mécanisme de certains effets thérapeutiques. Elle permet, en outre, de préciser la part qui revient, dans les réactions sanguines, à l'état physique du produit injecté, et prouve que le rôle des divers colloïdes ne résulte pas seulement de l'état colloïdal, de la finesse plus ou moins grande des grains, mais aussi de leur nature chimique particulière.

SYRINGOBULBOMYÉLIE

PANARIS DE MORVAN : AMPUTATION

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes,

et E. DAVEAU,
Assistant de l'Hôpital militaire Broussais.

Rareté relative de la syringobulbomyélie. Dans le cas présent, débilité mentale native associée. Diagnostic : acromégalie; panaris de Morvan, au début de la maladie; amputation pour spina ventosa. Quid de l'aggravation par l'acte opératoire, au point de vue médico-légal?

Le cas de syringobulbomyélie que nous nous proposons de rapporter ici nous paraît présenter un triple intérêt : au point de vue clinique, au point de vue diagnostique (neurologique et chirurgical), et, enfin, au point de vue médico-légal. Nous avons eu l'occasion d'observer ce malade du fait de la guerre et de la pension sollicitée par lui.

***

Uléj..., Mathurin, 26 ans, cultivateur chez son père, fermier, soldat du Nème régiment de chasseurs, entre au service de psychiatrie de l'H. M. B., le 7 mai 1920.

Antécédents et histoire clinique. — Les renseignements qui suivent ont été fournis par le patient, la famille, les voisins (une enquête de gendarmerie a été pratiquée).

Les parents du malade seraient bien portants. Il a eu un frère décédé accidentellement à l'âge de 9 ans. Pas d'affections nerveuses ou mentales dans la famille. Le sujet, personnellement, a toujours été faible de constitution et son intelligence était au-dessous de la normale; il s'occupait aux champs avec ses parents, mais il n'a jamais été très actif, ni habile aux travaux agricoles. Son instruction est à peu près nulle. Il n'a jamais subi de maladie grave avant d'être atteint de syringomyélie.

Le début de l'affection nerveuse organique que nous constatons est difficile à préciser d'après les anamnestiques; il paraît être cependant antérieur à la guerre. Le malade, en effet, a été ajourné en mars 1914 pour raideur des doigts. En 1916, il est reconnu bon pour le service; en juillet, deux mois avant son incorporation, il présente une légère écorchure de la face dorsale du médius gauche; cette lésion est indolore. Un panaris se constitue qui s'ouvre spontanément et sans douleur vers le 15 août. Il rejoint son régiment le 3 septembre 1916 et entre à l'hôpital 18, à P..., 3 jours après. Le chirurgien constate que le doigt a l'aspect éléphantiasique et atteint, au niveau de la phalange et de la phalangine, un diamètre apparent d'au moins 4 cm.; l'organe est de consistance rénitente, de couleur violacée; il existe une ulcération au niveau du bord radial de la face postérieure de l'articulation de la phalangette, avec écoulement sanieux et purulent.

Le diagnostic de *spina ventosa* est établi et l'amputation du médius gauche est pratiquée le 8 septembre 1916. A la fin de ce même mois, le malade était réformé n° 2.

Un mois après l'opération, la raideur des doigts s'accentue, d'abord à la main gauche, puis aussitôt à la main droite. Le malade éprouve, en outre, une grande faiblesse des membres inférieurs. L'affection s'est aggravée progressivement.

Etat actuel : mai 1920. — Le malade a fait l'objet d'un examen spécial au point de vue organique et au point de vue mental.

1° *Atrophie musculaire.* — Atrophie type Aran-Duchenne caractéristique à la main gauche; disparition des éminences thénar et hypothénar. A droite, l'éminence hypothénar est moins atrophiée que l'éminence thénar. Les avant-bras sont grêles, mais non atrophiés. Symptômes d'atrophie au niveau du trapèze et de l'épaule, à gauche. La ligne du trapèze forme une encoche marquée.

Les membres inférieurs sont à peu près normaux (pas de pied bot). Il y a cependant des troubles de la marche. On trouve un peu d'atrophie du mollet droit et de la cuisse gauche. Pas de secousses fibrillaires constatées actuellement. Examen électrique : pas de R. D. dans le domaine des nerfs et des muscles des membres inférieurs, ni d'ailleurs dans aucun autre territoire. Légère R. D. partielle dans le domaine du fascia lata et moyen fessier gauche. Pas de myotonie. L'amyotrophie affecte une disposition radiculaire. L'hémiface droite est légèrement atrophiée. Atrophie de la langue, surtout marquée à droite. Tremblements de la langue.

2° *Troubles de la motilité et de la réflectivité.* — Symptômes de paraplégie, sans contractures. Pas de tremblement intentionnel, pas de mouvements choréiformes. Pas de trépidation épileptoïde.

Les réflexes rotuliens sont faibles, peut-être plus faibles à gauche qu'à droite. Réflexes oléocraniens très faibles. (Les troubles de la marche paraissent plutôt dus à des phénomènes tabétiques qu'à des phénomènes paraplégiques.) Pas de Babinski. Hypoesthésie plantaire. Réflexes plantaires, crémastériens, abdominaux, très faibles. Pas de troubles sphinctériens.

3° *Troubles de la sensibilité.* — *a.* Thermo-anesthésie au-dessous du pli du coude. Aucune réaction à l'application de corps chauds ou froids. Perception de la sensibilité au froid, au niveau de l'ombilic. Existence de la thermo-anesthésie au niveau du thorax et des membres supérieurs, absence au niveau des membres inférieurs et de l'abdomen. Thermo-anesthésie symétrique. Dissociation très nette sur toute la face, la nuque et la calotte cranienne.

b. Analgésie. Le sujet perçoit la piqûre comme contact, pas de douleur, même atténuée. L'analgésie est superposable à la thermo-anesthésie. Pas de retard à la sensibilité.

c. Conservation de la sensibilité tactile. Peut-être un peu d'hypoesthésie à droite, sur les doigts. Le contact simple est mal interprété. Le sens stéréognosique est troublé. Le sens musculaire est normal, de même que la sensibilité osseuse.

d. Topographie des troubles de la sensibilité. Elle correspond au territoire radiculaire cervical, au territoire radiculaire supérieur du plexus brachial, au territoire radiculaire inférieur du plexus brachial, au territoire radiculaire des racines dorsales. Les limites supérieure et inférieure de l'anesthésie sont assez nettes.

e. Troubles subjectifs de la sensibilité. Douleurs dans les jambes; fourmillements, avec sensation de faiblesse. Pas de crises gastriques.

4° *Troubles trophiques.* — Le tégument cutané est écaillé, fissuré et présente des crevasses rebelles et indolores sur la face palmaire, au bord radial, en avant du pouce gauche. Sclérodermie. Les ongles sont fendillés, striés, cassants, à la suite de tournioles répétées. L'ongle de l'index gauche est tombé. L'ongle droit est incurvé en bec de perroquet. A l'arrivée du malade à l'hôpital, les mains étaient recouvertes de bulles, de phlyctènes, d'éruptions pemphygoïdes. Pas de panaris. Amputation ancienne du médius gauche (pour panaris). Mal perforant au niveau du médius droit, sur la face palmaire, entre les deuxième et troisième phalanges. Le malade a consulté plusieurs médecins pour ses crevasses, mais n'a obtenu aucune guérison. Amélioration par les pansements aseptiques, mais persistance des lésions. Augmentation de volume de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit.

A la *radiographie*, on constate : perte des trois phalanges du médius gauche. Dans les autres doigts, la troisième phalange existe, mais elle est placée d'une telle façon qu'elle n'apparaît que sous la forme de taches plus ou moins circu-

laires. Les os de la plupart de ces phalanges présentent une décalcification notable.

Phénomènes d'hypertrophie des doigts et des mains comme dans l'acromégalie (cheiromégalie).

Scoliose dorsale : la ligne de la colonne vertébrale est à concavité gauche, la tête inclinée à gauche, l'épaule gauche abaissée. Entre la crête iliaque gauche et la pointe de l'omoplate gauche, il y a une différence de 4 cm. : le pli de la peau est extrêmement accusé dans cette région. La scoliose est indolore. Pas de thorax en bateau. On note une augmentation légère du volume de la boîte cranienne (état congénital).

5° *Troubles de la circulation.* — Dermographisme. Troubles cyanotiques de la peau sur les mains et les pieds. Pas d'œdème. Quelques symptômes d'hyperhydrose localisée de chaque côté du tronc.

6° *Yeux.* — Pas de troubles oculo-pupillaires. Pas de symptômes de nystagmus.

7° *Troubles psychiques.* — Symptômes nets de débilité intellectuelle native : mémoire pauvre, jugements et raisonnements puérils, asthénie possible ; apathie, pas de délire, pas d'affaiblissement intellectuel appréciable.

* * *

1° Au point de vue clinique neurologique, il est intéressant de relever l'association syringomyélique et syringobulbique ; d'après les traités, ces faits sont relativement rares.

Au point de vue mental, nous ne constatons pas, à proprement parler, de troubles cérébraux récents; le patient ne présente ni symptômes de démence, ni manifestations d'ordre délirant. Congénitalement, il est atteint de débilité psychique. Son intelligence est-elle affaiblie ? Est-elle en voie d'affaiblissement? Il nous paraît, scientifiquement et pratiquement, impossible d'exprimer de telles affirmations. La maladie nerveuse organique entraîne une inactivité physique générale à peu près complète ; d'autre part, le patient, mentalement, est né débile et son instruction a été rudimentaire. Comment apprécier, en de pareilles circonstances, la diminution des facultés cérébrales ? La famille, l'entourage disent que le patient est plus apathique, plus inerte qu'autrefois, mais le fait de l'affection organique ne suffit-il pas pour créer cet état, ou mieux, cet habitus extérieur ?

2° Le diagnostic de l'affection syringobulbomyélique, du point de vue neurologique, était aisé. Nous signalerons cependant que le malade nous avait été adressé comme un cas d'acromégalie avec troubles mentaux : la cheiromégalie, l'augmentation de volume de la boîte cranienne, avaient amené le premier observateur à ce diagnostic. Les auteurs, du reste, indiquent cette erreur comme possible. Ajoutons que la lèpre n'était pas en cause.

L'autre point diagnostique important est le début de cette syringobulbomyélie par un panaris de Morvan méconnu et, en conséquence, opéré. Le chirurgien avait porté le diagnostic de spina ventosa. La cicatrisation paraît s'être faite rapidement et normalement.

3° Au point de vue médico-légal, la question qui se pose est la suivante : L'amputation a-t-elle aggravé l'évolution de la syringobulbomyélie, comme l'allègue le patient et son entourage ? Il est toujours délicat, en pareils cas, de répondre catégoriquement. L'évolution progressive de la maladie était fatale. On ne voit pas comment l'opération aurait pu accélérer la marche de l'affection. Partagera-t-on notre avis ? On peut en douter : la loi du 31 mars 1919 a établi le principe de la présomption légale et elle est, chacun le sait, extrêmement généreuse pour les temps actuels.

Conclusions. — Les cas de syringobulbomyélie présentent une rareté relative : ici l'affection évolue chez un sujet atteint de débilité intellectuelle native, mais sans démence, ni délire. La maladie nerveuse organique fut prise pour une acromégalie, à cause de la cheiro et de la cranio-mégalie. D'autre part, le panaris de Morvan qui a marqué le début de la maladie, fut confondu avec un spina ventosa, et suivi d'amputation ; il n'y eut aucune complication d'ordre chirurgical. Au point de vue médico-légal, l'opération a-t-elle aggravé, comme l'allègue la famille, l'évolution de l'affection nerveuse? Cette opinion ne paraît point défendable, mais l'autorité militaire (il s'agit d'un ex-soldat candidat à pension) partagera-t-elle notre avis ?

LES CURES THERMALES SULFURÉES
POUR SYPHILITIQUES
ASSOCIÉES A LA MÉDICATION IODO-HYDRARGYRIQUE

Par le Dr PELON,
Ancien chef de clinique, Médecin des Eaux de Luchon.

Les cures hydrominérales ont été depuis longtemps préconisées contre les manifestations de la syphilis. Fracastor, dans son *Poème sur la syphilis* paru en 1530, relate, sous la forme d'une allusion mythologique, l'usage des eaux sulfurées désignées sous le nom de la nymphe Callyrrhoé, unies au vif argent (mercure), pour guérir Hoeus, atteint par la vérole :

> Illa ego, quæ venas per montis hiantes
> Callirrhoe, haud ignota tuæ fumantia mitto
> Sulfura.

Péry (1) a publié un excellent historique de la question dans lequel on trouvera les détails les plus complets et les plus intéressants. J'ai repris moi-même ce sujet que j'ai traité avec toute l'ampleur désirable dans un ouvrage récompensé par l'Académie de médecine (2), auquel je renvoie pour plus de développements.

Si l'utilité d'une cure hydrominérale dans le traitement de la syphilis est très anciennement connue, elle n'est plus aujourd'hui envisagée sous le même aspect qu'autrefois. Certaines eaux thermales, mais surtout les sulfurées, ont, pendant longtemps, en effet, été surtout préconisées comme une méthode de *traitement d'épreuve*.

L'inutilité de la cure hydrominérale comme moyen de diagnostic et critérium de guérison étant ainsi réglée, je vais maintenant préciser ses avantages thérapeutiques, les indications auxquelles elle s'adresse et les différents buts qu'elle doit remplir.

En présence d'un syphilitique, le médecin doit toujours se rappeler qu'il a affaire à deux facteurs : la *syphilis* et le *syphilitique*; la syphilis, maladie infectieuse, dont l'agent causal, le spirochète, est aujourd'hui bien connu ; et le syphilitique, avec ses variétés de diathèse, de tempérament, d'hérédité qui impriment à la syphilis des modalités fort diverses; ici, comme toujours, il y a, d'une part, la *maladie*; de l'autre, le *terrain*.

Or, ce terrain a besoin d'être surveillé de très près si l'on veut éviter que le spirochète ne se développe avec facilité dans ses divers organes. « Quand on a la vérole, disait Ricord, il fait bon se bien porter. » C'est que, en effet, la syphilis a des allures beaucoup plus sévères chez les sujets

(1) PÉRY. *Du Rôle des eaux minérales sulfureuses dans le traitement de la syphilis.*

(2) PELON. *Thérapeutique hydrominérale des maladies vénériennes* (médaille de vermeil des eaux minérales), Paris 1908, Rudeval.

dont l'état constitutionnel est mauvais. Ces malades, à la nutrition viciée, aux tares organiques profondes, à l'hérédité malheureusement lourde, forment un terrain très propice à la pénétration et à la multiplication du spirochète auquel ils opposent une résistance infiniment moindre; les formes malignes sont fréquentes en pareil cas.

Il faut donc, par tous les moyens, *redresser l'état constitutionnel* du syphilitique et *remonter son état général*. La *cure hydrominérale* est, parmi ces moyens, l'un des plus puissants.

Faite à une station sulfurée et associée au traitement mercuriel, elle *accroît considérablement la puissance d'action de ce dernier*.

Les néo-arsenicaux, dont la découverte a été l'occasion de si heureux progrès dans le traitement de la syphilis grâce à leurs effets rapides et puissants, ont, malgré tout, une action fugace qui a besoin d'être complétée par celle du mercure. « Aussi le plus grand nombre des syphiligraphes, dit M. Thibierge, admettent-ils qu'il y a au moins avantage — la plupart disent nécessité — à compléter le traitement arsenical de la syphilis par le traitement mercuriel (1). » M. Darier (2) recommande très fortement l'association des deux médications. M. Gougerot, de son côté, déclare que « le traitement de fond est et reste toujours le traitement mercuriel (3) ».

Mais le mercure est quelquefois mal toléré par l'organisme qui se montre réfractaire à ce médicament et ne permet pas d'atteindre les doses utiles et nécessaires. Les eaux sulfurées sont, en pareil cas, un précieux adjuvant de la médication hydrargyrique qui, grâce à elles, non seulement est bien acceptée, mais peut même être renforcée pour le plus grand bien de certains malades chez lesquels la thérapeutique doit être conduite avec la plus grande énergie. Qu'arrive-t-il, en effet, quand on soumet un sujet à un traitement par les mercuriaux? Ceux-ci se combinent dans l'organisme avec le chlorure de sodium des humeurs pour faire un chlorure double de sodium et de mercure qui, au contact de l'albumine des tissus, forme un albuminate s'immobilisant dans ces tissus; dès lors, la médication devient inactive. Or, les eaux sulfurées transforment ces composés albumino-hydrargiques en sulfates de mercure solubles qui sont facilement absorbés et dont l'excès s'élimine aisément (4). Par conséquent, en même temps qu'on active l'absorption du médicament, on évite l'intoxication hydrargyrique par accumulation de ce même médicament.

Je pose donc en principe que les *eaux sulfurées sont les meilleures pour les syphilitiques*, et je me bornerai à rapporter ici la déclaration de deux Maîtres en la matière. « Les saisons aux stations sulfureuses, dit M. Darier, fournissent de précieuses ressources pour relever l'état général des sujets ou pour faire bien tolérer la mercurialisation (5). » — « Le traitement sulfureux adjuvant, dit M. Gougerot, devrait être employé plus qu'il ne l'est actuellement, car il renforce singulièrement l'activité du mercure; il est particulièrement indiqué chez les anémiés, amaigris, déprimés, surmenés, chez les intolérants au mercure. Dans tous les cas de syphilis grave, il permet un traitement énergique (6). »

La double cure, mercurielle et hydrominérale sulfurée, toujours recommandable, est impérieusement indiquée toutes les fois que les préparations hydrargyriques seront peu ou mal tolérées aux doses ordinaires ou qu'il y aura intolérance pour les doses massives reconnues nécessaires; dans les syphilis graves, où il faut agir vite et fort; lorsque l'état général est fortement atteint et a besoin d'être remonté.

(1) THIBIERGE. *La Syphilis et l'armée*, p. 135, Coll. Horizon, Paris, Masson.

(2) DARIER. *Précis de dermat*., art. SYPHILIS, p. 726, Paris, Masson.

(3) GOUGEROT. *Le Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 88, Paris, Maloine.

(4) DESMOULIÈRES. Du rôle des eaux sulfureuses dans le traitement mercuriel, *Arch. gén. de méd.*, 1904. — L. BERTIER. *De l'Emploi des eaux sulfurées dans le traitement de la syphilis*, Paris 1905. — DARDEL. Le traitement de la syphilis aux eaux sulfureuses, *Arch. gén. de méd.*, 1906. — DESMOULIÈRES et CHATIN. Recherches sur l'action des eaux sulfureuses dans le traitement mercuriel, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1907. — Voir, sur ce même sujet, les travaux plus récents de SIMON et AMEUILLE.

(5) DARIER. *Précis de dermat.*

(6) GOUGEROT. *Le Traitement de la syphilis en clientèle.*

Quel sera le traitement hydrargyrique à mettre en œuvre au cours de la cure thermale sulfurée?

La méthode habituellement utilisée est celle des injections de sels solubles; je fais couramment, surtout dans les cas urgents, du cyanure de mercure intraveineux à la dose de 2 cg. tous les 2 jours; comme injections intramusculaires, je donne la préférence au bi-bromure, à la dose de 2, 3, 4 ou 5 cg.; je pratique ainsi 2 séries de 10 piqûres séparées par un intervalle de 5 jours de repos, le traitement sulfuré continuant sans arrêt pendant 25 jours au moins. L'iodure de potassium est adjoint au mercure, non seulement dans les accidents tertiaires, mais à toutes les périodes de la syphilis, toutes les fois qu'il existe des syphilides infiltrées ou phagédéniques dont on veut obtenir la résolution.

Il est une combinaison iodo-mercurielle que j'ai utilisée avec succès, la saison dernière, dans deux cas de syphilis tertiaire ancienne longtemps négligée et insuffisamment traitée. Je veux parler de l'*iodogyre*, contenant par centimètre cube 28 mgr. d'iode, 8 mgr. de mercure métallique et autant d'arsenic; j'ai pratiqué 3 séries d'injections quotidiennes de 3 cmc., pendant cinq jours, et avec cinq jours de repos entre chaque série.

Le premier de ces malades présentait au niveau des membres inférieurs et de la partie inférieure du dos une trentaine de larges syphilides tertiaires ulcéro-gommeuses; sous l'influence de ce traitement fait en même temps qu'une cure sulfurée intensive, je vis toutes ces syphilides se cicatriser en quelque sorte sous mes yeux, à l'exception de deux d'entre elles qui se fermèrent d'ailleurs trois jours après le retour du malade chez lui.

Le deuxième cas concernait un homme qui avait été contaminé vingt ans auparavant et avait fait à cette époque un traitement absolument insuffisant; toute médication avait été, depuis, complètement abandonnée. A son arrivée à Luchon, il était porteur d'une gomme ulcérée et profonde, siégeant à la partie moyenne et antéro-externe du bras gauche, elle mesurait 6 cm. de longueur, 4 cm. 1/2 de largeur et 2 cm. de profondeur. Soumis aux injections intramusculaire d'iodogyre, aux mêmes doses que le précédent, ce malade s'est tout de suite amélioré; la réparation de sa lésion s'est poursuivie sans interruption durant tout le cours de sa saison sulfurée et s'est terminée peu après son retour à la maison.

L'administration du mercure et de l'iode sous forme d'injections ne peut parfois être instituée, à cause de la pusillanimité des malades ou encore de la nécessité où ils se trouvent de se traiter discrètement et même secrètement; qu'il s'agisse de jeunes gens désireux de cacher leur maladie à leur famille ou d'époux contaminés isolément dans une aventure extra-conjugale, ces malades-là ne veulent à aucun prix qu'on les voie chaque jour aller se faire piquer chez le médecin (1). On recourra alors à une forme ingérable.

« L'ingestion, dit M. Gougerot, est le procédé le plus simple et le plus commode pour le malade, le plus dissimulable aux yeux de l'entourage ». Malheureusement les préparations iodo-mercurielles irritent toujours plus ou moins les voies digestives et sont souvent mal tolérées par les muqueuses gastro-intestinales antérieurement malades. « Leur usage prolongé, dit Hayem, peut déterminer une gastrite médicamenteuse souvent sérieuse ».

Je n'ai jamais observé ces inconvénients avec le *lipogyre* ou éther diiodobrassidique hydrargyré. Je prescris cet éther gras iodé sous forme de comprimés contenant chacun 2 cgr. de mercure et 13 cgr. d'iode à la dose 4, 6 et jusqu'à 8 par 24 heures. Ces comprimés de lipogyre que j'ai utilisés chez trois malades présentant des accidents spécifiques en évolution (syphilides papuleuses ano-scrotales, syphilides palmaires psoriasiformes, plaques vulvaires hypertrophiques), ont toujours été parfaitement tolérés et par l'estomac et par l'intestin. Ils réalisent au mieux, m'a-t-il semblé, ce deside-

(1) De même, pour la détermination de la station sulfurée, il faut éviter de diriger les malades sur une ville d'eaux absolument spécialisée dans le traitement de la syphilis, ce qui était, avant la guerre, le cas d'Aix-la-Chapelle. Ces malades iront, au contraire, d'autant plus volontiers aux grandes stations sulfurées françaises, qu'ils passeront inaperçus au milieu des autres groupes de baigneurs (rhumatisants, respiratoires, dermopathiques), la spécificité n'étant qu'une des nombreuses indications de ces stations.

ratum exprimé par M. Thibierge : « Les comprimés représentent une forme pharmaceutique trop rarement utilisée pour l'administration du mercure, car ils ont l'avantage sur les pilules de se dissoudre facilement et complètement ».

Les cas de syphilis qu'il m'a été donné de traiter la saison dernière à Luchon par l'iodogyre et le lipogyre me font considérer ces deux préparations comme une méthode active et commode d'administration synthétique des trois grands agents spécifiques (mercure, iode, arsenic), au cours de la cure hydro-minérale sulfurée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1921)

Un cas de septicémie puerpérale guéri par le choc peptonique. — M. LÉVY-SOLAL rapporte une observation de septicémie puerpérale à streptocoques guérie par la méthode du choc colloïdoclasique de Widal, Abrami et Brissaud. Dans ce cas, le choc fut déterminé par l'injection intraveineuse d'une solution de peptone suivant la technique proposée par Nolf.

M. ABRAMI. L'intérêt de cette observation ne tient pas seulement dans le résultat thérapeutique inespéré réalisé par le choc; il provient surtout des circonstances qui en ont fait décider l'application. Comme l'ont fait observer, dès leurs premières recherches, MM. Widal, Abrami et Brissaud, il ne saurait s'agir d'une méthode de pratique courante applicable systématiquement à tous les cas d'une même maladie. Elle comporte des risques qui doivent en faire réserver l'emploi à des cas où toutes les thérapeutiques ont échoué et qui autorisent toutes les tentatives. La méthode ne fut appliquée dans le cas particulier qu'en raison de la gravité croissante de la situation, de l'échec de toutes les tentatives mises en œuvre jusque-là, et après avoir averti la famille des risques que pouvait comporter le choc colloïdoclasique.

M. BOIDIN. Les différents agents employés pour provoquer le choc ne sont pas identiques par leur valeur thérapeutique et l'intensité habituelle de leurs réactions, ce fait tenant à leur différent degré d'hétérogénéité. Il y aurait intérêt à établir pour chacun d'eux le bilan des effets favorables et des effets dangereux.

Les conditions de la vaccinothérapie antigonococcique. — M. SÉZARY. Un bon vaccin antigonococcique doit ne pas contenir de germes dits associés, être constitué par un antigène non altéré (microbes récoltés avant leur lyse, incorporés à un milieu non lysant, peu modifiés par les procédés de stérilisation), ne pas être trop ancien. En pratique, on rejettera toute préparation dont l'injection à la dose dite thérapeutique est incapable de déterminer une réaction fébrile.

Quant à la technique, l'auteur recommande les injections répétées à dose croissante, de façon à obtenir chaque fois une légère poussée thermique. Plus faibles, les doses sont moins efficaces. Plus fortes ou trop rapprochées, elles peuvent favoriser des complications en exagérant sans doute la phase négative de l'index opsonique.

Dans quelques cas assez rares, l'amélioration survient dès le lendemain de la première injection. Cette skeptophylaxie résulte sans doute d'un choc protéique. Elle n'amène pas toujours la guérison complète, les rechutes ou recrudescences sont fréquentes. Pour les prévenir, il faut poursuivre jusqu'à guérison confirmée la vaccinothérapie et les traitements locaux classiques.

Urticaire par tachyphagie. — MM. PAGNIEZ et DE GENNES rapportent le cas d'un sujet tachyphage et sans troubles dyspeptiques, ayant eu pendant plusieurs mois des poussées quotidiennes d'urticaire qui disparurent par l'ingestion lente des repas. La contre-épreuve a été positive. Les phénomènes n'ont été modifiés en rien par la composition des repas.

L'ingestion très rapide des repas n'est pas suivie ici de crise hémoclasique, mais agit en inhibant la leucocytose digestive du repas suivant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1921)

Occlusion du duodénum par le pédicule mésentérique. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur une observation de M. Vilette. Il s'agit d'une femme de 60 ans qui présentait des troubles gastriques qu'on attribua à une tuberculose de la vésicule biliaire. Celle-ci fut enlevée. Les troubles reparurent; il s'agissait d'une occlusion du duodénum par le pédicule mésentérique.

M. Vilette pratiqua une anastomose duodéno-jéjunale avec le bouton de Jaboulay. Il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. Grégoire que les observations de ce genre deviennent de plus en plus fréquentes. Elles sont souvent confondues avec l'appendicite ou la cholécystite. Quelle est l'origine, dans ces cas, de la compression du duodénum ? On peut l'expliquer par une sclérose du mésentère. C'est surtout l'artère colique transverse modifiée qui serait le principal agent de la compression.

Comme traitements chirurgicaux, on a proposé l'iléo-sygmoïdostomie ou la colectomie. Cette dernière est une opération très grave.

L'opération de choix, selon M. Grégoire, est la duodéno-jéjunostomie. Elle peut être précolique, transmésocolique ou sous-mésocolique. Si elle est impossible ou trop difficile, on peut alors avoir recours à une gastro-entérostomie ; mais la duodéno-jéjunostomie, quand elle est possible, donne de très bons résultats.

Trois observations d'invagination de l'intestin grêle. — M. OKINCZYC rapporte 3 observations adressées par M. Nandroz. Il s'agit de trois hommes âgés de 36 ans, 37 ans et 57 ans, ayant présenté des troubles d'occlusion, douleurs violentes, ballonnement du ventre, vomissements, arrêt des gaz et des matières. Chez le premier malade, il s'agissait d'une occlusion aiguë due à une invagination. La désinvagination étant impossible, M. Nandroz fit une résection. L'examen de la pièce montra l'existence d'un petit fibrome.

Dans le second cas, il s'agissait d'une invagination de l'intestin grêle peu serrée. La désinvagination fut possible, mais l'état de l'intestin était tel que M. Nandroz crut devoir le réséquer.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait également d'une invagination du grêle chez un homme souffrant depuis longtemps, amaigri par une alimentation réduite. Il y avait également une masse homogène, fibreuse. La désinvagination put être faite.

Voilà donc trois cas d'invagination intestinale chez des hommes, le premier était à l'état aigu, les deux autres à l'état subaigu, ayant tous les trois pour cause une production polypeuse de la muqueuse intestinale, obstruant la lumière de l'intestin. Quelle peut être l'origine de ces productions? Elles se font peut-être aux dépens des reliquats du diverticule de Meckel.

Appendicite avec kératome du mésoappendice. — M. OKINCZYC fait un second rapport sur une autre observation de M. Nandroz. Il s'agit d'une appendicite compliquée d'un kératome du méso qui rendait difficile l'extériorisation de l'appendice.

Ulcère duodénal perforé. Cancer du côlon ascendant. — M. LAPOINTE analyse deux observations de M. Lagoutte (du Creusot).

Dans la première, qui n'est pas très précise, il s'agirait d'un ulcère duodénal qui se serait perforé, dont la cicatrisation aurait entraîné des adhérences ayant aveuglé la lumière du duodénum.

Dans le second cas, il s'agit de la cure radicale d'un cancer du côlon en trois temps. Femme de 71 ans chez laquelle on diagnostique un cancer du côlon ascendant : 1° cæcostomie préalable ; 2° laparotomie médiane, exclusion bilatérale, 3° extirpation du segment exclu ; 4° fermeture de la fistule cæcale.

Au lieu de procéder ainsi, on pouvait tenter une colectomie idéale en un seul temps.

Toutefois il ne faut pas se dissimuler la gravité de cette dernière opération. M. Lapointe y a eu recours dans un cas

et sa malade est morte de péritonite. L'intervention diffère selon qu'il s'agit de cancer ou de tuberculose. Quand il s'agit de cancer, il vaut mieux opérer en plusieurs temps, étant donnée la gravité de la colectomie idéale. On a proposé l'iléo-sygmoïdostomie. M. Lapointe préfère l'anastomose bout à bout de l'iléon au côlon.

Sténose pylorique des nouveau-nés. — M. Frédet, à l'appui de la communication qu'il a faite dans la précédente séance, apporte une observation de M. Brun; il s'agit d'un enfant né à terme, pesant 4 livres 120 gr., allaité par sa mère; après trois semaines, le lait de la mère diminuant, on donna du lait de vache. Aussitôt l'accroissement cesse et les vomissements apparaissent. Le traitement médical amène une sédation temporaire. Puis les accidents reparaissent; la courbe du poids s'abaisse; les selles sont rares, sans caractère mœconial, les urines se raréfient également. Ce ne fut que le 73e jour que M. Brun vit cet enfant. Il proposa l'opération. On hésita. Elle ne put être pratiquée que le 85e jour. M. Brun fit une gastro-entérostomie qui ne dura que 14 minutes. Les suites furent simples. Les vomissements cessèrent et l'accroissement se refit rapidement, ainsi qu'on en peut juger sur les courbes présentées par M. Frédet. Il s'agissait ici d'une sténose modérément serrée.

M. Frédet fait de nouveau un parallèle entre la pylorotomie qu'il a le premier proposée dans ces cas et la gastro-entérostomie. Il semble vouloir donner la préférence à cette dernière. Dans l'observation qu'il vient de rapporter, M. Frédet reproche à M. Brun d'avoir été quelque peu imprudent en retirant les fils de son petit opéré le 12e jour. Il faut savoir que les parois des enfants reprennent très difficilement.

M. Frédet ne retire jamais les fils avant le 18e jour.

M. Veau a pratiqué la gastro-entérostomie et la pyloroplastie dans des cas de sténose pylorique des nouveau-nés. Il préfère la pyloroplastie. Il déclare que, chez ces petits enfants, l'opération n'est pas facile. Il insiste sur le fait qu'il faut éviter l'éviscération qui est très dangereuse chez les enfants. Il recommande aussi, avec M. Frédet, de ne pas se hâter de retirer les fils.

M. Frédet ne repousse pas la pyloroplastie, mais comme il a eu un cas de mort, il est resté fidèle à la gastro-entérostomie qui lui a donné de bons résultats. Il ajoute que plus l'opération sera précoce, plus elle donnera de chances de guérison.

Remplacement d'un tibia par un péroné. — M. Dehelly communique l'observation d'un enfant qui perdit la plus grande partie de son tibia par suite d'ostéomyélite. M. Dehelly remplaça le tibia par le péroné du côté opposé, le résultat, même éloigné, est très satisfaisant. Le péroné a atteint le volume même du tibia et les radiographies montrent une parfaite réparation.

Traitement des ruptures de l'urètre. — M. Heitz-Boyer a traité un assez grand nombre de ruptures traumatiques de l'urètre par la méthode de M. Marion, par la résection large et la dérivation des urines.

Les suites immédiates sont très satisfaisantes et les résultats éloignés ne le sont pas moins, ainsi que le prouve un malade présenté par M. Heitz-Boyer, qui a été opéré par lui il y a 10 ans. Il n'y a aucun rétrécissement.

M. Marion rappelle que, si 3 mois après cette opération l'urètre n'est pas rétréci, il ne se rétrécira plus jamais.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 23 avril 1921)

La chronaxie des nerfs et muscles chez les rachitiques. — MM. G. Bourguignon et G. Banu étudient les muscles des rachitiques au point de vue électrique par la technique de mesure de la chronaxie à l'aide des décharges de condensateurs.

La myopathie rachitique se traduit par une chronaxie plus grande que la normale.

La plupart des muscles des membres sont atteints. Cette augmentation est comprise entre deux fois et neuf fois la normale. Elle est surtout augmentée dans l'excitation longitudinale, et reste normale sur les nerfs.

La contraction est modifiée très légèrement, surtout par excitation longitudinale donnant une contraction un peu moins vive que la normale.

On conclut à une ébauche de légère dégénérescence partielle, superposable aux altérations histologiques qu'un des auteurs avait étudiées avant.

Ainsi, les réactions électriques avec les lésions histologiques forment un ensemble qui précise les caractères de la myopathie rachitique.

Sur l'emploi de l'acide trichloracétique et du sulfate de cuivre comme adjuvants dans la méthode de Kjeldahl. Application à l'urine. — MM. A. Grigaut et J. Thiéry apportent un nouvel adjuvant : l'acide trichloracétique associé au sulfate de cuivre pour le dosage de l'azote total dans l'urine. Les résultats obtenus par leur procédé sont légèrement supérieurs à ceux fournis par la méthode de Deniges, à l'oxalate de potasse. De plus, par le procédé à l'acide trichloracétique et au sulfate de cuivre, la durée de l'hydrolyse est réduite de moitié et on n'a pas à compter avec une mousse abondante au début de l'opération.

L'échinococcose encéphalique expérimentale envisagée comme type de tumeur intracranienne expérimentale. — M. F. Dévé. L'inoculation de sable hydatique dans le cerveau permet d'obtenir, avec le minimum de traumatisme cérébral et de troubles de la physiologie intracranienne, une tumeur aseptique, non irritante, à développement lent, régulier, progressif, et qui peut être localisée au point voulu.

Ces conditions physio-pathologiques particulièrement favorables permettront d'étudier expérimentalement, entre autres problèmes de pathologie nerveuse, le syndrome d'hypertension intracranienne.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 8 avril 1921)

Origine et traitement de la paralysie générale. — M. A. Marie apporte un résumé d'ensemble des recherches poursuivies, depuis 1905, avec Levaditi sur la syphilis péri-encéphalique (P. G.). Il appelle l'attention sur la différenciation des virus dermotropes et neurotropes et les distinctions possibles de la thérapeutique correspondant à chacun d'eux.

L'appareillage des impotences suivant la méthode d'orthopédie instrumentale. — M. Bidou expose sa nouvelle méthode d'orthopédie prothétique, dite orthopédie instrumentale, fondée sur l'application des principes de la mécanique générale à la machine humaine. Il présente un film cinématographique de malade atteint de paraplégie, marchant à l'aide d'une musculature artificielle, et une série de projections photographiques, d'appareils d'étude et de remplacement pour paralysie de toute nature. Il présente enfin un paralytique marchant avec des appareils d'orthopédie instrumentale.

Le rôle des exercices physiques dans l'éducation respiratoire. — M. Kouindjy rappelle que la respiration est soumise à deux groupes importants de muscles, les inspirateurs et les expirateurs qui, grâce à la loi de l'antagonisme, se contractent périodiquement, en créant le rythme respiratoire. Les exercices physiques seuls sont en mesure d'entretenir l'harmonie nécessaire dans le fonctionnement de ces muscles antagonistes, afin d'éviter les troubles respiratoires et d'augmenter la capacité thoracique. Les exercices physiques doivent être appropriés de telle sorte que l'action synergique des muscles inspirateurs et expirateurs en tire le plus grand profit. La spirométrie est incapable d'éduquer la masse considérable des inspirateurs, et le spiromètre n'est qu'un appareil de contrôle.

De l'emploi des rayons X dans le traitement des cancers œsophagiens. — M. Houlié, à plusieurs reprises, a expérimenté ce procédé dont la technique est très simple. Œsophagoscopie en position assise. Quand le tube arrive en vue de la tumeur, il est abandonné à lui-même. A ce moment, on dispose au-dessus de lui l'ampoule, tandis qu'un aide soutient la tête du patient, la maintenant aussi longtemps que dure l'irradiation.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DES 8 ET 15 AVRIL 1921)

Du choix des anesthésiques en chirurgie. — M. OZENNE, dans cette courte note, a eu surtout en vue d'exposer sa pratique de l'anesthésie générale par le chloroforme depuis une trentaine d'années. S'il est incontestable que cet agent, tel qu'il est délivré aux chirurgiens, souvent sans rectification récente, est un anesthésique dangereux, on doit toutefois tenir compte, à sa décharge, de son état chimique, des fautes commises pendant l'administration des vapeurs et des cas qui en contre-indiquent l'emploi.

M. Ozenne l'a employé lui-même ou fait employer 8.000 à 10.000 fois; et de tous les malades qu'il a chloroformés ou fait chloroformer sous sa surveillance, aucun n'a succombé pendant l'anesthésie ni des suites de l'anesthésie. Dans quelques cas, on a dû remédier à des alertes sérieuses et même inquiétantes par les moyens ordinaires.

Il a toujours évité de s'en servir chez les personnes craignant d'être endormies, chez les blessés plongés dans la stupeur ou chez les malades atteints de dégénérescence avancée du foie, des reins, du cœur.

Il s'est toujours servi d'un chloroforme récemment rectifié et conservé dans un flacon n'ayant pas été débouché, ne confiant l'anesthésie qu'à un aide sachant manier le chloroforme, c'est-à-dire sachant se rendre compte tout d'abord de la susceptibilité du malade à l'égard des vapeurs, surveillant constamment la respiration, l'expression de la face, l'état de la pupille et ne négligeant pas de veiller au réveil et de le surveiller.

Pour l'administration, M. Ozenne s'est toujours servi de la compresse, pliée en plusieurs doubles, en employant la méthode des inhalations lentes, progressives et intermittentes. Ses aides ont eu recours plus tard à l'anesthésie lente, continue et à faibles doses. Assez rarement il a utilisé les inhalateurs mécaniques, ces machines ne donnant qu'une garantie illusoire et ne remplaçant pas une intelligence avertie, capable de prévoir et prête à agir en cas de nécessité.

Tout en n'établissant aucune comparaison avec les anesthésiques à la mode, qui ne sont pas dénués de dangers et dont il n'a aucune expérience personnelle, M. Ozenne estime que le chloroforme, chimiquement pur quoique empreint des dangers de tout toxique, sciemment et prudemment manié, ne mérite pas le discrédit dans lequel il est tombé.

M. SIEGEL, à propos d'un accident de chloroforme qui aurait pu avoir des suites funestes chez un enfant de 9 ans et après avoir remarqué que seule l'adrénaline avait pu surmonter les accidents contre lesquels l'éther, la caféine, la spartéine avaient été à peu près impuissants, émet l'hypothèse que la syncope chloroformique blanche pouvait être due à une insuffisance surrénale massive et foudroyante. Aussi il propose d'injecter préventivement à toute anesthésie chloroformique une ampoule de solution adrénalino-hypophysaire telle qu'on en trouve dans tous les laboratoires.

M. ZISLIN considère que l'éther administré d'une façon rationnelle avec l'appareil d'Ombrédanne, donne toute sécurité et une anesthésie parfaite.

Le masque ne doit jamais quitter la figure du malade, puisque l'anesthésie est le résultat de l'absorption du triple mélange : vapeur d'éther, air pur et air confiné.

Bien conduite, l'éthérisation donne une anesthésie aussi profonde et aussi parfaite que celle du chloroforme.

Résultats de 300 rachianesthésies. — M. MONCANY. (Rapport de M. ZISLIN.) M. Moncany relate les résultats qu'il a obtenus dans 300 cas de rachianesthésie pratiquée avec la stovaïne ou la novocaïne. Il fait remarquer que contrairement à l'opinion généralement admise, ce mode d'anesthésie est admirablement supporté par les enfants et les vieillards.

L'intérêt de la communication réside dans la relation de 3 cas de mort. Les deux premiers cas sont discutables, les malades étant atteints de lésions très graves et étant dans un état très précaire au moment de l'intervention. Dans le troisième cas, il s'agissait, au contraire, d'une simple cure radicale de hernie étranglée. La mort survint à la fin de l'intervention. Une ponction lombaire immédiatement pratiquée donna issue à du sang sous pression. Il s'agissait d'une hémorragie méningée très abondante. Le rapporteur conclut que cet accident est plutôt imputable à la ponction lombaire qu'à l'injection de liquide anesthésique.

Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. — M. R. BONNEAU rapporte un travail de M. Gentil, sur la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale.

Le radium dans le cancer utérin. — M. R. BONNEAU expose les résultats obtenus par le radium dans le cancer utérin.

Il n'a employé le radium que sur les malades où l'opération et l'examen microscopique des tranches montrait du tissu cancéreux laissé. Une dizaine de cas avec survie variable.

De la ponction du corps calleux. — M. BOURGUET, (Rapport de M. ZISLIN.) M. Bourguet a, dans 2 cas d'hypertension ventriculaire avec stase papillaire, pratiqué la ponction ventriculaire suivant la technique d'Anton et von Bramann, c'est-à-dire en longeant la faux du cerveau pour ne traverser que le corps calleux.

Dans le premier cas, il ne s'agissait pas de tumeur cérébrale et le résultat a été excellent et définitif. Dans un cas de tumeur cérébrale, l'amélioration n'a été que très passagère.

M. Zislin critique le titre de cette communication. Il demande donc qu'on abandonne cette dénomination impropre des auteurs allemands pour conserver celle de trépano-ponction ventriculaire.

M. VILLANDRE. A propos du rapport de M. Zislin sur deux observations de M. Bourguet concernant deux ponctions du corps calleux, M. Villandre rappelle les bons résultats communiqués par von Bramann au Congrès allemand de chirurgie en 1911. La ponction pratiquée suivant la technique du chirurgien allemand semble assurer un drainage permanent du ventricule latéral dans l'espace sous-arachnoïdien; sur 13 autopsies de tumeurs cérébrales traitées par ce procédé, l'auteur a pu constater 7 fois qu'une communication avait persisté entre la cavité ventriculaire et l'espace à travers le corps calleux légèrement dilaté.

LIVRES NOUVEAUX

Les cardio-rénaux. Etude théorique et pratique (1), par le Dr O. JOSUÉ, médecin de l'Hôpital de la Pitié, et le Dr Maurice PARTURIER.

Ce livre comblera une lacune importante de la littérature médicale. Il n'existait en effet aucun ouvrage sur cette question qui n'a jamais été d'ailleurs bien définie, et c'est à peine si les traités de médecine les plus complets consacrent quelques pages au rein cardiaque et à l'asystolie cardio-rénale. Les travaux que MM. O. Josué et M. Parturier poursuivent depuis plusieurs années, sur la fonction rénale chez les cardiaques et les cardio-rénaux, leurs études cliniques sur les syndromes rénaux de l'asystolie, les conduisent aujourd'hui à une conception nouvelle des syndromes cardio-rénaux dont ils établissent la signification dans un ouvrage où l'originalité de la forme et de la pensée rompt délibérément avec les formules et les clichés en usage.

Dans cette importante étude, où les théories physio pathologiques sont exposées et discutées brièvement et dans la mesure seulement où elles sont indispensables à l'intelligence des faits cliniques, le médecin trouvera surtout, et pour la première fois, la solution des problèmes cardio-rénaux tels qu'ils se posent au lit du malade, ainsi que des renseignements pratiques sur la valeur clinique des différentes épreuves d'exploration rénale, sur l'exploration clinique du cœur et des vaisseaux, sur la thérapeutique des affections cardio-rénales.

Ce livre, clair, précis, concis, contient en somme tout ce qu'il faut savoir sur l'insuffisance cardiaque, sur l'insuffisance rénale et sur les relations pathologiques qui unissent le cœur et les reins. Il apporte de la lumière et de la logique dans la question, jusqu'à ce jour encore très obscure et confuse, des cardio-rénaux. L. G.

(1) In-8 écu, de 230 pages environ (tableaux). — Prix : 12 fr., franco : 13 fr. 20. — Paris, Le François.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE[1]

PÉRIODE TERMINALE. — Le tableau clinique se modifie complètement et se caractérise surtout par l'aggravation rapide de l'état général.

Souvent la douleur et les coliques cessent, l'intestin étant paralysé; c'est là un signe de mauvais augure qui indique habituellement une perforation intestinale; c'est le *calme trompeur* de la période terminale (Boyer).

Les vomissements deviennent *fécaloïdes*, constitués par un liquide jaune sale ou brunâtre, d'odeur fétide, *intestinale*.

Le *facies* indique une grave atteinte de l'état général; le visage est terreux, couvert de sueurs, les traits sont tirés, les yeux cernés, le nez pincé; c'est le *facies péritonéal* donnant l'impression d'un amaigrissement intense.

La *respiration* est anxieuse avec oppression, inspiration courte, expiration brusque.

Le *pouls* faiblit; il devient fréquent, dépressible, puis irrégulier.

Les *extrémités* se refroidissent et prennent une teinte asphyxique.

Parfois, le malade accuse des *crampes douloureuses* dans les mollets (Berger).

Souvent dans les dernières heures survient le *hoquet*.

Les *urines* sont rares, foncées, souvent albumineuses.

La *température* est normale ou même abaissée.

Malgré la gravité des symptômes généraux, l'*intelligence est conservée*, et le malade meurt en pleine lucidité, parfois après un énorme vomissement fécaloïde.

EVOLUTION. — L'évolution est généralement rapide (3 à 6 jours), et la terminaison à peu près fatale si on n'intervient pas dès le début. La mort est due : soit à une *péritonite* par propagation ou par perforation, soit à une *intoxication* (résorption de poisons intestinaux, infection par le colibacille, les anaérobies).

C'est cette intoxication qui entraîne la mort même de malades opérés quand l'intervention n'a pas été assez précoce ou qu'il s'agit de sujets déjà très affaiblis. Dans ce cas, le malade meurt soit de collapsus cardiaque, soit à la suite d'une broncho-pneumonie colibacillaire évoluant sans bruit et rapidement.

Dans des cas *exceptionnels* l'évolution a pu se faire vers la guérison spontanée. L'intestin étranglé se gangrène, se perfore, les matières intestinales déversées dans le sac déterminent un phlegmon gangréneux où la pression du doigt détermine la crépitation gazeuse de l'emphysème; la percussion donne une sonorité tympanique. Bientôt la tumeur s'ouvre au dehors et s'affaisse en expulsant des gaz horriblement fétides, des matières gangréneuses et purulentes. La perforation spontanée de l'intestin au dehors a pu ainsi sauver quelques malades de la mort, mais au prix d'une infirmité pénible et dangereuse, l'anus contre nature.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la hernie étranglée dépend surtout du moment où le diagnostic est fait.

Tout au début, la cure radicale assure le plus souvent la guérison.

Plus tard, les chances diminuent d'autant plus qu'on s'écarte davantage du début, et, dans tous les cas, pour porter un pronostic, en dehors de l'examen attentif de la hernie, il faut tenir compte de l'état antérieur du sujet. Il faut savoir réserver le pronostic, même après une intervention qui a montré l'intégrité de l'anse intestinale, par crainte de l'infection colibacillaire.

Enfin il faut signaler une *complication tardive*, cependant rare, qui peut survenir plusieurs mois et même plusieurs années après l'intervention : c'est le *rétrécissement cicatriciel de l'intestin* se manifestant par une occlusion chronique qui peut entraîner la mort du malade.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 33, p. 527.

FORMES CLINIQUES. — A côté de cette forme commune de la hernie étranglée, il existe d'autres formes cliniques que nous classerons suivant l'évolution, suivant le siège et le volume de la hernie.

A. SUIVANT L'ÉVOLUTION. — I. *Forme suraiguë.* — Les signes fonctionnels sont bruyants, l'atteinte de l'état général très rapide. C'est dans ces cas que rentre le *choléra herniaire* avec, dès le début, petitesse et accélération du pouls, voix éteinte, face cyanosée, *hypothermie*, crampes douloureuses dans les membres, et mort en 24 ou 48 heures.

Cette variété appartient surtout aux petites hernies crurales que nous étudierons plus loin.

II. *Forme latente.* — Les signes fonctionnels sont à peine marqués; pas de vomissement, quelques nausées; l'état général reste bon et le malade vaque à ses occupations, bien que porteur de lésions intestinales graves. Cette forme est spécialement dangereuse et d'un diagnostic particulièrement intéressant.

III. *Forme insidieuse.* — Pas ou très peu de signes généraux et de signes abdominaux. Dans les 2 ou 3 premiers jours il n'existe que l'irréductibilité de la hernie, un peu de douleur au niveau du pédicule, de l'inappétence et un arrêt des matières et des gaz sans vomissements, symptômes qui n'incommodent pas le malade. Puis, vers le 3e ou 4e jour surviennent une douleur très vive, des vomissements qui deviennent rapidement fécaloïdes, un ballonnement considérable du ventre, une prostration intense et le malade meurt très rapidement.

IV. *Forme intermittente ou spasmodique de Richter.* — Elle évolue par crises douloureuses avec signes d'étranglement, séparées par des périodes de rémission plus ou moins longues. Richter expliquait cette forme par la contraction intermittente des muscles de la paroi entraînant la striction de l'anneau. Actuellement on l'attribue plutôt à l'exagération de l'antipéristaltisme intestinal.

B. SUIVANT LE VOLUME DE LA HERNIE. — I. *Pincement latéral.* — C'est une forme assez rare, qui ne s'observe guère que sur les hernies crurales. Il faut pour le réaliser un certain nombre de conditions : sac petit, collet étroit. Presque toujours il s'agit d'une anse grêle dont la convexité seule est chassée de force dans l'anneau herniaire et se trouve pincée sans pouvoir se dégager. Cliniquement cette forme se caractérise par la persistance du cours des matières et des gaz (on peut même observer de la diarrhée) et par la rapidité avec laquelle se fait la gangrène. C'est donc une forme particulièrement grave.

II. *Etranglement subaigu et partiel des grosses hernies entéro-épiploïques.* — Il se voit surtout dans les volumineuses hernies *ombilicales*. La hernie est plus ou moins tendue, sa tension variant d'un moment à l'autre. L'occlusion est généralement incomplète, le malade rendant par moment une selle ou quelques gaz. Les vomissements sont rares et l'état général reste bon pendant longtemps. Souvent se produit une vraie débâcle, puis les accidents se reproduisent tôt ou tard jusqu'à ce qu'une crise aiguë emporte le malade. Ces accidents étaient autrefois attribués à l'engorgement stercoral, à l'inflammation herniaire. On sait aujourd'hui qu'il s'agit d'étranglements peu serrés, de coudures, d'adhérences qui gênent plus ou moins la circulation intestinale. (*A suivre.*)

Chirurgie de guerre et d'après-guerre, par Auguste BROCA, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 480 pages avec 545 figures dans le texte. — Prix : 25 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Précis de déontologie médicale, par H. VERGER, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, médecin des hôpitaux. Un vol. in-18 grand jésus de 280 pages, « Collection Testut ». — Prix : broché, 9 fr.; cartonné toile, 12 fr. — Paris, G. Doin.

La Grippe. Formes cliniques, prophylaxie et traitement, par Ed. JOLTRAIN et P. BAUFLES. 2e édition, in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 mai. — MM. Girod et Maurer, 15; Houdard, 19; Bloch, 16.

— Assistants d'électro-radiologie des hopitaux (Année 1921). — La Commission chargée d'établir la liste d'aptitude, se réunira le lundi 13 juin 1921 à 16 h. 1/2 à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, jusqu'au samedi 28 mai inclusivement.

Nota. — Les candidats pourront obtenir tous renseignements sur le statut des assistants d'électro-radiologie (mise en disponibilité, admission à l'honorariat, congés de longue durée, participation au service de garde, admission au concours de chef de laboratoire, etc.), en s'adressant au Service du personnel de l'Administration.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Des concours s'ouvriront à l'Ecole de médecine de Marseille, le lundi 1er juin 1921, pour un emploi de chef des travaux de bactériologie;

Le lundi 27 juin 1921, pour une place de chef de clinique obstétricale;

Le lundi 11 juillet 1921, pour une place de chef de clinique chirurgicale;

Le lundi 18 juillet 1921, pour une place de chef de clinique exotique;

Le lundi 24 octobre 1921, pour une place de chef de clinique des voies urinaires;

Le lundi 24 octobre 1921, pour un emploi de chef des travaux de pharmacie et de chimie biologique;

Le mardi 15 novembre 1921 pour un emploi de chef des travaux d'anatomie et de physiologie.

— Un concours s'ouvrira devant la Faculté de médecine de Montpellier, le lundi 17 octobre 1921 pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Ecole de médecine de Marseille.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — (Active.) *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal de 1re classe Dopter.

MM. les médecins principaux de 2e classe Douzans, Moneger, Coulogner.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de 2e classe Doniol.

M. le médecin aide-major de 1re classe Pomme. (*J. O.*, 2 mai 1921.)

(Hors cadres.) *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors de 2e classe Lachaux, Le Boul, Quelme.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Desrosiers, Guérin, Ponthieu.

M. le médecin aide-major de 2e classe Charra. (*J. O.*, 2 mai 1921.)

(Réserve et territoriale.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins-majors de 1re classe Levêque, Parisot.

M. le médecin-major de 2e classe Morand.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors et aides-majors Gloumeau, Judel, Lagache, Lenormand, Masson, Massonnet, Roucayrol, Roulier, Saint-Martin, Molina, Sicart, Simonin, Triaud, Chaput, Geslin, Medot, Rivet, Fleurin, Richet, Ringuet, de Robillard, Ruthon, Serbource, Sicard, Théodat, Thomson, Triquet, Verney, Gautier, Gillier, Godard, Gouriou, Gringoire, Gueidon, Jaureguy, Jolivet, Kerbourch, Lahaye, Lavoine, Lehuche, Le Noan, Lorrain, Mordret, Pareux, Peyrat, Picard, Pichouron, Playoust, Rayan, Reynaud, Simeray, Stephan, Surun, Tourneux, Tregouet, Voisin, Winter, Chapuis, Dauptain, Dunet, Fouassier, Goure, Heugas, Hivert, Lourdel, Paumelle, Rodrigue, Thibaudier, Pellet, Pierrot, Pommade, Pourcher, Quilici, Reymond, Rocquet, Saint-Aubert, Sansoen, Schmutz, Somnier, Teillot, Virmont, Wurtz (J.), Wurtz (P.), Zentler, Eckenstein, Haïm, Minkowski, Photiadis, Vitemberg, Basset, Lachaume. (*J. O.*, 2 mai 1921.)

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de MM. Cunéo, professeur, et Grégoire, agrégé. (Cours de M. le Dr J. Charrier, prosecteur.) — Opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme. — Ouverture du cours le mercredi 18 mai 1921, à 14 heures.

Le cours aura lieu tous les jours. — Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 fr. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les jeudis et samedis.

PATHOLOGIE DU NOURRISSON. — Enseignement complémentaire libre. — M. le Dr A. Lesage, médecin de l'Hôpital Hérold, commencera une série de conférences sur la Pathologie du nourrisson, le mercredi 11 mai 1921, à 5 heures (amphithéâtre Vulpian) et les continuera tous les mercredis, à la même heure.

Objet : Maladies héréditaires et maladies acquises. — Comparaison et discussion des opinions françaises et étrangères.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix, médecin des hôpitaux. Tome XXVIII : **Hygiène et régimes** (1), par MM. G.-H. Lemoine, médecin inspecteur général; F. Rathery, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Les directeurs de cette collection n'ont pas voulu éditer un traité d'hygiène. Pareille conception aurait dépassé le cadre qu'ils s'étaient tracés. Ils ont simplement voulu offrir aux lecteurs une œuvre qui pût leur être utile dans leur pratique quotidienne. Dans ce but, ils se sont assuré la collaboration de M. le médecin inspecteur général Lemoine qui était qualifié plus que tout autre, par ses importantes fonctions du temps de paix et du temps de guerre, et par ses travaux qui lui ont donné une autorité reconnue, pour écrire les quelques pages résumant les notions nécessaires à la lutte contre les maladies infectieuses. Cet auteur a envisagé l'hygiène comme un chapitre de thérapeutique prophylactique poursuivant deux objectifs : prévenir la maladie, supprimer les maladies contagieuses. On trouvera donc exposées dans ce livre, sous une forme claire et alerte, les mesures qui sont la base de la prophylaxie moderne : indications concernant la salubrité de l'habitation, l'épuration de l'eau de boisson, les moyens de destruction des matières usées, questions touchant aux qualités des substances alimentaires, lutte contre les maladies infectieuses, désinfection, vaccinations et sérothérapie préventives, règles de la prophylaxie internationale, organisation d'un hôpital. Ce programme a été rempli au mieux et il semble que l'œuvre que nous présentons a une portée réellement pratique. Armé des connaissances développées dans ce livre, nous ne doutons pas que le médecin, quelle que soit la situation où il se trouve, puisse contribuer au bien général et rendre à la collectivité les services que l'on attend de sa compétence.

L'étude de l'alimentation et des régimes complète tout naturellement le volume réservé à l'hygiène. Il est superflu d'insister sur l'importance de l'alimentation de l'homme sain ou malade dans la médecine moderne. Ce sont là des questions de pratique immédiate qui se posent journellement et que l'on trouvera traitées de main de maître par M. Rathery dont on connaît les belles recherches sur les maladies de la nutrition. M. Rathery s'est bien gardé d'enfermer dans les règles d'un dogmatisme étroit les applications de la diététique actuelle. Il a fait œuvre française en évitant de plier la maladie et les malades aux règles souvent trompeuses et douteuses de l'art médical! Il a su montrer les écueils d'une application étroite d'un régime qui parfois, au lieu de guérir, aggrave l'état de celui qui le suit. Si, pour établir les données d'une bonne diététique, il a su prendre de la science ce qui est bien établi, il en a évité les excès et se garde aussi de l'empirisme. Dans ces idées, il a développé les principes de l'alimentation du sujet sain, l'influence qu'exercent sur les tissus les différentes substances alimentaires, leur rendement calorique, le rôle des vitamines, les lois de l'équilibre nutritif, l'établissement de la ration alimentaire pratique, les manières d'accommoder les aliments. Puis l'auteur donne des indications sur les différents régimes usités, régimes restrictifs, les diètes hydrique, hydro-carbonée, lactée, les régimes restrictifs généraux, les régimes de suralimentation, les régimes exclusifs, l'alimentation par voies anormales (par la sonde, le gavage, l'alimentation sous-cutanée, rectale). Il passe en revue le régime des affections aiguës, de la convalescence, les régimes postopératoires, les régimes des maladies infectieuses chroniques, des affections digestives, des maladies du foie, des néphrites, des cardiopathies, de la goutte, des diabètes, de l'obésité. Bref, l'auteur a eu le souci d'être complet, envisageant autant que possible les cas particuliers tels qu'ils se présentent au cours de l'exercice professionnel, mais il a évité les longueurs, les dissertations inutiles, de telle sorte que les articles qu'il a donnés à ce traité auront un succès mérité. L. G.

(1) In-8, 24 fig. — Prix : 28 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La grippe, formes cliniques, prophylaxie. Traitement [2e édition] (1), par Ed. Joltrain et P. Baufle.

La nouvelle épidémie de grippe qui sévit depuis quelques jours en France donne une nouvelle actualité à la 2e édition de l'excellent livre de MM. Joltrain et Baufle.

Ce livre écrit, avant tout, dans un esprit pratique, constitue la mise au point la meilleure de cette question. L'étiologie, les formes cliniques, les complications, l'évolution de la grippe et son pronostic ont été étudiés avec grand soin par les auteurs. Signalons particulièrement un chapitre de diagnostic très clair, où sont passées en revue toutes les affections qu'on peut, au début, prendre pour la grippe; la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale, la dengue, le typhus, la peste pulmonaire, l'encéphalite épidémique, etc.

Un chapitre de prophylaxie et un chapitre consacré au traitement terminent ce volume qui sera très apprécié des praticiens en raison des services qu'il leur rendra. L. G.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris 1921. Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 9 mai. — Jury : MM. Sebileau, président; Broca (Aug.), Gosset et Couvelaire. — M. Montier (G.). De la luxation des tendons péroniers latéraux. — M. Robinson (L.). Encéphalite épidémique et gestation. — M. Mannoni (Dominique). L'arthrite déformante de la hanche. — M. Puig (J.). Dents traversées ou sillonnées par le nerf dentaire. — M. Aubert (Jules). Contribution à l'étude des paralysies périphériques.

Mardi 10 mai. — Jury : MM. Teissier, président; Chauffard, Brumpt et Lecène. — M. Ernst (Henri). Contribution à l'étude clinique des syndromes consécutifs à l'encéphalite. — M. Ferrand (René). De l'hypertonie du pneumogastrique dans l'asthme. — M. Breton (Georges). Contribution à l'étude des malformations congénitales. — M. Larrousse. Etude systématique des phlébotomes.

Samedi 14 mai. — Jury : MM. Lejars, président; Bezançon, Balthazard et Nobécourt. — M. Galtier (Marc). Le paludisme autochtone à type tierce maligne. — M. Chagnot (Alphonse). Plaques fibro-calcaires de l'arachnoïde. — M. Chabrut (R.). Contribution à l'étude du traitement des fractures malléolaires. — M. Girbal (Etienne). Etude de la tension artérielle chez le nourrisson et l'enfant. — M. Allain (Arsène). Un cas de section partielle de la moelle cervicale.

REVUE GÉNÉRALE

LA MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

Par M. Louis BRIN,
Ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

I

Historique. — Malgré les études anciennes de Martin Solon (1836) et d'Oulmont (1855), et l'observation plus récente de Raymond (1890), le rôle de la syphilis dans la détermination des médiastinites chroniques ne commence vraiment à être soupçonné qu'en 1906, époque à laquelle en même temps Comby, Vigouroux et Collet, d'une part, Barth, d'autre part, publient des cas de médiastinite syphilitique. Le cas de Comby était le premier cas d'oblitération de la veine cave supérieure avec lésions syphilitiques du médiastin constatées à l'autopsie : dans l'observation de Barth, le diagnostic reposait sur les résultats obtenus par le traitement spécifique.

A partir de 1908, les observations de médiastinite syphilitique vont se succéder rapidement (observations étrangères de Buttino et de Case en 1908 ; de Sergent et Cottenot en 1909; un cas de Dieulafoy, un autre de Thiroloix et Miginiac en 1910 ; un cas de Lucien et Gault en 1911, pour ne parler que des premiers). En quelques années, cette affection prend une place importante dans la pathologie du médiastin, grâce à toutes les observations publiées, grâce aussi aux travaux d'ensemble de Sergent, de Lian et Baron, aux thèses de Sébillotte et de Renault.

En ces dernières années, Hutinel et son élève Nadal nous ont fait connaître le rôle très important joué par l'hérédo-syphilis dans la médiastinite chronique de l'enfant, enrichissant ainsi d'un nouveau chapitre cette question toujours à l'étude.

II

Etiologie. — La *fréquence absolue* de la médiastinite syphilitique est très difficile à apprécier. Si l'on songe, en effet, au petit nombre d'observations publiées, cette affection semble exceptionnelle; mais, d'autre part, le fait que toutes ces observations sont à peu près contemporaines et datent de ces dix ou douze dernières années, prouve que la médiastinite syphilitique n'est pas rare, tout au moins en tant que lésion secondaire à des lésions syphilitiques d'organes du médiastin; les radiologistes pourront dans l'avenir donner d'utiles renseignements sur ce sujet.

Quant à la *fréquence relative* de la médiastinite syphilitique par rapport aux médiastinites d'autre nature et principalement à la médiastinite tuberculeuse, elle est très variable suivant l'âge des malades.

Chez l'enfant, le rôle de la tuberculose est primordial, et l'on a cru longtemps que dans tous les cas de médiastinite chronique où l'hérédo-syphilis était indiscutable, il s'agissait de formes mixtes (à la fois tuberculeuses et syphilitiques). Hutinel et Nadal ont démontré, d'une part, l'existence de formes purement en rapport avec l'hérédo-syphilis, et, d'autre part, la très grande fréquence des formes mixtes, l'hérédo-syphilis préparant le terrain à l'infection tuberculeuse.

Chez l'adulte, par contre, le rôle de la tuberculose est des plus restreints, et, comme le dit Letulle, « les scléroses médiastinales diffuses sont, à cette période de la vie, beaucoup plus souvent l'apanage de la syphilis que de la tuberculose ». Toutefois, on peut également observer parfois des formes mixtes (Sergent).

En ne nous occupant que de la médiastinite syphilitique de l'adulte, l'*âge* des malades varie dans des proportions assez considérables, entre 30 et 60 ans : sur les 15 observations contenues dans la thèse de Renault, nous avons pu relever : 5 cas entre 30 et 40 ans, 4 cas entre 40 et 50 ans, 5 cas entre 50 et 60 ans, 1 cas entre 60 et 70 ans. Les deux sexes semblent également touchés (8 hommes contre 7 femmes).

La médiastinite syphilitique est un *accident de la période tertiaire*, survenant de 5 à 20 ans après le début de la syphilis : sur 6 observations, où nous avons trouvé des renseignements précis à ce sujet, nous avons noté : 2 cas survenus 6 ans après le chancre, 1 cas 12 ans après, 1 cas 15 ans après, 1 cas 16 ans après et 1 cas survenu 18 ans après. Souvent, d'ailleurs, il s'agit de syphilis peu ou pas soignées à leur début, parfois même complètement ignorées des malades.

Exceptionnellement, la médiastinite peut se montrer comme une *affection primitive* du médiastin, évoluant en dehors de toute autre lésion spécifique de la région. Le plus souvent la médiastinite est *secondaire* à des lésions de voisinage ; il s'agit d'ordinaire d'anévrisme aortique (obs. de Solon, de Sergent, de Babonneix et Baron), que la syphilis frappe en même temps ou successivement les tuniques artérielles et le tissu cellulaire voisin : plus rarement la médiastinite reconnaît une origine veineuse et succède à des lésions scléro-gommeuses de la veine cave supérieure (cas de Comby et d'Oulmont), ou une origine trachéo-broncho-pulmonaire comme dans l'observation de Thiroloix.

III

Anatomie pathologique. — Le *siège* de la médiastinite syphilitique est à peu près invariable ; c'est la moitié supérieure du médiastin, avec prédominance autour des gros vaisseaux de la base du cœur, d'où elle irradie plus ou moins loin. Il est tout à fait exceptionnel que la médiastinite syphilitique se localise au médiastin inférieur (une seule observation de Schünemann) ; dans les autres cas où l'on a pu noter cette localisation, il s'agit de lésions mixtes, à la fois tuberculeuses et syphilitiques.

Cette notion du siège de la médiastinite syphilitique a une grande importance pratique : d'une part, en effet, elle explique, comme nous le verrons plus loin, la symptomatologie très spéciale de l'affection dans nombre de cas; d'autre part, elle différencie les lésions médiastinales de la syphilis de celles qui relèvent de la tuberculose.

Chez le malade de Comby, « le médiastin antérieur était occupé par une masse intimement adhérente à la trachée, aux bronches, à la surface externe du péricarde et aux gros troncs vasculaires, notamment à la veine cave supérieure ».

Dans le cas de Thiroloix et Méginiac, les poumons, la trachée, l'origine des bronches formaient un bloc inséparable.

Chez la malade de Raymond, toute la partie droite et postérieure de la trachée était englobée par une

masse volumineuse, allongée dans le sens antéro-postérieur et vertical, dont le plus grand diamètre mesurait 5 cm.

L'*aspect* des lésions varie suivant que leur évolution a été plus ou moins longue.

Au début, le tissu cellulaire du médiastin est remplacé par une masse fibro-adipeuse, dans l'épaisseur de laquelle il n'est pas rare de rencontrer des gommes syphilitiques typiques, plus ou moins volumineuses (pois, lentille, amande), et à des stades très divers de leur évolution, tantôt dures, fermes et élastiques (Thiroloix et Méginiac), tantôt complètement ramollies (cas de Raymond).

Plus tard, le tissu scléreux prédomine : il tend à étouffer petit à petit les derniers vestiges du tissu cellulaire normal, les gommes disparaissent et plus rien, à ce moment, ne révèle à l'œil nu la nature des lésions. La médiastinite syphilitique est alors représentée, tantôt par une masse fibreuse unique, très dure, dans laquelle il faut sculpter les organes du médiastin, tantôt par des brides fibreuses multiples qui, prenant leur point de départ dans la zone signalée plus haut, irradient de là en tous sens et viennent enserrer et comprimer les divers organes de la région.

Les *lésions de voisinage*, à peu près constantes, intéressent suivant les cas, et par ordre de fréquence, la veine cave supérieure, l'aorte, les voies aériennes, le cœur.

La veine cave supérieure est fréquemment touchée, parfois non seulement comprimée, mais envahie par des lésions scléro-gommeuses déterminant petit à petit une véritable phlébite oblitérante : la veine cave supérieure peut être ainsi considérablement diminuée de volume ou même transformée en un cordon fibreux plein. Parfois, d'ailleurs, des lésions analogues intéressent non plus la veine cave supérieure, mais seulement l'un des troncs veineux brachio-céphaliques.

Dans d'autres cas, c'est l'aorte qui est en cause, et une fois que l'on a débarrassé le médiastin supérieur du tissu fibreux, on tombe sur un anévrisme de la crosse, plus ou moins volumineux.

La trachée et les bronches peuvent être lésées, par compression simple, ou plus souvent envahies par le processus scléro-gommeux (obs. de Raymond, de Thiroloix et Méginiac). Il en est de même pour les oreillettes.

Les autres organes du médiastin (œsophage, nerfs pneumogastriques ou récurrents) sont souvent comprimés : beaucoup plus rarement, ils sont touchés par le processus inflammatoire.

Les *lésions histologiques* n'ont rien de particulier; en l'absence de lésions nettement spécifiques, la médiastinite syphilitique se caractérise surtout par l'intensité des lésions vasculaires (endartérite et péri-artérite). C'est même la présence de ces lésions artérielles qui, dans un cas de Nobécourt et Paisseau, a permis à ces auteurs de conclure à l'existence d'une médiastinite mixte, alors que l'examen histologique faisait plutôt penser, à première vue, à une médiastinite nettement tuberculeuse.

Le *diagnostic anatomique* de la médiastiniste syphilitique, souvent aisé, parfois cependant très délicat, est surtout à faire avec la médiastinite tuberculeuse. Il se basera :

1° Sur le siège différent des lésions, car, contrairement à la syphilis qui donne toujours ou à peu près des médiastinites supérieures, la tuberculose crée plutôt des lésions de la moitié inférieure du médiastin, sans que cette règle ait cependant rien d'absolu.

2° Sur les lésions associées, et il est capital, à ce point de vue, de savoir que la médiastinite tuberculeuse, lorsqu'elle revêt le type supérieur, est le plus souvent en rapport avec une adénopathie trachéo-bronchique de même nature, caractérisée par des ganglions volumineux, parfois caséifiés; la syphilis, au contraire, ne frappe que rarement les ganglions, et en tout cas, d'une façon généralement plus discrète.

3° Sur les résultats de l'examen histobactériologique qui, comme nous l'avons vu plus haut, peut donner parfois des renseignements très précieux.

IV

Symptomatologie. — Les considérations anatomiques qui précèdent permettent de comprendre la grande variété des symptômes qui peuvent traduire en clinique les lésions syphilitiques du médiastin.

Nous étudierons successivement ces divers symptômes, de valeur d'ailleurs très inégale. Les uns, essentiels, signes habituels des tumeurs du médiastin, sont ici surtout et avant tout des signes de compression de la veine cave supérieure, ce pouvant être également des signes laryngés ou des signes respiratoires : les phénomènes douloureux ou dysphagiques sont plus rares. Les autres, accessoires, constituent les petits signes de la médiastinite syphilitique.

Les signes de compression de la veine cave supérieure, *signes veineux*, si l'on peut dire, sont d'ordinaire au premier plan.

Au point de vue fonctionnel, ils se traduisent par des phénomènes congestifs : céphalée, vertiges, éblouissements, troubles de l'ouïe, tous symptômes existant déjà à l'état de repos, et s'exagérant nettement par les mouvements, les efforts et surtout par le fait de pencher brusquement la tête.

Au point de vue physique, la compression de la veine cave supérieure, donne naissance à une triade symptomatique caractéristique : œdème limité à la moitié supérieure du corps, cyanose et circulation collatérale : tous ces signes ont été minutieusement étudiés par Lian et Baron, dans leurs diverses modalités.

L'œdème débute par la face et de là envahit, soit progressivement, soit quelquefois très rapidement, le cou, les membres supérieurs, puis la partie supérieure du thorax. La face est complètement déformée par la bouffissure, les joues très élargies donnent à la tête un aspect piriforme, les muqueuses buccale et linguale sont parfois infiltrées. Les dépressions normales du cou ont disparu, « comblées par un gonflement élastique et résistant que les Américains comparent à un collier de chair ». Aux membres supérieurs, l'œdème débute d'ordinaire par les mains, il devient très rapidement dur et non dépressible. Au thorax, il est plus mou, et se localise presque uniquement à la face antérieure, ce qui s'expliquerait par ce fait que le système des azygos permet au sang veineux de la partie dorsale du thorax de se déverser directement dans la veine cave inférieure (Lian et Baron).

La cyanose concomitante donne à la moitié supérieure du corps une coloration bleu ardoise caractéristique : les lèvres, le nez et les oreilles sont violacés ; les yeux sont saillants, injectés et larmoyants.

La circulation collatérale se manifeste par l'apparition précoce, sur la moitié supérieure du tronc (devant de la poitrine, épaule et bras), de veinules et de veines dilatées et flexueuses, affectant des dispositions variées. Les veines jugulaires sont toujours distendues, quelquefois même nettement indurées.

Ces trois symptômes caractérisent l'oblitération de la veine cave supérieure ; ils sont analogues en cas de compression d'un seul tronc brachio-céphalique, mais n'intéressent naturellement qu'un membre supérieur et l'hémithorax correspondant (obs. de Babonneix et Baron, de Lian et Baron), ou même simplement un membre supérieur (cas de Sergent et Cottenot).

Les *signes laryngés* ont également une grande valeur pour le diagnostic.

Au début, la compression des récurrents peut se manifester seulement par des symptômes d'irritation très variés, et l'on peut voir survenir des accès de suffocation, ou même des crises de pharyngisme ou d'œsophagisme des plus inquiétantes (Dieulafoy).

Plus tard, si la compression persiste, la voix devient rauque et bétonale, et l'examen laryngoscopique peut montrer l'immobilité d'une corde vocale.

Les *signes respiratoires* sont fréquents, mais très variables dans leurs modalités.

Au point de vue fonctionnel, on peut noter de la dyspnée et de la toux. La dyspnée peut être intermittente et alors il s'agit, soit de simple dyspnée d'effort, soit de dyspnée asthmatiforme, si le pneumo-gastrique est intéressé; elle peut être aussi contraire, par compression trachéo-bronchique et alors elle s'accompagne de cornage et parfois de tirage sus-sternal et épigastrique (obs. de Thiroloix, de Sergent). La toux a souvent un caractère quinteux, coqueluchoïde : elle peut ramener des crachats striés de sang (congestion passive ou petite embolie.

Au point de vue physique, il n'est pas rare de constater, soit la diminution du murmure vésiculaire, soit l'existence d'un souffle à timbre variable dans l'espace interscapulo-vertébral. Lorsque ces symptômes pulmonaires coexistent avec les signes laryngés, ils constituent un syndrome analogue à celui que l'on a décrit sous le nom de syndrome broncho-récurrentiel dans l'anévrisme de l'aorte.

Plus rarement, on peut encore observer comme autres signes de compression :

Des *phénomènes douloureux*, douleurs locales ou douleurs à distance dans les territoires nerveux avoisinants.

Des *phénomènes dysphagiques* continus ou intermittents, suivant qu'ils traduisent la compression de l'œsophage ou seulement l'irritation du récurrent ou du pneumogastrique.

Enfin, sous le nom de *petits signes de la médiastinite syphilitique,* on groupe toute une série de symptômes accessoires, dont la valeur séméiologique est faible, car d'une part, ils sont loin d'être constants, et d'autre part, leur constatation ne permet pas d'affirmer l'existence d'une médiastinite syphilitique ; ils sont, en effet, beaucoup plus fréquents dans la médiastino-péricardite tuberculeuse que dans l'affection qui nous occupe ici. Nous citerons cependant :

1° La rétraction systolique pluricostale, constatée à la région précordiale ou au-dessous et en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate (signe de Broadbent).

2° La disparition du déplacement en avant de l'extrémité inférieure du sternum à chaque inspiration, ou signe de Wenchebach.

3° Le signe d'Oliver-Cardarelli, connu encore sous le nom de signe de la trachée, qui appartient bien plutôt à la symptomatologie de l'anévrisme de la concavité de la crosse aortique.

4° Le pouls paradoxal de Kiëssmaül, caractérisé par l'affaiblissement du pouls radial pendant l'inspiration, signe qui d'ailleurs traduit tout simplement l'existence d'un obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires (François Franck).

5° Les variations de la pression artérielle (Radonicie), identique des deux côtés lorsque le malade est debout, différente au contraire lorsqu'il est couché, par suite de la traction que peuvent exercer les adhérences sur les artères sous-clavières;

6° Les pulsations du foie, disparaissant complètement à la fin de l'inspiration, et qui deviennent plus fortes à l'expiration, s'accompagnant également de pulsations de la rate (Matko).

V

Formes cliniques et évolution. — Tous les symptômes que nous venons d'étudier, tout au moins les symptômes essentiels, se groupent de façon diverse pour constituer les formes cliniques de la médiastinite syphilitique : on a ainsi décrit une forme veineuse, la plus habituelle et la plus caractéristique; une forme respiratoire ; des formes étendues; des formes frustes; une forme associée à l'anévrisme de l'aorte ; il faut y ajouter les formes très spéciales de l'enfance.

Dans la *forme veineuse*, le début est le plus souvent progressif, caractérisé par de l'oppression, de la céphalée et des douleurs précordiales, en même temps que l'œdème et la cyanose font leur apparition. Plus rarement, ce début est brusque et l'on voit alors se constituer en quelques heures le tableau clinique.

A la période d'état, en même temps qu'est constituée la triade symptomatique, qui caractérise l'oblitération de la veine cave supérieure, les signes fonctionnels (dyspnée, céphalée) s'exagèrent nettement; les épistaxis et les petites hémoptysies sont fréquentes; l'intelligence et la mémoire sont affaiblies. Cependant la fièvre est le plus souvent insignifiante et l'état général reste assez bon; on a noté des crises de tachycardie, et parfois, dans les urines, une petite quantité d'albumine.

A cette période de la maladie, si le traitement n'intervient pas ou s'il demeure inefficace, le tableau s'assombrit rapidement; les crises de suffocation deviennent subintrantes, les troubles nerveux s'exagèrent et les malades meurent bientôt par asphyxie ou par syncope, quelquefois dans le coma.

Dans les cas favorables, au contraire, et surtout dans les cas précocement traités, on observe l'atténuation progressive des troubles dus à l'oblitération de la veine cave supérieure, et cela grâce au développement considérable des veines superficielles qui, formant un riche réseau à mailles verticales sur la partie antérieure du thorax, la base du cou et la racine des membres, se collectant finalement en deux volumineux troncs verticaux descendant jusqu'à la région inguinale pour se jeter dans les veines épigastriques inférieures, tégumenteuses ou surtout les veines thoraco-épigastriques longues tégumenteuses (Lian et Baron). La circulation du sang,

dans ce réseau complémentaire, se fait de haut en bas, et cette constatation, jointe au développement maximum des veines superficielles dans la moitié supérieure du tronc, permet de distinguer ces cas d'obstruction de la veine cave supérieure de ceux où la coexistence d'hypertension portale et d'obstruction de la veine cave inférieure donnerait au premier abord un aspect un peu analogue (Lian et Baron).

Parallèlement à la disparition de l'œdème, les autres troubles s'améliorent ; la cyanose et les vertiges n'apparaissent plus qu'à la suite d'efforts violents ou de mouvements brusques pour se pencher en avant ou se baisser.

Cette évolution favorable est encore beaucoup plus fréquente lorsque l'oblitération porte non plus sur la veine cave supérieure, mais seulement sur l'un des troncs brachio-céphaliques; on a vu parfois, en pareil cas, tous les symptômes disparaître rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Dans la *forme respiratoire*, la dyspnée occupe le premier plan, tantôt intermittente, tantôt continue avec des paroxysmes, parfois dyspnée formidable avec tirage sus-sternal et épigastrique; à cette dyspnée s'associent ou non les troubles laryngés que nous avons précédemment décrits. Le pronostic est ici beaucoup plus grave que dans la forme précédente, et particulièrement lorsque existent des lésions scléro-gommeuses de la trachée et des bronches associées à la médiastinite, la mort est habituelle par asphyxie (obs. de Sergent, de Thiroloix).

Les *formes étendues* ont une symptomatologie complexe dans laquelle interviennent en proportion variable, suivant les cas, les signes veineux, les troubles respiratoires et laryngés, les phénomènes dysphagiques; ils correspondent à des lésions diffuses du médiastin et peuvent s'accompagner de lésions similaires du péricarde et de la plèvre (obs. de Lœper et Grandidier). Le traitement donne quelquefois cependant dans ces formes des résultats inespérés lorsqu'on a la chance de s'adresser à des lésions encore en pleine évolution.

Les *formes frustes*, contrairement aux précédentes, sont, comme leur nom l'indique, caractérisées par un minimum de symptômes; souvent même elles sont unisymptomatiques et se traduisent, soit par un léger œdème thoracique avec ébauche de circulation collatérale, soit par des crises intermittentes de dyspnée, soit par des troubles récurrentiels, soit par des phénomènes douloureux ou de la dysphagie. On conçoit tout l'intérêt que présentent ces formes, beaucoup moins rares qu'on ne le croit communément, et aussi toutes les difficultés du diagnostic, à peu près impossible sans le secours de la radioscopie : Gastou vient tout récemment d'attirer l'attention sur ces faits, bien connus des radiologistes, mais encore trop peu des médecins.

Parmi les *formes associées* (sous ce nom on doit comprendre les cas où la médiastinite est secondaire à une autre lésion syphilitique d'un organe du médiastin), la plus intéressante est assurément celle où la médiastinite recouvre un anévrisme de l'aorte sous-jacent : non que la symptomatologie présente en pareil cas un aspect particulier, mais parce que, d'une part, cette association explique les résultats brillants obtenus dans certains cas d'anévrismes par le traitement spécifique (celui-ci peut agir beaucoup sur la médiastinite qui forme une gangue autour de l'anévrisme et agit, en réalité, très peu sur ce dernier) ; parce que, d'autre part, elle expose à méconnaître l'anévrisme sous-jacent et à porter le diagnostic de médiastinite simple si l'on se contente d'un seul examen radioscopique. Sergent a bien mis ce fait en évidence, et nous aurons l'occasion de revenir bientôt sur ce point.

Chez l'enfant la médiastinite hérédo-syphilitique, qui peut, comme nous l'avons vu précédemment, exister à l'état pur, mais qui est le plus souvent associée à des lésions tuberculeuses, se présente sous les formes suivantes (Hutinel et Nadal) :

1° Médiastinite pure, qui donne un minimum de symptômes et « dont le signe le plus précoce paraît être un certain degré de turgescence des veines jugulaires ».

2° Médiastinite avec participation des plèvres, donnant d'abord dans une première phase des signes de pleurésie, et, dans une seconde, des signes de médiastinite.

3° Médiastinite avec participation du péricarde, donnant quelquefois le tableau de la symphyse cardiaque et beaucoup plus souvent celui de la cirrhose cardio-tuberculeuse.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic positif de la médiastinite syphilitique repose sur les éléments suivants :

1° Les caractères cliniques étudiés plus haut : nous n'y reviendrons pas. Nous avons vu, à ce sujet, que le tableau symptomatique, très caractéristique dans la forme veineuse, l'est beaucoup moins dans les autres.

2° Sur la radioscopie, qui est le complément obligatoire de tout examen physique, lorsqu'on soupçonne l'existence d'une médiastinite.

Elle doit être faite en position oblique antérieure droite, le malade ayant l'épaule droite en contact avec l'écran et regardant en avant et à gauche; dans ces conditions, à l'état normal, on aperçoit en avant de l'ombre rachidienne et en arrière de l'ombre cardiaque une bande mince relativement claire qui porte le nom d'espace clair rétro-cardiaque, et qui représente le médiastin postérieur.

En cas de médiastinite, le regard est immédiatement frappé par les modifications de cette zone qui présente un obscurcissement manifeste. En examinant de plus près, on constate des lésions variables suivant les cas : tantôt une masse unique, de volume variable, inégalement opaque et dont les contours sont assez flous (Lian et Baron); tantôt des bandes sombres, correspondant à des brides fibreuses et traversant le médiastin en tout sens (Radovicie), mais cette forme est beaucoup plus rare.

Dans le cas d'Oulmont et Delort, la masse sombre siégeait à hauteur de l'émergence des gros vaisseaux du cœur, au-dessous de la crosse aortique, au-dessus du pédicule pulmonaire.

Dans une observation de Lian et Baron, les deux tiers supérieurs de l'espace rétro-cardiaque étaient obscurcis par une zone opaque, surtout à la jonction des ombres cardiaque et aortique; cette masse n'était pas d'ailleurs uniformément opaque et présentait des contours irréguliers (Desternes).

3° Sur la constatation d'une infection syphilitique, plus ou moins ancienne, chez les malades présentant des lésions médiastinales.

Les commémoratifs, la découverte de lésions cutanées en évolution ou cicatricielles, et surtout l'examen complet du malade (recherche de la leucoplasie, du signe d'Argyll) permettront souvent de rapporter le médiastinite à sa cause. Il est d'ailleurs inté-

ressant de noter à ce point de vue, que dans un certain nombre d'observations le diagnostic a été facilité par la coexistence de lésions spécifiques non médiastinales avec les lésions du médiastin : arthropathie du genou (Barth), onyxis (Sergent et Cottenot), perforation du voile du palais (Oulmont et Delort), hépatite (Lian et Baron), etc.

Si le moindre doute persiste, il faut avoir recours à la réaction de Bordet-Wassermann, en se rappelant toutefois que seuls les résultats positifs ont une valeur réelle et qu'une réaction négative, même après réactivation, ne permet pas d'éliminer, d'une façon absolue, l'hypothèse de syphilis.

Le diagnostic différentiel est à faire, suivant les cas, avec l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, les médiastinites cancéreuse et surtout tuberculeuse, enfin et surtout avec l'anévrisme de l'aorte.

L'*adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse* est rare chez l'adulte, tout au moins, en tant que lésion primitive, mais, lorsqu'elle existe, elle peut déterminer des symptômes analogues à ceux de la médiastinite syphilitique. Dans les cas douteux, il faudra avoir recours à l'examen radioscopique, qui montrera, s'il s'agit d'adénopathie, l'existence d'ombres arrondies, grosses comme des noisettes, isolées ou confluentes. Le diagnostic ne deviendrait vraiment difficile que s'il y avait coexistence de lésions tuberculeuses ganglionnaires et médiastinales.

La *médiastinite cancéreuse* est très rare ; en pareil cas, l'altération précoce de l'état général, et surtout la coexistence d'un néoplasme viscéral (œsophage, estomac ou poumon) permettront d'éviter l'erreur.

Le diagnostic différentiel de la *médiastinite tuberculeuse* et de la médiastinite syphylitique présente parfois de très grandes difficultés, provenant, d'une part, de l'association possible de ces deux facteurs, et d'autre part, du fait que les signes fournis par l'exploration physique peuvent être tout à fait identiques. Pour faire le diagnostic on se basera : sur les commémoratifs, car la médiastinite syphilitique succède le plus souvent à des lésions artérielles ou veineuses, alors que la médiastinite tuberculeuse a été précédée de signes de pleurésie ou de péricardite bacillaire ; sur les résultats fournis par les recherches de laboratoire, en se rappelant, toutefois, que les renseignements fournis par l'intradermoréaction à la tuberculine n'ont, comme la réaction de Bordet-Wassermann, qu'une valeur relative ; enfin et surtout, dans les cas douteux, sur les résultats du traitement d'épreuve.

L'*anévrisme de l'aorte* est, en pratique, la cause d'erreur la plus importante à connaître. En réalité, lorsque l'anévrisme est isolé, et quoique les signes fonctionnels puissent être absolument identiques, la radioscopie ne laissera aucun doute par la constatation d'une ombre animée de battements. Mais si, comme il est fréquent, la médiastinite est surajoutée à l'anévrisme, la radioscopie peut devenir une source d'erreur, en faisant porter le diagnostic de lésion médiastinale simple et méconnaître l'anévrisme sous-jacent (Sergent). Il est donc essentiel de se rappeler, à cet égard, que lorsqu'un premier examen radioscopique a montré l'existence d'une masse sombre médiastinale, on ne peut, de ce fait, éliminer immédiatement l'hypothèse d'anévrisme ; seuls, les examens répétés, après action du traitement spécifique, permettront d'arriver à une certitude, comme nous l'avons vu plus haut.

VII

Traitement. — Le traitement spécifique est formellement indiqué en présence d'une médiastinite, toutes les fois que la syphilis est certaine, soit par l'interrogatoire, soit par l'examen complet du malade, soit par la réaction de Bordet-Wassermann. Il reste encore indiqué à titre de traitement d'épreuve, même si la réaction de Bordet-Wassermann est négative, lorsqu'il y a le moindre doute sur la nature de la médiastinite ou si l'on a quelque raison de suspecter l'association de tuberculose et de syphilis.

Le mercure surtout a été employé sous forme de biiodure, en injections intramusculaires, mais l'on peut également s'adresser aux arsenicaux, soit à l'hectine qui donne de bons résultats, d'une manière générale, dans les syphilis viscérales, soit au novarsenobenzol, à la condition toutefois de ne l'employer que chez les malades dont le rein est en bon état de fonctionnement. L'iodure de potassium, à petites doses, peut rendre de grands services, mais il est contre-indiqué absolument en cas de lésions spécifiques marquées de l'appareil respiratoire.

Les résultats obtenus par ces divers traitements sont d'ailleurs extrêmement variables suivant les cas : il est facile de comprendre en effet que ces médications ne peuvent agir qu'à la période initiale des lésions médiastinales, lorsque celles-ci sont encore en pleine évolution, et que par contre elles restent souvent inefficaces à une période plus avancée de la maladie.

De plus et surtout, les résultats varient suivant la forme clinique observée.

Dans la forme veineuse, comme nous l'avons déjà dit, les résultats sont souvent remarquables et il n'est pas rare d'observer la disparition de tous les troubles : en tout cas, la régression partielle ne manque pour ainsi dire jamais.

Dans les formes frustes, les résultats ne sont pas moins favorables.

Dans les formes respiratoires, par contre, le traitement a souvent une action à peu près nulle, et cela se comprend aisément d'après ce que nous avons vu de cette forme précédemment.

Dans les formes mixtes, à la fois tuberculeuse et syphilitique, l'action du traitement spécifique n'est jamais nuisible et souvent très favorable.

Enfin, dans sa thèse, Nadal publie 4 observations d'enfants atteints de médiastinite hérédo-syphilitique avec participation du péricarde; trois de ces enfants furent très améliorés et le quatrième fut complètement transformé par le traitement spécifique (mercure et novarsenobenzol).

BIBLIOGRAPHIE

BABONNEIX et BARON. Compression du tronc veineux brachio-céphalique droit, *Gaz. des hôpit.*, 31 janv. 1912. — BARTH. *Soc. méd. hôpit.*, 9 fév. 1906. — BUTTINO. Médiastinite syphilitique, *Riv. int. crit. de clin. med. Firenze*, 4 janv. 1908.

CAZE. Médiastinite syphilitique, *Guy's hôp. Gaz. London*, 1908, p. 460. — COMBY, VIGOUROUX et COLLET. *Soc. méd. hôpit.*, 9 fév. 1906.

DIEULAFOY. Etude sur la médiastinite syphilitique, *Presse méd.*, 30 nov. 1910. — DOVIES. Médiastinite syphilitique et oblitération de la veine cave supérieure, *Lancet*, 1911, n° 20.

GASTOU. Adéno-cellulite médiastinite syphilitique, *Soc. méd. de Paris*, 28 oct. 1920. — GAULT et LUCIEN. Un cas de médiastinite syphilitique, *Ann. mal. de l'oreille, du nez et*

du larynx, 1911, n° 10. — GOUGET. La médiastinite chronique, *Presse méd.*, 22 avril 1911.
HUTINEL. Médiastinites chroniques, *Bull. méd.*, 23 et 30 août 1911. — Syphilis héréditaire et méiopragies, *Bull. méd.*, 23 fév. 1918.
LAMBOUR. Étude sur la médiastinite chronique chez l'enfant, *Th. de Paris*, nov. 1911. — LETULLE et NATHAN-LARRIER. *Précis d'anatomo-pathol.* — LIAN et BARON. Des médiastinites syphilitiques, *Progrès méd.*, 9 et 16 nov. 1912; — Les médiastinites chroniques, *Paris méd.*, nov. 1912. — LOEPER et GROSDIDIER. Pleuro-péricardo-médiastinite syphilitique mortelle, *Réunion M. C. de la XXe région*, 13 avril 1918 et *Presse méd.*, 1918, p. 323.
MARTIN-SOLON. Oblitération de la veine cave supérieure, *Arch. gén. méd.*, 1836. — MATKO. Pulsations du foie et de la rate dans la médiastinite syphilitique, *Soc. de méd. int. de Vienne*, 11 déc. 1913 et *Semaine méd.*, 17 déc. 1913.
NADAL. Scléroses pleuro-pulmonaires et médiastinite de l'enfant et hérédosyphilis, *Th. de Paris*, 1919. — NOBÉCOURT et PAISSEAU. Médiastinite tuberculeuse chez un enfant hérédosyphilitique, *Soc. méd. hôpit.*, 16 déc. 1910.
OULMONT. Oblitération de la veine cave supérieure, *Bull. Soc. méd.*, observations, Paris, 1855. — OULMONT et DELORT. Médiastinite chronique syphilitique, *Soc. méd. hôpit.*, 7 juin 1912.
RADONICIE. Médiastinite chronique fibreuse, *Deuts. med. Woch.*, 9 mars 1911. — RAYMOND. *Gaz. des hôpit.*, 12 juin 1890. — RENAULT. La médiastinite syphilitique, *Th. de Paris*, 1913. — ROYNTON. Médiastinite syphilitique, *Lancet*, 28 janv. 1911.
SCHÜNEMANN. Un cas de péricardite et médiastinite syphilitique, *Allgem. méd. cent. Zeit.*, 29 juin 1901. — SÉBILLOTTE. Médiastinite chronique, *Th. de Paris*, 1912. — SERGENT. Médiastinite syphilitique et anévrisme de l'aorte, *Presse méd.*, 3 juillet 1912.
THIROLOIX et MÉGINIAC. Syphilose tertiaire médiastinale, *Soc. méd. hôpit.*, juin 1910.

BOUE RADIO-ACTIVE

EN APPLICATIONS LOCALES PROLONGÉES

Par L. ALQUIER.

En 1909, lorsque les boues radioactives firent leur apparition en thérapeutique, je fus amené à les employer en applications locales, mais la boue, se desséchant en masses inégales, se prêtait mal à cet usage. Pendant la guerre, j'ai pu obtenir la fabrication d'une boue desséchée, qui, se présentant sous forme d'un sable très fin, répond parfaitement au but à atteindre. (Fabriquée par l'usine de radium de Saint-Denis, elle se trouve chez M. Pila, pharmacien à Paris.) Son activité, représentant 1/5e de celle de l'uranium, est due, non au radium qui en a été extrait, mais aux autres corps radio-actifs, actinium, polonium, etc., qu'elle conserve en presque totalité.

On peut l'incorporer à divers excipients pour en faire une pommade, utile dans certains cas d'eczéma ou d'autres dermatoses, mais, je préfère l'inclure en sachets de grandeur appropriée : choisir, pour cela, une étoffe à trame serrée (piqué ou finette) ne laissant pas passer la poudre, l'épaisseur de l'étoffe garantit, en outre, contre l'action nocive pour la peau des rayons alpha, encore que celle-ci semble peu à craindre, vu la faible radioactivité. L'épaisseur du sachet doit être d'environ 1 cm., il est bon de le diviser en plusieurs logettes à l'aide de coutures piquées; la poudre y est introduite par une extrémité laissée ouverte, et que l'on ferme par une couture, après remplissage. Le sachet peut servir indéfiniment, quand il est sale, récupérer la poudre, et faire un autre sachet, ou bien le lessiver tel quel. On peut chauffer ou stériliser.

Le mode d'emploi est des plus simples : fixer sur le point à traiter, le sachet, à l'aide d'épingles, ou de cordons, et le laisser en place 12 à 24 heures par jour, pendant des mois, s'il est nécessaire.

De rares malades accusent, aux premières applications, quelques picotements insignifiants et une très légère rougeur de la peau. Mais, ceci n'est que passager, le traitement est à continuer sans crainte de radiumdermite.

Deux effets peuvent aisément être observés :

1° Congestion profonde et légère. Lors des applications sur le thorax, elle se traduit parfois par l'apparition de filets de sang dans les crachats; deux malades chez lesquels les applications étaient faites dans la région interscapulaire, pour traiter une adénopathie trachéo-bronchique suspecte de bacillose, ayant négligé les règles prudemment indiquées, ont exagéré la durée des applications et sont arrivés à des hémoptysies sérieuses.

Ceci commande une grande prudence, ne pas employer ce mode de traitement, en cas de congestion, ou d'inflammation aiguë ou subaiguë, alors que, dans les cas chroniques, il pourra être au contraire d'un précieux secours. Surveiller la réaction, en particulier chez les sujets à vaso-motricité instable ou exagérée.

2° Action résolutive nette sur les adénopathies et certains empâtements des séreuses. Il faut, bien entendu, s'abstenir toutes les fois qu'une poussée même subaiguë d'inflammation, permet de craindre un réveil d'infection, provoqué par une congestion intempestive. On doit donc choisir son heure, et n'employer la boue radioactive qu'en dehors de toute poussée infectieuse.

Quelques exemples montreront ce qu'est l'action utile :

Un officier a eu le corps traversé par une balle qui, entrée sous les côtes, à gauche, en arrière, en dehors de la loge rénale, est sortie en avant, sous les côtes droites. Il est guéri chirurgicalement, mais souffre de douleurs qui le font marcher à petits pas, courbé en avant et à droite, genoux en légère flexion. Il ne peut se redresser complètement, craint les chocs et trépidations. L'examen montre une vésicule biliaire modérément distendue, avec péricholécystite chronique et nodosités de cellulite disséminées dans tous les plans de la paroi abdominale. Des applications combinées de lumière violette chauffant à 75°, et de haute fréquence locale, avec massage léger de la cellulite, donnèrent, en quelques semaines, une bonne amélioration. Puis, le port d'un sachet de boue radioactive, pendant plusieurs mois, sans autre traitement, compléta la guérison : le malade a repris sa carrière d'officier, montant à cheval, sans fatigue, se redressant, et portant le tronc en arrière sans la moindre douleur, l'examen ne révèle plus aucun signe morbide.

Ce fait m'a amené à essayer l'application de boue sur la vésicule biliaire distendue, lithiasique ou non, le traitement étant suspendu au moindre réveil d'infection, pour être repris ensuite. Depuis plus de 3 ans, j'ai obtenu un résultat constant chez tous les malades ainsi traités : en 3 à 6 mois, la vésicule cesse d'être perceptible au palper, en même temps que s'atténuent les signes d'insuffisance biliaire, et les douleurs de péricholécystite et de cellulite abdominale. Ceci offre un intérêt tout particulier dans les cas où les symptômes d'un ulcus

gastrique coïncident avec des troubles vésiculaires et où le palper révèle, disséminées dans tout l'étage sus-ombilical de l'abdomen, des nodosités de cellulite, douloureuses à la pression et irritant le plexus solaire, d'où troubles vaso-moteurs et nervosisme. On obtient alors une sédation remarquable, qu'il serait difficile de réaliser par d'autres moyens.

J'ai insisté dans ce journal (1) sur l'importance de l'engorgement lymphatique dans la genèse du rhumatisme chronique des parties molles. La boue radioactive en applications locales aide à la résolution des engorgements ganglionnaires et des empâtements synoviaux : elle est réellement analgésiante dans les poussées subaiguës de périarthrite goutteuse. Mais, on ne saurait lui demander la disparition des nodosités de cellulite, et, dans les rhumatismes suspects de tuberculose, il faut se méfier de l'action congestionnante, et ne pas insister s'il y a la moindre recrudescence des douleurs. Au contraire, l'application retrouve son utilité dans les périodes de somnolence torpide de l'infection. Les mêmes considérations s'appliquent aux autres infections, par exemple aux synovites consécutives à un panaris. Je n'ai pas eu l'occasion d'essayer ce traitement dans le rhumatisme blennorrhagique, ce serait à faire, loin de la phase aiguë de l'affection.

L'action résolutive sur les ganglions lymphatiques serait précieuse en cas d'adénopathie trachéo-bronchique, j'ai obtenu plusieurs succès remarquables; chez des sujets présentant, à la suite de pleurésies, de coqueluche, ou d'infections broncho-pulmonaires diverses, les signes subjectifs et objectifs de l'adénopathie, mais la crainte d'hémoptysies commande ici la plus extrême prudence, le gros danger est que les malades, en possession d'un traitement commode et efficace, en usent sans ménagement et sans comprendre l'absolue nécessité d'une étroite surveillance.

Signalons enfin l'heureux effet obtenu, chez plusieurs asthmatiques, sur la bronchite et sur la répétition des crises. Fait à noter dans deux cas, l'auscultation révélait une différence nette entre les parties irradiées depuis un certain temps et les portions voisines du poumon. Ici encore, la réaction congestive est à surveiller; dès l'apparition de filets de sang dans les crachats, on doit, momentanément, suspendre l'application, pour la reprendre ensuite.

Dans tous ces cas, l'action est lente, et ne se manifeste qu'après un à trois mois d'applications quotidiennes de 12 heures par jour, certains malades ayant même porté leur sachet, en permanence, nuit et jour, pendant des mois. Cependant, un certain nombre accusent un soulagement assez rapide : on l'observe surtout sur les sujets à réactions vasomotrices fortes, une véritable détente peut alors s'observer dès les premiers jours.

Rappelons, enfin, que le mode d'action des irradiations très faibles, mais prolongées, ne se réduit probablement pas à l'effet congestionnant et à la résolution des ganglions et empâtements que nous avons indiqués.

Des faits que nous venons de résumer brièvement, on ne saurait déduire l'existence d'une action tissulaire et humorale, autre, que peut-être de nouvelles recherches viendront mettre en évidence.

(1) L. ALQUIER. L'engorgement lymphatique; sa place en pathologie. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 56, p. 877, et n° 58, p. 909; — Engorgement lymphatique et troubles de la nutrition générale, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 1, p. 5.

Des recherches nouvelles pourront venir élargir le champ d'action des boues radioactives desséchées, mais, même réduit à ce que nous venons d'en dire, ce mode de traitement mérite une place dans la thérapeutique courante, parce qu'il est facile à employer, peu coûteux, et efficace dans des cas trop souvent rebelles à nos efforts.

NOTE
SUR UNE
NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES MYÉLITES
ET PRINCIPALEMENT DU TABES

Par M. GEORGES BERNARD,
Interne à la Maison départementale de Nanterre (Seine).

Nous étudions depuis quelque temps un nouveau procédé que nous avons imaginé pour le traitement des diverses myélites et principalement du tabes. A proprement parler, notre méthode n'est pas encore sortie de la période des tâtonnements; cependant, nous avons cru devoir en exposer dès maintenant le principe afin de faire avancer plus rapidement la question.

Les opinions anciennes sur l'ataxie ont été modifiées par des observations assez récentes que nous nous contenterons de rappeler rapidement : de plus en plus, on a la conviction que la lésion initiale du tabes est, avant toute lésion médullaire, la méningite syphilitique postérieure. Cette lésion, en ce qui concerne la dure-mère et l'arachnoïde, se traduit surtout par une *porosité* contrastant avec l'imperméabilité qui caractérise normalement ces enveloppes; mais, avant même l'apparition de toute altération des méninges, le liquide céphalo-rachidien du tabétique est modifié; il est précocement le siège d'une lymphocytose marquée; non seulement il donne la réaction de Wassermann, alors même qu'elle n'existe pas dans le sang; mais il précipite l'or colloïdal (R. de Lange) et le benjoin colloïdal (réaction spécifique mise au point dernièrement par G. Guillain, Guy Laroche et P. Léchelle).

Enfin, divers expérimentateurs ont cherché à arrêter l'évolution du tabes en agissant directement sur la moelle. Ces essais peuvent être rangés en deux catégories : les uns emploient des médicaments antisyphilitiques, tels que les mercuriaux et les arsenicaux; les autres utilisent d'autres substances. Dans les deux cas, c'est par la ponction lombaire que ces substances sont introduites au voisinage de la moelle. Les premiers s'adressent directement à l'origine syphilitique de la maladie. Nous renvoyons à ce sujet à la thèse de Lheman, aux travaux de M. Ravaut et à ceux de M. Sicard. Ce dernier a également essayé d'enrayer la sclérose médullaire à l'aide de chlorure de sodium en solution à 8 p. 1.000; Marinesco, Roger et Baumel luttent contre les crises au moyen d'injections de sulfate de magnésie en solution à 25 p. 100. D'autres emploient carrément la rachicocaïnisation ou la rachistovaïnisation.

Aucune de ces méthodes n'a pu donner un résultat durable. De plus, tous les auteurs ont noté que l'introduction de liquides hétérogènes, au contact de la pie-mère, déterminait une forte réaction méningée, marquée surtout par une « pluie » de leucocytes : signe évident d'une défense de l'organisme.

Cependant, une autre voie que la sous-arachnoï-

dienne avait été étudiée. A la suite des recherches de Cathelin sur la ponction épidurale, Lacombe, en 1901, entrevoyait déjà le parti que l'on pourrait en tirer. Deux ans plus tard, Schachmann (de Bucarest) avait eu un succès en traitant une myélite syphilitique par injection épidurale de benzoate de mercure, mais il a bientôt abandonné la voie sacrée pour se limiter à la voie lombaire.

Après avoir étudié ces faits, nous avons pensé qu'il serait possible d'arrêter le développement des myélites et spécialement du tabes, en agissant directement sur les méninges au moyen du liquide même qu'elles contiennent ou qui les baigne, et nous avons imaginé le procédé suivant : nous prélevons sur le malade par ponction lombaire 10 cc. de liquide céphalo-rachidien. Ce liquide est recueilli aseptiquement, soumis à trois chauffages successifs à 55°, refroidi et réinjecté au même sujet par la voie épidurale. L'opération est renouvelée au bout de quatre jours.

Notre méthode est encore trop récente pour que nous puissions préjuger des résultats éloignés. Par contre, les résultats immédiats ont été extrêmement satisfaisants : aussitôt après la réinjection les douleurs cessent, le sommeil revient, le malade éprouve un soulagement très marqué et persistant qui n'a rien de comparable à l'effet d'une rachianesthésie. De plus, la parfaite innocuité de notre méthode contraste avec tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour dans ce sens, et nous devons insister sur ce point.

On pourra essayer des procédés dérivés du nôtre. Par exemple, le liquide céphalo-rachidien servira de suspension à un corps colloïdal; ou bien, on tentera la réinjection dans l'espace sous-arachnoïdien. Dans tous les cas, une expérimentation de longue durée sera nécessaire. Nous nous promettons de publier nos premières observations quand elles auront reçu la confirmation du temps.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1921)

Nouvelles acquisitions dans l'étude expérimentale du trachome. — MM. Charles NICOLLE et A. CUÉNOD. Le trachome expérimental du magot peut avoir une durée longue, sinon indéfinie, présenter des rechutes, se compliquer de kératite.

Le virus trachomateux détermine chez le lapin l'apparition de granulations dont la durée peut atteindre un an et qui sont encore virulentes au bout de ce temps pour le magot. L'entretien du virus de lapin à lapin est possible d'autre part pour les premiers passages.

Le virus trachomateux se conserve (ou cultive) dans le tissu testiculaire du lapin au moins 37 jours. Une première atteinte de trachome (si elle guérit vraiment) ne met pas à l'abri l'œil du magot ou du lapin contre une réinfection expérimentale.

Ration alimentaire et vitamines. — MM. A. DESGREZ et H. BIERRY.

Tension superficielle et choc anaphylactique. — M. Auguste LUMIÈRE.

Quelques remarques sur l'action des radiations lumineuses et calorifiques dans l'héliothérapie. — M. E. ROUX. Il semble qu'on doive séparer nettement, au point de vue thérapeutique, l'*héliophotothérapie* et l'*héliothermothérapie*. La première est l'utilisation des radiations solaires froides, entre 9 et 11 h. du matin, elles conviennent aux tuberculoses fermées et surtout aux localisations pulmonaires. L'héliothermothérapie est constituée au contraire par l'utilisation des radiations solaires chaudes, de 12 à 14 heures. Ces radiations conviennent aux rhumatismes avec arthropathies, névralgies, myalgies, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 MAI 1921)

La loi de 1902. — La discussion se poursuit. MM. Cazeneuve, Léon Bernard, Martin, prennent successivement la parole, M. Cazeneuve estimant que les inspecteurs de l'hygiène devraient être départementaux, et, conséquemment, soumis à l'autorité des préfets. MM. Léon Bernard et Martin sont d'un avis opposé et estiment que ces inspecteurs doivent être régionaux et dépendre du ministre seul. M. Martin, à ce point de vue, pose très nettement la question et engage l'Académie à prendre, enfin, une décision à ce sujet.

Les aortites syphilitiques et le traumatisme chirurgical. — M. FIESSINGER estime que, avant de recourir à une intervention opératoire, il est prudent d'interroger les antécédents et de pratiquer un Wassermann. Sinon le choc opératoire peut réveiller une syphilis latente et provoquer des accidents fort graves. Ceux-ci apparaissent deux à trois mois après l'opération. L'auteur cite un cas de tabes survenu après une ovariotomie et trois cas d'aortite syphilitique. Tous les malades étaient des femmes; une s'était fait opérer de salpingite, une autre d'un fibrome utérin, une troisième avait subi une iridectomie.

Dans les aortites syphilitiques suite d'intervention chirurgicale, le cœur fléchit immédiatement, les accidents se précipitent, le traitement spécifique n'a point le temps d'agir. Le moindre doute sur l'histoire d'une malade exige un examen sévère; si le Wassermann est positif, un traitement spécifique sera institué dans les mois qui précèdent l'intervention chirurgicale.

Cerclage fibreux d'un anévrisme fusiforme de la crosse de l'aorte. — MM. L. RÉNON, R. MIGNOT et P. BLAMOUTIER présentent le cas d'une malade atteinte d'un anévrisme fusiforme de la crosse de l'aorte à qui M. Tuffier fit, le 14 mai 1914, un cerclage fibreux de son ectasie, en disséquant complètement l'anévrisme et en l'entourant d'une bande de tenseur du fascia lata prise sur la cuisse gauche de la malade. Cette bande fibreuse fut suturée à la soie sur les parois de l'anévrisme, dont le volume fut réduit par cet engaînement compressif.

La malade succomba 6 ans 1/2 après, non à son anévrisme, mais à une récidive d'un cancer de l'utérus opéré quelques mois auparavant.

Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, et bien que les radiographies et les orthodiagrammes aient montré une légère récidive de l'affection 6 ans après l'opération, cette intervention n'en présente pas moins un très grand intérêt au point de vue de l'avenir de la chirurgie cardio-aortique.

Traitement des porteurs de germes diphtériques par l'air chaud. — M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE.

Gastrectomie totale pour ulcus géant. Résultats après 2 ans. — M. PAUCHET communique l'observation d'une malade atteinte d'un ulcère calleux de la région juxtacardiaque et opérée sous anesthésie régionale en janvier 1919.

Les lésions étaient tellement étendues que pendant la libération de l'organe, l'estomac se rompit immédiatement au ras de l'œsophage. L'auteur se trouva donc dans la nécessité de pratiquer la gastrectomie totale, avec abouchement de l'œsophage dans le jéjunum. Cette opération fut délicate; les suites furent très simples. Douze jours après l'opération, la malade se levait et est, deux ans après, en parfaite santé.

L'examen radioscopique montre que l'anse jéjunale s'est un peu dilatée pour refaire une sorte d'ampoule gastrique.

L'examen des matières fécales montre que les matières albuminoïdes sont digérées; il y a donc une suppléance qui s'est opérée, probablement grâce au pancréas.

La malade a engraissé de 11 kg. Non seulement, elle vaque

à ses occupations mais elle remplit, en même temps, les dures fonctions de jardinage.

Cette observation montre que l'extirpation totale de l'estomac ne détermine aucun trouble fonctionnel et que les fonctions qui lui étaient dévolues, se trouvent remplies par d'autres organes quand l'estomac vient à être supprimé.

Le Dr Victor Pauchet a pratiqué cinq fois la gastrectomie totale ; malheureusement, c'était quatre fois pour des cancers : deux malades sont morts des suites de l'opération ; les deux autres ont guéri et ont récidivé dans l'année.

La gastrectomie pour cancer n'a aucune valeur thérapeutique, étant donné qu'elle s'adresse à des cas tellement avancés que c'est toujours une opération nécessitée.

Mais en cas d'ulcus, elle donne des résultats parfaits quand l'étendue des lésions constitue une indication.

Dans le cas présent, une femme cachectique, mourante, a subi l'ablation de tout l'estomac ; elle se conduit, travaille et digère, deux ans après, comme une personne normale.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre en remplacement de M. Kermorgant.

La liste de présentation portait : En première ligne, M. Casteix; en seconde ligne, ex æquo, MM. Desnos, Legendre, Marchant et Trillat.

Au premier tour, sur 90 votants, majorité 46, M. Casteix obtient 31 suffrages; M. Marchant, 23; M. Legendre, 21 et M. Desnos, 15.

Au second tour, M. Casteix obtient 36 voix, M. Legendre, 32; M. Marchant, 18 et M. Desnos, 5.

Enfin au troisième tour, M. Legendre obtient 48 suffrages; M. Casteix, 41; M. Marchant, 3.

En conséquence, M. Legendre est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1921)

Dix cas de gangrène pulmonaire traités par la sérothérapie antigangréneuse de Weinberg. — MM. P.-E. WEIL, SEMELAIGNE et CESTE rapportent les observations de 10 cas de gangrène pulmonaire soignés par la sérothérapie antigangréneuse de Weinberg. Les cas se répartissent ainsi : 2 gangrènes aériennes primitives; 2 secondaires à une bronchopneumonie grippale; 4 greffées sur une dilatation bronchique ancienne, 2 formes pleuro-pulmonaires. Les malades reçurent les divers sérums antiperfringens, anti-œdématiens, antivibrion septique, antistreptococcique ou antipneumococcique à des doses élevées, soit par voie veineuse, soit par voie intratrachéale, soit par voie sous-cutanée, soit enfin, accessoirement, par voie rectale. Seule la voie sous-cutanée paraît véritablement pratique. Dans tous ces cas, la sérothérapie influença l'évolution de l'affection : diminution notable de l'expectoration ; disparition de la fétidité des crachats, de façon plus ou moins complète avec changement de leur aspect physique et de leur formule bactériologique; amélioration constante de l'état général, abaissement de la fièvre, réapparition de l'appétit; engraissement, changement des signes physiques pulmonaires à l'auscultation et surtout à la radioscopie; éclaircissement des zones grisaillées, disparition fréquente des images hydro-aériques antérieurement notées. Ceci dit, les guérisons totales sont rares. Trois cas, seulement, sur dix y sont parvenus. Dans 5 autres cas, l'expectoration désodorisée persista à un certain taux que la sérothérapie ne modifia plus, malgré la grande amélioration physique et fonctionnelle du malade. Cette éventualité se produit surtout dans les cas chroniques, mais se voit aussi dans les formes aiguës récentes. Par contre, le sérum a donné un succès presque total dans une dilatation bronchique remontant à plus de 5 ans. En résumé, si la statistique des auteurs n'est pas aussi favorable à la sérothérapie que le faisait attendre la publication des trois cas de MM. Dufour et Semelaigne, Rathery et Bordet, Houzet et Sevestre, elle paraît cependant remarquable. Aucune médication ne semble donner d'aussi bons résultats. Elle a l'avantage de pouvoir préluder aux traitements chirurgicaux quand ils sont applicables, de s'associer avec eux ou de tenter leur remplacement quand ils ne sont pas indiqués. Mais cette sérothérapie reste critiquable dans ses bases bactériologiques ; aussi pourrait-elle et même devrait-elle être mieux adaptée à la correction de la flore pathologique du poumon gangréneux.

Pathogénie des paralysies diphtériques tardives. (*A propos de la communication de M. Rist.*) — M. L. BABONNEIX. A la théorique classique attribuant les paralysies diphtériques tardives à la toxine soluble, M. Rist objecte : 1° que la sérothérapie, tant préventive que curative n'exerce aucune action sur elles; 2° qu'avec la toxine habituelle, on n'arrive pas à reproduire une paralysie identique à la paralysie humaine; 3° que dans certains cas de paralysie diphtérique humaine, la réaction de Schick est négative, alors qu'elle devrait être positive, si cet accident était dû à l'action de l'antitoxine. Mais à ces objections, on peut répondre : 1° Que l'efficacité de la sérothérapie, en cas de paralysie diphtérique, est admise par des auteurs tels que Marfan, Comby, Méry, Roux et Darré; 2° qu'avec l'exotoxine on a pu reproduire des accidents très voisins de ceux que l'on observe chez l'homme; 3° qu'une réaction de Schick négative n'exclut pas forcément l'hypothèse qui fait jouer un rôle à l'exotoxine et n'a d'ailleurs encore été observée que dans deux cas. Inversement, on peut adresser quelques objections à la théorie soutenue par M. Rist et d'après laquelle certaines paralysies diphtériques tardives relèveraient de l'endotoxine. S'il en est ainsi, pourquoi les paralysies obtenues par cette endotoxine ne reproduisent-elles qu'imparfaitement la paralysie humaine ; pourquoi n'observe-t-on pas de phénomènes paralytiques chez des sujets qui hébergent, durant des mois et des années, un bacille virulent dans leur gorge; pourquoi, dans un cas de paralysie avec accidents bulbaires, MM. Guillain et Guy-Laroche ont-ils retrouvé la toxine soluble dans la bulbe.

Endocardite aiguë terminée par néphrite aiguë avec anurie et azotémie. — MM. G. CAUSSADE et A. TOMART rapportent le cas d'une endocardite maligne, caractérisée par une insuffisance aortique et des phénomènes généraux très accusés. Au bout d'un mois et demi est survenu d'abord un anasarque sans albuminurie, sans hématurie et sans débris épithéliaux. Ce n'est qu'après 17 jours qu'on a constaté de l'oligurie, une albuminurie massive, des cylindres urinaires. L'anurie est survenue 4 jours après. Pendant cette période, l'azotémie a été successivement de 1, 3 et 4gr80 par 24 heures. Malgré l'absence d'autopsie, les auteurs pensent néanmoins qu'il s'agit d'embolies microbiennes vasculaires généralisées et non pas d'infarctus volumineux, confluents et tassés.

A propos du choc colloïdoclasique en thérapeutique. — M. LESNÉ pense qu'à côté des cas favorables attribuables à cette méthode, il y a intérêt à relater aussi les échecs. Pour sa part, dans un cas d'infection générale secondaire à une plaie, il a vu l'injection intraveineuse de 5 cmc. de collargol à 1 p. 100 faite avec toutes les précautions, être suivie, en quelques minutes, d'un choc mortel chez un homme de 25 ans. L'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin, ne révéla aucune lésion apparente. C'est là un fait exceptionnel, car le choc, après injection de collargol, est généralement peu intense. Le malade très impressionnable redoutait beaucoup les symptômes pénibles secondaires aux injections intraveineuses colloïdales, symptômes qui lui avaient été relatés par d'autres malades. Il est très possible que l'état du système nerveux de l'individu ait une influence sur l'intensité du choc. Il y aurait une contre-indication de plus à l'emploi de cette méthode thérapeutique.

Lésion cardiaque congénitale. — MM. QUEYRAT, GANDY et DEGUIGNOND présentent un homme de 22 ans atteint d'une lésion cardiaque qui, d'après eux ne peut être que congénitale. Cliniquement, on perçoit tous les signes d'un rétrécissement mitral pur; frémissement à la pointe, roulement diastolique et souffle présystolique à la pointe, dédoublement du deuxième bruit à la base. Mais l'orthodiagramme montre des cavités gauches normales, des cavités droites, notablement augmentées de volume et surtout une dilatation très marquée de l'artère pulmonaire. Les auteurs insistent sur les difficultés de préciser cette lésion cardiaque; l'orthodiagramme n'est pas en faveur dn rétrécissement mitral, cependant indiscutable à l'examen clinique; d'autre part, rien ne manifeste à l'oreille la dilatation de l'artère pulmonaire, qui est ici, une suprise de la radioscopie. Cette double cardiopathie congé-

nitale jointe aux autres stigmates que présente ce malade, asymétrie faciale, voûte ogivale, oxiphoïdie, vitiligo, doit faire penser à une infection héréditaire, très probablement la syphilis, bien que la séroréaction soit négative.

Entéroptose et insuffisance hépatique. — MM. R. Glénard et J. Rouzaud.

Encéphalite épidémique et réaction de Bordet-Wassermann. — MM, E. Duhot et P. Crampon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 30 avril 1921)

Etude sur le signe électrique de la suspension colloïdale de benjoin. — M. M. Machebœuf a recherché le signe de la charge électrique des micelles de la suspension de benjoin servant à la réaction de G. Guillain, G. Laroche et Léchelles pour le diagnostic de la paralysie générale.

Ce signe a été trouvé négatif par deux méthodes :

Action flocculante des ions positifs bivalents;

Déplacement des micelles vers le pôle positif d'un champ électrique.

Etude physico-chimique de la réaction du benjoin colloïdal. — MM. Georges Guillain, Guy Laroche et M. Machebœuf ont recherché à préciser dans une série de recherches le mécanisme de la réaction du benjoin colloïdal en étudiant l'action séparée des sels, des globulines et des albumines sur la suspension colloïdale de benjoin. Deux méthodes ont été employées : la dialyse du liquide céphalo-rachidien à travers un sac de collodion et l'ultrafiltration de Malfitano.

Il résulte de leurs expériences que les albumines vraies n'ont pas dans la réaction un rôle flocculant, seules les globulines interviennent conjointement avec la présence de sels, lesquels ont une action de simple mordançage en favorisant par la présence d'ions positifs bivalents (calcium) la décharge des micelles de benjoin dont le signe est électro-négatif.

Recherches expérimentales sur l'herpès. — MM. G. Blanc et Caminopetros. 1° Le contenu d'une vésicule d'herpès, inoculé sous la dure-mère d'un lapin, détermine une encéphalite anatomiquement et cliniquement très semblable à l'encéphalite léthargique; 2° Inoculée sur la cornée du lapin, la matière cérébrale des animaux expérimentés détermine une kératite typique; 3° une forte réaction locale peut donner l'immunité contre l'inoculation du virus sous la dure-mère.

Le réflexe du plexus solaire. — M. Henri Claude. Le réflexe du plexus solaire n'est pas sous la dépendance de perturbations causées dans l'hydraulique circulatoire à la suite de la compression de l'aorte abdominale. En effet, il existe chez des sujets dont on comprime très modérément l'aorte et ne peut être provoqué chez des sujets maigres dont on peut écraser en quelque sorte le vaisseau. Le phénomène peut disparaître chez des malades qui le présentaient à un degré moins accusé. On peut le faire réapparaître sous l'influence d'actions pharmacodynamiques. Il ne se produit pas si on comprime l'aorte abdominale au-dessous du plexus solaire ou les fémorales. Il peut être produit par la pression de chaque côté de l'aorte dans la région épigastrique sans comprimer le vaisseau.

Crise nitritoïde expérimentale chez le chien par injection intraveineuse de novarsenobenzol. — M. Pomaret montre comment, à la suite de recherches effectuées in vitro sur les actions s'exerçant entre les sérums et les novarsenobenzènes (précipitation d'un complexe d'absorption protéino-arsenophénolique), d'un ordre de grandeur pouvant aller de l'état colloïdal à celui de suspensoïde et même de coagulum suivant l'acidité du milieu, il a pu établir le rôle de l'acidité dans les phénomènes de précipitation observés in vitro. En les reproduisant expérimentalement in vivo par l'injection de solutions de novar à 1 ou 2 p. 100 d'acide citrique, il a constaté : 1° que de telles solutions déterminent à tout coup une baisse de la pression sanguine; 2° que tout de suite après l'hypotension produite par l'injection acide, l'injection d'une solution alcaline (CO^3Na^2) relève la pression; 3° que chez le chien ainsi alcalinisé une nouvelle injection acide de novar détermine à nouveau de l'hypotension; 4° que les injections neutres et alcalines de novar ne produisent pas d'hypotension, de même que le soluté acide employé. Ses conclusions l'amènent à admettre avec G. Milian la diminution de la réserve alcaline du sang chez les intolérants aux arsenos et au dosage systématique de leur alcalinité sanguine. L'auteur propose à la suite de ses constatations expérimentales l'emploi des novarsenobenzols en solution alcaline chez les intolérants, mais les recherches qu'il poursuit en vue d'une technique d'emploi en liqueur carbonatée (ou carbonatée bi-carbonatée sodique) sont trop récentes pour l'autoriser à formuler aujourd'hui des conclusions pratiques.

Recherches expérimentales sur la broncho-pneumonie. — MM. Gustave Roussy et Roger Leroux ont pris comme bases de leurs recherches expérimentales les conclusions de leur précédente étude sur les broncho-pneumonies du vieillard, à savoir que l'éclosion de la broncho-pneumonie procède de deux facteurs : un facteur mécanique, l'obstruction artérielle pulmonaire, et un facteur infectieux bronchique ou sanguin.

Pour réaliser l'obstruction artérielle pulmonaire, les auteurs ont utilisé avec succès, en injection intraveineuse, une suspension huileuse de poudre de lycopode. L'élément infectieux bronchique a été réalisé deux fois par injection intratrachéale de dilutions purulentes. L'infection sanguine a été obtenue à la suite d'un abcès sous-cutané provoqué par une injection septique.

L'association des deux facteurs, ainsi mis en œuvre sur trois chiens, a permis de déterminer expérimentalement trois broncho-pneumonies parfaitement typiques au triple point de vue clinique, macroscopique et histologique.

Similitude des lésions produites chez le lapin par les différents types de salmonelloses humaines. — MM. A. Besson et de Lavergne. Les précédents travaux des auteurs les avaient conduits à classer le bacille de Morgan dans le groupe des salmonelloses. Ils achèvent leur démonstration en montrant que tous les types de salmonelloses humaines, y compris le bacille de Morgan, produisent des lésions semblables quand on les inocule dans les veines du lapin; vascularisation des vaisseaux mésentériques et des parois de l'intestin grêle, hypertrophie des plaques de Peyer, entérite hémorragique vraie.

Simplification de la technique de la mesure de la chronaxie à l'aide des décharges de condensateurs chez l'homme. — M. G. Bourguignon simplifie la méthode primitive, d'une part, en supprimant les mesures de résistance, grâce à l'augmentation de la résistance mise en série avec le sujet (11.000 ω au lieu de 3.000 ω), et d'autre part, en supprimant la fixation de l'électrode différenciée et substituant aux résistances liquides des résistances métalliques.

La résistance moyenne du circuit étant de 10.500 ω, 1 microfarad correspond à 0s004. Le calcul de la chronaxie est très simple : $\tau = C_\tau \times 0{,}004$. Dans cette formule, C_τ désigne la capacité correspondant à la chronaxie et est exprimée en microfarad.

Ces simplifications ne diminuent en rien la précision de la méthode et la rendent beaucoup plus simple et plus pratique.

L'auteur espère que ces conditions en faciliteront la diffusion et permettront une généralisation plus rapide en électrodiagnostic de la mesure de la chronaxie, seule mesure réelle de l'excitabilité.

Traité de pharmacie galénique, par A. Astruc, docteur ès sciences, professeur à l'Université de Montpellier. Deux vol. in-8, 1911 pages, 206 figures. — Prix : 55 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Notions pratiques d'électrothérapie appliquée à l'urologie, par le Dr Denis Courtade, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, membre de la Société de biologie, lauréat de l'Institut. In-8, figures. — Prix : 18 fr.; franco, 19 fr. 80. — Paris, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Liste des candidats admissibles aux épreuves définitives :

MM. Houdard et Monod, 65; Brocq et Rouhier, 62; Girode, Desplas et Leveuf, 58; Maurer, 57.

Epreuves définitives de médecine opératoire :

MM. Brocq et Maurer, 23; Houdard et Leveuf, 28; Desplas, 29; Monod, 27; Rouhier, 22; Girode, 27.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de chirurgien adjoint, annoncé pour le 23 juillet prochain, n'aura pas lieu.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 7 mai. — MM. Couturier, 10 + 15 = 25; Depardieu, 12 + 16 = 28; Delotte, 14 + 19 = 33; Maffie, 7 + 12 = 19.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'EUGÉNIQUE. — Ce congrès se tiendra à New-York du 22 au 28 septembre 1921, sous la présidence d'honneur de M. Alexander Graham Bell et sous la présidence effective de M. Henry Fairfield Osborn. Il fait suite au Ier congrès international d'eugénique qui s'est tenu à Londres en août 1912 sous la présidence du major Léonard Darwin.

Le congrès de New-York comprend quatre section.

PREMIÈRE SECTION. — Données fournies par la *génétique* pure chez les animaux, chez les plantes. Recherches sur *l'hérédité humaine.*

DEUXIÈME SECTION. — *La famille humaine.* Facteurs d'amélioration et moyens de contrôle. Contrôle social et légal de la fécondité, conséquence des guerres et des maladies épidémiques ou endémiques, le mariage et l'amélioration de la race, etc.

TROISIÈME SECTION. — *Les races humaines* et leurs différences, conséquence des migrations. — Mélange des races, leurs avantages, leurs inconvénients. — Opportunité des unions avec des sujets appartenant à des races impropres au progrès social, etc.

QUATRIÈME SECTION. — *Rôle de l'Eugénique* au point de vue de l'état de la société et de l'éducation, etc.

Les communications doivent être adressées au docteur C. O. Little, secrétaire général du Congrès, American Museum of Natural Hystory, 77th St. and Central park West, New-York City, N. Y., U.S.A.

Une exposition sera annexée au congrès pour faire connaître les organisations, les publications et les divers documents concernant l'eugénique. — Les envois pour cette exposition doivent être adressés au Dr H.-H. Laughlin, Eugenics Record Office, Cold Spring Harbor, Long Island, New-York, U.S.A.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. (Hôpital Laënnec. Service de M. le Dr H. BOURGEOIS.) — M. H. Bourgeois, chef de service, avec la collaboration de MM. Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, André Bloch, Vernet et Tarneaud, assistants du service, commencera, à partir du 25 mai, un cours privé d'otologie en 15 leçons.

Les cours auront lieu trois fois par semaine, les mardis, jeudis, samedis. Les jours intercalaires, les élèves seront exercés à l'examen des malades et pourront assister aux consultations et opérations.

A la fin du cours un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Programme du cours. — 1° Otites externes. — 2° Otites moyennes aiguës, indications de la paracentèse. — 3° Mastoïdites aiguës; indications de la trépanation mastoïdienne. — 4° Otites moyennes chroniques suppurées. — 5° Trépanation mastoïdienne et évidement pétro-mastoïdien. — 6° Complications veineuses des otites. — 7° Abcès du cerveau. — 8° Abcès du cervelet. — 9° Complications méningées. — 10° Otites moyennes chroniques non suppurées et surdité

progressive. — 11° Examen fonctionnel de l'oreille interne auditive et diagnostic des surdités. — 12° Examen fonctionnel du labyrinthe vestibulaire. — 13° Les vertiges auriculaires. — 14° Les labyrinthites. — 15° Les traumatismes craniens et l'oreille.

S'inscrire dans le service auprès du Dr Vernet, assistant. Droit d'inscription : 150 fr. pour les élèves nouveaux; 75 fr. pour les auditeurs des cours précédents.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

PERSONNE DÉBITRICE — RENOUVELLEMENT DE L'OPÉRATION

Le tribunal civil de la Seine a rendu, le 12 mars 1920, au sujet des honoraires dus au médecin ou au chirurgien, un jugement qui présente un double intérêt; le premier est relatif à la personne débitrice des honoraires, le second au montant de l'honoraire, quand une opération est faite consécutivement à une première opération.

Le jugement déclare :

« Attendu qu'il résulte des faits et documents de la cause, que c'est *sur la demande de la dame B...* que le Dr S... est allé prier le Dr H... de venir chez elle voir son fils; que c'est elle-même qui lui a remis les 3.000 fr. en règlement de ses honoraires. Attendu qu'à la vérité, la dame B... n'était tenue d'aucune obligation alimentaire vis-à-vis de son fils qui possédait des moyens d'existence indépendants, et qu'il y a lieu d'admettre, ainsi qu'elle le soutient, que les 3.000 fr. versés par elle, provenaient des deniers de celui-ci. Mais, attendu qu'en appelant le Dr H..., qui a donné des soins à son fils dans son propre appartement, 33, rue Marbeuf, *la dame B... a contracté directement avec lui*; que si elle agissait alors en qualité de mandataire ou de gérante d'affaires de son fils, cette qualité n'apparaissait pas, nécessairement, aux yeux d'un tiers ignorant la situation de fortune respective de la mère et du fils; que la dame B... n'a révélé cette qualité au Dr H... ni lors de la consultation du 13 septembre, ni lors du règlement du 16 octobre; qu'elle est donc demeurée tenue à son égard d'une obligation personnelle qui, d'ailleurs, laisse entier le recours qu'il lui sera loisible d'exercer contre la succession de son fils, à raison du mandat ou de la gestion d'affaires qu'elle invoque;

Attendu qu'H... a fait plaider qu'il a reçu 3.000 fr. le 16 octobre de la dame B..., que cette assertion contredit sa demande relative aux pansements antérieurs au 16 octobre, le fait d'accepter sans réserves une somme à titre d'honoraires impliquant un règlement total au jour du versement;

Mais attendu qu'H..., non contesté sur ce point par la dame B..., allègue avoir fait 23 pansements du 10 octobre au 4 novembre 1913, ce qui représente un pansement par jour; que le prix de 30 fr. par pansement n'est pas exagéré, le Dr H... étant chirurgien des hôpitaux. Qu'il lui est donc dû du 10 octobre au 4 novembre, 23 pansements à 30 fr., soit 690 fr.

Attendu que la consultation du 22 octobre n'est pas contestée ; que le prix de 50 fr. n'est pas exagéré ;

Mais attendu que le prix de 3.000 fr., réclamé pour l'opération du 5 novembre et ses suites est trop élevé ; qu'en effet, les honoraires d'une opération chirurgicale ne représentent pas le prix du temps passé, mais celui d'un service rendu et d'une responsabilité assurée; que l'intervention d'un praticien de la notoriété du Dr H... constituait la contre-partie essentielle des honoraires versés, que le renouvellement de l'opération ne pouvait donc donner droit à des honoraires égaux à ceux de l'opération primitive, mais seulement à un complément d'honoraires ; que le tribunal possède les éléments nécessaires pour fixer au chiffre de 1.500 fr. le coût de l'opération et des pansements consécutifs.

Attendu, en ce qui concerne les dépens, que les parties succombent dans partie de leurs prétentions respectives.

Par ces motifs : condamne la dame B... sauf son recours vis-à-vis de la succession bénéficiaire de son fils, à payer à H... : 1° la somme de 690 fr. pour pansements faits à feu Robert B... du 10 octobre au 4 novembre 1913 ; 2° celle de 50 fr. pour consultation du 22 octobre 1913 avec pansement chez le Dr A... radiographe ; 3° celle de 1.500 fr. pour la deuxième opération du 5 novembre 1913 et ses suites, soit au total 2.240 fr. ; déboute les parties du surplus de leurs prétentions ; fait masse des dépens pour être supportés, 2/3 par la dame B... et 1/3 par H... »

En principe, c'est la personne qui a reçu les soins qui doit payer le montant des honoraires de son médecin ou de son chirurgien. Mais il y a certains cas où le débiteur des honoraires peut être autre que celui qui a été soigné ; ainsi en cas de mariage, c'est le mari, chef de la communauté qui doit les honoraires des soins donnés à sa femme ou à ses enfants ; lorsque les parents sont dans le besoin, les enfants sont responsables des honoraires médicaux, car, en donnant des soins aux parents, le médecin acquitte pour le compte des enfants une partie de l'obligation alimentaire qui leur incombe aux termes des articles 205 et 1236 du Code civil. D'autre part, il a été jugé que le tiers qui a pris l'initiative de faire appeler un médecin auprès d'un malade peut être considéré comme s'étant obligé solidairement avec celui-ci au paiement des honoraires de l'homme de l'art, s'il existe entre lui et le malade une absolue communauté d'intérêts et d'existence (cass. 4 décembre 1872 s. 72.1.430; trib. civ. Montpellier, 22 décembre 1913, Mon. Midi, 8 février 1914). Le jugement que nous avons rapporté ci-dessus n'applique pas le principe de la solidarité, et avec raison selon nous; car l'article 1202 du Code civil décide que la solidarité ne se présume pas, il faut qu'elle soit expressément stipulée. Il se fonde sur des motifs de faits suffisants ; la dame B... avait fait appeler le Dr H... pour soigner son fils qui était malade, dans son propre appartement, et avait, elle-même, réglé le montant des honoraires dus pour une première opération. On ne peut exiger du médecin qu'il demande, lorsqu'il est appelé à donner ses soins et dès son arrivée, quelle est la personne qui paiera ses honoraires. Il y a une question de convenance et de dignité qui s'oppose à une pratique semblable ; c'est à la personne qui appelle le médecin à faire connaître la situation, si elle le juge utile ; ne le faisant pas, elle ne peut élever de critique contre la réclamation particulière que lui adresse le médecin ou le chirurgien. C'est ce qu'a décidé, à bon droit, le tribunal civil de la Seine.

En dehors de cette question relative au débiteur, il faut remarquer les *attendus* de jugement en ce qui concerne les honoraires dus pour une opération consécutive à une autre. Le principe émis par le tribunal est que les honoraires d'une opération chirurgicale ne représentent pas le temps passé, mais celui d'un service rendu et d'une responsabilité assurée; c'est l'intervention initiale qui constitue la contre-partie essentielle des honoraires, le renouvellement de l'opération n'a plus le même caractère, il est la suite du service rendu et de la responsabilité assurée. Cependant, il importe de faire des restrictions à la thèse du tribunal : il y a, dans des cas de ce genre, une question de fait à examiner et à résoudre ; il ne nous paraît pas douteux que la décision du tribunal aurait été autre si la première opération avait été sans importance et que la deuxième devait être celle qui engageât particulièrement la responsabilité du médecin. En second lieu, dans l'appréciation de la demande formulée par le médecin, le temps qu'il passe pour donner ses soins n'est pas indifférent; car le médecin ou le chirurgien de Paris ou d'une autre ville demandé pour une consultation ou pour une opération, en un lieu éloigné, est en droit de demander des honoraires plus importants que ceux qu'il pourrait demander, s'il donnait ses soins ou pratiquait son opération à Paris ou bien dans la ville où il exerce sa profession.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

HYGIÈNE PUBLIQUE

PROPHYLAXIE DES MALADIES INFECTIEUSES

CAUSÉES PAR LES HUITRES ET LES COQUILLAGES (1)

PROGRAMME D'ACTION

PAR MM. LES DOCTEURS

COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS

Médecin Interne

des hôpitaux de Paris.

Nous avons, dans une précédente communication (2), publié la statistique des fièvres typhoïdes soignées dans notre service hospitalier et montré la fréquence encore trop grande ainsi que la gravité des formes ostréaires. Nos conclusions étaient les suivantes :

En attendant qu'il soit possible de rendre obligatoire la vaccination antityphoïdique de toute la population civile, il importe de prendre des mesures hygiéniques et prophylactiques pour éviter la transmission de la maladie par les huîtres et les divers coquillages comestibles.

Ces mesures devraient, à notre avis, être les suivantes :

I. LA STABULATION. — La stabulation est un procédé intéressant qui permet de débarrasser les coquillages de leurs microbes et impuretés, et de les rendre ainsi comestibles. Malheureusement l'expérience a montré que ce procédé, parfaitement efficace lorsqu'on reste dans le domaine des recherches de laboratoire, est absolument insuffisant lorsqu'on en fait l'application industrielle ; que ses résultats sont alors inconstants et qu'au surplus il nécessite un contrôle permanent au même titre que les autres procédés.

II. ORGANISATION D'UN CONTRÔLE SCIENTIFIQUE (*hygiénique et bactériologique*) DES ÉTABLISSEMENTS OSTRÉICOLES. — Au lieu de chercher à rendre comestibles des huîtres ou autres coquillages supposés pathogènes, il serait, en effet, beaucoup plus logique, et ceci a été fait, du reste à l'étranger, en Hollande en particulier, de veiller à ce que les huîtres saines ne soient pas contaminées pendant leur élevage et leur expédition.

Il n'existe actuellement, en France, aucune disposition légale obligeant les industriels à soumettre leurs établissements à un contrôle hygiénique et leurs produits à un contrôle bactériologique. L'office scientifique des pêches, dépendant du ministère de la Marine marchande, sous la direction active du Professeur Joubin, effectue, il est vrai, sur la demande des ostréiculteurs qui le désirent, ce contrôle scientifique. Il procède à des analyses bactériologiques répétées des huîtres et des eaux des parcs, il visite les établissements et conseille toutes les modifications hygiéniques utiles, mais son action est purement officieuse puisqu'elle ne peut s'exercer qu'avec le consentement des ostréiculteurs.

Il y aurait lieu de rendre ce contrôle obligatoire et d'exiger que chaque expédition soit accompagnée d'un certificat officiel de contrôle attestant l'état de parfaite salubrité du produit à l'origine.

III. SURVEILLANCE DES MANIPULATIONS ET DE LA VENTE — On sait, et de grosses épidémies apparues à Marseille pendant la guerre l'ont encore confirmé, que, dans certaines régions du Midi et surtout sur le littoral Méditerranéen, on pratique deux méthodes de conservation des huîtres, également nuisibles et dangereuses. La première consiste, au lieu de les consommer tout de suite, à placer les huîtres arrivant saines de l'océan dans des *réserves* en Méditerranée. Or différentes enquêtes ont montré que ces réserves étaient presque toujours établies dans des zones malsaines, à la sortie des ports, à proximité des égouts.

A Marseille, écrivent Gigon et Ch. Richet fils (1), le long de la corniche, on pratique la stabulation en eau sale ; à Toulon, écrivait Mosny (2), on ne peut trouver nulle part une situation plus dangereuse que celle des parcs.

A cette pratique néfaste s'en ajoute une autre encore plus grave : Déjà souillées du fait de leur passage à la réserve, les huîtres invendues le soir, sont trempées au moyen de filets dans les eaux mêmes du port, afin de prolonger leur vie jusqu'au lendemain. Cette pratique du *trempage* achève la contamination.

Si l'on ajoute, que ces deux procédés s'appliquent non seulement aux huîtres mais aussi aux moules, palourdes, clovisses et autres coquillages « toujours infectés et infectants », selon l'expression de Gigon et Ch. Richet fils (3), que les habitants consomment à l'état cru, on comprendra facilement pourquoi les 2/3 des malades de notre service, atteints de fièvres typhoïdes ostréaires, avaient contracté la maladie sur le littoral méditerranéen.

Il serait donc de toute nécessité et nous croyons savoir qu'une tentative de ce genre a été faite à Marseille pendant la guerre, d'interdire complètement cette pratique du trempage, de réglementer sévèrement l'installation des réserves et de réduire au minimum toutes les manipulations.

Il serait également désirable que, dans les villes, les services de répression des fraudes qui ont qualité pour saisir les coquillages et les huîtres altérés, soient également qualifiés pour vérifier l'état de pureté bactériologique des mêmes produits.

En résumé : surveillance permanente de la production, contrôle bactériologique à la sortie des établissements, limitation au minimum de toutes les manipulations, telles doivent être les mesures qui aidées d'une surveillance très sévère au lien de la consommation, empêcheront la propagation des maladies infectieuses par les huîtres et les divers coquillages comestibles.

Ces mesures prophylactiques sont appliquées depuis plusieurs années en Hollande par l'Etat lui-même qui contrôle tous les établissements ostréicoles. Il en est résulté la disparition quasi complète de tous les cas, autrefois nombreux, de fièvre typhoïde d'origine ostréaire.

Il est juste de dire qu'en France, dans les grandes régions ostréicoles, des mesures hygiéniques ont été prises, en général. Il n'en est malheureuse-

(1) Communication faite à l'Académie de médecine le 10 mai 1921.

(2) COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS. Étude de 118 cas de fièvre typhoïde observés à l'hôpital Dubois du 1er juillet 1919 au 1er janvier 1921 (avec 1 graphique), *Aca. de méd*, 22 fév. 1921, et *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 16, p. 245.

(1) GIGON et Ch. RICHET fils. Analyse bactériologique des huîtres vendues à Marseille, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1916.

(2) MOSNY. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1900.

(3) GIGOU et Ch. RICHET fils. Loc. cit.

ment pas de même dans certaines petites localités qui ne sont pas surveillées et dont les produits qui en émanent constituent un danger permanent pour la santé publique.

Il serait donc à souhaiter de voir établir en France, des règlements analogues à ceux qui sont en vigueur en Hollande. Comme dans ce pays, on verrait alors diminuer rapidement le nombre des fièvres typhoïdes, et la réalisation de ce programme dont nous ne pouvons, ici, que signaler les principaux chapitres, constituerait une amélioration hygiénique importante, durable, et dans l'état actuel, indispensable.

LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE

CHEZ L'ENFANT

Par le docteur A. LESAGE (1),
Médecin de l'hôpital Hérold.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Dans une première leçon, j'ai essayé de mettre en lumière les caractères généraux de l'arthritisme chez l'enfant, en me basant uniquement sur les observations cliniques ; je n'y reviendrai pas.

Nous devons nous demander maintenant, si de l'étude de ces caractères cliniques, nous pouvons tirer quelques indications thérapeutiques.

Les divers travaux faits sur l'arthritisme établissent que la base même de cette maladie d'évolution est une déviation anormale de la nutrition et que l'organe primordial de cette déviation est le foie. L'arthritisme est une forme d'insuffisance hépatique, une dyshépatie (2).

Cette déviation permanente est caractérisée par un arrêt dans la décomposition des corps de la série purique (acide urique, acide oxalique, bases xanthiques). Ces diverses substances ne parviennent pas au dernier stade de la combustion, c'est-à-dire, à l'urée. En ce cas, les urines ont une élévation du taux des corps puriques et du taux de l'acidité (pointes sur le graphique). L'urée est au contraire en baisse; les variations des autres valeurs sont accessoires.

L'arthritisme chez l'enfant présente une note spéciale due à l'existence d'une autre déviation du même genre et de même allure que la précédente, avec laquelle elle coexiste le plus fréquemment. Cette déviation porte sur les corps de la série grasse qui, insuffisamment oxydés, s'arrêtent au stade cetone.

Cette déviation à type gras peut-elle exister seule? J'ai discuté cette question dans un autre travail (3). Quel que soit le type de la déviation (corps puriques ou corps gras), la cause est due à l'insuffisance hépatique. Les fonctions de la cellule hépatique sont très nombreuses, une ou plusieurs d'entre elles peuvent être en carence.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 981; n° 68, p. 1077; n° 79, p. 1253; n° 101, p 1613; 1921, n° 2, p. 21; n° 9, p. 136; n° 21, p. 327, et n° 29, p. 454. (Leçon recueillie par M. Noël Cojan, interne des hôpitaux.)

(2) On a noté, comme je l'ai déjà indiqué, chez certains enfants, une trop grande intensité dans les actes nutritifs, si bien que toutes les valeurs urinaires sont augmentées et qu'il n'existe aucune déviation. On peut rencontrer des enfants, qui vivent ainsi en partie double, dans certaines familles arthritiques. A mon avis, ces enfants « embrasés » ne rentrent pas dans le cadre de l'arthritisme tel qu'on le comprend à ce jour

(3) *Maladies du nourrisson*. Traduction allemande, 1912.

Le résultat est que les substances insuffisamment oxydées sont acides et s'accumulent plus ou moins dans l'organisme. D'où le nom d'intoxication acide, de diathèse acide donné à l'arthritisme.

Des études récentes sur les endocrines (1) ont apporté des notions nouvelles qui intéressent l'arthritisme. En effet, l'insuffisance de certaines d'entre elles (thyroïde et hypophyse) peut provoquer l'apparition de symptômes que l'on a l'habitude de considérer comme étant d'essence arthritique (obésité, migraine, asthme). De là à conclure que l'arthritisme n'existe pas, il n'y a qu'un pas. La mode et l'engouement aidant, les uns ont dit : toute obésité est thyroïdienne; d'autres : toute obésité est hypophysaire. La question n'est pas aussi simple. Il y a une obésité arthritique, un asthme arthritique, une migraine arthritique. Il suffit d'étudier la maladie et d'en établir le diagnostic. Les insuffisances thyroïdienne et hypophysaire ne présentent ni la déviation caractéristique de la nutrition, ni la plupart des caractères de l'arthritisme.

Je puis tenir le même raisonnement pour le terme anaphylaxie. La définition si précise et si exacte de Ch. Richet a été foulée au pied. On a confondu l'intolérance pour telle ou telle substance avec l'anaphylaxie. Ce sont là deux choses différentes. Comme le dit avec raison Schreiber (2), l'arthritisme est le terrain par excellence, des intolérances : c'est une de ses caractéristiques, comme je l'ai déjà indiqué. Aussi le terme « crise anaphylactique » que j'ai employé dans le cours de ces leçons, d'après les auteurs, est mauvais et doit être remplacé par celui de « crise d'intolérance ».

L'intolérance pour certaines substances est due à l'insuffisance hépatique. Les travaux récents de Widal (3) et de ses élèves viennent confirmer l'opinion classique du rôle capital joué par le foie dans la production de l'arthritisme. Il y a dans l'arthritisme des crises toxiques dues à l'impuissance pour le foie à arrêter complètement des albumines provenant de la digestion. La pénétration brusque dans le sang de ces albumines étrangères détermine un choc, un déséquilibre physico-chimique du plasma sanguin, unecrise« hémoclasique », de « colloïdoclasie » caractérisée par un syndrome toujours identique (leucopénie, hypotension, etc.). La crise d'asthme, la crise d'urticaire, la crise de migraine, ne sont que des crises toxiques de ce genre. Toute albumine qui n'a pas subi l'élaboration hépatique peut la provoquer. Certaines albumines parfois peuvent seules être en cause : il y a électivité, c'est l'intolérance pour tel ou tel aliment. Nous verrons plus loin l'importance de ces intolérances.

Ceci n'a donc rien à faire avec la question d'anaphylaxie, car cette intolérance est primitive, et se produit dès la première ingestion en dehors de toute « sensibilisation ». Nous avons vu plus haut, qu'à côté des crises toxiques d'origine alimentaire, il existe des crises arthritiques, qui surviennent spontanément, souvent d'une façon cyclique et que l'on peut considérer comme « salutaire », l'organisme se débarrassant du poison arthritique, telles

(1) Autrefois avec Cl. Bernard, on considérait comme glande close le foie et le pancréas. Aujourd'hui, on tend à limiter sous le nom d'endocrines les glandes closes sans canal excréteur. Si nous nous en tenons à la clinique pure, cette limitation est exagérée, car le foie et le rein possèdent des actions du genre endocrinien, que montrent les observations cliniques.

(2) Schreiber *Arch. méd. des enfants*, 1913.

(3) Widal. *Presse méd.*, passim, 1920.

les débâcles intestinales, les crises de broncorrée à mucus, de rhinorrée. Ces crises d'essence arthritique pure d'origine endogène, ne relèvent ni de la suralimentation, ni d'une intoxication alimentaire élective. Présentent-elles la colloïdoclasie précédente? Cela est à examiner.

Comme on le voit, l'insuffisance de la cellule hépatique pour la décomposition des purines, pour la décomposition des graisses, pour l'élaboration des albumines en masse ou des albumines sélectionnées, vient s'ajouter aux caractères cliniques cités plus haut pour former ce qu'on appelle l' « arthritisme ». L'étude clinique de cette diathèse chez l'enfant montre que le foie joue un rôle « endocrinien » des plus importants, non pas dans sa fonction « biliaire d'excrétion », mais dans la fonction glande close d'excrétion dans le sang.

En effet l'opothérapie hépatique (glande close) est à la base de la thérapeutique chez l'enfant, à l'exclusion de l'opothérapie biliaire. Elle possède une action des plus évidentes sur l'arthritisme, et cela sans l'intervention des autres endocrines (action sur la taille, le poids et les autres symptômes).

Cependant, chez certains arthritiques, sans que l'on en trouve la raison — ce qui porte à croire que l'hypothyroïdisme peut intervenir comme accessoire — l'opothérapie hépatique seule, qui a de l'action sur les symptômes, échoue sur la taille. Il suffit de l'*adjonction* de l'opothérapie thyroïdienne pour obtenir un bon résultat (1). Or cette dernière seule n'a aucune action. Il existe donc chez l'enfant, dans certains cas, une association des deux glandes closes : le foie tenant la première place et la glande thyroïde jouant un rôle accessoire et de second plan (action sur la taille).

Ce rôle endocrinien du foie est de la plus haute importance dans l'arthritisme chez l'enfant. Plus tard, il tend à disparaître pour laisser la place au rôle d'hypo-oxydation des uréides et des cétones.

Nous devons nous demander, si pendant la croissance de l'enfant arthritique, la cellule rénale ne joue pas également un rôle endocrinien caractérisé par la diminution dans la quantité de l'urine. Le rôle endocrinien de la cellule rénale étant caractérisé par l'émission d'eau. Je laisse de côté, naturellement, toute dislocation dans son fonctionnement intime (rétention de l'urée, des chlorures).

Pour établir ce rôle endocrinien, il ne faut voir que la débilité arthritique. Comme je l'ai étudié plus haut, je suis arrivé à cette conclusion que, si le débile urine peu, ceci tient à la paresse, à l'hypofonctionnement de la cellule rénale. Dans ces cas, je ne crois pas à la rétention d'eau d'origine tissulaire.

La question est, au contraire, plus difficile à étudier chez l'arthritique floride, car apparaît un nouveau facteur, la graisse. Czerny (2) a émis cette idée que, du moins chez le nourrisson, la mauvaise assimilation de la graisse provoque de la rétention d'eau, jugée par l'exsudation. Les dernières recherches physiologiques tendent à montrer que certaines graisses possèdent la propriété de retenir l'eau. On peut se demander si la graisse arthritique n'a pas cette propriété.

Dans le sang des enfants arthritiques (obèses ou atteints de séborrée), on note une augmentation de la graisse du sang, 1g50 à 2 gr. p. 1.000 au lieu de 0g90 à 1 gr.

Dans la pathogénie de l'arthritisme, il est bon de ne pas se perdre dans les détails et d'examiner la diathèse dans son ensemble, en ayant toujours pour guide les caractères généraux tirés de la clinique. A la base, il faut placer l'hypofonctionnement hépatico-rénal (glande close).

Etudions, maintenant, les divers moyens que nous pouvons employer chez l'enfant pour réagir contre cet hypofonctionnement.

Après une longue étude, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° Toute crise salutaire doit être respectée, afin d'éviter toute métastase. Le poison arthritique s'accumule lentement et la crise éliminatrice éclate tout d'un coup (débâcle intestinale, bronchorrée, rhinorrée).

2° On doit se souvenir que l'arthritisme est une diathèse d'hypersensibilité : la cellule très délicate et très susceptible réagit avec violence contre tout ce qui porte atteinte à cette propriété (par exemple la suralimentation, certains aliments, certains médicaments, certains écarts de régime, certaines pratiques thérapeutiques telles que le purgatif et le lavage d'intestin).

3° Tout médicament doit être donné à petite dose, car une dose moyenne ou forte peut trop secouer la cellule hépatique et la bloquer dans son fonctionnement. C'est sans doute après avoir observé cet inconvénient que bien des médecins craignent l'emploi du calomel : on le donne, en général, à des doses fortes de 0g05 ou 0g10. Au contraire, à des doses infinitésimales d'un quart de centigramme les résultats sont excellents.

4° Il faut, de plus, varier le médicament tous les jours pour éviter toute accoutumance (par exemple : un jour le calomel, un jour le boldo, etc.).

5° Le traitement doit être continué journellement, plusieurs mois et ne doit pas être cessé tout d'un coup, mais par petites cures espacées de plus en plus.

6° L'opothérapie biliaire qui a ses avantages dans la cholémie familiale, ne donne aucun résultat dans l'arthritisme infantile et souvent n'est pas bien tolérée.

Opothérapie hépatique. — L'extrait hépatique ou poudre de foie doit être donné régulièrement une ou deux fois par jour (midi et soir à jeun). Ainsi 0g10, 0g15, 0g20 par prise.

En général, l'enfant le prend facilement mélangé avec de la poudre de chocolat ou de la confiture. L'extrait doit être frais, car, à la longue, il s'altère et prend une odeur qui répugne. J'ai noté bien rarement l'intolérance (diarrhée).

L'opothérapie hépatique est la base de la médication dirigée contre l'hypofonctionnement de la cellule hépatique.

Médicaments. — Ce sont le calomel, le boldo, le soufre, l'ipéca et les alcalins.

1. Le calomel est donné tous les deux ou trois matins à la dose de 1/4 de centigramme. Une dose identique peut être administrée le soir à jeun.

Chez certains enfants, la susceptibilité hépatique est tellement forte, que même cette dose infinitésimale produit de l'intolérance comme après les doses

(1) Lesage. *Bull. méd.*, 1913.

(2) In Lesage. *Traité des mal. du nourrisson*, traduction allemande, 1912.

moyennes ou fortes (coliques vives, débâcle). Il est nécessaire de descendre au 1/8e ou au 1/16e. Bien des mères qui ont vu des accidents survenir avec des doses fortes de 0g05, 0g10, se répugnent à employer ce médicament, car elles en ont une sainte horreur. On arrive facilement à les convaincre que c'est là une question de doses. Rapidement, elles sont étonnées de voir les résultats heureux obtenus à des doses minimes.

Après une longue expérience, j'arrive à cette conclusion que chez l'enfant, le calomel ne doit jamais être donné à une dose supérieure à un 1/2 centigramme.

L'action purgative doit être évitée. Pour obtenir un effet purgatif, il faut employer un autre médicament. Le mieux est de n'en donner jamais.

Il est de toute évidence que l'on peut manger salé le jour où cette dose minime est absorbée.

2. Le soufre est un excellent médicament de l'arthritisme. Comme pour le calomel, on doit éviter toute dose purgative et s'en tenir à de petites doses (0g05, 0g10). On l'employera soit en miel soufré, soit en poudre de soufre, soit en pastilles. Si ces doses minimes provoquent un effet purgatif, à la prochaine ingestion, la dose sera abaissée.

Le soufre sera ingéré le matin à jeun.

4. Le boldo est employé en teinture seule ou unie à la teinture de badiane (1/4 de badiane pour 3 de boldo). On donne II, III, V gouttes dans une cuillerée à café, le matin à jeun.

5. La teinture d'ipéca a été recommandée par R. Saint-Philippe [de Bordeaux (1)]. C'est un excellent médicament donné, soit pur, soit uni au boldo (I à X gouttes, le matin à jeun).

6. L'alcalin le meilleur est, à mon avis, le comprimé de Vichy, fondu dans un peu d'eau chaude, le matin à jeun. Une demi-heure avant le petit déjeuner et alternant avec les médicaments précédents.

7. Dans les formes avec anémie, l'adjonction de fer (protoxolate 0g20 ou teinture de mars tartarisée X gouttes) peut donner de bons résultats.

Hypofonctionnement de la cellule rénale. — L'enfant atteint de débilité émet souvent en 24 heures moins d'urine que l'enfant normal. Cette oligurie est encore plus accentuée au cas d'arthritisme floride, car il vient se joindre, dans ce cas, de la rétention d'eau due problablement à l'accumulation de graisse.

L'oligurie existe, malgré l'énurésie nocturne. Il est donc nécessaire de surveiller le fonctionnement de la cellule rénale à ce point de vue.

On se souviendra qu'une crise nerveuse spontanée de polyurie sera de temps en temps observée.

Il faut poser en principe qu'il faut éviter de provoquer des crises passagères de polyurie par l'ingestion d'eau et qu'il faut simplement se contenter de régulariser le cours des urines tout en augmentant légèrement le taux. Aussi l'emploi journalier et continu d'une eau diurétique active est-il suivi d'une fatigue rénale qui aboutit au résultat inverse de celui que l'on attend.

Comment augmenter légèrement la quantité d'urine?

On évitera de boire aux repas de l'eau ordinaire fraîche en grande quantité, car plus l'enfant boit en mangeant et moins il urine.

(1) *Acad. de méd.*, 1913.

Le mieux est l'usage constant aux repas d'une boisson chaude (tilleul, camomille, thé très léger, orangeade chaude) en petite quantité, de préférence à la fin du repas. On rejettera l'emploi d'infusion de menthe qui tend à diminuer les urines. Le café au lait est excellent.

De temps en temps, une fois par semaine, par exemple, une seule journée d'une eau nettement diurétique ou d'une bière agissante (car bien des bières n'ont aucun effet diurétique) ou de cidre fermenté et par conséquent bouché.

Quant au choix de l'eau diurétique, il faudra en faire l'expérience. A ce sujet, les eaux non minéralisées, comme l'eau d'Evian, ont souvent une action diurétique plus marquée que les eaux franchement minéralisées.

On ne rejettera pas l'emploi du café noir en très petite quantité.

L'emploi du lait nature est des plus douteux, car dans la majorité des cas le lait pur, après une diurèse d'une journée, ralentit l'émission de l'urine. Le lactose n'a aucune action.

Opothérapie thyroïdienne. — Comme je l'ai indiqué plus haut, surtout en cas d'arrêt de croissance qui résiste à la médication précédente, on devra avoir recours à l'opothérapie thyroïdienne comme adjuvant, comme supplément au traitement, car par elle seule cette médication ne donnerait que peu de résultats. L'extrait thyroïdien nature (et non la thyroïdine) à la dose de 0g01, 0g05, quelquefois 0g10, sera employé avant un des repas, alors que l'extrait hépatique sera administré avant l'autre repas, et la médication (calomel, etc.) avant le petit déjeuner du matin.

Au cas de séborrée, l'emploi de l'opothérapie thyroïdienne peut donner quelques bons résultats (Rocaz). Il est bon de savoir que ces extraits thyroïdiens peuvent parfois provoquer quelques troubles.

Cure hydrominérale. — De vieille date l'expérience clinique des eaux minérales a montré que la diathèse peut être justiciable, suivant les cas, de plusieurs variétés d'eaux. Il y a l'arthritisme au soufre (eaux sulfureuses), l'arthritisme à la silice colloïdale (Mont-Dore), l'arthritisme à la lithine (Saint-Gervais), l'arthritisme à l'alcalin (Vichy), l'arthritisme à l'eau oxydante (Breuil).

Il est difficile, à ce jour, de désigner d'emblée l'eau à choisir : une expérience à domicile et l'action des médicaments correspondants permettront de tendre au choix de l'eau.

Celle-ci trouvée, une cure de quelques jours tous les deux ou trois mois sera de mise : la durée en sera écourtée si l'eau est trop active et provoque une débâcle dès les premières ingestions, tant est grande la susceptibilité de la cellule hépatique.

Alimentation. — On dit un peu partout qu'un arthritique doit être mis au régime végétarien. Il est certain qu'il faut éviter l'abus des viandes, d'autant que souvent l'enfant y est porté par goût. Mais de là à la suppression absolue, il y a un abîme, surtout chez l'enfant atteint de débilité arthritique. Le régime absolu des purées et des pâtes bien souvent entretient et même augmente la débilité. Il faut, en effet, se défier autant du régime complet à l'amidon que du régime trop azoté. La cellule hépatique endormie a besoin de l'excitation fournie par toutes

les variétés d'aliments. Il est indispensable que l'enfant prenne un peu de tout, si l'on veut que sa croissance redevienne normale.

L'uniformité dans l'alimentation ne fait qu'augmenter la paresse de la cellule hépatique qui a besoin d'excitants naturels variés.

La vie alimentaire doit être réglée. L'arthritique doit manger peu, car les besoins de la cellule arthritique sont minimes. On évitera toute suralimentation qui ne fait qu'augmenter l'arthritisme, et par conséquent on luttera contre « cette diathèse d'éducation de suralimentation » (Moncorgé) qui entraîne l'enfant à suivre ses parents dans l'abus des ingestions alimentaires.

La question de la couleur des viandes est, à mon avis, secondaire et est primée par la question de la graisse que contient la viande. Certaines viandes dites rouges sont à ce sujet bien supérieures à certaines viandes dites blanches, car elles contiennent des graisses bien tolérées alors que les graisses des secondes ne le sont pas.

Il ne faut pas à ce sujet prendre comme exemple l'adulte. L'enfant a besoin de beaucoup de graisse pour sa croissance et son entretien, il a sa vie à lui bien différente de la vie de l'adulte.

Le mouton chaud et le porc froid doivent être mis en tête des viandes à donner à l'enfant atteint de débilité arthritique, alors qu'il faut se défier du bœuf, du poulet et du veau qui contiennent des graisses peu tolérées. Ce n'est pas, à mon avis, une question de coloration de la viande, mais de graisse qu'elle contient.

D'autres graisses sont bien tolérées et jouent un grand rôle dans l'alimentation de l'enfant, telles le beurre cru, l'huile d'olives (sardine, thon, pommes de terre à l'huile, œufs durs à l'huile), la banane et la crème fraîche d'Isigny.

Il faut, au contraire, se défier du lait nature, du beurre cuit, des œufs peu cuits, du chocolat et du cacao.

De ce fait qu'une graisse n'est pas tolérée, il ne faut pas en conclure que toutes ne le sont pas. C'est une question d'espèces.

Les poissons sont excellents. Tous les légumes sont bons, à l'exception des haricots verts, des épinards et de l'oseille.

Il est préférable de donner les légumes écrasés plutôt qu'en purée : ainsi la pomme de terre en purée n'est pas toujours bien tolérée.

D'ailleurs, à mon avis, cette question d'intolérance est accessoire, car avec le traitement peu à peu tout arrive à être toléré.

Tous les fruits sont recommandés crus ou cuits. L'enfant ne mangera pas de viande le soir. Il sera mis à la diète une fois par semaine.

La cellule arthritique a ses exigences : tout aliment doit être de première qualité et de première fraîcheur. On évitera les abus de pain et de potages.

Le séjour à la mer et à la campagne est bon, mais il ne donne qu'un résultat factice et passager. L'adjonction du traitement est indispensable.

Dans les lignes précédentes, je me suis tenu à des indications générales de thérapeutique et d'alimentation qui peuvent se résumer en ces mots : variété dans l'alimentation, variété dans la médication.

Il faut se défier de tout régime exclusif.

AUTOMUTILATION GÉNITALE INVOLONTAIRE

Par M. P. Beaussart, de la Charité (Nièvre).

Toute auto-mutilation, surtout dans la sphère génitale, implique presque inévitablement un mobile pathologique d'ordre mental : mystique qui se condamne ainsi à la chasteté — mélancolique qui, s'il n'essaye pas ainsi d'attenter à ses jours, cherche du moins à se punir d'une faute ou veut tarir à tout jamais la possibilité de procréer des êtres qui auraient eux aussi à souffrir — délirant hypocondriaque qui veut supprimer un mal qui le torture — affaibli intellectuel (P. G...), déficient congénital (idiot, imbécile), confus, auto ou hétéro-intoxiqué ou infecté, qui agissent en dehors de tout contrôle conscient, par manque de jugement ou de critique ou sous influence délirante ou hallucinatoire — déséquilibré, hystérique, impulsif, qui réagissent suivant les influences propres de ces tendances (besoin de forcer l'attention, d'attirer la commisération [pathomimie], force irrésistible...).

C'est une auto-mutilation, relevant d'une toute autre cause, que je vais relater ; elle peut être qualifiée d'involontaire et accidentelle, la cause première en ayant été imposée à la crédulité d'un esprit débile.

B..., 34 ans, d'un développement intellectuel très au-dessous de la moyenne, est porteur d'une mutilation ancienne de la verge, à sa partie moyenne ; il y a section transversale complète du pénis dans toute sa moitié inférieure : urèthre avec corps spongieux. Le sujet urine par l'orifice de section et, pour plus de facilité, relève la partie antérieure de la verge ; cette dernière est flasque et moins développée dans son ensemble ; elle n'entre jamais en érection malgré l'intégrité des artères caverneuses et dorsales et la continuité des corps caverneux et cela, parce que la tension érectile n'a plus pour s'exercer qu'un champ demi-circonférentiel à partir de l'axe pénien, l'autre champ étant représenté par le corps spongieux qui n'a plus de point d'attache fixe.

B... est resté célibataire et n'a aucun désir sexuel (influence de la débilité mentale?). Il raconte qu'à l'âge de 7 ans, il urinait très fréquemment au lit et que sa mère ne manquait pas de le corriger. Un jour qu'il en causait à un camarade, ce dernier lui conseilla de se serrer la verge avec un fil, le soir en se couchant. C'est ce que B... fit sans tarder. La verge s'œdématia, emprisonnant le fil qui ne put plus être coupé. Il n'osa pas se plaindre, par honte et par crainte d'une correction. Il resta ainsi pendant près de 3 jours, souffrant horriblement jusqu'à ce que la section de l'organe par le fil, qui s'était incrusté de plus en plus, vînt apporter un terme à cette situation et permît l'évacuation de la vessie qui était très distendue. B... est toujours resté avec son infirmité et n'a rien fait pour y remédier. Pressenti pour subir une opération réparatrice, il s'y est énergiquement opposé.

Parce que j'avais relevé, chez lui, quelques préoccupations hypocondriaques peu florissantes en raison de sa débilité mentale (il a un côté du corps rétréci, il a des piqûres au cœur, la poitrine est serrée ; il se sent faible, alors qu'il est doué d'une robuste constitution, le dos se déforme), je n'ai d'abord pas cru son histoire, et je l'ai soupçonné de s'être mutilé, volontairement, sous l'influence de son état mental anormal. Il est, en effet, à remar-

quer que des auto-mutilateurs génitaux sont assez réticents ou cherchent à tromper l'interrogateur par des récits erronés et très variables. Chez B..., j'ai acquis, auprès de sa famille, la certitude des faits qu'il me soutenait cependant avec des apparences de sincérité. De plus, il ne s'agissait chez lui que d'une mutilation partielle, alors qu'avec une mutilation voulue, il y eût eu, vraisemblablement, section complète de l'organe et peut-être même émasculation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 MAI 1921 [*suite*])

Sur le traitement chirurgical des anévrismes fusiformes de l'aorte ascendante. — M. Ed. DELORME. La belle observation de notre collègue M. le prof. Rénon (1), qui fait suite à celle que M. Tuffier a communiquée à la Société de chirurgie l'année dernière ne peut que contribuer à ramener l'attention sur le traitement chirurgical, aujourd'hui presque délaissé, de l'anévrisme de l'aorte.

Quand on examine les pièces des collections de nos musées, celles de la Faculté de médecine ou du musée Dupuytren, l'impression première qu'elles laissent au chirurgien c'est une impression désespérante. Que pourrait-il faire, en effet, en présence d'aortes dilatées sur une étendue considérable, parfois en totalité ou d'anévrismes sacciformes énormes, qui ont détruit parfois une partie du sternum, carié la colonne vertébrale? Mais bientôt il se reprend et cette pathologie excessive, exceptionnelle, ne saurait pas plus l'inciter à l'inaction que d'autres lésions d'ordre chirurgical arrivées à un degré d'extension et de généralisation tel qu'elles sont opératoirement incurables.

Avant d'arriver à ces développements excessifs, l'anévrisme parcourt d'autres stades. Déjà, parmi les pièces examinées, émergent d'autres spécimens moins excessifs, en particulier des anévrismes fusiformes de l'aorte ascendante, à parois relativement solides; la pratique journalière, aidée de la radiologie, en fait reconnaître bien d'autres, et voilà que de plus en plus confiants dans les ressources d'une chirurgie qui, surtout au cours de la guerre dernière, a montré tant d'audaces justifiées, la lésion matérielle, la poche, n'est plus seule l'objet des préoccupations du thérapeute et qu'il s'inspire, pour ses décisions opératoires, de l'intensité des troubles présentés par le malade et de leur résistance à la thérapeutique médicale.

Des premiers, parmi les médecins, M. Rénon s'est montré, avec M. Vaquez, partisan des interventions chirurgicales dans la sphère cardo-vasculaire. Je ne saurais oublier l'appui qu'il me donnait, en février 1914, lorsque, devant la Société médicale des hôpitaux, je préconisais la *cardiolyse*. En conseillant vivement à une malade à état des plus graves, quelques mois plus tard, une opération de cardiolyse libératrice, je suis autorisé à penser que ma communication n'était pas étrangère à son attitude si résolue.

Le but poursuivi par M. Tuffier qui fut appelé à opérer la malade de M. Rénon pour un anévrisme fusiforme de la portion ascendante de l'aorte compliqué de troubles des plus graves : céphalée constante et exacerbée, douleurs thoraciques, accès angineux, ce but fut de s'opposer au développement ultérieur de l'anévrisme, d'en arrêter les progrès en renforçant circulairement la paroi par une nappe fibreuse empruntée au tenseur du fascia lata.

Il a satisfait là à un postulata exprimé par Huchard dans son *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, lorsqu'il regrettait qu'on se soit trop hypnotisé par l'idée de la coagulation du sang dans les anévrismes (coagulation admissible seulement dans les cas d'anévrismes sacciformes) et qu'on ne se soit pas arrêté au principe du renforcement pariétal.

Ce principe, notre collègue l'a ingénieusement et très habilement transformé en méthode, et si l'autopsie de sa malade qui a succombé six ans après l'opération à un cancer n'a pas permis de contrôler la valeur du résultat primitif parce que, malgré de pressantes instances, la famille n'a pas accordé cette nécropsie, si même on est autorisé, d'après les renseignements complémentaires de M. le prof. Rénon, à conserver des doutes sur la persistance de l'anneau encerclant qu'une suppuration aurait, en partie, détruit, la méthode n'en reste pas moins acquise et on peut espérer que, au besoin, elle se perfectionnera.

Un fait bien remarquable, qui ressort des observations suivies de MM. Rénon et Tuffier, c'est l'amélioration très rapide des accidents graves présentés par leur malade. Il est d'un intérêt puissant d'en rechercher la raison, et si, ici, mon opinion diffère de celle de mes collègues, je leur demande de vouloir bien me le pardonner.

Il ne semble pas qu'on puisse s'attacher à l'idée d'une *décompression* puisque précisément le bénéfice a été obtenu avec une compression exercée par le cerclage. Dans quelle mesure pourrait-on s'arrêter à l'action bienfaisante de la destruction d'adhérences médiastines au cours de l'opération? Les observations ne permettraient pas de le dire; elles ne nous ont pas fixé jusqu'ici sur l'étendue, sur la fixité de ces adhérences et leur mode de destruction. Pour exprimer toute ma pensée, j'estime que c'est ailleurs qu'il faudrait chercher le mécanisme de l'effet heureux, presque immédiat, de la cardiolyse, de l'artériolyse intrapéricardique pratiquée et qu'il y aurait lieu, jusqu'à plus ample informé, de le rattacher à une sorte de névrotomie, de névrectomie, en un mot à une *sympathicectomie régionale*. L'opérateur, pour moi, a reproduit sur l'aorte ce que Jaboulay et Leriche ont fait en libérant des artères de la continuité des membres des filets sympathiques qui les recouvrent pour faire cesser des douleurs intensives, irradiées, répercutées à distance, vers l'extrémité terminale des membres, prenant parfois, en irritant les centres, le caractère d'un tétanos sensoriel et aussi pour arrêter les troubles trophiques, les épaississements des tissus, etc., qui accompagnent ces douleurs.

Si l'on se rappelle que la *paroi antérieure* de l'aorte, dans sa portion ascendante, est recouverte d'un riche réseau, d'un lacis inextricable de *rameaux efférents*, surtout SYMPATHIQUES, du *plan superficiel du plexus cardiaque*; que ces branches et rameaux sont multipliés surtout vers le bord gauche de l'artère, qu'ils s'appliquent étroitement sur ce bord en le contournant, à leur sortie des *ganglions du plexus cardiaque* logés entre l'artère pulmonaire et l'aorte au-dessous de la terminaison de sa portion ascendante, il paraît impossible, quelque habile et attentive que soit une dissection, quelle que soit la direction donnée aux incisions, de ne pas sacrifier peu ou prou des branches efférentes du plexus en dénudant l'artère. Et après le plan superficiel, antérieur, il y a le plan moyen contre la face postérieure de l'aorte. Alors, comme résultat, on a, *qu'on le veuille ou non*, en dégageant l'artère fait une sympathicectomie, et, dans l'espèce, pour inattendue qu'elle ait été, c'était l'éventualité la plus heureuse qui se pouvait réaliser.

A la lumière du fait récent que le M. le prof. Jonnesco (de Bucarest) a relaté à l'Académie le 9 mars dernier, et qui est, par bien des points, superposable à celui-ci, on comprend bien, dans le cas présent et par le mécanisme de la sympathicectomie locale que j'invoque, la disparition soudaine des phénomènes réactionnels de la *névrite du plexus nerveux cardo-aortique* dont la malade de MM. Tuffier et Rénon semble avoir été atteinte.

Je rappellerai que le malade de notre collègue roumain opéré le 2 avril 1916 avait de terribles *crises d'angine de poitrine* avec aussi une *aorte dilatée*, augmentée de volume (3-4) à l'origine, élargie de 3-9 à l'approche de la crosse et qu'une sympathicectomie troncale, distante, portant sur le premier ganglion thoracique, et sur la chaîne sympathique cervicale jusqu'au ganglion cervical supérieur, *arrêta net* les terribles accidents d'origine de poitrine qui menaçaient la vie de cet opéré, les douleurs thoraciques, etc.

Revu 4 ans 1/2 après l'opération par les prof. Paulesco,

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 36, p. 572 (C. r. de l'Acad. de méd.).

Danielopoulo, Danulesco, la guérison s'était maintenue avec disparition de tout trouble réactionnel et un déficit facial négligeable. M. Jonnesco avait, par une sympathicectomie cervico-thoracique, interrompu le courant ascendant qui des filets centripètes irrités du plexus cardio-aortique aboutit par le sympathique thoraco-cervical aux centres nerveux médullaires et encéphaliques et supprimé, avec les réflexes, la réaction de ces centres.

Les travaux antérieurs de M. le prof. Jonnesco sur le sympathique et la considération que l'origine de l'angine de poitrine est une manifestation de l'irritation du plexus cardo-aortique, lui avait fait, chez son malade, mettre au second plan la dilatation aortique, l'anévrisme fusiforme; or, 4 ans 1/2 après l'opération, malgré les occupations accaparantes, malgré la vie irrégulière et très fatigante de cet opéré alcoolique et syphilitique, l'examen radioscopique montrait toujours une aorte dilatée sans qu'il soit question d'augmentation de volume.

Quelques hardies et peut-être prématurées que mes conclusions puissent paraître à certains, je dirai qu'il semble ressortir des observations précédentes que, pour les anévrismes sacciformes de l'aorte ascendante, trois méthodes méritent, à l'heure présente, d'être soumises au contrôle des faits :

1° Le *renforcement pariétal, circonférentiel* (cerclage);
2° La *sympathicectomie troncale, distante*;
3° La *sympathicectomie régionale*.

La première peut être considérée comme une méthode de prévoyance, à longue portée, s'adressant plus au devenir du malade qu'à son état présent; poursuivant une action précise, mécanique; les deux autres, par contre, tout en ayant peut-être sur la nutrition aortique et l'empâtement médiastinal une influence non négligeable se présentent au contraire comme des opérations d'urgence, visant les cas à accidents graves, pressants, à caractères angineux, rebelles aux traitements médicaux.

La première méthode, l'encerclement, ne serait applicable qu'aux anévrismes fusiformes de la première portion; la présence des troncs artériels sur la crosse et la profondeur de la portion descendante n'en permettant pas l'emploi; c'est également aux dilatations de l'aorte ascendante que s'appliquerait la sympathicectomie localisée; l'intensité et la nature des troubles irritatifs bien plus que le volume du vaisseau entrant en jeu dans la décision médico chirurgicale.

La sympathicectomie troncale aurait des indications moins restreintes, visant les dilatations des trois parties de l'artère.

La sympathicectomie locale aortique comporterait comme celle des artères de la périphérie, la dénudation de la gaine et son excision dans une certaine étendue, surtout en avant et à gauche et peut-être y aurait-il lieu, l'avenir le dira, de les étendre à partie du plexus cardiaque logé entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 MAI 1921)

Cancer du côlon ascendant. — M. LECÈNE, à propos du rapport de M. Lapointe sur une observation de M. Lagoutte (voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, no 35, p. 555) émet quelques considérations sur le traitement chirurgical du cancer du côlon. Pour lui, la fistulisation préalable du cæcum n'est indiquée que dans les cas d'obstruction intestinale subaiguë ou dans les cas de cancer du côlon gauche. La faire de parti pris pour les cas de cancers du côlon droit ne lui semble pas une bonne pratique.

M. Lecène a toujours opéré les cancers du côlon droit en un seul temps. Il fait une incision oblique et pratique la résection intrapéritonéale en un temps. Il recherche et enlève tous les ganglions néoplasiques ou suppurés et fait ensuite une anastomose latérale iléo-colique. C'est là une bonne méthode.

Le gros danger de ces colectomies est l'infection possible du tissu cellulaire rétropéritonéal. Aussi est-il prudent de drainer, non pas en avant, mais par une contre-ouverture lombaire. En général, les colectomies pour tuberculose sont beaucoup moins graves que les colectomies pour cancer. Sur 7 cas dans lesquels M. Lecène a eu recours à la colectomie pour cancer, il a obtenu 5 guérisons opératoires et 2 morts.

M. DUVAL rappelle que dans l'étude qu'il a faite de cette question, en 1898, avec M. Quénu, il était arrivé à cette conclusion que la colectomie en un seul temps était l'opération de choix. Depuis, on a plutôt préconisé l'opération en deux temps, mais il continue à préférer agir en un seul temps.

M. TUFFIER trouve la colectomie, en un seul temps, une opération assez grave pour lui préférer l'intervention en deux temps.

Occlusion du duodénum par le pédicule mésentérique. — M. DUVAL, à propos du rapport de M. Grégoire sur une observation de M. Villette (voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, no 35, p. 555) dit avoir observé 5 cas qui se rapprochent de celui de M. Vilette.

Il faut distinguer deux types cliniques différents de sténose duodénale. Il y a d'abord le type duodéno-gastrique; M. Duval communique l'observation d'une jeune femme de 20 ans, atteinte d'un ulcère duodénal, caractérisé par des crises douloureuses, avec vomissements, hématémèses, amaigrissement, etc. On sent une tumeur épigastrique. Opération le 18 février : le pylore est perméable, le duodénum est énorme, M. Duval pratique une duodéno-jéjunostomie. Guérison.

Dans un second cas, les troubles étaient caractérisés par une très ancienne constipation, des vomissements, des crises douloureuses devenant de plus en plus longues et de plus en plus fréquentes, du ballonnement du ventre. Opération : duodénum très dilaté, duodéno-jéjunostomie transmésocôlique, guérison.

Abordant la question du traitement chirurgical, M. Duval ne partage pas l'avis de M. Grégoire et trouve que, dans ces cas, la gastro-entérostomie est une opération illogique. D'ailleurs, sur 10 cas, ainsi traités, il y a eu 2 décès. Dans 3 cas où on a eu recours à la colopexie, on a obtenu 3 guérisons. Enfin, dans 8 cas, la duodéno-jéjunostomie a donné 8 guérisons. C'est donc cette dernière qui est l'opération de choix.

Ces faits sont importants à connaître car la sténose duodénale est une affection plus fréquente qu'on ne croit.

Invagination intestinale. — M. POTHERAT à propos du rapport fait dans la dernière séance par M. Okinczyc, rapporte l'observation d'un garçon de 26 ans, atteint de douleurs atroces dans le ventre, d'un état très grave, avec sueurs froides. Il l'opéra d'urgence. Il s'agissait d'une invagination par le fait d'une tumeur intra-intestinale que l'examen histologique montra être un lymphocytome.

Les suites immédiates de l'opération furent bonnes, le malade était soulagé, mais il succomba peu de temps après.

Les greffons vivants et les greffons d'os morts. — M. WIART fait un rapport sur un travail de M. Regard qui a étudié sur les animaux l'évolution des divers greffons, morts ou vivants. Dans quelle mesure les greffons peuvent-ils servir à la réparation des fractures? Dans quelle mesure observe-t-on le retour de la circulation dans le greffon? Pourquoi, dans certains cas, la greffe de quelques tranches d'os séparées a-t-elle plus de chance de réussir que la greffe d'un seul gros greffon? Telles sont les diverses questions qui ont été étudiées par M. Regard avec un soin tout particulier.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. le rapporteur dans l'exposé, très détaillé, qu'il nous fait de ces expériences.

La conclusion à tirer de ces faits et qui était peut-être facile à prévoir, c'est que la greffe d'os vivants est infiniment supérieure à la greffe d'os morts.

La sympatectomie dans la maladie de Raynaud. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation adressée par M. Ramondi : Il s'agissait d'un homme de 37 ans qui présentait tout le syndrome sympathique. La sympatectomie a donné, dans ce cas, un très bon résultat qui se maintient depuis 5 mois.

La résection du genou dans les arthrites suppurées. — M. PATEL (de Lyon) communique 19 cas d'arthrites suppurées traitées par la résection du genou. Sur ces 19 malades, 3 sont morts de la grippe. L'un d'eux ayant été opéré des deux genoux, restent 16 malades, sur lesquels 3 durent être

amputés secondairement et 13 furent guéris. Certains de ces opérés présentaient 12, 14 et même 18 cm. de raccourcissement et marchaient très bien. Chez trois d'entre eux des accidents d'infection ultérieure ont nécessité l'amputation. Chez les 13 autres malades, les choses se sont passées presque toujours de la même façon : fracture de l'extrémité inférieure du fémur, vastes plaies, arthrites suppurées, large résection, immobilisation pendant 3 à 4 mois dans le plâtre, résultats fonctionnels parfaits, même avec 18 cm. de raccourcissement.

Dans quelques cas, M. Patel s'est servi de plaques de soutien.

M. Arrou ne comprend pas l'utilité de ces plaques. On peut réunir les os bout à bout et, l'opéré étant bien plâtré, cela se réunit très bien sans plaques.

M. Alglave demande à M. Patel s'il a trouvé des inconvénients à ces plaques.

M. Patel répond négativement; mais il fait observer qu'il se servait de longues plaques, afin que les vis, placées aux extrémités de ces plaques, fussent très éloignées du point d'union des deux os.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 MAI 1921)

Nouveau milieu de culture pour spirochæta icterohemorragiæ. — M. G.-J. Stefanopoulo. La formule est la suivante : le caillot de sang de cheval, séparé de son sérum et de la couenne, est broyé à travers une toile métallique assez fine et on l'étend de deux fois de son volume d'eau physiologique à 8/1.000. Le mélange est chauffé pendant un quart d'heure à 80°, filtré sur papier Chardin et ensuite sur bougie Chamberland; on obtient ainsi un extrait de globules sanguins stérile.

Ce milieu peut remplacer le milieu au sérum de lapin (très onéreux) car il est peu coûteux et de préparation rapide. On peut augmenter encore ses propriétés en ajoutant 1/30 de sérum de lapin.

Les voies d'infection de la dourine. — M. L. Nattan-Larrier. Le trypanosome de la dourine traverse la muqueuse vaginale plus facilement encore que ne le fait le trypanosome de la maladie de Chagas. Mais tandis que ce dernier parasite n'est apte à franchir ni les téguments ni les muqueuses, si ce n'est la muqueuse des voies digestives supérieures, par contre, la peau, la conjonctive, la muqueuse rectale, la muqueuse buccopharyngée sont perméables aisément au trypanosome de la dourine.

Modifications de la coagulabilité sanguine au cours de la sérothérapie. — En suivant quotidiennement la coagulabilité sanguine d'une vingtaine de sujets soumis à la sérothérapie, M. Léon Binet a noté : une première phase, précoce, s'installant dès la première ou la deuxième heure qui suit l'injection sérique, d'une durée variant de 24 à 48 heures et caractérisée par une hypercoagulabilité sanguine telle que le temps de coagulation est diminué de moitié; ensuite s'installe une phase débutant le quatrième ou le cinquième jour et caractérisée par de l'hypocoagulabilité sanguine. Lors des réinjections sériques, les mêmes phases se reproduisent; on note d'abord de l'hypercoagulabilité, puis de l'hypocoagulabilité; celle-ci prend alors une intensité particulière et il n'est pas rare de voir le temps de coagulation double de ce qu'il était avant toute injection de sérum.

Action du chlorure de calcium sur la diarrhée et les vomissements. — MM. Rist, Ameuille et Ravina, ont traité la diarrhée et les vomissements rebelles des tuberculeux par les injections intraveineuses de chlorure de calcium avec un plein succès dans la plupart des cas. Ils emploient des solutions très concentrées, à 50 p. 100, et en injectant au moins 2 cmc., soit au moins 1 gr. de chlorure de calcium. De pareilles doses et de pareilles concentrations donnent presque toujours de bons résultats. Elles ne donnent d'accidents que si le liquide injecté passe, même en quantité minime, dans le tissu cellulaire auquel cas on assiste au développement d'une escarre très longue à guérir.

Les modifications chimiques du nerf vague pendant la digestion. — MM. Loeper, Debray et Tonnet ont pratiqué le dosage de l'eau et du chlorure de sodium contenus dans le nerf vague à jeun et en digestion. Le chiffre de sel infiniment plus élevé déjà que dans les nerfs périphériques est beaucoup plus considérable encore dans la digestion que dans le jeûne. La proportion d'eau s'accroît dans la digestion d'un cinquième environ.

Ces résultats joints à ceux que donne la recherche de la pepsine, indiquée antérieurement par les auteurs, témoignent de l'imprégnation très élective du nerf vague pendant la phase d'activité de l'estomac.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1921)

A propos de l'appareillage des impotents. — M. Rœderer rappelle les véritables progrès accomplis par l'appareillage au cours de la guerre qu'il est injuste de nier, et souhaite que des laboratoires de recherches soient mis à la disposition des orthopédistes.

Angiomes, nævi, lupus traités par la thermo et la cryothérapie. — M. Vignat présente des malades traités par la thermo et la cryothérapie, ainsi que le cryocautère dont il se sert. Les angiomes et les nævi ont disparu, les cicatrices sont invisibles. Il préconise l'emploi combiné du cryo et du thermocautère pour les lupus tuberculeux, la leucoplasie, les fissures à l'anus. Ce procédé n'est ni douloureux, ni dangereux, et les résultats sont rapides.

Encéphalite léthargique. Mort en 48 heures. — M. Rabion rapporte l'observation d'un homme de 70 ans pris, en pleine santé, de fièvre, nausées, vomissements, mal de tête, prostration. Le lendemain, persistance de ces symptômes, moins les vomissements, mais chute des paupières, hoquet incessant, puis coma et mort en 48 heures, avec les caractères d'une encéphalite léthargique à marche ultrarapide confirmée par le Dr G. Lyon. Le traitement a consisté en glace à l'intérieur et à l'extérieur et en injections très fréquentes d'huile camphrée.

A propos de l'origine et du traitement de la paralysie générale. — M. Leredde ne croit pas à l'existence de races spéciales de spirochètes et insiste sur le danger qu'il y a à considérer les syphilis nerveuses en général comme rebelles du fait d'un spirochète neurotrope. La paralysie générale est la seule forme de syphilis nerveuse qui soit rebelle en bloc. L'action utile du traitement est cependant certaine et considérable à la période prédémentielle.

M. Goubeau retient de la communication de M. Marie que la paralysie générale est curable au début. Il estime que si un traitement trop massif est nuisible à la dernière période, le traitement mixte triple successif doit être tenté, même à la deuxième période.

M. Marie développe les courbes comparatives de l'évolution des Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien chez les paralytiques; il estime que, lorsque la seconde prédomine définitivement, les traitements intensifs sont contre-indiqués; les manchons périvasculaires définitifs semblent mettre le spirochète encéphalotrope à l'abri des actions thérapeutiques.

A propos des exercices physiques de la gymnastique respiratoire. — M. Pescher montre la différence qui existe entre la gymnastique respiratoire suédoise et la méthode spiroscopique. La première est compliquée et souvent contre-indiquée chez des malades qui auraient pourtant besoin d'une bonne hématose. La seconde, au contraire, est applicable dans tous les cas et réalise la gymnastique des poumons.

M. Rœderer pense que la spirométrie donne des résultats plus rapides chez les sujets plâtrés ou appareillés, mais que la gymnastique suédoise est préférable s'il s'agit de gymnastique éducative.

M. Maurice se sert du spiromètre avec un masque qui ne

permet que la respiration nasale. Il se sert également d'un pneumoscope qu'il a fait construire.

Traitement de l'encéphalite épidémique. — M. Lafay, au nom de M. Muller, relate les observations de cas graves guéris par les injections fortes d'huile iodée à 40 p. 100.

Les injections sous-cutanées de novarsenobenzol chez les intolérants. — M. Lévy-Franckel a traité par ce procédé à doses croissantes 17 malades chez lesquels des accidents répétés avaient nécessité l'abandon du traitement par le néo-arsenobenzol intraveineux. Ces injections hebdomadaires n'ont causé que des réactions locales toujours très tolérables, aucune réaction immédiate ou tardive, sauf un cas de courbature passagère des membres inférieurs.

M. Mélamet. L'intolérance aux arsenobenzols intraveineux tient au novarsenobenzol et au malade : l'amidobenzol en s'oxydant lentement donne l'amido-phénol, poison du sang et du système nerveux (recherches de Raynal, 1854, sur les chiens avec le benzène) ; chez le malade, un facteur important dans l'intolérance c'est l'hypoacidité des humeurs (Milian), ces injections sous-cutanées de novarsenobenzol sont toujours bien tolérées à condition de ne pas dépasser 0,30.

Remarques à propos d'un cas de tachycardie paroxystique améliorée par l'hydrothérapie froide. — M. R. Dubois (de Saujon) cite un cas de tachycardie paroxystique notablement améliorée par l'hydrothérapie froide; il fait remarquer que ce fait semble confirmer la notion que la tachycardie paroxystique puisse être sous la dépendance de troubles thyroïdiens, ovariens, etc., car les tachycardies continues sont presque toujours notablement améliorées par l'hydrothérapie froide.

NOTES DE PRATIQUE

L'ADONIS VERNALIS DANS LES NÉPHRITES

Dans une étude fort documentée (*Th. de Lille*, 1909), Henneton a présenté l'adonis comme un cardiotonique intéressant et préconisé son emploi dans les affections cardiaques, tout spécialement dans l'asystolie et dans les maladies infectieuses où il s'agit de soutenir le cœur et de provoquer une forte diurèse.

L'adonis n'étant pas toxique et ne s'accumulant pas, il lui reconnaît une action manifeste dans les néphrites où il provoque une diurèse abondante sans craindre, malgré son emploi, l'hypertension artérielle.

L'observation suivante d'un autre auteur montre, en outre, la disparition rapide de l'œdème et de l'albumine par l'influence de cette médication sous forme de diurène (extrait total d'adonis).

Mme B..., à T..., 23 ans ; néphrite aiguë avec complications pulmonaires très graves, foyers de broncho-pneumonie et de congestion pulmonaire : dyspnée terrible, polypnée, anasarque, foie congestionné, ventre énorme plein de liquide. Albumine, 7 g. par litre ; oligurie très alarmante ; état général précaire ; pouls filant.

Outre le traitement symptomatique du poumon et du foie, la malade prend six cuillerées à café de diurène par jour.

Diminution progressive de l'anasarque, le pouls passe à 120, 110 puis 100 en 2 jours, émission de près de 4 litres d'urine en 24 heures.

Au bout de 8 jours, disparition de toute enflure et l'albumine tombe à 10 cg.

Il est juste d'ajouter que la malade a absorbé 2 g. de théobromine par 24 heures et cela pendant 6 jours, mais la théobromine seule n'avait jamais donné de semblables résultats.

Dr P.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix, médecins des hôpitaux. Tome VIII : **Psychiatrie** [t. II] (1), par MM. Colin, Demay, Legrain, Barbé, Deny, Pactet, Truelle, Brissot, Bonhomme, Charon, Vallon.

La publication du *Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée* se poursuit avec régularité. Il y a quelques mois à peine paraissait la première partie de la *Psychiatrie*. Voici maintenant la seconde, dont la rédaction a été, comme pour l'autre, confiée aux spécialistes les plus désignés par leurs travaux antérieurs. On sait quelle importante part M. le Dr H. Colin a prise à l'étude des *aliénés criminels*, et combien ses idées sur la manière de les traiter ont trouvé d'adeptes. Nul n'était donc plus qualifié pour écrire, avec son élève Demay, un article didactique sur le sujet. M. Legrain, dont le nom fait autorité pour tout ce qui a trait aux troubles mentaux produits par les toxiques, s'est chargé des *Intoxications endogènes*. A M. Barbé a été dévolue la tâche de s'occuper des *Dégénérescences* et d'y faire rentrer, selon le désir exprimé par les directeurs du *Traité*, l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale, les syndromes épisodiques et les manifestations délirantes polymorphes. M. Deny, dont les belles recherches n'ont pas peu contribué à nous faire connaître la *Démence précoce*, a bien voulu les synthétiser pour nos lecteurs. M. Truelle a traité, avec beaucoup de méthode, la difficile question de la *Démence organique*, M. Brissot, l'*Etat mental des aphasiques*, auquel il avait jadis consacré sa thèse. A M. Pactet, en collaboration avec M. Bonhomme, le soin de mettre au point la *Paralysie générale* et d'en donner une description qui sera très goûtée du praticien. Deux excellents articles de MM. Charon et Vallon consacrés, le premier à l'*Internement des aliénés*, le second, aux *Expertises*, terminent ce volume qui, fidèle à l'esprit général du Traité, vise avant tout à être pratique et à présenter, abstraction faite de toute théorie, les notions spéciales que doit posséder tout médecin digne de ce nom.

L. G.

Technique oto-rhino-laryngologique, sémiotique et thérapeutique [3e édit.] (2), par E. Escat, oto-rhino-laryngologiste à la Faculté de médecine de Toulouse.

Cette nouvelle édition conserve tous les caractères des deux précédentes. Simple précis élémentaire, dit l'auteur, mais, qu'il soit élève ou déjà praticien, le lecteur constatera que ce manuel, de près de 800 pages, très heureusement mis à jour, et dans lequel plus de 100 figures ont été ajoutées, forme un ouvrage très complet et surtout très pratique.

Dans une première partie, après quelques notions sur l'éclairage, nous passons en revue la sémiotique, l'examen externe et fonctionnel des fosses nasales et des sinus de la face, de l'oropharynx, du larynx et de l'œsophage, de l'appareil auditif. Dans cette étude, outre les derniers perfectionnements de la laryngo-œsophagoscopie, l'auteur nous donne une description très approfondie de l'examen fonctionnel de l'appareil auditif qui ne comprend pas moins de 200 pages : acoumétrie, relevés graphiques du champ auditif tonal, méthodes les plus récentes appliquées à l'examen vestibulaire, signes différentiels du syndrome labyrinthique et du syndrome cérébelleux.

Ici se place un chapitre important de diagnostic médico-légal. Le dépistage des différentes simulations y est très étudié avec les épreuves anciennes et nouvelles, celles-ci datant de la guerre récente. Y est adjoint un tableau de l'évaluation des incapacités fonctionnelles et de l'aptitude auditive aux différents services de l'armée et de l'Etat.

La seconde partie de l'ouvrage concerne la thérapeutique, d'abord thérapeutique médicale de chaque organe avec un chapitre de physiothérapie, complété par quelques notions techniques d'héliothérapie et de radiumthérapie; puis thérapeutique chirurgicale. La technique chirurgicale a été révisée à fond dans cette nouvelle édition. L'auteur y fait l'exposé des procédés opératoires les plus récents, spécialement dans les interventions exopharyngées et exolaryngées, comme dans la chirurgie otologique journalière pétro-mastoïdienne et cranio-encéphalique.

J. FOURNIÉ.

(1) In-8, 10 fig. — Prix : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.
(2) 488 fig. dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Adj., Ch. not. Paris, 24 mai, 3 lots de 3 immeubles contig. neufs. angles, r. Geoffroy St-Hilaire. 59; Lacépède. 1bis, et Quatrefages. 16. Sup. tot. 1.106m. LIBRES, propres à Hôtels, Administons, Cliniques, Collèges. M. à p., 1.200.000f, 800.000f et 1.000.000f. S'ad. Me PHILIPPOT, not. 10, r. St-Antoine.

Les recto-colites graves (hémorragiques et purulentes), par M. le Dr Edouard ANTOINE, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. de 166 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC
DE
L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE[1]

C. SUIVANT LE SIÈGE DE LA HERNIE. — La symptomatologie peut varier suivant le siège de la hernie. Nous nous contenterons de citer les localisations rares : lombaire, épigastrique, obturatrice, ischiatique, périnéale, etc..., dont l'existence peut passer inaperçue si on n'explore pas avec soin tous les trajets herniaires quand on se trouve en présence du syndrome d'occlusion intestinale.

L'aspect clinique de la *hernie ombilicale* nous est déjà connu. C'est elle, en effet, qui le plus souvent donne l'étranglement subaigu ou partiel qui se caractérise par le tableau d'une *obstruction chronique*.

Nous insisterons plus particulièrement sur la *hernie crurale étranglée* qui est très fréquente. Elle se voit presque exclusivement chez la *femme*, et surtout chez la femme *âgée* et *obèse*. C'est dans l'étranglement de la hernie crurale qu'on observe surtout les *formes latente* et *insidieuse* dont nous avons déjà parlé; c'est encore la hernie crurale qui produit le *pincement latéral* déjà décrit.

Habituellement, les signes fonctionnels sont peu marqués : un simple état nauséeux, une douleur légère, constipation, arrêt des gaz. Pendant un jour ou deux, les symptômes peuvent tellement manquer que les malades tardent à entrer à l'hôpital, alors même qu'il existe de la gangrène. Souvent rien n'attire l'attention du côté de la hernie dont la malade ignore même parfois l'existence. Chez toute malade présentant des signes fonctionnels même très légers, il faut donc systématiquement explorer les régions crurales. On trouve alors, cachée sous un pli adipeux, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, une *tumeur petite, ronde, marronnée*, dure et rénitente, douloureuse à la pression du pédicule.

L'évolution est ordinairement rapide quand l'étranglement est resté méconnu. Les signes généraux apparaissent presque brusquement et la mort survient très vite.

Dans certains cas, l'évolution est encore plus rapide; c'est dans la hernie crurale que s'observe, en effet, le *choléra herniaire* déjà décrit.

A cause de ces divers caractères la hernie crurale étranglée est la cause d'erreurs de diagnostic nombreuses avec toutes sortes d'affections.

DIAGNOSTIC. — Nous avons déjà insisté sur l'importance d'un diagnostic précoce qui, en commandant une intervention d'urgence, constitue pour le malade la seule chance de guérison.

Le diagnostic doit se baser, d'une part, sur les *signes fonctionnels* (douleur, vomissements, arrêt des matières et des gaz), et, d'autre part, sur les *signes physiques* constatés au niveau de la hernie (dureté, douleur au pédicule, irréductibilité, absence d'impulsion à la toux).

En réalité, le diagnostic se pose dans deux conditions différentes : ou bien la hernie est passée inaperçue, ou bien le malade attire l'attention sur une hernie, et dans ce cas il importe de savoir si elle est étranglée.

Dans le premier cas, ce sont les signes fonctionnels qui attirent l'attention et qui peuvent faire errer le diagnostic. A cause de la douleur et des vomissements, on pourrait, en effet, penser à tous les syndromes douloureux de l'abdomen : *coliques néphrétique, hépatique, saturnine, empoisonnement.* Mais chacune de ces affections se caractérise par une symptomatologie propre qui permet le diagnostic. L'erreur serait encore plus facile avec une *péritonite aiguë* et à plus forte raison avec l'*occlusion intestinale.*

En réalité, chaque fois qu'on se trouve en présence du syndrome (douleur, vomissements, arrêt des matières et des gaz) on doit penser tout d'abord à la hernie étranglée et faire un *examen minutieux de tous les trajets herniaires.* C'est ainsi que, surtout chez certaines femmes obèses, on pourra découvrir une petite hernie crurale ou épigastrique masquée par la graisse.

Mais c'est plus spécialement dans les *formes latentes et insidieuses* que l'erreur est possible. Le tableau clinique peut, en effet, présenter les allures sournoises de troubles gastro-intestinaux banals, et si on ne recherche pas la hernie de parti-pris on s'expose à laisser mourir le malade.

Dans d'autres cas, le malade accuse lui-même sa hernie et il s'agit de savoir s'il s'agit bien d'un étranglement.

Il faut d'abord *reconnaître qu'il existe bien une hernie* et éliminer certaines tuméfactions inflammatoires d'organes siégeant normalement ou anormalement dans une région herniaire.

La *hernie inguinale* pourra être confondue avec :
Une *orchite d'un testicule en ectopie*,
Une *déférentite aiguë*,
Un *kyste enflammé du cordon*,
Une *phlébite du plexus pampiniforme.*

Ces diverses affections peuvent se présenter avec des signes d'ordre sympathique simulant les signes fonctionnels et généraux de l'étranglement herniaire. Mais, sans compter que l'*arrêt des matières et des gaz n'est jamais absolu* dans ces cas, chacune d'elles présente un ensemble de phénomènes locaux caractéristiques. C'est ainsi que dans l'orchite d'un testicule en ectopie, on ne trouve qu'un testicule dans les bourses; dans la funiculite, il y a coexistence d'épididymite aiguë. Dans les deux cas il y a une infection causale, le plus souvent blennorragique, que révèle l'écoulement urétral.

La *hernie crurale* peut être confondue avec une *phlébite de la crosse de la saphène* et surtout avec l'*adénite du ganglion de Cloquet.* On évitera l'erreur en précisant exactement le siège de la tuméfaction.

Il ne suffit pas de reconnaître la hernie; il faut *savoir si elle est étranglée* et si on doit lui rapporter les signes fonctionnels constatés. En général, toute complication survenant du côté de la hernie doit faire supposer l'étranglement. Il est cependant un certain nombre de causes d'erreur. C'est ainsi que, au cours d'une *occlusion intestinale*, une hernie devient souvent plus volumineuse, plus tendue et quelquefois douloureuse et irréductible. Par contre, manquent la rénitence spéciale, la douleur vive au niveau du pédicule; il y a encore une impulsion à la toux.

D'autres fois, il s'agit bien d'un étranglement, mais l'*épiploon est seul étranglé*, de sorte que, s'il y a tension, douleur, irréductibilité, parfois état nauséeux et constipation, il n'y a pas suppression complète des matières et des gaz.

Il est classique de signaler encore des accidents herniaires autres que l'étranglement : engouement des anses herniées, péritonite herniaire.

En réalité, ces accidents sont très difficiles à différencier de l'étranglement, et il est dangereux de s'y arrêter.

D'ailleurs, dans tous les cas douteux, il faut opérer dans le plus bref délai possible.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité de chirurgie* LE DENTU-DELBET. — *Pratique médico-chirurgicale.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 33, p. 527, et n° 35, p. 559.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux, Tome XXX : **Thérapeutique**. *Tome II :* **Bactériothérapie; vaccinothérapie; sérothérapie**. Formulaire de thérapeutique. Notions de pharmacologie, par P. PRUVOST, CARRION. In-8, 1921, 36 fig. Prix : 28 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Examen des aliénés. Nouvelles méthodes biologiques et cliniques, par le Dr André BARBÉ, médecin aliéniste des hôpitaux de Paris, préface de M. le Dr SÉGLAS, médecin de la Salpêtrière, 1 vol. de 178 pages. — Prix : 8 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS **Adénopathies** **Lymphatisme** **Tuberculoses** **Arthritisme** **Artério-Sclérose** **Asthme**

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Liste des candidats admissibles :

MM. Chevallier, 61 ; Bloch, 60 1/2; May, 59 1/2; Caïn et Leblanc, 58 1/2; Gautier et Bouttier, 56 1/2 ; Jacob, 55; Feuillié et Jacquet, 54 1/2; Weill (Henri), 54; Brodin, 53 1/2; Tinel, 53; Duvier, Flandrin, Huber, Heuyer et Weissembach, 52 1/2; Pruvost et Dumont, 52.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 10 mai. — MM. Leveuf, 17; Houdard, 20; Monod, 16; Desplas, 14.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 9 mai. — MM. Godet, 11 + 15 = 26; Brétégnier, 13 + 17 = 30; Couanet, 9 + 13 = 22; Matouskis, 11 + 16 = 27.

Epreuve clinique. — Séance du 11 mai. — MM. Savatier, 10 + 5 = 15; Brétégnier, 16 + 7 = 23 ; Langlois, 16 + 8 = 24.

GUERRE. — Service de santé militaire. — Par décret en date du 26 avril 1921, l'ancienneté dans le grade de médecin aide-major de 2e classe et de médecin aide-major de 1re classe des médecins aides-majors qui devaient, sans la mobilisation, entrer à l'école d'application du Service de santé militaire, le 31 décembre 1916, est fixée ainsi qu'il suit, par application de la loi du 6 juillet 1912 :

1° Les médecins aides-majors ci-après désignés ayant accompli un an de service avant leur entrée à l'école du Service de santé militaire prendront rang dans le grade de médecin aide-major de 2e classe à dater du 31 décembre 1915 et dans le grade de médecin aide-major de 1re classe à dater du 31 décembre 1917 provisoirement dans l'ordre ci-après, savoir :

MM. Auban, Barraux, Berge, Bergeret, Bodet, Boisseau, Bonnefous, Bou-Hanna, Brée, Casablanca, Combalat, Couette, de Courrèges, Courtieu, Cavaniol, Dangles, Dario, Delrie, Deschamps, Deroche, Desangle, Deviller, Dubois, Dubou-reau, Estève, Ferot, Gabrielle, Garnier, Gauch, Givry, Grosjean, Guibert, Guillermin, Hinault, Hombourger, Hugues, Jacob, Jalras, Josserand, Knaub, Le Cars, Malinas, Martinet, Menontaud, Montels, Morel, Nouveaux, Ohlicher, Palafer, Paulot, Pécheur, Pelletier, Peretti, Pomme, Pourteau, Protteau, Ramery, Saby, Schell, Susini, Testas, Vachet, Villeclère.

2° Les médecins aides-majors ci-après désignés n'ayant pas accompli un an de service avant leur entrée à l'école du Service de santé militaire prendront rang dans le grade de médecin aide-major de 2e classe à dater du 31 décembre 1916 et dans le grade de médecin aide-major de 1re classe à dater du 31 décembre 1918 provisoirement dans l'ordre ci-après :

MM. Astruc, Baylac, Battisletti, Ben-Aouda, Borgeaud, Berlandi, Bidault, Blanchard, Bonnet, Bonneterre, Bourquard, Cahier, Castillon, Chaffaut, Chambelland, Championnet, Cieutat, Crozes, Dalbera, Dechet, Desplats, Desormaux, Didiée, Dumont, Dupin, Ehlinger, Escalier, Fellman, Fiquet, Flamme, Fournes, Franchi, Franck de Preaumont, Gache, Genest, Girod, Grimaud, Guillaume, Guillet, Guillebey, Hugonot, Humblot, Liégeois, Lormeau, Loubens, Luquet, Magnenot, Martene, Migout, Millo, Mirgon, Nectoux, Paramelle, Pean, Peytraud, Pinard, Pradier, Prevot, Prud'homme, Pruvost, Pruvot, Richard, Rihouey, Rivet, Sciaux, Schousboë, Seilhan, Squivier, Toureng, Tripeau, Vidal, Vignon, Zimmermann, Billiet, Caloni, Cantuern, Carrade, Chalon, Cochard, Dautrey, Defaye, Desobry, Doliveux, Dordain, Durousseau, Galliot, Gaillot, de Garrigues, Garrigues, Gruson, Lassale, Lerouge, Louis, Marigand, Martinaud, Poey, Poirier, Pousse, Pozzo di Borgo, Reques, Verdet, Vernet, Vittot.

— Par décret du 29 avril 1921, l'ancienneté dans le grade de médecin aide-major de 2e classe et de médecin aide-major de 1re classe, des médecins qui devaient, sans la mobilisation entrer à l'école d'application du Service de santé militaire, le 31 décembre 1917, est fixée ainsi qu'il suit par application de la loi du 6 juillet 1912 :

1° Les médecins aides-majors ci-après désignés, ayant accompli un an de service avant leur entrée à l'école du Service de santé militaire, prendront rang dans le grade de

médecin aide-major de 2e classe à dater du 31 décembre 1916, et dans le grade de médecin aide-major de 1re classe à dater du 31 décembre 1918, provisoirement dans l'ordre ci-après :

MM. Dardy, Fabre, Lacaze.

2° Les médecins aides-majors ci-après désignés n'ayant pas accompli un an de service avant leur entrée à l'école du Service de santé prendront rang dans le grade de médecin aide-major de 2e classe à dater du 31 décembre 1917, et dans le grade de médecin aide-major de 1re classe à dater du 31 décembre 1919, provisoirement dans l'ordre ci-après :

MM. Allard, Besse, Bousseau, Cadet, Corazzini, Daigre, Dumont, Gauthier, Le Berre, Roche, Rouget, Thibault, Tuset, Villard, Adisson, Ambrogi, Andrieu, Barthas, Bergier, Bonnardel, Bouchard (A.), Bouchard (J.), Brun, Camentron, Cherfils, Cœurdevey, Cordier, Creton, Curie, Eschbach, Fumeau, Gleize, Héron, Leconte, Le Mithouard, Lenoir, Le Paumier, Louis, Martin, Marvier, Picout-Laforêt, Prost, Rateau, Ridard, Roumaingas, Saint-Paul, Salvetti, Simon, Tersen, Tramini, de Verbizier, Villain.

A PROPOS DE LA NOMINATION DU SUCCESSEUR DE M. INFROIT AU LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DE L'HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes nous communique une protestation qu'il vient d'adresser à M. le Dr Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris, au sujet de la nomination du successeur de M. Infroit.

Dans cette lettre, que le défaut de place ne nous permet pas de publier en entier, le Syndicat proteste contre la nomination d'un radiologiste non médecin, nomination faite malgré l'avis formel de l'Académie de médecine et malgré celui du Conseil de surveillance.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion, qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 23 mai 1921, au Cercle militaire, à 20 h. 30.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Organisation actuelle du Service de santé en campagne aux différents échelons, les liaisons », par M. le médecin-major Garnier, professeur adjoint à l'Ecole de guerre.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical à 19 heures précises (tenue civile, prix : 16 fr.).

Prière de renvoyer son adhésion au secrétaire général avant le 19 mai, avec le nom et l'adresse très lisibles, si l'on veut être assuré d'un couvert.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Jules Ferron (de Laval) et Adrien Mauger (de Paris), anciens internes des hôpitaux de Paris, et Lucius (de Paris).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN. (Prof. M.-F. Widal.) — Sous la direction de M. le prof. Widal et de MM. Lemierre et Abrami, agrégés, commenceront à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 23 mai 1921, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours, à 14 heures.

Deux cours, de dix leçons chacun, seront faits successivement.

Le nombre des assistants est limité à 25.

Objet du cours. — *Procédés d'exploration clinique appliqués au diagnostic des maladies.* — Premier cours. — 1° Maladies du rein (6 leçons) : *a.* Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin ; *b.* Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Pronostic des néphrites par le dosage de l'urée du sang. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine ; *c.* Hypertension artérielle.

2° Diagnostic des maladies typhoïdes (2 leçons) : *a.* Hémocultures. Identification des bacilles typhiques et paratyphiques ; *b.* Sérodiagnostic des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

3° Réactions de fixation (2 leçons) : Syphilis et réaction de Wassermann. Maladie hydatique. Lèpre.

Deuxième cours. — 1° Maladie du foie (4 leçons) : *a.* Etude des ictères. I. Recherche de la bilirubine et de l'urobiline. Valeur clinique de l'urobilinurie. Recherche de la stercobiline et valeur de cette recherche ; — II. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Ictères dissociés ; — III. Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleusee, de l'autoagglutination des hématies ; — IV. Classification générale des ictères. *b.* Etude de l'insuffisance hépatique : Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire ; insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

2° L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

3° Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons) : Dosage du glucose. Recherche de l'acétone et de ses dérivés. Principes généraux du traitement.

4° Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons) : Examen chimique : albumine, sucre, urée ; examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées ; examen bactériologique : les méningocoques.

5° Cytodiagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon) : Pleurotuberculose. Pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses ; épanchements puriformes ; eosinophilie pleurale.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet 3), les jeudis, samedis, de midi à 3 heures.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — Les jeudis, à 4 heures, Dr Bérillon : L'hypnotisme et l'orthopédie mentale ; à 3 heures, Dr Coste de Lagrave : Les méthodes de psychothérapie ; à 3 h. 1/2, Dr Artault de Vevey : La méthode scientifique en sociologie.

Les dimanches, à 10 heures, à partir du 15 mai, Dr Pierre Vachet : Applications cliniques de l'hypnotisme.

ENGHIEN-LES-BAINS. — L'ouverture de la saison thermale d'Enghien est fixée au 17 mai prochain.

Comme par le passé, la direction de l'établissement thermal mettra gracieusement tous les services à la disposition de MM. les médecins et leur famille (femme et enfants non mariés).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 18 mai. — Jury : MM. Roger, président ; Letulle, Sebileau et Ménétrier. — M. Bornand (Octave). Traitement des dents infectées. — M. Sarrazin (Pierre). La gynécologie dans les écrits hippocratiques. — M. Labesse (Paul). La tuberculose pulmonaire sénile. — M. Spilliaert (Paul). Sur la persistance de pigments biliaires dans l'intestin.

Jury : MM. Broca (Aug.), président ; Hartmann, Gosset et Cunéo. — M. Rougeulle (G.). Technique de la résection du genou pour tumeur blanche. — M. Thuau (Charles). Des résultats éloignés des fractures de cuisse chez l'enfant. — M. Dragacci (C.). Du traitement de l'ostéoarthrite tuberculeuse chez les vieillards. — M. Couinaud (Pierre). Contribution à l'étude des métrorragies chez la jeune fille.

Jeudi 19 mai. — Jury : MM. Achard, président ; Marfan, Jeanselme et Carnot. — M. Fauvel (René). Prophylaxie médicale de la blennorragie. — M. Suarez (Luis). Contribution à l'étude du syndrome de Hirschsprung. — M. Guyard. (Robert). Le diagnostic de la spondylite typhique.

REVUE GÉNÉRALE

LA DILATATION DES BRONCHES CHEZ L'ENFANT

Par H. JUMON (de La Bourboule),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Longtemps considérée comme une affection de l'adulte et du vieillard, la dilatation des bronches est en réalité beaucoup plus fréquente dans l'enfance qu'on ne l'a dit (Laënnec, Hutinel et son école). Mais si jusqu'à ce jour l'affection, souvent méconnue, constituait trop souvent une trouvaille d'autopsie, les travaux les plus récents ont montré que le diagnostic est possible, et que cette maladie détourne à son profit un grand nombre de cas étiquetés adénopathie bronchique, bronchite chronique, tuberculose pulmonaire, etc. Il est donc du plus haut intérêt de la bien connaître.

Historique. — La première observation clinique fut rapportée par Laënnec chez un enfant de 3 ans 1/2. Citons ensuite les travaux d'Andral, Cruveilher, Barth, Rilliet et Barthez, de Comby qui étudia les formes spéciales consécutives aux corps étrangers, de Delacour (1894), la thèse de Sotiroff (Paris 1897), celle de Dieudonné (Nancy 1907). Mais c'est surtout à Hutinel (1905) et à son école que revient la gloire d'avoir reconstitué le tableau anatomo-clinique de cette affection très spéciale. Parmi les travaux de l'école de Hutinel, il faut citer l'étude de Milhit (*Arch. de méd. des enf.*, 1914, n° 2) et la Thèse de Nadal (Paris 1919).

Définition. — La bronchectasie ou dilatation des bronches est la distension permanente de leur calibre normal. Mais il faut s'entendre sur les termes : quand nous parlerons de bronchectasie, nous saurons que nous parlons aussi des *scléroses broncho-pleuro-pulmonaires*, car la réaction fibreuse sclérosante est constante, à divers degrés, dans la bronchectasie, et il n'y a là qu'une seule et même affection.

De plus, nous éliminons de notre étude toutes les *dilatations passagères aiguës* des bronchites aiguës et chroniques et des broncho-pneumonies aiguës (Andral, Rilliet et Barthez). Cette lésion passagère, qui traduit la facilité avec laquelle le tissu pulmonaire enflammé se laisse distendre chez l'enfant, disparaît avec la maladie causale et n'a pas d'existence clinique.

Etiologie. — Bien plus commune chez l'enfant qu'on ne le croit (Comby, Hutinel, Milhit), la bronchectasie se montrera encore plus fréquente quand on la recherchera, surtout la bronchectasie d'origine syphilitique dont les caractères restent très spéciaux. En dehors de la *bronchectasie congénitale*, étudiée plus loin, la dilatation des bronches se rencontre habituellement de 3 à 14 ans, même dans la première enfance, avec maximum de 3 à 5 ans (Rilliet et Barthez).

I. Les CAUSES PRÉDISPOSANTES n'ont rien de spécial : débilité, misère physiologique, enfants de la classe pauvre, rachitisme, affections gastro-intestinales chroniques. Mais très souvent l'enfant atteint reste vigoureux et d'aspect floride. Nous étudions plus loin le rôle de l'hérédo-syphilis.

II. CAUSES DÉTERMINANTES. — La grande cause de bronchectasie, celle qu'on trouve à l'origine de toutes les observations ou presque, c'est la *broncho-pneumonie* traînante, subaiguë, dont la convalescence se fait mal. Séquelle de *coqueluche* ou de *rougeole* graves le plus souvent, on peut pourtant observer la dilatation des bronches après une broncho-pneumonie suite de typhoïde, de variole ou de grippe, ou des infections locales du rhino-pharynx (cause signalée, mais très rare).

La *broncho-pneumonie traînante* désorganise la structure normale des bronches (lésions destructives et lésions de sclérose), tandis que la *broncho-pneumonie aiguë* n'altère pas suffisamment les parois bronchiques pour amener une dilatation permanente ; il en est de même des *bronchites chroniques* (suite de coqueluche ou de rougeole), causes rares de bronchectasie parce qu'incapables d'altérer suffisamment les parois.

La *symphyse pleurale*, invoquée parfois, ne peut guère créer de bronchectasie, les processus de sclérose pleurale et de bronchectasie coexistent et relèvent d'une même cause ; la même critique s'applique aux bronchectasies rarissimes de l'*adénopathie bronchique* ; ces faits anatomo-cliniques se perdent dans l'histoire des médiastinites.

La *tuberculose pulmonaire*, cause fréquente chez l'adulte, est rare chez l'enfant comme point de départ d'une dilatation (Grancher), parce que les formes fibreuses de tuberculose sont exceptionnelles chez celui-ci. Pourtant son rôle n'est pas négligeable.

Les *corps étrangers des bronches* sont une cause relativement fréquente, chirurgicale, de bronchectasie (Comby); celle-ci survient à la suite d'une broncho-pneumonie de déglutition, due elle-même à la pénétration du corps étranger (tube de verre, clou de girofle, cailloux, noyaux).

III. Le RÔLE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE mérite une place à part dans l'histoire des bronchectasies de l'enfant, car la syphilis est à leur origine dans la moitié des cas (Hutinel).

1° La plupart des *bronchectasies congénitales* rentrent dans le cadre de la *syphilis pulmonaire* du nouveau-né : décrites par Heller, Balzer et Grandhomme, Tripier, Bériel, Barth, Barlow, ce sont des dilatations de type ampullaire, et Levaditi a pu y trouver des tréponèmes abondants ; les mêmes tréponèmes ont été retrouvés dans les cavités observées chez le nourrisson. L'existence de la syphilis broncho-pulmonaire de l'enfant est donc démontrée. Mais chez le nourrisson il s'agit presque toujours d'une *association morbide avec la tuberculose* (Hutinel); les cavernes à parois lisses et scléreuses sont en rapport avec ces lésions mixtes.

2° La *syphilis héréditaire tardive* joue un rôle tout différent. La *clinique* montre la fréquence des antécédents héréditaires spécifiques chez les enfants bronchectasiques, la fréquence des stigmates de l'hérédo-syphilis et l'existence d'une réaction de Wassermann positive chez ces mêmes enfants (Wassermann positif 3 fois sur 5, Milhit). Chez tous les malades de Nadal, le Wassermann a été positif, souvent partiellement; les résultats n'ont pas toujours été obtenus d'emblée, il a fallu une réactivation.

D'autre part, on n'a pas la *preuve histologique* des lésions spécifiques dans la bronchectasie de l'enfant; il faut en conclure, avec l'école de Hutinel, que la syphilis prépare le terrain : la *sclérose inters-*

titielle broncho-pulmonaire est une réaction de défense qui nécessite une évolution chronique de la maladie causale.

Chez l'enfant, la sclérose est rare, et la chronicité est une évolution paradoxale dans la pathologie infantile; la généralisation de l'infection est la règle, et cela d'autant plus que l'enfant est plus jeune. Or, la constance des lésions de sclérose au cours des bronchectasies de l'enfance trouve son explication dans le rôle de la syphilis, maladie chronique et sclérosante par excellence.

Sur ce terrain ainsi préparé, les causes les plus banales réalisent les lésions de la bronchectasie.

Rappelons la fréquence des cas mixtes : syphilo-tuberculose (Hutinel, Nadal).

Anatomie pathologique. — I. BRONCHECTASIES CONGÉNITALES. — On a signalé de véritables bronchectasies congénitales dues à des tumeurs, adéno-sarcome, enchondro-adéno-lipome (Appel); ce sont des curiosités anatomiques; l'épithélium des bronches est conservé, mais hypertrophié et végétant.

Kœckert décrit une bronchectasie atélectasique par persistance après la naissance d'atélectasie pulmonaire fœtale.

Mais les vraies bronchectasies congénitales sont dues à la *syphilis* (syphilis pulmonaire du nouveau-né). Dans cette forme, il s'agit de *dilatations ampullaires* isolées ou groupées en tissu aréolaire, en nid d'abeilles, du volume d'un pois à une noisette, à parois lisses et rosées, parfois scléreuses. Mongour a signalé une forme rare avec *dilatation cylindrique* généralisée à tout un poumon.

L'épithélium est plus ou moins altéré ; la paroi est remplie d'un tissu scléreux, à fibres musculaires hypertrophiées; il n'y a plus de glandes ni de cartilages, mais des vaisseaux néoformés et dilatés formant de vrais lacs sanguins et entourés d'un manchon périphérique de cellules rondes.

II. LES BRONCHECTASIES NON CONGÉNITALES, de toutes les plus fréquentes, restent souvent une trouvaille d'autopsie.

A l'autopsie, on trouve parfois de l'emphysème, surtout à la partie antérieure; les *adhérences pleurales* sont presque la règle (41 fois sur 43, Barth; constantes pour Dallidet).

Siège. — A une base, surtout au niveau du lobe inférieur gauche, plus rarement aux deux bases ou au sommet, on reconnaît une *zone de broncho-pneumonie chronique* : le poumon est dur, violacé, rougeâtre, lisse, ferme, comme caoutchouté; c'est là que siègent les dilatations habituellement multiples, surtout les *petites dilatations* des petites et moyennes bronches, incluses dans des zones fibreuses ou dans du tissu pulmonaire infiltré de travées conjonctives; il y a donc une association caractéristique de la bronchectasie et de la broncho-pneumonie chronique; de plus, les petites bronchectasies des bronchioles sont la règle dans l'hérédo-syphilis tardive (Hutinel, Nadal).

Les trois *formes* de dilatation décrites par Laënnec, Andral, Cruveilher peuvent se rencontrer :

Les *dilatations moniliformes* (fusiformes, en chapelet) sont exceptionnelles

Les *dilatations ampullaires* (sacciformes, anévrisme bronchique), simulant une caverne, sont plus rares que chez l'adulte. Du volume d'un pois à une noix, elles sont toujours circonscrites, creusant le poumon de cavités parfois terminales simulant des abcès sous-pleuraux. Le diagnostic peut être difficile avec les cavernes tuberculeuses; le microscope fait retrouver ici des débris bronchiques intracavitaires.

Les dilatations cylindriques sont les vraies bronchectasies de l'enfant. Habituellement multiples, du volume d'un pois à une noisette, elles sont tantôt localisées, tantôt généralisées à tout l'arbre bronchique. Souvent peu marquées, mais constituées par un *simple élargissement du tube bronchique*, il faut, pour les bien voir, sectionner la bronche selon son axe (Laënnec) : on voit alors les cavités suivre les ramifications de l'arbre bronchique, chaque série ayant pour origine une ramification bronchique de 3e, 4e ou 5e ordre. Parfois, à l'extrémité des bronches élargies il y a de petites dilatations ampullaires du volume d'un pois ou plus petites (dilatations capillaires de Rilliet et Barthez).

A la coupe, le bloc pulmonaire carnifié, dur, crie sous le couteau; au milieu de ce bloc se montrent les bronches dilatées, sous forme d'orifices ou de tubes (aspect du fromage de gruyère troué, Rilliet et Barthez). Du pus mousseux, jaune grisâtre, parfois fétide, s'en échappe.

La surface intérieure des dilatations est lisse, rouge, chagrinée (lésion récente) ou au contraire blanche, grise, granuleuse, avec des végétations papilliformes (lésion ancienne).

Parfois on trouve une *véritable caverne*, comme dans le cas de Laënnec, où le lobe inférieur, transformé en une éponge purulente, avec lésions de carnification et de sclérose, montrait de larges ectasies terminales sur chaque bronche après un trajet de 1 à 2 cm. dans le poumon.

Les ganglions médiastinaux sont habituellement hypertrophiés et sclérosés, très souvent tuberculeux (la tuberculose était habituellement secondaire et survenait à titre de complication).

HISTOLOGIE (1). — L'*épithélium bronchique* desquame par places; les cils vibratiles disparaissent; peu à peu l'épithélium se transforme en épithélium cubrique ou califorme, parfois en épithélium pavimenteux (Dallidet); il est rarement détruit et remplacé par du tissu embryonnaire comme chez l'adulte. Les glandes deviennent kystiques.

Le *chorion muqueux* se montre épaissi, infiltré de cellules rondes, avec altération des fibres musculaires et des cartilages; mais les *fibres élastiques sont très peu nombreuses*, ce qui est une présomption de syphilis : « partout où la syphilis a passé, le tissu élastique a plus ou moins disparu » (Letulle).

La *sous-muqueuse* présente des *lésions vasculaires :* outre un riche réseau de capillaires ectasiés, formant des cavités vasculaires nouvelles entourant la lumière du canal d'une couche continue, on remarque une prolifération des cellules de l'endartère, des oblitérations vasculaires, avec un épaississement considérable de la tunique externe des artérioles.

Lésions de sclérose. — Le lobule pulmonaire présente des lésions de sclérose péribronchique et périlobulaire interstitielle, avec infiltration embryonnaire dans le tissu péribronchique, le tissu scléreux est plus dense autour des bronches dilatées. Mais ces lésions, parfois minimes, demandent à être recherchées (Hutinel).

(1) DEBRÉ et THIROLOIX ont reproduit expérimentalement la dilatation des bronches par inoculation intrapéritonéale de microbes variés : ils ont montré que l'inflammation gagne de la périphérie de la bronche vers sa cavité.

Il n'y a pas, on le voit, de processus syphilitique en évolution, pas de gommes, pas de tréponèmes, donc aucune preuve anatomique de la syphilis; mais il y a des *caractères de probabilité : diminution des fibres élastiques, lésions vasculaires et lésions de sclérose.* Notons aussi que les dilatations de l'hérédo-syphilis tardive restent des ectasies banales, bien différentes du type angiomateux de Tripier et Bouchut, observé chez l'adulte.

Pathogénie. — I. Théories mécaniques. — Elles font jouer un rôle :

— à la force rétractile du tissu scléreux péribronchique (théorie pulmonaire, Corrigan, Rokitansky).

— à une rétraction par des adhérences pleurales (théorie pleurale de Barth).

— à un bouchon muqueux formant obstacle à la sortie de l'air (théorie du fusil à vent de Laënnec).

— à une compression par des ganglions bronchiques (Vanhoeger) réalisant une ectasie au-dessous de l'obstacle par la poussée de l'air expiré dans les quintes de toux.

Toutes ces théories, d'ailleurs discutables, ne rendent compte que des causes adjuvantes : celles-ci, en effet, *ne peuvent agir que sur des parois bronchiques malades.*

II. La théorie bronchique, seule admissible, montre que la vraie cause de la bronchectasie, c'est l'*altération des parois bronchiques* (Laënnec, Andral, Stokes). Chez l'enfant, les parois bronchiques, minces et fragiles (Delacour), obéissent plus facilement aux causes de dilatation que chez l'adulte. Mais alors que les bronchites et maladies broncho-pulmonaires aiguës, laissant la structure des bronches normale, ne s'accompagnent que de dilatations légères, bénignes et passagères, les *broncho-pneumonies subaiguës à évolution lente*, au contraire, modifient profondément la structure des bronches, et c'est là le point de départ de l'ectasie.

En effet, il se produit, en pareil cas, une *inflammation interstitielle péribronchique*, une sclérose, qui, partie des bronchioles et des alvéoles (broncho-pneumonie) s'étend au tissu cellulaire péribronchique (pneumonie interstitielle). Cette destruction partielle de l'armature musculo-élastique, jointe à la paralysie des muscles de Reissesen (Stokes), amène une perte de tonicité de la paroi : celle-ci, privée de son soutien, cède et se dilate, par suite des efforts de toux et d'expiration prolongés pendant des semaines et des mois (1).

Il y a là un mécanisme analogue à celui de la production des anévrismes dans les artères privées de leur tunique moyenne (Conthre).

Quant à la *sclérose*, elle *maintient la dilatation et la rend permanente.* Marfan a bien résumé ce mécanisme en 3 phases : *Phase de broncho-pneumonie, phase de dilatation temporaire, phase de dilatation permanente.*

Bronchectasies par corps étrangers. — La dilatation est toujours unilatérale et limitée; exceptionnellement J.-K. Fowler a signalé des cas graves d'ectasies bilatérales, bien que le corps étranger fut unique.

Le mécanisme est simple : le corps étranger traumatise la paroi bronchique et l'inflammation du tissu cellulaire s'étend de proche en proche; tout un lobe peut arriver à se scléroser et à se creuser de dilatation; l'une d'elles renferme le corps étranger, libre ou fixé dans la paroi. En arrière de l'obstacle, les mucosités s'accumulent, d'où stase des liquides favorisée par l'infection des parois.

La suppuration peut se développer au niveau du point traumatisé et au-dessous de lui, d'où abcès pulmonaire qu'entraîne l'obstacle lors de son évacuation. Mais derrière cette suppuration aiguë de la bronche, il y a une suppuration chronique qui diminue peu à peu sa résistance et lui permet de se dilater; ces stades ont été reproduits expérimentalement par Claisse chez le lapin (1).

Etude clinique. — Bien que l'école moderne admette l'existence de formes symptomatiques variées de la bronchectasie, nous décrirons d'abord la *forme classique dite pseudo-cavitaire.* C'est évidemment la plus typique, mais aussi la moins fréquente à l'état de pureté, depuis qu'on a su dépister un nombre important de formes larvées ou atypiques (Nadal).

I. Le début de toutes les formes cliniques est presque toujours le même : il se perd dans la symptomatologie de la bronchite, de la coqueluche et de la rougeole, et reste par suite imprécis. Un enfant sort d'une *broncho-pneumonie grave subaiguë* consécutive à une rougeole ou à une coqueluche; la convalescence se fait mal, l'enfant ne se remet pas franchement : il continue à tousser et à s'enrhumer, souvent même le grand enfant *crache*, symptôme capital, qui doit donner l'éveil. La température persiste, légère, entre 37°5 et 38°, sans caractères spéciaux.

Après quelques semaines ou quelques mois, les phénomènes semblent s'amender et l'enfant guérit; mais vienne un rhume, les signes réapparaissent (*poussée bronchitique*) chaque fois avec une intensité croissante. Aussi les parents s'inquiètent; on pense à la tuberculose, mais on ne découvre pas d'antécédents nets, et l'auscultation ne révélant que peu de chose en dehors des poussées, on croit à une bronchite chronique.

II. La forme pseudo-cavitaire est différente de celle de l'adulte : chez celui-ci, il y a une grosse dilatation bronchique donnant des signes de caverne; chez l'enfant au contraire, les *signes pseudo-cavitaires sont en rapport avec l'inflammation du parenchyme pulmonaire péri-ectasique, et non avec le degré du volume de la cavité.* Les grosses ectasies sont d'ailleurs assez rares chez l'enfant (Nadal).

1° *Signes fonctionnels.* — La *toux* est habituelle : opiniâtre, souvent quinteuse ou coqueluchoïde, grasse et humide, elle se produit surtout après le décubitus dorsal, d'où la fréquence des accès matutinaux, qui s'accompagnent de turgescence et de cyanose de la face, et prennent parfois le caractère émétisant. Mais souvent, l'enfant n'est rien de plus qu'un tousseur chronique comme tant d'autres.

La *dyspnée* est nulle en dehors des poussées aiguës; mais elle peut s'accentuer par l'effort, la fatigue, les refroidissements, ou sans cause nette.

Il n'y a jamais d'hémoptysie, en dehors d'une tuberculose surajoutée; dans quelques cas, on a signalé la présence de stries sanglantes dans les

(1) La toux entraîne une augmentation brusque de la pression intrapulmonaire, une distension brutale des alvéoles et des bronches (Cruveilher).

(1) Par introduction d'étoiles de fer dans la bronche du lapin.

crachats : là aussi, il faut faire le départ de ce qui appartient à la bacillose.

L'*expectoration* est le signe fonctionnel capital de la dilatation des bronches : c'est le *signe d'alarme* qui doit faire rechercher cette maladie : *l'enfant bronchectasique*, en effet, *est un enfant qui crache avant l'âge où un enfant sait cracher;* après 6-8 ans, l'expectoration est déjà possible ; malheureusement, dans de trop nombreux cas, l'enfant avale ses crachats. Mais s'il crache et qu'on se fasse apporter le crachoir, on est frappé de la *quantité*, souvent énorme, de liquide expulsé en 24 heures (expectoration souvent si abondante qu'on a pu lui donner le nom de *pseudo-vomique bronchique*). Ce symptôme n'attire pas toujours assez l'attention. L'*expectoration matinale* (accumulation des sécrétions dans le décubitus dorsal), muqueuse ou muccopurulente, est influencée par les changements de position qui facilitent l'évacuation des crachats ; elle est réduite au minimum pendant les accalmies, atteint son maximum durant les poussées aiguës, au point de remplir plusieurs crachoirs par jour (640 gr. en 24 heures, cas de Biermer).

Les crachats n'ont *pas d'odeur*, en dehors d'une certaine fadeur ; la *fétidité est très rare* et liée à l'un des trois processus suivants :

1. Présence d'un corps étranger (Apert).
2. Dilatation des bronches compliquée de gangrène superficielle des bronches.
3. Fétidité liée à la simple putréfaction des crachats à l'intérieur des bronches; cette fétidité n'a jamais l'odeur spéciale de la gangrène, est toujours très passagère et l'on ne trouve jamais de débris de tissu pulmonaire dans les crachats. Cette variété est la plus fréquente.

La séparation en trois couches de l'expectoration au repos est beaucoup plus rare que chez l'adulte, mais constitue un bon signe :

La couche supérieure est mousseuse et aérée.

La couche moyenne, claire et fluide, comprend du mucus et des filaments purulents.

La couche inférieure, épaisse et purulente, verdâtre, contient les leucocytes et les microbes.

Les processus de putréfaction sont ici très atténués et réduits au minimum (Nadal). Il n'y a pas de cristaux de leucine, de tyrosine, de cholestérine et de margarine dans l'expectoration ; mais Biermer les a retrouvés à l'autopsie dans les cavités.

Tous les microbes peuvent se rencontrer : strepto et staphylocoque, pneumocoque, pneumo-bacille de Friedlander, tétragènes, saprophytes divers.

Vogt, Boggs, Brückner et Gœthgers ont trouvé le bacille de Pfeiffer avec une grande fréquence ; mais ce microbe n'a qu'un rôle banal et il n'y a pas de germe spécifique (Nadal).

D'après Toupet, le bacille coli apparaît avec la fétidité.

Quant au bacille de Koch, on ne le trouve pas par des examens répétés des crachats ou des mucosités recueillis par lavage de l'estomac, sauf en cas de tuberculose associée à titre de complication.

2° *Signes physiques.* — Les *signes pseudo-cavitaires* siègent surtout à une base, rarement aux deux, plus rarement aussi au sommet (diagnostic avec la bacillose); la *limitation caractéristique* de ces signes en un point est capitale, mais *inconstante*, parce que la congestion péri-ectasique s'étend au loin et que les *signes de bronchite chronique* se superposent aux signes de foyer, surtout lors des poussées aiguës.

C'est pourquoi, l'auscultation pouvant faire entendre uniquement les bruits bronchitiques, le diagnostic du foyer peut être rendu très difficile. Quoiqu'il en soit :

L'*inspection* montre une diminution de l'ampliation thoracique d'un côté, parfois une immobilité de la paroi costale (1) — souvent une rétraction de la paroi à la base du thorax (région postéro-inférieure et latérale), par adhérences pleurales.

La *palpation* montre : une diminution ou une abolition des vibrations si la cavité est pleine — une augmentation des vibrations si la cavité est vide, ou s'il y a une induration pulmonaire.

La *percussion* décèle de la *submatité ou de la matité* (cavité pleine) ou une *sonorité exagérée*, un son tympanique même, si le foyer est vide. Les signes de Wintrich et de Gerhardt sont rares chez l'enfant.

La matité vraie n'existe que s'il y a coexistence d'une pleurésie.

Auscultation. — Les signes d'auscultation peuvent être absents au repos; il est essentiel de *faire tousser* l'enfant, pour que ceux-ci s'extériorisent et viennent sous l'oreille.

Si la cavité est pleine : silence respiratoire.

Dès que la cavité se vide, on décèle subitement *des râles humides à grosses bulles*, très abondants, donnant, par la toux, un vrai gargouillement chez le grand enfant. On a noté également la présence d'un *souffle cavitaire* inspiratoire parfois intense, de la *bronchophonie* et de la *pectoriloquie aphone*.

3° *Malgré ces signes*, l'*état général* reste bon, et ce contraste est caractéristique : La température reste nulle ou modérée (37°5-38); il n'y a pas de cyanose ; le visage est frais, coloré, le teint floride ; l'enfant va et vient ; l'appétit est bon. Mais tout ceci change au moment des poussées.

Formes cliniques. — La forme classique que nous venons de décrire n'est presque jamais pure : selon que la sclérose péribronchique est discrète ou intense, selon l'étendue de l'épaississement pleural, selon le siège, le nombre et le volume des dilatations, selon la présence ou l'absence de réactions péribronchiques inflammatoires, des symptômes nouveaux apparaissent qui chevauchent ceux de la forme classique, ou occupent toute la scène, de manière à créer des formes larvées, bien décrites par Hutinel, Milhit, Nadal.

I. Les signes de bronchite chronique sont d'une fréquence extrême : ou bien ils chevauchent les signes pseudo-cavitaires, comme le frottement péricardique chevauche les bruits du cœur — ou bien ils attirent seuls l'attention, au point de réaliser une *forme bronchitique*.

Dans celle-ci, l'expectoration est nulle ou sans caractère, il n'y a pas de dyspnée en dehors des poussées. En faisant inspirer profondément l'enfant, on constate une diminution unilatérale de l'ampliation thoracique, parfois une rétraction de la paroi, et une remarquable conservation des vibrations vocales, mais par la *percussion douce* (2), on note une submatité légère en un point (surtout à une base) et l'*auscultation* fait entendre des râles sibilants disséminés, des râles ronflants, parfois un foyer de râles sous-crépitants, à la base gauche sur-

(1) Il est capital de faire faire à l'enfant des inspirations profondes.

(2) La percussion forte donne des résultats erronés ou insuffisants.

tout. Les râles sonores de bronchite chronique peuvent s'étendre à la totalité des deux poumons; mais SI L'ON FAIT TOUSSER, le foyer de râles muqueux à grosses bulles apparaît, associé à une respiration rude et soufflante. Il est essentiel de faire tousser pour déceler la *fixité* de ce signe, capital pour le diagnostic.

L'auscultation de la voix donne de la bronchophonie.

II. LES SIGNES PLEURAUX, fréquents chez le petit enfant de 3 et 4 ans, habituellement rares, réalisent le tableau de la pleurésie à épanchement (*forme pleurale*).

Ici, *la déformation thoracique* prime tout : en dehors de la diminution unilatérale de l'amplitude, on note une *rétraction de la paroi* qui s'accompagne de scoliose vertébrale; mais il faut faire le départ de ce qui appartient ici, à une pleurésie ancienne, et se demander si la bronchectasie n'apparaît pas chez un ancien pleurétique.

A une base, on note de la submatité ou de la matité franche, avec, au point mat, un affaiblissement du murmure vésiculaire, un souffle bronchique (diagnostic avec le souffle de la pleurésie), de la bronchophonie, de l'égophonie, et, chez les tout petits, de l'éclat du cri.

On pense à une *pleurésie*, mais ici la congestion péri-ectasique est plus intense et associée à une sécrétion abondante de la muqueuse des bronches dilatées : de plus, la *ponction exploratrice* ne ramène pas de liquide et on a la sensation que l'aiguille traverse une coque pleurale épaisse; enfin, la *radioscopie* montre l'ombre d'un lobe pulmonaire avec ses contours flous, immobile dans les changements de position.

III. Il y a une FORME PSEUDO-INTERLOBAIRE, rare, qui simule la pleurésie interlobaire, et caractérisée par la toux grasse, l'expectoration abondante sans bacilles de Koch (pseudo-vomique) et la persistance de la température élevée depuis la maladie causale. Cliniquement, on observe des signes pseudo-cavitaires à la zone moyenne du poumon.

IV. Il y a une FORME PSEUDO-PNEUMONIQUE, la plus rare de toutes, qui simule la pneumonie, mais ici l'hépatisation s'associe à la sclérose; la fluxion parenchymateuse péribronchique est énorme, mais les bronches sont peu dilatées.

Evolution. — I. MARCHE. — La bronchectasie ne révèle son existence qu'à l'occasion d'un catarrhe accidentel (Hutinel, Milhit). La notion des *poussées inflammatoires aiguës*, pendant lesquelles les signes atteignent leur maximum (toux intense et grasse, dyspnée marquée, expectoration abondante, signes localisés, fièvre et défaillance de l'état général) est caractéristique et précieuse pour maint diagnostic hésitant.

Cette poussée dure un temps variable, de quelques jours à trois semaines parfois, puis apparaît une période de calme (période intercalaire de Vogt) durant laquelle l'enfant semble guéri. Pourtant un examen attentif décèle encore quelques signes : submatité légère en un point, respiration rude et soufflante, quelques râles bulleux à la toux.

II. La CHRONICITÉ DE L'AFFECTION EST LA RÈGLE : la durée peut être très longue, se chiffrant par années. Ainsi les scléroses pulmonaires de l'adulte sont des séquelles de dilatations bronchiques remontant à une broncho-pneumonie de l'enfance (cas de Nobécourt et Vieillard). Dans un cas de Marfan, l'affection dura 40 ans.

III. La GUÉRISON, exceptionnelle chez l'adulte, peut se produire pourtant chez l'enfant (Hutinel), car le parenchyme pulmonaire de l'enfant est encore en évolution, et, avec l'accroissement des voies respiratoires, les bronches dilatées finissent par avoir leur calibre normal ; alors les symptômes s'atténuent et peuvent disparaître; mais l'enfant reste un prédisposé aux affections bronchiques et à la tuberculose.

Dans quelques cas très rares, on a observé l'*enkystement* et la *pétrification* du foyer, d'où transformation crétacée, vrai corps étranger pulmonaire dénué d'infectiosité (Bamberger et Katz). C'est un mode de guérison.

Les formes de passage entre la dilatation aiguë des bronchites chroniques et la bronchectasie vraie sont curables (Andral, Rilliet et Barthez). Alors, après disparition de la fièvre, il persiste aux bases des signes d'induration pulmonaire avec bruits cavitaires; mais, si l'enfant se trouve dans de bonnes conditions d'hygiène et de soleil, l'état général se remonte, les signes physiques disparaissent et la guérison peut être définitive. Ce sont les vraies *formes curables*.

Des **complications** peuvent modifier l'évolution de la bronchectasie de l'enfant.

I. Des SUPPURATIONS LOCALES peuvent se voir : bronchites fétides, pleurésies purulentes, gangrène pulmonaire.

La *fétidité*, nous l'avons vu, n'est pas forcément en rapport avec une gangrène bronchique ou pulmonaire; rare d'ailleurs, elle est liée habituellement à la putréfaction sur place des sécrétions bronchiques.

La *gangrène pulmonaire vraie* peut apparaître sous forme de gangrène des parois bronchiques, de gangrène pulmonaire vraie ou de pleurésie putride, avec localisations métastatiques : au cerveau (Guillemot, Hallé, Rist), à la moelle (Delacour), par pullulation des anaérobies au niveau des ectasies. Elle crée une vraie septicémie aiguë rapidement mortelle.

La *gangrène superficielle des parois bronchiques* (gangrène curable de Lasègue) s'accompagne de fétidité et disparaît en quelques semaines sans altérer l'état général.

II. Les MÉTASTASES SEPTICÉMIQUES sont rares chez l'enfant. Pourtant les microbes des ectasies peuvent diffuser dans le sang (Babès) et produire des accidents suppurés à distance : arthrites infectieuses, abcès du foie ou du cerveau, endocardites, péricardites, méningites, pyélonéphrites. Cette toxi-infection aboutit peu à peu à la cachexie et à la mort.

III. La TUBERCULOSE PULMONAIRE est la plus fréquente de toutes les complications.

La bronchectasie évolue, en effet, presque normalement vers la bacillose torpide, à évolution lente, ce qui ne fait qu'exagérer les réactions fibreuses. Au bout d'un certain temps, en effet, l'enfant réagit à la tuberculine, mais l'état général reste souvent bon, le teint floride et l'apyrexie complète ou presque. C'est une bacillose éminemment torpide. C'est alors que, même si les crachats ne révèlent pas de bacilles de Koch à l'examen direct, leur inoculation au cobaye peut démontrer la présence de

la bacillose, car cette inoculation est souvent positive (Barbier et Laroche).

Cette tendance des vieilles bronchectasies à faire de la tuberculose est encore accrue par le terrain hérédo-syphilitique (Nadal), « terrain d'élection » pour la graine bacillaire (Sergent).

L'évolution de cette complication n'est pas fatale si l'enfant est bien soigné.

La *granulie* terminale est rare.

IV. La MORT PAR ASYSTOLIE AVEC DILATATION DU CŒUR droit est très rare chez l'enfant (Hutinel).

V. Mais il est une complication très fréquente dans les formes lentes de bronchectasie : ce sont la CYANOSE DES EXTRÉMITÉS ET SURTOUT DES DOIGTS et les *déformations hippocratiques* constituant l'*ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de Marie.*

Cette complication est presque constante (Nadal) et se voit surtout dans les formes graves avec expectoration très purulente, et même en dehors de toute bacillose surajoutée.

Il est fréquent de voir alors s'y associer la *cyanose légère des lèvres et de la face*, et s'*il y a des suppurations locales ou périphériques*, le facies pâle, couvert de sueurs, l'amaigrissement progressif, l'aspect sec et écailleux de la peau, l'apparition de la fièvre hectique et des œdèmes cachectiques des malléoles traduisent la déchéance de l'organisme qui succombe peu à peu dans l'hecticité. En pareil cas, on peut croire à une granulie : il faut donc, en présence de ce cortège symptomatique, penser au syndrome des suppurations prolongées.

Le pronostic de cette maladie est donc *grave*, parce qu'elle constitue une infirmité, et parce qu'elle est susceptible de se compliquer.

Néanmoins, il y a des formes curables, comme nous l'avons vu; elles sont encore plus nombreuses aujourd'hui qu'on connaît mieux l'étiologie spécifique de nombreuses bronchectasies, susceptibles d'être améliorées par un traitement mercuriel ou arsenical.

Les bronchectasies par corps étranger peuvent guérir après l'extirpation du corps du délit.

Diagnostic. — Le diagnostic de la bronchectasie est difficile, et celle-ci constitue trop souvent une trouvaille d'autopsie. C'est une affection rare si on la compare à la fréquence des maladies dont elle prend le masque.

En présence d'un enfant qui se relève mal d'une broncho-pneumonie grave, traînante, en présence d'un tousseur chronique, d'un bronchitique à répétitions, surtout s'il crache, tout en conservant un bon état général, il faut penser à la dilatation des bronches.

Après 10 ans, chez un enfant qui crache abondamment, la dilatation des bronches est la première affection à rechercher.

Il ne faut pas trop compter sur les signes pseudo-cavitaires : ceux-ci sont parfois absents, parfois masqués par les bruits de bronchite; la *fixité de ces signes en un point au moment des poussées* est pourtant un bon signe.

La bronchectasie détourne actuellement à son profit un nombre important de cas étiquetés trop facilement adénopathie bronchique; l'*examen aux rayons X permet* de trancher les doutes :

Dans aucune autre affection thoracique, le contraste n'est aussi marqué entre l'importance des signes cliniques et l'insignifiance des indications radiologiques.

On ne constate habituellement qu'un élargissement et un allongement de l'ombre du hile devenu plus opaque, avec accentuation des travées divergentes qui irradient du hile en éventail vers la périphérie : ce sont les parois bronchiques sclérosées. Il n'y a jamais d'images rappelant celles des cavernes pulmonaires, jamais un degré d'opacité aussi accusé que dans la tuberculose (sauf processus nouveau surajouté).

Il y a de plus une diminution d'amplitude des mouvements du diaphragme ou d'un hémidiaphragme, par suite des adhérences pleurales qui font également disparaître la clarté du sinus costodiaphragmatique. L'absence d'image radiologique caractéristique est donc une garantie d'authenticité et permet le diagnostic par exclusion (Barjon).

Cliniquement, nous devons discuter le diagnostic avec :

1° La BRONCHITE CHRONIQUE, parce qu'on peut penser à la bronchite chronique et méconnaître la bronchectasie, dont les signes manquent ou sont voilés par ceux de la bronchite, lors de l'examen. Rappelons que la *fixité* des râles muqueux déclenchés par la toux est un signe de bronchectasie. De nombreuses formes de passage entre les deux affections font souvent errer le diagnostic.

2° La TUBERCULOSE CAVITAIRE est à différencier des signes pseudo-cavitaires de la bronchectasie. Ce diagnostic se pose dans deux conditions :

Au début, quand la tuberculose n'existe pas encore comme complication : S'agit-il d'une bronchectasie ou d'une tuberculose?

A une période tardive : Y a-t-il une tuberculose cavitaire surajoutée?

Nous résumons ce diagnostic dans le tableau suivant :

Signes pseudo-cavitaires de la bronchectasie.	*Signes cavitaires de la tuberculose.*
Signes pseudo-cavitaires relativement fréquents dans la bronchectasie.	Tuberculose cavitaire rare chez l'enfant.
Lésion unilatérale.	Lésions bilatérales.
Siège aux bases (avec parfois signes aux sommets, lors des poussées).	Siège aux sommets (mais fréquence des lésions des bases chez l'enfant tuberculeux; chez le nourrisson les cavernes tuberculeuses siègent aux bases.
Notion d'une broncho-pneumonie antérieure.	
Bon état général. Apyrexie.	Etat général atteint. Hecticité.
Pas de bacille de Koch dans les crachats : inoculation au cobaye négative.	Bacille de Koch dans les crachats; inoculation au cobaye positive.
	Cutiréaction positive.

3° La FORME PSEUDO-INTERLOBAIRE doit se différencier à tout prix de la *pleurésie interlobaire* : des erreurs seraient ici particulièrement graves, parce qu'elles pourraient conduire à une intervention inutile et dangereuse (Comby, Hutinel).

La *bronchectasie* a pour elle la lenteur de son évolution, une histoire clinique différente, le fait, d'ailleurs difficile à constater, que la cavité siège loin de l'interlobe, et l'absence de fièvre.

Dans la *pleurésie interlobaire*, les signes cavitaires siègent au niveau de la scissure; le foyer est limité; l'anamnèse révèle l'existence d'une pneumonie récente; la ponction exploratrice donne du pus; la radioscopie donne une zone obscure caractéristique très nettement localisée.

Les vomiques de la pleurésie interlobaire sont brusques et abondantes, mais souvent impossibles à différencier des pseudo-vomiques de la bronchectasie, lorsqu'elles sont fragmentées.

4° Il est vraiment exceptionnel que des erreurs de diagnostic puissent se commettre avec la PNEUMONIE FRANCHE AIGUE, la BRONCHO-PNEUMONIE, la PLEURÉSIE SIMPLE.

Le diagnostic avec la *broncho-pneumonie chronique* ne se pose pas, puisqu'il n'y a pas de bronchectasie sans broncho-pneumonie chronique (Hutinel).

Le diagnostic de la toux coqueluchoïde est à faire avec l'*adénopathie bronchique*, dans laquelle il n'y a pas d'expectoration, ni de signes pseudocavitaires. L'examen radiologique tranche les doutes.

Quant à la *nature hérédo-syphilitique* de la bronchectasie, il faut y penser en présence des stigmates caractéristiques, des antécédents héréditaires, d'une épaisse symphyse pleurale (prédominance des lésions de sclérose) et d'une réaction de Wassermann positive.

Traitement. — Le traitement médical de la bronchectasie de l'enfant n'est autre que celui de la bronchite chronique.

Un tel enfant a besoin d'un air pur, de soleil, d'une alimentation substantielle. On aidera à la conservation d'un bon état général par l'hydrothérapie (Fleury et Bachez), à la fois révulsive et reconstituante, par les exercices respiratoires et par les toniques (huile de foie de morue, arsenic).

Le TRAITEMENT LOCAL comporte :

1. Les *inhalations et pulvérisations balsamiques*, qui diminuent les sécrétions bronchiques : térébenthine, goudron, terpine, tolu, benjoin, eucalyptol, goménol. S'il y a fétidité, faire des inhalations d'eucalyptol; proscrire l'acide phénique, qui est dangereux.

Il pourra être utile de prescrire à l'intérieur l'*hyposulfite de soude* (0g20 par année d'âge) et de 0g50 à 2 gr. par jour, en potion, pour désodoriser.

2. *On réveillera la toxicité des fibres musculaires lisses* à l'aide de l'ergotine et de la strychnine :

Ergotine	0g10
Sulfate de strychnine	0g01

pour 1 pilule n° 20; 2 pilules par jour pendant 10 jours. (Comby).

ou :

Ergotine	1 gr.
Sulfate de strychnine	cinq mmgr.
Sirop d'écorce d'oranges amères	50 gr.
Eau distillée q. s. pour	120 gr.

Deux à cinq cuillerées à café par jour, selon l'âge (1 cuillerée à café : 0,04 d'ergotine et 0mmg20 de strychnine). (Marfan.)

3. *En cas d'expectoration abondante* au cours d'une poussée aiguë, faire de la révulsion (teinture d'iode, ventouses, cataplasmes) et prescrire : la teinture d'eucalyptus (1 à 2 gr. dans un julep), la terpine (0g25 à 0g50) ou le sirop de terpine (20 à 80 gr. par jour).

Potions :

Teinture d'eucalyptus	1 gr.
Benzoate de Na	2 —
Sirop de terpine	15 —
Sirop de codéine	5 —
Eau distillée	40 cc.

ou

Benzoate de soude	2 gr.
Sirop de terpine	20 —
Sirop de térébenthine	30 —

Quatre cuillerées à soupe par jour dans une infusion de bourgeons de sapin.

On peut prescrire aussi l'*eucalyptol* en lavements.

Si *la dilatation se vide mal*, on peut essayer l'*expression méthodique* du thorax pendant l'expiration.

Les *bains d'air comprimé* n'ont pas amené grand résultat.

Mais il faudra toujours tenter le traitement antisyphilitique chez les hérédos; celui-ci a donné des améliorations et même de belles guérisons rapides (Hutinel, Milhit, Nadal). On s'adressera soit aux *frictions mercurielles* chez les tout petits, soit au *benzoate de mercure* (à 10 ans, injection de 0g01 pendant 10 jours).

L'INTERVENTION CHIRURGICALE, bien qu'elle ait été tentée, doit être évitée, parce qu'elle donne des résultats déplorables et accuse une très grande mortalité. Cependant, exceptionnellement, en cas de foyer très limité avec signes généraux graves par putridité, et mort imminente, on pourra être autorisé à risquer l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

Traités classiques des maladies des enfants (COMBY, GRANCHER, MARFAN, 1898; — NOBÉCOURT, 1920; — COMBY, 1920; — HUTINEL, 1909; — APERT, 1920. — ZUBER, in *Pratique des mal. des enfants*, t. IV, 1911).

MILHIT. Dilatations bronchiques chez l'enfant, *Arch. de méd. des enfants*, 1914, n° 2.

NADAL. Scléroses pleuro-pulmonaires de l'enfant et hérédo-syphilis, *Th. de Paris*, 1919, n° 125).

CONTHE. La bronchectasie chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1918-1919, n° 108.

HIRTZ. *Thérapeutique des maladies respiratoires*, bibl. Gilbert et Carnot, 1911.

DEHÉ et THIROLOIX. Reproduction expérimentale des dilatations bronchiques, *Revue de méd.*, 1912.

KOEHFERT. *Ann. Journ. of dis. of child.*, fév. 1919.

FLORAND, FRANÇOIS, FLURIN. *Les bronchites chroniques*, 1913.

F. BARJON. *Radiodiagnostic des affections pleuro-pulmonaires*, Masson, 1916.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DE L'ASTHME

La pathogénie de l'asthme s'est profondément modifiée depuis quelques années; on décrivait autrefois un asthme essentiel et des asthmes symptomatiques. Aujourd'hui, tous les asthmes sont considérés comme symptomatiques et le traitement rationnel, actif, doit s'adresser à la cause. Ségard (1) propose le schéma suivant : Les asthmatiques sont des hypervagotoniques. Le pneumospasme éclate tantôt à la suite d'une excitation partie du domaine sensitif du vague; tantôt à la suite d'un choc humoral, d'ordre anaphylactique.

Si l'on est appelé auprès d'un malade en période de crise, au lieu de faire comme autrefois une injection de morphine, il faut essayer d'arrêter la crise par l'emploi de l'adrénaline.

L'adrénaline est un sympathico-tonique qui, en

(1) SÉGARD. Les médications nouvelles des asthmes, *Journ. méd. franç.*, déc. 1920.

excitant le sympathique, relâche le spasme de la musculature bronchique. Mais comme elle congestionne le poumon, il est souvent utile de lui adjoindre un correctif, l'hypophysine. On peut employer l'adrénaline par plusieurs voies : l'ingestion à la dose de xx gouttes de la solution à 1 p. 1000; l'injection sous-cutanée de 1 c.c. d'une solution à 1 p. 2000 et mieux l'association adrénaline-extrait hypophysaire.

Solution d'adrénaline à 1 pour 1000...	xv gouttes
Extrait d'hypophyse (lobe postérieur) .	0,04
Sérum de Hayem....	1 c.c.

pour une ampoule en verre coloré.

L'adrénaline donne dans beaucoup de cas une amélioration, mais chez un certain nombre de malades, elle ne produit aucun résultat. Alors on peut utiliser le bromure de codéine qui souvent calme assez bien l'accès, la belladone qui paralyse les terminaisons périphériques du X. C'est seulement quand ces médicaments ont échoué qu'on pourra faire une injection de morphine. Si le cœur faiblit, injection d'huile éthérée camphrée.

La crise passée, c'est l'étude complète du malade qui permettra de reconnaître de quelle variété d'asthme il est atteint. On cherchera d'abord une cause viscérale dans le domaine du X sus et sous-diaphragmatique (asthme d'origine nasale, asthme ganglionnaire, asthme gastrique...). Si on ne trouve aucune cause viscérale, c'est l'asthme anaphylactique, le sujet étant sensibilisé par des protéines introduites par ingestion ou inhalation. Dans ce dernier cas, il faut chercher à vacciner le sujet. Pour ces vaccinations, le premier problème qui se pose est de découvrir à quelle protéine le malade est sensibilisé. Si l'on soupçonne l'asthme des foins, on injecte des stocks-vaccins polliniques un mois avant la saison des foins. Si le sujet est sensibilisé à une protéine animale, on interdit l'aliment (lait, œufs, viande) vis-à-vis duquel l'idiosyncrasie est démontrée. Enfin, chez les sensibilisés à une protéine microbienne, on injecte un stock-vaccin de l'espèce microbienne en jeu; pour certains auteurs, il n'est pas nécessaire de choisir l'albumine correspondante pour la désensibilisation thérapeutique. Ainsi le vaccin G qui contient streptocoque, pneumocoque et bacille de Pfeiffer atténue souvent les crises. Cependant parfois les résultats seront d'autant meilleurs que les vaccins seront préparés avec la flore microbienne du malade même. Il ne faut pas injecter de vaccin aux sujets ayant des myocardes ou des reins douteux, aux femmes enceintes. La méthode des entéro-antigènes de Danysz repose sur l'emploi de corps microbiens polyvalents, hétérogènes ou autogènes, prélevés sur la flore intestinale.

L'autosérothérapie intraveineuse consiste à faire une saignée au moment d'une crise; puis le sang est recueilli pour en obtenir du sérum et ce sérum injecté sous la peau.

La peptonothérapie consiste, quand l'asthme survient après chaque ingestion de viande, à faire prendre un cachet de 0g50 de peptone 3/4 d'heure avant le repas. La peptone intraveineuse ne sera utilisée que chez les sujets ayant un bon cœur et de bons reins; il faut pousser l'injection très lentement et injecter 5 à 6 c. c. de la solution à 5 p. 100.

Peptone très pure......	vingt-cinq centigrammes.
Chlorure de sodium. ..	deux centigr. et demi.
Eau distillée..........	5 gr.

pour une ampoule.

Dans les heures qui suivent l'injection, le patient mis au repos, allongé, ne prendra aucun analgésique. On fait, à intervalle de trois jours, une série de 6 à 10 piqûres.

Mais il faut aussi, par l'étude complète du malade, rechercher toutes les affections, tous les troubles qui peuvent influer la santé. Heckel (1) cite des cas où un foyer latent d'infection appendiculaire, une insuffisance hépatique, un utérus fibromateux ont été des influences concourant à la crise asthmatique.

Le traitement de l'asthme chez l'enfant est calqué sur celui de l'adulte. Il ne faut pas craindre l'emploi des extraits surrénaux et de l'adrénaline en injections sous-cutanées. Cette thérapeutique est très efficace chez l'enfant. Le traitement prophylactique ou hygiénique doit être basé sur un diagnostic pathogénique.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 MAI 1921)

La loi de 1902. — La discussion se poursuit. Il serait temps qu'elle aboutît. Et cependant l'accord est encore loin d'être fait, et devant les opinions contraires se représentant sans cesse avec les mêmes arguments, on a bien de la peine à arriver à une conclusion ferme, qui puisse éclairer les pouvoirs publics sur le meilleur parti à tirer de cette loi de 1902.

Il faut reconnaître que le sujet, une révolution complète dans les applications de l'hygiène, est grave et que la solution du problème est malaisée. C'est ce qu'a fait ressortir M. VINCENT qui invoque un certain nombre d'arguments en faveur de la refonte complète de la loi de 1902. M. Vincent signale plusieurs lacunes, entre autres celle de la protection de l'enfance dont il n'est pas question dans une loi sur la protection de la santé publique. M. Vincent conclut au renvoi à la Commission.

M. RÉNON, sans entrer dans le fond du débat, apporte un fait qui a bien sa valeur en faveur de l'indépendance des inspecteurs d'hygiène à l'égard des maires et des préfets. Dans une petite ville, éclate une épidémie de diphtérie, le médecin prévient le maire de la gravité de la situation et demande du sérum antidiphtéritique. Mais malheureusement M. le maire n'était pas partisan de ces injections. Il déclare que le laboratoire, chargé de l'examen des fausses membranes, a dû se tromper. Il va jusqu'à ameuter la population contre le malheureux médecin qui a été assez malmené. Il n'a d'ailleurs pas été le seul, car M. Rénon ayant raconté ce fait dans une leçon qu'il a faite à la Pitié, a été, à son tour, assez fortement injurié par le maire, dont nous regrettons de ne pas connaître le nom.

M. Léon BERNARD combat le renvoi à la Commission.

M. STRAUSS apporte de nouveaux arguments en faveur de l'entente avec les préfets et les maires pour arriver à cette solution sur laquelle tout le monde est d'accord : l'inspection obligatoire de l'hygiène.

M. ROUX regrette que M. Strauss ne tienne pas compte des différences qui existe entre Paris, les grandes villes ou les petites villes ou les communes.

Les grandes villes, comme Paris, sont dotées d'un organisme très complet, agissant, et tel que les questions d'hygiène ne sauraient, en aucune façon, comme dans ces communes, soulever des débats politiques. Il faut donc que les inspecteurs régionaux soient complètement indépendants des préfets et des maires.

(1) HECKEL. L'asthme, les asthmatiques et leur traitement, *Journ. méd. franç.*, déc. 1920.

M. MARTIN soutient la même thèse et insiste sur ce fait, que les lois d'hygiène doivent être obligatoires.

M. ROUX estime qu'au point où en est la discussion, l'Académie devrait se prononcer nettement dans un sens ou dans l'autre; vote des conclusions du rapport ou renvoi à la Commission.

Suivent de nouvelles interventions de MM. STRAUSS, CAZENEUVE, VINCENT, ROUX et PINARD qui estime le sujet si important qu'il voudrait qu'on fît pour l'hygiène ce qu'on a fait pour l'instruction, qu'une loi formelle la rendît obligatoire.

Enfin M. le PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Vincent, le renvoi à la Commission.

Cette proposition n'est pas adoptée.

La proposition de M. Roux, c'est-à-dire le vote des conclusions de la Commission est adoptée. Ce vote sera soumis à l'Académie dans la prochaine séance.

Prophylaxie des maladies infectieuses causées par les huîtres et les coquillages. Programme d'action. — MM. COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 37, p. 581.)

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un secrétaire général, pour cinq ans.

On sait que sur une proposition de M. Delorme, appuyée d'un grand nombre de signatures, l'Académie a décidé que le secrétaire perpétuel serait remplacé par un secrétaire général nommé pour cinq ans.

Deux candidats se trouvent en présence : MM. Achard et Gley; sur 80 votants, au premier tour, M. Achard obtient 52 suffrages, M. Gley, 24. M. Delorme, 1, un bulletin blanc.

En conséquence, M. Achard est proclamé élu.

Dans une heureuse inspiration, M. ACHARD remercie ses collègues du grand honneur qu'ils lui font. Il ne se dissimule pas la difficulté de la tâche. Les temps sont changés. L'Académie semble vouloir sortir de son attitude un peu contemplative pour entrer dans une voie d'action, de progrès et M. Achard se rend compte que le rôle du secrétaire général en aura d'autant plus d'importance. Il assure l'Académie qu'elle peut compter sur son zèle et sur son dévouement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 MAI 1921)

Un cas de mélitococcie par contamination de laboratoire. — M. Jean MEYER rapporte un cas de mélitococcie par contamination de laboratoire qui se manifeste après une incubation de six semaines. Elle fut caractérisée par six poussées de fièvre séparées par des intervalles d'apyrexie complète. Ces signes fonctionnels furent très atténués; pas d'autre phénomène douloureux qu'une vive sensibilité épigastrique, transpiration tardive; l'hémoculture fut négative, l'agglutination positive au quatorze centième mais à la fin de la maladie. L'auteur relate 4 autres observations où l'incubation dépasse 1 et même 2 mois. On peut remarquer : 1° la longue durée de l'incubation susceptible de dérouter un diagnostic; 2° la bénignité relative de ce cas peut être due à l'atténuation de la virulence d'une souche repiquée depuis 10 ans sur milieux de culture; 3° il y a là une nouvelle preuve de l'extrême facilité des contaminations de laboratoire.

L'origine syphilitique du diabète. — MM. M. PINARD et VIELNOT. Sur 1000 observations, les auteurs ont trouvé 23 glycosuriques ou diabétiques dont 15 d'entre eux sont syphilitiques ou hérédo-syphilitiques de façon indiscutable. Au point de vue clinique, on peut faire 2 groupes de ces malades : les uns avec une glycosurie de 10 gr. en moyenne; les autres rentrant dans le groupe du vieux diabète classique. L'origine syphilitique si fréquente du diabète explique certains de ses symptômes comme l'aréflexie, les paralysies oculaires, les monoplégies. Elle explique aussi le diabète conjugal, le diabète contagieux, ainsi que certaines associations morbides, comme le tabes, le goitre exophtalmique.

Traitement orthopédique de la paralysie faciale par le crochet releveur d'Ombrédanne. — M. SICARD présente une jeune malade atteinte de paralysie faciale du type périphérique, irréductible et à chute labiale très prononcée. Après échec des traitements médicaux et chirurgicaux, la difformité commissurale de la lèvre a pu être très simplement corrigée à l'aide d'un petit crochet qui prend son point d'appui sur les dents de la mâchoire supérieure, et d'autre part embrasse en demi-bague, en la relevant, l'extrémité commissurale. Ce crochet imaginé par Ombredanne paraît devoir rendre de grands services aux paralytiques de la face inférieure.

L'obésité consécutive à l'encéphalite épidémique. — M. Louis LIVET rapporte 4 cas d'obésité consécutive à l'encéphalomyélite épidémique. L'augmentation de poids atteignit de 5 à 13 kgr. et dans un cas coïncida avec l'arrêt de la menstruation. Cette corrélation entre la fonction ovarienne et la surcharge adipeuse doit-elle faire penser que, dans l'encéphalomyélite épidémique, les glandes endocrines elles-mêmes subissent dans leur fonctionnement la répercussion du processus infectieux, l'obésité ne faisant que traduire cette dysendocrine thyroïdienne, ovarienne, hypophysaire ou pleuro-glandulaire. L'hypophyse étant peut-être plus directement intéressée en raison des localisations anatomo-pathologiques déjà décrites dans cette affection, et principalement située dans la région interhémosphérique de la base. La thérapeutique de cette forme de l'affection peut recevoir un utile complément du traitement endocrinien et surtout hypophysaire.

Absence de pouvoir préventif des stocks-vaccins et des auto-vaccins streptococciques dans l'érysipèle à rechutes. — MM. L. BOIDIN et P. DELAFONTAINE. Sur 5 malades atteints d'érysipèle à répétition ayant subi une vaccination sévère par les stocks-vaccins, 5 ont présenté de nouvelles atteintes. Sur 29 sujets traités de façon identique, 5 sont revenus quelques semaines plus tard avec une nouvelle atteinte et 6 autres ont présenté des rechutes au cours du traitement alors que celui-ci était déjà fort avancé. Les atteintes, nouvelles se sont montrées dans une proportion semblable chez les traités et les non traités de cette catégorie. Même insuccès avec les bouillons de Delbet qui ne se sont pas montrés vaccinants. Les auteurs ont pu préparer assez facilement des auto-vaccins en prélevant le streptocoque dans le bourrelet où ils l'ont isolé dans les deux tiers des cas; sur 7 malades ainsi traités par auto-vaccination, 3 ont présenté des rechutes.

Suppurations multiples au cours d'une streptococcie. Leur signification. — M. Maurice RENAUD. Au décours d'un érysipèle de la face de forme particulièrement grave, apparurent des lésions multiples de type phlegmoneux du crâne, des amygdales, du membre supérieur qui prirent rapidement un développement considérable sans s'accompagner d'aucun syndrome toxi-infectieux et devinrent très vite suppurées. Elles ne présentèrent malgré leur extension aucun caractère de gravité et guérirent dès qu'une minime incision eut permis l'évacuation du pus. Dégageant les particularités de cette observation, l'auteur montre que les lésions locales et les phénomènes de toxi-infection générale appartiennent à deux groupes distincts de fait qu'il importe de bien séparer, aussi bien pour comprendre le mécanisme de la maladie que pour diriger l'action thérapeutique. A ces deux ordres de manifestations infectieuses générales et locales répondent deux modes d'immunisation (contre la toxi-infection et contre le développement des lésions inflammatoires dans les tissus) qui peuvent être et sont généralement dissociées. L'immunisation que présente un organisme après une maladie infectieuse n'implique pas la protection contre l'action tachologique locale des germes, au moins des pyogènes. Cette notion explique bien des échecs de la sérothérapie et de la vaccinothérapie des lésions locales par microbes pyogènes dont il semble que le principe lui-même devrait être à tout le moins sérieusement étudié.

Gangrène pulmonaire guérie par la teinture d'ail. — M. LŒPER.

A propos du choc hémoclasique à la suite d'injections intraveineuses de métaux colloïdaux électriques. — M. H. ROGER (de Marseille).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1921)

Mal de Pott. (*Présentation de pièce.*) — MM. DELORD et ROUME.

La lutte antivénérienne à Montpellier en 1920. — MM. PAPPAS et PILLEBOUE.

Hydronéphrose posttraumatique précoce. — MM. ROUX et DELORD présentent une pièce d'hydronéphrose posttraumatique précoce survenue 24 heures après le traumatisme et sans trace de lésion rénale antérieure, ni de ptose de l'organe; l'intervention a révélé la présence d'adhérences très intimes du pôle inférieur de la tumeur avec le tissu environnant et une coudure de l'uretère fixé par ces adhérences contre le corps de la 4e vertèbre lombaire. Ils se rallient à l'opinion de Morer qui veut que ces hydronéphroses traumatiques précoces soient dues à un hématome périrénal qui comprime l'uretère et le fixe ensuite coudé par son organisation fibreuse.

Syndrome thalamique. — MM. RIMBAUD et G. GIRAUD. Homme de 66 ans. Points cardinaux du syndrome :

1° Ictus progressif, hémiplégie gauche complétée en un quart d'heure, perte de connaissance pendant un quart d'heure.

2° Régression rapide de l'hémiplégie motrice. Persistance d'une hémiparésie gauche prédominant au membre supérieur, existant dans le domaine du facial inférieur. Absence de contracture. Hésitation plutôt qu'ataxie.

3° Apparition précoce (20e jour) de secousses intermittentes globales du membre supérieur, tantôt rythmées, tantôt choréiformes, et d'athétose digitale.

4° Apparition précoce (20e jour) d'un syndrome hémi-douloureux (face et membre supérieur) intense, permanent, croissant. Les douleurs siègent dans la longueur du membre et ne revêtent pas le type rhumatoïde, les analgésiques ne le calment pas.

5° Troubles de la sensibilité, surtout de la sensibilité profonde dans la moitié gauche du corps, relativement discrets. Troubles stéréognostiques discrets à gauche.

Conclusion : Lésion thalamo-capsulaire (région inféro-postérieure du noyau externe) plus thalamique que capsulaire, plus irritative que destructive.

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1921)

Microdosage du glucose. — MM. FONTÈS et THIVOLLE communiquent un procédé de microdosage mangani-métrique du glucose sur 1 cmc. de sang ou de liquide céphalo-rachidien.

Tuberculose cutanée. — M. ETIENNE rapporte l'observation d'une jeune fille de 18 ans présentant depuis 2 ans des lésions cutanées cervicales bilatérales, d'aspect tuberculeux et traitées comme telles, sans succès.

Un traitement d'épreuve par l'iodure de potassium (myore probable) échoue, la culture en milieu de Sabouraud est négative.

La liqueur de Donavan amène une amélioration, et 4 injections de néosalvarsan entraînent la cicatrisation complète.

Les lésions présentaient l'aspect clinique des lésions tuberculeuses (bords amincis, violacés) et dans les antécédents héréditaires et personnels on ne relevait qu'une ostéite du fémur survenue à l'âge de 5 ans et cicatrisée après intervention depuis l'âge de 8 ans.

Encéphalite épidémique avec disparition des réflexes pupillaires accommodatifs et photomoteurs. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et OLIVIER. Un sujet de 24 ans réalise une encéphalite épidémique subaiguë bénigne (20 jours d'une fièvre modérée, bradycardie d'origine nerveuse, somnolence, inégalité et irrégularité pupillaires, abolition des réflexes pupillaires accommodatifs et photomoteurs, parésie de l'accommodation, altération discrète et très temporaire des réflexes rotuliens).

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,80; lymphocytose, 8,5.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Hémocultures négatives. Les réflexes pupillaires reparaissent au cours de la troisième semaine et vont s'améliorant. Six semaines après, il ne persiste que des séquelles; légère inégalité pupillaire, paresse des réflexes lumineux et accommodatifs.

Dans la règle, ces derniers sont dissociés dans l'encéphalite (Argyll inversé). Leur altération parallèle fait l'intérêt de l'observation rapportée.

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1921)

Un sujet parasitaire. — M. GILIS présente un sujet parasitaire, famille des hétérotypiens, ordre des hétéradelphes. L'autosite est normal, l'auscultation du cœur et des poumons donne des résultats normaux. Le parasite est appendu à la face antérieure de l'abdomen de l'autosite depuis l'appendice xyphoïde, jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic.

Il est constitué par deux segments : 1° un segment supéro-dorsal formé par les éléments de la ceinture thoracique; 2° un segment inféro-ventral représentant les éléments de la ceinture pelvienne.

Pas de sillon interfessier, pas d'anus. Le parasite possède des bourses et des testicules, un pénis avec un gland à méat ouvert, laissant écouler une urine trouble et fécaloïde. La motilité est nulle. La sensibilité conservée en certains points.

La température de l'autosite est la même que celle du parasite.

L'autosite sent tout ce qui se passe d'anormal dans le corps du frère parasite. Anatomiquement, ce parasite est un céphalien anacardien greffé sur l'épigastre d'un sujet normal.

LIVRES NOUVEAUX

Contribution à l'étude de l'action thérapeutique du mésothorium particulièrement dans les manifestations rhumatismales (1), par le docteur Thérèse PARÈS.

Dans cet excellent travail, l'auteur montre que :

Les injections intramusculaires de bromure de mésothorium sont d'une innocuité absolue. Elles ne provoquent aucune réaction ni générale, ni locale, pas même de douleurs.

On peut employer sans inconvénient des doses totales de 80 microgrammes de bromure de mésothorium, réparties en deux séries de 40 microgrammes, en injections quotidiennes de 5 microgrammes séparées par un intervalle de 8 à 10 jours.

Le mésothorium agit efficacement dans les cas de rhumatismes gonococciques.

Son action commence généralement à se faire sentir au bout de 6 à 7 jours de traitement, et elle se prolonge plusieurs jours après la cessation du traitement. Dans les 4 cas traités par l'auteur, elle a amené les résultats suivants : *a.* abaissement de la température lorsque le mésothorium est employé dans la période fébrile; *b.* sédation de la douleur; *c.* disparition progressive du gonflement et résorption de l'épanchement dans les cas d'hydarthrose; *d.* enfin, retour progressif à la mobilité normale.

Employé dans 3 cas de rhumatismes articulaires chroniques d'origines diverses, le mésothorium a provoqué des améliorations remarquables chez des malades dont l'affection avait résisté aux traitements précédents amenant notamment : la disparition de la douleur, la résorption de l'épanchement dans un de ces cas qui était une arthrite chronique avec hydarthrose, la diminution du gonflement articulaire et l'amélioration fonctionnelle du membre.

Le mésothorium est un sédatif de la douleur. L'auteur a observé son action analgésiante dans 7 cas de rhumatismes et surtout dans 3 cas de névralgie sciatique.

Le mésothorium augmente l'élimination de l'acide urique. L'auteur n'a pu rechercher cette action du mésothorium que chez 2 malades. Dans ces 2 cas, elle s'est trouvée vérifiée.

L. G.

(1) Paris, Arnette.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Merklen, Lortat-Jacob, Lion, Caussade, Babonneix, Sicard, Hallé, L. Ramond, Vaquez, Laubry, Michon.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 12 mai. — MM. Houdard, 20 ; Leveuf et Monod, 18.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Houdard et Monod.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Ménard, Caroli, Jouaffre, Martin, Mlle Plunier, M. Garnier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Un concours sera ouvert, le 21 novembre 1921, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Des concours pour les places de chef de clinique chirurgicale, médicale, chirurgicale infantile et orthopédie, des maladies des enfants, seront ouverts :

Le lundi 18 juillet 1921, pour les places de chef de clinique chirurgicale et chef de clinique médicale.

Le jeudi 21 juillet 1921, pour les places de chef de clinique chirurgicale infantile et orthopédie et chef de clinique des maladies des enfants.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, jusqu'au mardi 12 juillet, à 16 heures.

La durée des fonctions de chef de clinique est de trois ans. Les titulaires entreront en fonctions le 1er novembre 1921.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les Drs Legrand (d'Alexandrie), Souques (de Paris), Bouclet (du Nord), Claisse, Loewy et Veau (de Paris).

M. Béchet, secrétaire général de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Agasse-Lafont et Apert (de Paris), Barral (de Nîmes), Berger (de Coutras), Bertrand (d'Aix-en-Provence), Bonneau (de Mantes), Bosquet (d'Yvetot), Buffet (d'Elbeuf), Cayet (de Doullens), Chapron (de Sens), Condamin (de Lyon), Cordebart (d'Aubervilliers), Courgey (d'Ivry-sur-Seine), Cottenot (d'Eurville), Crevecœur (de Calais), Delmas (de Rieux-Minervois), Deroin (de Bourges), Duchesneau (de Louhans), Gapin (de Paris), Gautier (de Bordeaux), Gauthier (de Charolles), Goldenberg (de Paris), Grandhomme (de Saint-Germain-en-Laye), Hamaide (de Nice), Hervé (de la Motte-Beuvron), Hulot (de Paris), Lafage (de Neuilly-sur-Seine), Lebel (de Janville), Levassort (de Mortagne), Levêque (de Saint-Germain-en-Laye), Maruitte (de Caen), Meyer (de Beaumont-sur-Oise), Monteux (de Marseille), Meige et Mme Mulon (de Paris), MM. les Drs Pachon (de Bordeaux), Paris (de Maréville), Petitclerc (de Rouen), Quintard (d'Angers), Rodet (de Lyon), Sourdille (de Nantes), Sterne et Stora (de Paris), Théry (de Compiègne), Thibout (d'Enghien-les-Bains), Vincent (de Nanterre), Didsbury (de Paris), Defaucamberge (de Gien), Le Fur (de Paris), Moreau (de Sousse), Bluysen (de Boulogne-sur-Mer), Boccard (de Jujurieux), Cayla (de Bergerac), Cochemé (de Reims), Coffin (de Paris), Coignet et Devic (de Lyon), Gallois (de Paris), Garel (de Lyon), Gros (d'Apt), Héraud (de Paris), Julliard (de Châtillon-Michaille), Lauga (de Bordeaux), Lyon (de Paris), Dransart (de Somain), Dubois (de la Motte-Beuvron), Vignalou (de Paris), Rouslacroix (de Marseille), Critzman (de Paris), Colle (de Lille), Gaillard (de Parthenay).

MM. les chirurgiens-dentistes Biouz, de Rojaz et Dorez (de Paris).

M. Rouy, chef de bureau à l'administration générale de l'Assistance publique, auquel nous sommes heureux d'adresser nos bien vives félicitations.

LA RÉCEPTION DES MÉDECINS CATALANS PAR LE SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le samedi 7 mai, le Syndicat des médecins de la Seine offrait une soirée aux

médecins catalans venus en délégation visiter la capitale. Parmi ceux-ci, l'on notait : les Drs Turo, président, Girona, vice-président, et Cabeza, secrétaire du Syndicat des médecins catalans qui avait organisé ce voyage; un certain nombre de professeurs à la Faculté de médecine de Barcelone ou à l'Ecole catalane des médecins, le prof. et Mme Bartrina, le prof. et Mme Ribast, le prof. et Mme Fariolles, le prof. Moralès, le prof. Moragos, le Dr et Mme Vilardell, le Dr et Mme Ross, Mlle Campana, les Drs Pijoan, Turell, Corachan, Grau, Vila, Soler, Sola, Trias, Vilardoll, etc. Le prof. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris et Mme Roger avaient bien voulu répondre à l'invitation qui leur avait été adressée par le Syndicat des médecins de la Seine. Parmi les médecins français qui étaient venus accompagner leurs confrères catalans et espagnols, l'on remarquait, outre les Drs Cibrie, président, Le Fur et Rinuy, vice-présidents, le secrétaire général du S. M. S. et de nombreux membres du Conseil d'administration.

Grâce à l'amabilité de M. Rouché, directeur de l'Opéra, qui a tenu à la conduire lui-même, la Délégation des médecins catalans et français a pu visiter l'Opéra dans tous ses détails. Un brillant buffet avait été organisé dans un des foyers de l'Opéra, et au cours d'un entr'acte, le champagne de l'amitié fut offert aux médecins catalans et français. Des allocutions furent prononcées par le Dr Cibrie, président du Syndicat des médecins de la Seine, le prof. Roger, notre doyen, le Dr Turo, président du Syndicat des médecins de Barcelone. De ravissants programmes illustrés par Boireau avaient été distribués à tous les assistants. La plus franche cordialité n'a cessé de régner au cours de cette soirée, dont médecins catalans et français, garderont le meilleur souvenir, et dont l'organisation très bien comprise fait le plus grand honneur au Syndicat des médecins de la Seine qui en a eu l'idée et au Dr Le Fur qui avait été chargé d'en assurer la réalisation.

LES SOINS MÉDICAUX AUX MUTILÉS. — Sur l'initiative de M. le prof. Pinard, député, M. Maginot, ministre des Pensions, a réuni une conférence dans le but de rechercher les moyens d'appliquer, d'accord avec le corps médical, l'article 64 de la loi des pensions.

M. le Dr Chauveau, sénateur et président du groupe médical parlementaire, a proposé comme base d'entente l'acceptation des tarifs du décret du 9 mars pour le règlement du passé et pour la période de temps nécessaire à l'établissement d'un nouveau tarif.

Pour la fixation de ce dernier, le ministre des Pensions se mettrait d'accord avec les représentants des grands groupements de médecins et de mutilés; ceux-ci auraient également à intervenir dans l'élaboration d'un texte réglant l'organisation et le contrôle des soins médicaux et chirurgicaux.

La conférence, à l'exception des représentants de l'Union des syndicats médicaux, s'est ralliée à cette proposition acceptée par le ministre.

ŒUVRE DE PLACEMENT DES MASSEURS AVEUGLES DE GUERRE. — L'Œuvre des masseurs aveugles de la guerre dont le président est M. le Dr Walther et le secrétaire général M. le Dr Cattier, a installé nouvellement sa permanence dans l'hôtel du « Phare de France », 14, rue Daru, spécialement affecté à des blessés aveugles de guerre.

Pour tous renseignements, écrire au secrétariat, 14, rue Daru. Tél. Elysées 60-13.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Morel (de Lyon).

ENSEIGNEMENT DE L'OPHTALMOLOGIE DANS LE SERVICE OPHTALMOLOGIQUE DE LARIBOISIÈRE, sous la direction du Dr V. Morax. — *Enseignement clinique* (hôpital Lariboisière, porte E, rue Ambroise-Paré, n° 2, 10e arr., Dr V. Morax). — Lundi, à 9 heures : Examen des malades atteints d'affections externes; vendredi, à 9 heures : Examen des malades atteints d'affections profondes; mardi et jeudi, à 9 heures : opérations; samedi, à 10 heures : présentations de malades.

Optique médicale (service du Dr Morax, hôpital Lariboisière), par le prof. M. Dufour, les mardis, jeudis, samedis, à 2 h. 1/2, à partir 20 mai. — Prix : 100 fr.

Conférences de physiologie oculaire, par le Dr Magitot (hôpital Lariboisière) : mardi et jeudi, à 4 h. 1/2, à partir du mardi 7 juin. — Prix : 100 fr.

Cours de technique de laboratoire (histologie et bactériologie avec exercices pratiques), par le Dr Morax avec la collaboration de MM. Magitot, Bollack. — Prix : 300 fr. (hôpital Lariboisière). A partir du mercredi 8 juin, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures.

Pour les demandes de renseignements et les inscriptions, s'adresser au préparateur du laboratoire d'ophtalmologie à Lariboisière.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix, médecins des hôpitaux. Tome XIX : **Syphilis** (1). *Tome I : Généralités et Syphilis de l'adulte*, par MM. Clément Simon, Rostaine, Bellin, Mirande, Favre, Babonneix. *Affections vénériennes non syphilitiques et non blennorrhagiques*, par M. J. du Castel.

Ce volume du *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, bien qu'il ne soit pas écrit pour les spécialistes, contient cependant assez de vues générales et de détails particuliers pour les intéresser. Il s'adresse surtout aux médecins, si souvent aux prises, dans la pratique de la médecine générale, avec les manifestations de la syphilis.

Dans une première partie, M. Clément Simon, grâce à la connaissance profonde que ses études spéciales lui ont permis d'acquérir, expose avec une clarté saisissante l'état actuel de nos idées sur l'*Evolution clinique générale* et sur la *Thérapeutique* de la Syphilis.

Dans une deuxième partie sont étudiées successivement les diverses localisations périphériques et viscérales chez l'adulte. Chaque article, suivant la règle adoptée par les Directeurs, a été confié à un collaborateur désigné par ses travaux antérieurs. La *Syphilis de la peau, des muqueuses et des ganglions* est due à M. Clément Simon; celle des *os, des articulations et des muscles* à M. Rostaine; celle du *rhino-pharynx et du larynx* à M. Bellin; celle de *la trachée, des bronches, du poumon, de la plèvre et du médiastin* à M. Mirande; celle du *cœur, des vaisseaux, des reins et des organes génito-urinaires* à M. Rostaine : celle du *tube digestif*, du *foie*, de la *rate*, du *pancréas* et du *péritoine* à M. Favre; celle du *système nerveux* à M. Babonneix.

L'ouvrage se termine par un article de M. Joseph du Castel sur les *affections vénériennes non syphilitiques et non blennorrhagiques*.

Il sera suivi d'un second volume actuellement sous presse dans lequel seront étudiées la *syphilis acquise de l'enfance* et l'*hérédo-syphilis* par M. Fernet, et la *syphilis héréditaire tardive* par M. Edmond Fournier.

L. G.

(1) In-8, 109 fig., 1 pl. en couleurs. — Prix : 28 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. CHASTENET DE GÉRY,

Par M. DARIAU.

Le réflexe oculo-cardiaque en chirurgie. (J. Guyot et G. Jeanneney. *Journ. de méd. de Bordeaux et de la région du Sud-Ouest*, 25 nov. 1920.) — La compression des globes oculaires peut déterminer un réflexe cardiaque qui se traduira, soit par de la bradycardie : réflexe positif, soit par de la tachycardie : réflexe inversé. Dans certains cas, cette compression des globes oculaires n'amène aucune modification du pouls, le réflexe est alors aboli. Ces trois modes de réponse renseignent sur l'état des centres bulbo-protubérantiels.

Le réflexe positif traduit l'intégrité du pneumogastrique (vagotonie).

Le réflexe inversé traduit l'intégrité du sympathique (sympathicotonie).

L'abolition du réflexe est conséquence de la déficience des centres et traduit la suspension des fonctions du vague et du sympathique.

Le chirurgien peut interroger le réflexe oculo-cardiaque dans deux cas déterminés : 1° en présence d'un grand blessé choqué; 2° avant l'anesthésie.

Dans le premier cas, seule l'abolition du réflexe est d'un pronostic grave; son inversion, au contraire, entraîne un pronostic relativement favorable.

Avant l'anesthésie la recherche du réflexe s'impose. Est-il positif? Il y a lieu de proscrire le chloroforme. Décide-t-on d'employer l'éther? Il conviendra d'injecter, sous la peau, 1 demi-milligramme de sulfate d'atropine. Cette substance réalise une section physiologique du pneumogastrique et permet d'éviter la syncope par inhibition qui menace les vagotoniques.

A la suite des travaux de Cornil et Gaillods sur la radioscopie du réflexe oculo-cardiaque, les auteurs eurent l'idée d'examiner à l'écran en s'aidant du réflexe des blessés porteurs de projectiles intracardiaques. Le ralentissement des mouvements du cœur permit de faire passer le temps de pose de une à deux secondes et d'obtenir ainsi, sous l'écran, une image plus nette des corps étrangers. Deux fois sur quatre, ce procédé a permis aux auteurs de localiser des projectiles qui jusqu'alors avaient passé inaperçus et même d'en extraire un sous l'écran.

Tumeur métastatique du crâne. (René Villar et P. Lafargue. *Soc. anatomo-clin. de Bordeaux*, séance du 11 oct. 1920.) — Il s'agit d'une femme de 50 ans, ayant subi 2 ans auparavant une amputation du sein pour néoplasme et qui se présente pour être opérée d'une tumeur de la région temporale gauche. La tumeur a le volume d'un gros poing, la peau qui la recouvre est le siège d'une circulation collatérale importante. Aucun trouble nerveux, pas de douleur, sauf il y a 3 mois à l'apparition de la tumeur. La réflectivité est normale, constipation rebelle, vomissements peu abondants, porracés sans efforts. A noter une abolition complète du pouls radial gauche due, sans doute, à une anomalie anatomique. La radiographie montre une perte de substance osseuse régulièrement arrondie au niveau de l'écaille temporale. Le Wassermann est négatif. On pose le diagnostic de néoplasie cranienne en rapport probable avec le néoplasme mammaire.

L'intervention montre que le pédicule de la tumeur obturait partiellement la perte de substance osseuse, et qu'il n'adhérait nullement à la dure-mère simplement épaissie et déprimée à ce niveau.

Histologiquement : tumeur très vasculaire; sarcome à myéloplaxes. Guérison.

S'agit-il d'une métastase cranienne à point de départ mammaire ou d'un nouveau cancer chez un sujet prédisposé?

Il est curieux de noter l'absence presque complète de troubles nerveux durant toute l'évolution de cette tumeur sarcomateuse pourtant volumineuse, et dont le siège était en rapport avec la zone sensitivo-motrice corticale.

L'absence de pouls radial à gauche en raison d'une anomalie vasculaire n'est pas un fait exceptionnel. Les auteurs l'ont constaté plusieurs fois; aussi, recommandent-ils de palper systématiquement l'une et l'autre radiale, voire même une autre artère, avant de conclure en clinique à l'insuffisance ou à l'absence du pouls.

Opération de P. Duval pour tumeur de la parotide. (*Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, séance du 18 oct. 1920, [communication de M. Charbonnel]. In *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1920.) — Il s'agit d'une malade de 56 ans opérée le 25 août 1920, pour tumeur mixte de la parotide. M. Charbonnel a employé la méthode de P. Duval qui permet, en allant chercher le facial à sa sortie du trou stylomastoïdien, de le suivre et d'éviter, dans une certaine mesure, de le léser, au moins dans sa branche destinée à l'orbiculaire. De parti pris, on sacrifie les filets destinés aux muscles faciaux inférieurs dont la paralysie n'a qu'une importance relative.

Malgré une opération bien réglée, il n'a pas été possible d'apercevoir l'émergence du facial, et on dut se décider à faire une extirpation très large de la tumeur tout en espérant conserver un filet se rendant à l'orbiculaire. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur mixte en pleine dégénérescence maligne.

Deux mois après l'opération, on constatait une paralysie orbiculaire totale et définitive. Si la récidive ne survient pas, il y aura lieu de pallier, dans la mesure du possible à la paralysie faciale.

Anatomie chirurgicale et chirurgie opératoire des nerfs du corps thyroïde. (H. Alamartine, chirurgien des hôpit. de Lyon. In *Revue de chir.*, n° 5, 1920, p. 403.) — Les interventions actuellement pratiquées sur le corps thyroïde exigent des connaissances anatomiques précises sur l'innervation de cet organe. Les traités d'anatomie classiques ont paru à l'auteur insuffisants; aussi, par des dissections nombreuses sur des cadavres d'hommes, de chevaux et de chiens, a-t-il étudié attentivement la question. Il a constaté que les nerfs du corps thyroïde viennent du sympathique cervical, surtout du ganglion inférieur, et du pneumogastrique par l'intermédiaire du laryngé externe. Ces nerfs forment deux groupes : l'un supérieur, l'autre inférieur qui abordent l'organe par ses extrémités, et lui constituent un double pédicule. Contrairement à l'opinion classique, ces nerfs ne suivent pas à l'origine le même trajet que les vaisseaux; les uns et les autres se rejoignent seulement tout près de la glande. C'est à ce niveau que le chirurgien doit atteindre ces nerfs au cours de l'acte opératoire.

Nous ne connaissons qu'incomplètement la physiologie des nerfs du corps thyroïde, notamment en ce qui concerne les éléments secrétoires. Les filets sympathiques sont vaso-constricteurs, les filets laryngés vaso-dilatateurs. Entre les uns et les autres les anastomoses sont nombreuses, si bien qu'au moment où ils abordent la glande, ils sont devenus de véritables nerfs mixtes à la fois dilatateurs et constricteurs. Il semble cependant que le pédicule supérieur soit constitué presque exclusivement par des filets vaso-dilatateurs.

La sympathicectomie, indiquée par certains auteurs comme traitement de la maladie de Basedow, agit sans doute par la suppression de fibres centripètes à action réflexe et non par une action immédiate sur l'organe. Dans le cas où l'on se-

proposerait une action directe sur le fonctionnement nerveux de la glande, on devrait pratiquer la résection des pédicules nerveux supérieur et inférieur au point où ils abordent le corps thyroïde. En réalité, à ce niveau, l'union des filets nerveux et des vaisseaux est tellement intime que la résection porte à la fois sur les uns et sur les autres.

Dans le traitement de la maladie de Basedow, on doit, à la façon du prof. Bérard, lier les artères thyroïdiennes supérieures de préférence aux thyroïdiennes inférieures. Ce procédé, qu'on le veuille ou non, entraîne en même temps que la ligature vasculaire la neurectomie des filets vaso-dilatateurs du laryngé externe, ce qui ne se produirait pas dans la ligature des artères thyroïdiennes inférieures. Les résultats obtenus par cette « angio-neurectomie » sont satisfaisants et constants.

Plaies du cœur à symptômes retardés. Une forme clinique spéciale des plaies du cœur : l'hémopéricarde secondaire. (Pierre MOCQUOT et Henri COSTANTINI. In *Revue de chir.*, 1920, n° 4.) — Il s'agit uniquement dans ces cas de lésions du ventricule; une plaie auriculaire est en effet toujours pénétrante et par suite saigne abondamment d'emblée. Au niveau de l'épaisse paroi ventriculaire une plaie étroite, irrégulière peut être obturée par un caillot susceptible de faire une hémostase définitive ou temporaire. C'est dans le second de ces cas, lors de la chute du caillot, que se forme brusquement un hémopéricarde.

Indépendamment de l'observation publiée par Mocquot et Costantini, des faits analogues ont été relatés par d'autres auteurs, mais jamais le temps écoulé entre la blessure et l'opération n'avait été aussi considérable; blessé le 8 juin 1919, le malade n'a présenté de symptômes alarmants que le 17 juin, c'est-à-dire 9 jours après le traumatisme.

Le diagnostic se base sur les signes de l'hémopéricarde « qui gêne rapidement et considérablement le fonctionnement du cœur. » C'est souvent une syncope qui donne l'éveil : pâleur livide avec cyanose des extrémités, rapidité et diminution progressive du pouls, angoisse et agitation intense. L'augmentation progressive de la zone de matité cardiaque, la diminution des bruits du cœur qui finissent par disparaître, l'abolition du choc de la pointe complète la symptomatologie. L'examen radioscopique, s'il est possible, fournira un signe de grosse valeur; l'immobilité de l'ombre cardio-péricardique.

L'hémopéricarde reconnu, l'intervention s'impose. Elle a un double but : 1° vider le péricarde; 2° faire l'hémostase de la plaie cardiaque.

Pour découvrir le cœur, les auteurs ont eu recours à un volet chondral gauche à pédicule externe comprenant les 3e, 4e, 5e cartilages; mais on pourrait aussi pratiquer d'emblée une thoraco-phréno-laparotomie médiane à la manière de Duval et Barnsby. Dès que le péricarde est débarrassé de son épanchement, le cœur se remet à battre, le pouls redevient perceptible, la cyanose disparaît. L'hémostase n'est pas toujours facile; elle fut relativement aisée dans le cas cité par les auteurs.

Thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, 37 observations. (P. BULL, prof. de chirurgie à l'Université royale de Christiania, In *Lancet*, 16 oct. 1920, p. 778, vol. CXCIX, n° 5.068.) — Les indications de la thoracoplastie extrapleurale sont les mêmes que celles du pneumothorax artificiel, mais la première opération paraît plus souvent réalisable que la seconde.

L'existence d'une tuberculose intestinale, osseuse ou articulaire, constitue autant de contre-indications. On devra s'abstenir d'intervenir dans tous les cas de propagation nette de tuberculose au second poumon.

La laryngite tuberculeuse même avancée, loin de créer une contre-indication, est souvent améliorée par l'intervention. L'opération commencée sous anesthésie locale à la novocaïne sera poursuivie sous anesthésie régionale dès qu'on aura découvert les nerfs intercostaux.

L'incision commencée à la hauteur de l'épine de l'omoplate, à mi-chemin entre le bord de cet os et la ligne des apophyses, sera dirigée parallèlement aux apophyses jusqu'à la 10e côte; là, s'inclinant en dehors, elle suivra le bord de cette côte pour atteindre la ligne scapulaire ou la dépasser légèrement. Le bras porté en abduction et élévation, il est facile de relever l'omoplate en s'aidant d'un fort écarteur. La résection des pièces costales est singulièrement facilitée par cette manœuvre. On procédera de bas en haut ; après résection des 4e et 3e côtes, on décollera la plèvre au niveau du sommet du poumon; cela permettra l'affaissement de cet organe qui ne sera pas lésé ultérieurement quand on s'attaquera aux deux premières côtes. Suture des muscles au catgut, suture de la peau à la soie. Des drains de verre seront placés à la partie inférieure de l'incision et retirés après 48 heures.

Si l'on décide de réséquer une grande quantité de côte, mieux vaut opérer en deux séances, à une ou deux semaines d'intervalle.

Il subsiste parfois une cavité qu'il conviendra de combler par transplantation de tissu graisseux emprunté à la paroi abdominale.

Les résultats opératoires sont encourageants, comme le montre une statistique s'appuyant sur 37 cas. L'auteur insiste sur la nécessité d'une collaboration étroite du médecin et du chirurgien.

Traitement opératoire des hernies ombilicales et abdominales. (Richard WARREN, chirurgien de l'hôpital de Londres. In *Lancet*, 20 nov. 1920, p. 1048, vol. CXCIX, n° 5.073.) — Dans le traitement des hernies ombilicales, l'auteur n'emploie que l'incision transversale elliptique conduisant jusqu'au feuillet antérieur de la gaine des droits, et si la tumeur est volumineuse jusqu'à l'aponévrose du grand oblique.

La peau et la graisse sont séparées avec soin des aponévroses. Le sac est toujours ouvert au niveau du collet car là, les adhérences sont peu marquées et l'incision est poursuivie jusqu'à la base du sac.

Si la masse intestinale est saine, on la replace dans l'abdomen. Si elle est gangrénée ou fortement suspecte, un clan caoutchouté est jeté à sa base, et l'on fait une résection en bloc. On pratique toujours une suture termino-terminale des deux portions de l'intestin coupé. Le péritoine est suturé transversalement après l'avoir décollé légèrement le long de la ligne d'incision. Des sutures profondes prennent largement muscles et aponévroses; les catguts sont liés par-dessus ces éléments de la paroi de telle façon que la lèvre inférieure recouvre de 2 cm. la lèvre supérieure. Pour qu'il y ait adhérence complète au cours de la cicatrisation, il importe que la surface des muscles ait été parfaitement débarrassée de sa graisse. On suture la peau par des points profonds pour éviter les espaces morts.

L'originalité de la méthode consiste surtout dans l'emploi de l'incision transversale qui expose moins aux récidives. Quand un orifice se produit, en effet, au niveau de la ligne blanche après une intervention à incision longitudinale, cet orifice tend à s'agrandir de plus en plus sous l'action de la toux ou d'un effort. Au contraire, quand on a employé l'incision transversale, au moment de la toux, on voit les lèvres de l'incision se rapprocher grâce à la contraction du grand oblique et du transverse.

Dans le traitement des hernies se produisant à travers une incision d'appendicectomie, l'auteur recommande de faire une dissection très minutieuse des plans musculaires et aponévrotiques, et de réparer la paroi méthodiquement. Il est bon de suturer l'aponévrose du petit oblique en employant le procédé du « recouvrement ». L'essentiel est de disséquer largement tout autour de l'orifice herniaire et de reconnaître les muscles et les aponévroses. On devra réséquer un peu de peau et de tissu graisseux.

Quand l'éventration se produit au niveau de la ligne blanche, on emploiera la méthode de Mayo précédemment décrite, à condition que l'orifice soit nettement circulaire.

Dans toutes les opérations pour hernies postopératoires, s'il est nécessaire d'ouvrir la gaine des droits, mieux vaudra récliner le grand droit en dehors qu'en dedans, car si l'on est amené à prolonger l'incision vers le haut, on ne sera pas exposé à léser les nerfs.

L'emploi des fils d'argent a pu rendre des services; mais une dissection minutieuse et une réfection méthodique des plans de la paroi rendront de plus en plus rare l'emploi de ces fils.



Argan — Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette — Eh! pour "aller„ Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !.

Nouvelle Edition DURET et RABY. MOLIERE. « le Malade Imaginaire »

Les séquelles de l'appendicectomie. (Enriquez, médecin de la Pitié. In *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1920, t. IXC, 11e cahier, p. 397, art. 26.436.) — Le syndrome qu'on est convenu d'appeler syndrome appendiculaire traduit-il seulement la lésion de l'appendice? Ou bien ne peut-il pas être en même temps l'expression clinique d'une lésion d'un organe voisin?

25 p. 100 des opérés d'appendicite chronique ne sont nullement améliorés par l'intervention. Il semble même que chez beaucoup d'entre eux apparaissent de nouveaux troubles : constipation intense et douleurs paroxystiques rappelant les grandes crises sympathiques abdominales. Les séquelles de l'appendicectomie sont polymorphes. Dans une première variété, on note un mauvais état général, de l'anémie, des douleurs de la fosse iliaque et une fièvre vespérale rappelant la fièvre des tuberculeux. L'image radioscopique montre un estomac hypertonique à grand axe dirigé obliquement de gauche à droite. Le côlon transverse dans sa portion initiale s'accole au côlon ascendant. La portion inférieure du cæcum est fixe; elle ne remonte pas dans la position couchée. L'évacuation iléale est retardée. Il s'agit somme toute d'un syndrome inflammatoire.

Dans une deuxième forme, au contraire, on note plutôt un syndrome mécanique. Pas de fièvre; l'estomac atonique, ptosé, présente un grand axe vertical avec dilatation pylorique. Le côlon est ptosé et le transverse se loge derrière le pubis. Le côlon et le cæcum remontent très haut dans la position couchée. Il y a une ptose iléale très prononcée et on trouve au niveau de l'iléon la coudure de Lane.

Dans les deux cas, légère leucocytose avec éosinophilie.

Ces séquelles s'expliquent par l'existence de lésions péri-appendiculaires non traitées au cours de l'opération et parmi ces lésions, il faut citer comme très fréquentes : l'épiploïte, la coudure de Lane et les péricolites adhésives pouvant remonter très haut jusqu'au pylore, jusqu'à la vésicule. Une seconde opération est souvent nécessaire qui fait disparaître ces lésions et donne enfin la guérison. Pratiquement, il convient de faire un diagnostic aussi précis que possible en demandant à la radioscopie les renseignements qu'elle peut fournir. Il faut renoncer aux incisions minuscules qui témoignent sans doute d'une grande habileté opératoire mais qui, ne permettant pas d'explorer suffisamment toute la fosse iliaque, exposent le chirurgien à laisser sans traitement des lésions péri-appendiculaires importantes.

La pleurésie appendiculaire. (Lepoutre. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 3 oct. 1920.) — Il s'agit d'une malade opérée par Lepoutre, le 3 mars 1920, pour appendicite, et qui, après des suites opératoires satisfaisantes et une guérison complète du côté abdominal, continua à présenter chaque soir de la température. Elle n'avait pas de point de côté, mais elle toussait, et l'auscultation fit découvrir un souffle pleurétique avec tous les signes d'un épanchement pleural. Une ponction exploratrice ayant donné un liquide louche, on décide de drainer la plèvre, et cette opération donne issue à un pus crémeux, fécaloïde. Chute de la température, guérison.

L'examen bactériologique de ce pus démontra l'origine nettement appendiculaire de l'épanchement. L'auteur pense qu'il ne peut être question pour sa malade d'abcès par continuité tels que Lapeyre les a décrits, ni d'une propagation par voies lymphatiques admise par Dieulafoy. Il voit dans le traumatisme opératoire une circonstance qui a pu faire pénétrer quelques germes dans la circulation et créer de cette façon un certain degré de pyohémie. Il fait remarquer que les pleurésies par continuité entraînent un pronostic plus grave que les pleurésies d'origine septicémique, ces dernières traduisant « une infection relativement atténuée puisque fixée ».

Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie postérieure simple dans les ulcères de l'estomac et du duodénum. (A. Métraux. [Travail de la clinique chirurgicale de l'Université de Lausanne, prof. Roux.] In *Revue méd. de la Suisse romande*, sept. 1920.) — Le professeur Roux qui a pratiqué quelques résections pour ulcère de l'estomac est demeuré fidèle à la gastro-entérostomie. Il s'étonne que la plupart des chirurgiens, lors d'une récente réunion de la Société suisse de chirurgie, se soient montrés surtout partisans de la résection annulaire de l'estomac.

On a reproché à la gastro-entérostomie de n'être efficace que dans les cas où le passage pylorique était complètement ou presque fermé, de favoriser la formation d'ulcères peptiques, de ne pas supprimer l'ulcère calleux. Enfin, on a dit que la néostomie avait tendance à se fermer. L'auteur réfute toutes ces objections et s'appuie sur une statistique de 300 cas fournie par les malades de la clinique de Lausanne. Non seulement la « gastro-entérostomie » ne mérite pas ces reproches, mais elle a encore pour elle, l'avantage de pouvoir être pratiquée par des chirurgiens, même peu entraînés aux difficultés des interventions viscérales. En favorisant le reflux du contenu duodénal, elle permet la neutralisation du suc gastrique et fait disparaître un des symptômes les plus fâcheux de l'ulcère : l'hyperchlorhydrie.

L'expérience a montré au prof. Roux que le procédé en Y était inférieur dans ses résultats au procédé à « anse courte », et depuis 1906, il ne pratique plus que cette seconde opération. L'auteur expose, avec force détails, la technique opératoire.

Quelques résultats éloignés d'interventions pour ulcères mésogastriques. (Lecène. In *Journ. de chir.*, t. XVII, n° 1, p. 1.) — L'auteur rapporte l'observation de 5 cas d'ulcères mésogastriques qu'il a opérés et suivis depuis 10, 9 et 6 ans. De cet exposé, il ressort clairement que la chirurgie n'est pas désarmée devant l'ulcus mésogastrique. L'intervention de choix consiste dans la résection segmentaire de la portion d'estomac où siège l'ulcère mésogastrique biloculaire. Elle supprime l'ulcère, conserve à l'organe sa forme normale et donne à distance les meilleurs résultats.

Dans les cas d'adhérences marquées périgastriques, cette opération n'est plus de mise et il faut lui préférer la gastro-gastrostomie suivant le procédé de Finney que l'auteur décrit en détails.

Les résultats éloignés sont moins bons, l'ulcère n'est pas supprimé et même après cicatrisation, il peut être, pour le malade, la cause d'ennuis considérables.

La gastro-entérostomie, qui est une opération excellente dans le traitement des sténoses pyloriques devient médiocre dans les cas d'ulcère mésogastrique.

Depuis 10 ans, l'auteur ne pratique plus que des résections ou des gastro-gastrostomies dans tous les cas d'ulcus mésogastriques accompagnés ou non de sténose.

L'ulcère peptique du jejunum consécutif à la gastro-entérostomie à propos de cinq observations (Delore, chirurgien des hôpit. de Lyon, et Couvert, ex-interne des hôpit. de Lyon. In *Revue de chir.*, 1920, n° 1, p. 27.) — L'ulcère peptique jejunal consécutif à la gastro-entérostomie est une affection rare. Sur 300 interventions les auteurs n'en ont rencontré que 5 cas; ils en publient l'observation. L'ulcère peptique jejunal présente les mêmes lésions que l'ulcère gastrique avec participation plus ou moins marquée du péritoine; les organes voisins peuvent être également touchés par le processus ulcératif.

Souvent les premiers symptômes apparaissent après une période de bien-être complet, 5 ans, 4 ans 1/2, 2 ans, 1 an, après la gastro-entérostomie.

La pathogénie de l'affection reste obscure. Les uns ont voulu voir l'origine de l'ulcère peptique dans la persistance de l'hyperchlorhydrie. Son apparition serait plus fréquente après la gastro-entérostomie antérieure. Plus la bouche est pratiquée loin, plus la production de l'ulcère peptique est à craindre. On a parlé d'une origine trophonévrotique, et Leriche, en 1914, à la Société de chirurgie de Lyon parlait de la résection des racines postérieures dorsales. Mais la plupart des chirurgiens s'accordent à voir dans le traumatisme opératoire local, l'origine de cette redoutable complication. On a incriminé les fils de soie, les petits hématomes, les clamps, les sutures trop serrées nécrosantes, l'application des pinces de repère; aussi Pauchet conseille-t-il de n'employer que du catgut fin et de réduire au minimum le traumatisme des tissus, notamment en ce qui concerne les muqueuses.

Il est difficile d'expliquer de cette façon l'origine de tous les ulcères peptiques. La lésion devrait être rapide, et on ne pourrait comprendre les cas fréquents où un laps de temps considérable s'est écoulé entre la gastro-entérostomie et la formation de l'ulcère. Tout s'éclaire, au contraire, si l'on fait appel

à une diathèse spéciale, la diathèse ulcéreuse relevant peut-être d'une infection; ainsi s'expliquent les ulcères multiples et d'âges différents.

Le traitement est d'abord préventif : éviter toute injure inutile aux tissus; donner la préférence à la résection gastrique bien supérieure à la simple gastro-entérostomie quant aux résultats éloignés. La récidive après excision est rare; elle est cependant possible, d'où la nécessité de prolonger longtemps après l'intervention le traitement médical et le régime alimentaire. Lorsque l'affection est constituée, il faut proposer délibérément l'intervention. Le traitement de choix consiste dans la résection de la bouche, suivie de réimplantation de l'anse jejunale dans l'estomac au niveau de la perte de substance.

L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. (A. Aimes, chef de clinique à la Faculté de Montpellier. *Revue de chir.*, n° 3, 1920.) — Cet accident est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme, comme la péritonite tuberculeuse elle-même; on l'observe surtout avant 40 ans. Le mécanisme de l'occlusion est variable, mais pratiquement on peut, avec Lejars, distinguer quatre cas :

1° Etranglemeut par bride;
2° Par coudure de l'intestin;
3° Par agglutination;
4° Par paralysie intestinale.

L'occlusion par brides est la plus fréquente. Ces brides sont uniques ou multiples, d'où la nécessité, au cours de l'opération, d'explorer complètement tout l'abdomen. L'étranglement par coudure, sauf exception rare, n'est qu'un cas d'occlusion par bride; il siège surtout au niveau de l'intestin grêle. L'occlusion par agglutination est plus grave à cause de la difficulté de la thérapeutique : le chirurgien se trouvant parfois désarmé devant la masse formée par l'accolement de plusieurs anses. L'occlusion par paralysie intestinale serait fréquente surtout chez l'enfant; en réalité, on la rencontre à tous les âges. Le malade est pris subitement de douleurs vives et de vomissements abondants qui font penser à de l'appendicite aiguë.

A côté de ces quatre modes d'occlusion qui constituent les cas les plus fréquents, il faut citer des mécanismes plus rares par volvulus, torsion du mésentère, rétrécissement intestinal, compression par masses caséeuses, occlusion à travers un treillis epiploïque (Guinard), invagination, etc.

La symptomatologie diffère un peu suivant que l'occlusion se produit au cours d'une péritonite tuberculeuse connue, au cours d'une péritonite latente, après une péritonite guérie.

Le diagnostic se base sur les antécédents bacillaires, sur l'apparition, plus ou moins brutale, de douleurs abdominales avec vomissements, arrêt des matières et des gaz. Dans les formes chroniques, de beaucoup les plus rares, on peut noter au contraire une véritable débâcle diarrhéique ; mais dans la forme aiguë, les douleurs, le facial péritonéal, les vomissements précoces bilieux puis fécaloïdes, le pouls filiforme, le délire mènent au diagnostic. Il y a peu ou pas de réaction thermique.

On se souviendra que l'appendicite s'accompagne d'une élévation de température, et que le plastron appendiculaire n'a pas la physionomie spéciale des gâteaux péritonéaux. La perforation intestinale donne un ballonnement rapide. L'étranglement herniaire est souvent plus difficile à différencier.

Le pronostic est toujours grave, même si le diagnostic est posé et l'intervention décidée. Il n'est pas toujours possible de trouver l'obstacle, de le supprimer complètement ; on peut être impuissant devant des lésions trop étendues ; enfin, les récidives sont possibles. L'opération elle-même peut produire des accidents bacillaires nouveaux sur la cicatrice, les poumons ou les méninges.

Le traitement médical ne peut rien. La laparotomie s'impose. Elle sera prudente en raison des adhérences possibles de l'intestin à la paroi. Dans les cas de paralysie, l'exposition à l'air, le lavage à l'éther et surtout au sérum chaud donnent des résultats. En présence d'une bride on devra, si possible, la supprimer ou bien tenter une résection intestinale ou mieux une anastomose.

Les agglutinations seront dissociées avec prudence; l'ouverture de l'intestin dans quatre cas, a donné quatre morts; mieux vaudra faire une exclusion par entéro-anastomose.

D'une statistique portant sur 64 cas, il ressort que la chirurgie est loin d'être désarmée et que même dans des circonstances, en apparence très défavorables, l'intervention peut donner d'heureux résultats.

Tumeurs rétropéritonéales. (A. Vulliet (Lausanne). *Revue méd. de la Suisse romande*, oct. 1920.) — Ce sont des tumeurs solides ou des kystes. Elles sont d'origine conjonctive (fibromes, sarcomes, lipomes); ou d'origine épithéliale (adénomes, carcinomes, etc.). Le point de départ de ces dernières doit être cherché dans les débris embryonnaires du corps de Wolf et dans l'ébauche rénale primitive. On a parfois rencontré des néoplasmes mixtes, véritables tératomes dérivant probablement d'inclusions embryonnaires.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade chez laquelle on avait porté le diagnostic de kystome de l'ovaire. La malade fut opérée et guérit. Il s'agissait d'un lipome développé dans la capsule cellulo-graisseuse du rein. De semblables tumeurs essentiellement bénignes récidivent parfois sous forme de néoplasmes malins. Il faut en voir l'explication dans l'inclusion de débris épithéliaux au sein de la tumeur.

Une deuxième observation concerne un homme de 42 ans qu'on croyait porteur d'un kyste hydatique du foie. En réalité, il s'agissait d'une tumeur enkystée adhérente à la veine cave et à l'uretère. La veine cave blessée en deux endroits fut suturée latéralement avec succès. Après deux heures d'intervention, on renonce à une extirpation complète : tamponnement de la cavité kystique et suture partielle de la paroi. Mort ; pas d'autopsie.

L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic et de l'extirpation des tumeurs rétropéritonéales.

Du traitement opératoire des anomalies congénitales de l'appareil urinaire inférieur. (Raoul Thompson, chirurgien des voies urinaires au Guy's Hospital, *Lancet*, 16 oct. 1920, vol. CXCIX, n° 5.068, p. 790.) — Une première observation concerne un garçon de 16 ans porteur d'un épispadias. L'orifice urétral situé sur la face dorsale du pénis laisse couler continuellement l'urine. Après des tentatives opératoires infructueuses, le malade est adressé à R. Thompson qui se propose d'établir une « sorte de compresseur » capable de contrôler le passage de l'urine. Il y réussit en réalisant par un procédé très ingénieux une transplantation partielle du grand droit de l'abdomen. La portion mobilisée du grand droit fut coupée longitudinalement donnant ainsi deux rubans musculaires qui, suturés de chaque côté de l'orifice de l'épispadias, constituèrent un sphincter sinon parfait du moins fort avantageux pour le malade.

Une seconde observation a trait à un cas d'ectopie vésicale chez une fillette de 5 ans 1/2. Tout autour de la muqueuse éversée, l'auteur fit une incision circulaire. La muqueuse fut disséquée et la vessie repoussée dans l'abdomen. Les bords de la muqueuse de la portion droite furent suturés aux bords de la muqueuse de la portion gauche, sauf à la partie inférieure où volontairement on laissa un petit orifice urétral. Autour de la région vésicale, la peau fut disséquée de façon à mettre à nu les grands droits et leur gaine. Des points passés à la Lembert réunirent la vessie et la peau ; quelques-uns de ces points perforèrent les grands droits et leur gaine réalisant ainsi une nouvelle paroi abdominale. Après 3 semaines, la réunion des tissus était parfaite; la malade présentait naturellement de l'incontinence qu'on espérait corriger par une opération comparable à celle décrite plus haut.

Une troisième observation concerne un garçon de 8 ans, hypospade. Sur la face inférieure de la verge se creuse un sillon que recouvre partiellement un pont cutané ; en arrière de ce pont, le sillon aboutit au véritable orifice urétral. Après section du périnée, ouverture de l'urètre et fixation d'une sonde dans la vessie. Une incision étroite, ovalaire, fut tracée sur chacun des bords du sillon visible à la face inférieure de la verge. Cette incision permit de disséquer un peu de la peau recouvrant le sillon. Chacune des deux bandes cutanées ainsi libérées fut retournée puis suturée à son homologue. On libéra de même un peu de la peau du pénis de chaque côté du sillon et ces deux lèvres cutanées furent suturées. Il fut aisé de créer un méat en position normale.

Dans deux cas d'hypospadias avec orifice urétral situé très en arrière, au niveau du périnée, l'auteur a eu recours à la technique suivante : sujet en position de la taille, verge attirée et maintenue contre la paroi abdominale; drainage vésical comme dans le cas précédent; excision complète du raphé pigmenté depuis le gland jusqu'à l'orifice urétral. Ce tissu est excisé parce que, n'étant pas extensible, il crée au moment de l'érection une coudure très marquée de la verge par en bas. Après excision du raphé, on suture les deux lèvres de la peau.

Dans un deuxième temps opératoire, à droite et à gauche de cette première ligne de suture, on fait deux autres incisions de la peau; après dissection légère, les deux lèvres sont retournées et suturées. On termine comme dans l'opération précédente.

L'auteur estime que les interventions de ce genre réussissent souvent et qu'on ne doit pas hésiter à les tenter. Il peut arriver qu'on échoue complètement, mais l'état du malade n'est jamais aggravé.

De la désarticulation temporaire du pied pour tuberculose. (J. Revel, chirurgien des hôpitaux de Nîmes. In *Revue de chir.*, 1920, n° 3, p. 205, 10 fig.) — La tuberculose tarsienne et tarso-métatarsienne est une des localisations bacillaires les plus difficiles à guérir. Il y a à cela des raisons d'ordre anatomique. Les synoviales communiquant entre elles, la propagation se fait avec une grande facilité. Pour Gangolphe, toute tuberculose du pied, passé l'âge de 30 ans, nécessite l'amputation. Peut-être une part de la gravité de cette lésion revient-elle à l'insuffisance du traitement employé. Curettage, injections modificatrices, résections suivant la méthode d'Ollier ne donnent que des résultats relatifs, et l'auteur pense que mieux vaut recourir à la technique de Delbet en pratiquant d emblée une désarticulation temporaire.

On ouvre transversalement le pied au niveau de l'interligne qui paraît siéger au centre des lésions. Suivant le cas, l'opérateur ouvre donc l'articulation de Chopart ou celle de Lisfranc. Dans un second temps, on fait basculer en bas l'avant-pied, ce qui permet l'ouverture large de l'interligne, l'inspection des surfaces articulaires et de la face profonde des parties molles de la voûte.

On pratique alors un curettage soigné à ciel ouvert et on excise, s'il y a lieu, les tissus malades.

Dans un dernier temps, on « refait le pied », mettant en contact ses deux segments momentanément séparés. Capsule, tendons et peau sont suturés.

Il est nécessaire parfois de brancher sur l'incision transversale initiale d'autres incisions parallèles aux bords du pied, cela pour voir plus clair et plus loin.

L'auteur a employé cette méthode dans trois cas dont il publie l'observation. Les résultats sont parfaits même quand il a dû pratiquer de larges résections osseuses. Il conclut que la tuberculose tarso-métatarsienne étendue, fistulisée, grave, est loin d'entraîner nécessairement l'amputation. Si l'état général est bon, même après 30 ans, mieux vaut rompre avec les habitudes classiques et opérer suivant la méthode de Delbet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 MAI 1921)

Tumeur primitive de la paroi recto-vaginale. — M. Alglave fait un rapport sur une observation communiquée par M. Bréchot. Une femme de 44 ans entre à Boucicaut pour des hémorragies vaginales. A l'examen, M. Bréchot trouve un col entr'ouvert, et, en arrière, une masse immobile, indolore. Au toucher rectal, on trouve également une masse faisant saillie du côté du rectum comme elle fait saillie du côté du vagin. La tumeur a le volume d'une grosse orange. Au spéculum, la muqueuse vaginale a sa coloration normale. L'état de la malade étant rendu très grave par l'abondance des hémorragies, M. Bréchot croit devoir intervenir; il fait une laparotomie médiane, une hystérectomie totale, s'efforce en vain d'attirer au dehors la tumeur, ouvre accidentellement le rectum, arrive à énucléer la tumeur et suture le rectum. La malade guérit sans incidents.

L'examen histologique, pratiqué par M. Letulle, a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome mélangé de myéloplaxome.

Cette variété de tumeur est très rarement observée dans cette région. Il s'agit, dans ce cas, d'une tumeur primitive de la cloison recto-vaginale faisant saillie du côté du vagin et du côté du rectum. Les hémorragies graves que provoquait cette tumeur commandaient l'intervention. M. le rapporteur regrette que M. Bréchot n'ait pu faire connaître les suites éloignées de son intervention qui date de 4 ans.

Occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire. — M. Robineau fait un rapport sur une intéressante observation de M. Petit. Femme de 55 ans, présentant des douleurs très vives, des vomissements et de l'ictère, atteinte brusquement de phénomènes d'occlusion intestinale aiguë : laparotomie; M. Petit arrive sur le duodénum, sent un corps dur, incise l'intestin en long, extrait le calcul, suture l'intestin dont la muqueuse n'est pas altérée, guérison. Certains chirurgiens ont proposé d'inciser l'intestin au-dessus du calcul et de refouler celui-ci de bas en haut. Mais alors on ne peut se rendre compte de l'état de la muqueuse intestinale au niveau du calcul faisant obstruction. Aussi, M. le rapporteur préfère-t-il l'incision au niveau du calcul, l'examen de la muqueuse et, si elle est altérée, la résection de toute la partie malade et le suture bout à bout.

Cette intervention est, en général, très simple et très facile. Mais il n'en est pas de même du pronostic opératoire qui, d'après ce qui va suivre, est des plus graves.

M. Quénu a vu de ces calculs biliaires dans l'intestin pas assez gros pour causer, par eux-mêmes, l'obstruction. C'est le spasme de l'intestin provoqué par la présence du calcul qui est la cause de l'obstruction. Généralement, dans ces cas, on trouve une certaine quantité de liquide au-dessus du calcul.

M. Delbet a l'impression que ces occlusions intestinales aiguës par calculs biliaires sont d'une effroyable gravité, sans qu'on puisse savoir exactement pourquoi. M. Delbet apporte trois faits d'intervention d'urgence pour occlusion intestinale aiguë par calculs biliaires ; dans ces trois cas, opération très simple, suites immédiates bonnes, et, dans les 3 cas, mort le lendemain.

M. Okinczyc apporte un fait d'intervention pour sténose pylorique. Il s'agissait d'un calcul biliaire engagé moitié dans la vésicule et moitié dans le duodénum, calcul qui était poussé par un autre calcul encore dans la vésicule. L'indication dans ces cas est de refouler les calculs dans la vésicule et de pratiquer secondairement une cholécystotomie.

M. Hallopeau apporte trois cas d'intervention pour occlusion intestinale aiguë causée par la présence, dans l'intestin, de calculs biliaires, tous les trois suivis de mort en 24 heures. Aussi M. Hallopeau a-t-il gardé l'impression que ces opérations sont d'une extrême gravité.

M. Schwartz cite aussi un cas analogue où l'intervention fut d'une extrême simplicité; mort en 48 heures.

M. Baumgartner a opéré 3 cas; l'un est mort après 12 heures, les deux autres ont guéri.

M. Duval a opéré 2 cas, tous 2 suivis de mort. C'est donc un fait indiscutable que ces opérations présentent une extrême gravité, gravité d'autant plus grande que le calcul est situé plus haut.

M. Souligoux a enlevé un calcul biliaire énorme, situé dans le jéjunum; opération des plus simples, guérison; mais l'intervention ici avait été très précoce.

M. Grégoire fait observer que, dans tous ces cas, il s'agit d'occlusion du grêle. Or, on sait que, d'une façon générale, toutes les occlusions du grêle sont graves. On ne saurait accuser le calcul biliaire lui-même d'être la cause de cette gravité, car M. Grégoire a opéré une vieille femme qui avait avalé d'un trait une grosse figue qui obstruait l'intestin très haut; opération très simple, mort le lendemain.

M. Tuffier a opéré un certain nombre de malades, atteints de cette variété d'obstruction par calculs biliaires ; un seul a guéri, tous les autres sont morts.

M. Robineau résume cette instructive discussion en disant

que la seule branche de salut doit être la précocité de l'intervention, ainsi que semble le prouver l'observation de M. Souligoux.

Fistules intestinales. — Suit une communication très documentée de M. ALGLAVE sur les fistules intestinales banales ou fistules stercorales consécutives à des appendicites gangréneuses, fistules qui guérissent spontanément et qu'il faut distinguer des fistules intestinales tuberculeuses.

Vaccinothérapie. — M. Léon BAZY, qui poursuit des recherches fort intéressantes sur cette question à l'ordre du jour, a obtenu des résultats appréciables chez certains infectés par furoncles, anthrax, abcès ou phlegmons à l'aide d'injections sous-cutanées d'extraits staphylococciques.

M. CHEVASSU rappelle avoir obtenu de bons résultats dans le traitement des septicémies à l'aide du sérum antidiphtérique.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE

DÉFINITION. — On désigne ainsi, depuis Rayer (qui en fit la première description), l'inflammation suppurée de la capsule cellulo-graisseuse du rein.

Il est vrai que cette capsule peut être le siège d'inflammation chronique fibreuse ou scléro-lipomateuse : c'est la *périnéphrite scléro-lipomateuse*, bien étudiée par Godard, Dieulafoy. Mais, sous le nom de *phlegmon périnéphrétique*, on décrit des périnéphrites suppurées à allure aiguë ou subaiguë. Ce sont ces dernières que nous étudierons seulement.

ÉTIOLOGIE. — **I. Causes prédisposantes.** — L'*homme* est plus fréquemment atteint.

Tous les âges y sont sujets : fœtus, enfant, adulte, vieillard. La plus grande fréquence se montre de 25 à 40 ans.

Rôle de la fatigue, du surmenage physique.

Tempérament lithiasique, goutteux; arthritisme, alcoolisme.

La tuberculose a été invoquée comme cause; mais, d'après Tuffier, les néphrites bacillaires sont spécifiques et ne rentrent pas dans le cadre de cette description.

II. **Causes occasionnelles.** — On peut opposer les phlegmons primitifs aux phlegmons secondaires :

Les PHLEGMONS PRIMITIFS ne le sont d'ailleurs qu'en apparence. Ils se produisent souvent à la suite d'un traumatisme, d'une contusion lombaire, ou bien d'un simple furoncle, d'un panaris, d'une lésion de l'intestin. Dans tous ces cas, il s'agirait, en réalité, d'un phlegmon périnéphrétique secondaire à une petite septicémie que l'on arrive à déceler par des hémocultures.

Les PHLEGMONS SECONDAIRES. On peut les voir survenir au cours d'affections générales, locales ou de voisinage.

a. Parmi les *affections générales*, il faut citer toutes les septicémies secondaires à l'infection puerpérale, la pyohémie, la fièvre typhoïde, la variole, scarlatine, diphtérie, typhus exanthématique, la furonculose (septicémie à staphylocoques), l'anthrax, l'eczéma.

b. Les *affections locales* sont les plus fréquentes : plaies pénétrantes de la région lombaire, contusions avec infection secondaire d'un hématome; lésions rénales : pyélo-néphrites, surtout d'origine colibacillaire, et pyonéphrose d'origine calculeuse. En somme, toutes les maladies aiguës ou chroniques du rein peuvent favoriser durant leur évolution l'éclosion d'une infection secondaire autour du rein.

c. Parmi les *lésions de voisinage*, il faut citer :

— Les suppurations d'origine biliaire (lithiase, abcès dysentérique du foie, kyste hydatique suppuré).

— Les suppurations d'origine intestinale : surtout les abcès péricæcaux; abcès sous-phréniques; abcès appendiculaires rétro-cæcaux.

— D'origine pleurale ou pulmonaire : pleurésies purulentes ou abcès du poumon se propageant par l'hiatus costo-diaphragmatique.

— D'origine pelvienne : pelvipéritonite suppurée, phlegmon du ligament large.

— D'origine urinaire inférieure : cystite, rétrécissement urétral, urétrotomies, taille périnéale.

— D'origine pancréatique : abcès du pancréas et de la rate.

III. **Causes déterminantes.** — C'est toujours l'*infection*. Nous avons vu que l'infection périnéphrétique était souvent favorisée par les traumatismes lombaires. Albarran a pu provoquer un phlegmon périnéphrétique, en quelque sorte expérimental, par une septicémie artificiellement provoquée chez l'animal et un traumatisme rénal.

Voies d'arrivée des microbes. — 1. Voie sanguine : maladies générales, septicémies.

2. Voie lymphatique : suppurations de voisinage.

3. Voie ascendante canaliculaire : affections urinaires d'origine locale. Dans ces cas, l'infection périrénale peut être *directe* (ouverture d'un abcès rénal ou rupture d'une poche pyélonéphrétique), ou bien *indirecte* par voie lymphatique.

Microbes. — Pneumocoque (Tuffier), bactérie pyogène de Clado et Albarran, germes d'actinomycose. Anaérobies dans certains cas; enfin, streptocoques ou staphylocoques, etc. Tous ces agents sont de virulence variable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *A.* **Lésions macroscopiques.** — I. SIÈGE. — Le phlegmon périnéphrétique est presque toujours unilatéral, plus fréquemment situé à *droite*, et débutant sur une des faces ou l'un des pôles rénaux, d'où les divers types observés : les phlegmons rétro, sus et sous-rénaux (qui sont les phlegmons partiels), que l'on peut opposer avec Roberts au phlegmon périrénal total. Plus rarement, le phlegmon est antéro-rénal. La collection purulente se développe là dans la graisse périrénale. Se rappeler la loge rénale, limitée par les fascias rénaux.

D'après Albarran, enfin, on peut voir des abcès rénaux sous-capsulaires qui s'ouvrent ultérieurement dans la loge périrénale.

II. CONTENANT. — La limite externe de l'abcès est constituée par la capsule épaissie et agglutinée par des fausses membranes avec les organes voisins. La paroi interne est le plus souvent cloisonnée, tomenteuse, recouverte de détritus grisâtres. Ultérieurement, il se constitue une véritable membrane pyogénique.

III. CONTENU. — Deux stades : d'abord une infiltration diffuse séro-fibrineuse, puis une suppuration franche en un foyer plus ou moins étendu. Le pus est suivant les cas : épais, crémeux, de bonne nature, de coloration jaune ou chocolat; ou bien il est séreux, grumeleux, mal lié; tantôt inodore et tantôt d'odeur urineuse ou fécaloïde. Parfois, enfin, on constate des gaz (anaérobies, matières fécales), des calculs, des graviers, des hydatides.

IV. ALTÉRATIONS VISCÉRALES. — Ces lésions paraissent dues bien plus à l'affection qui a produit le phlegmon qu'au phlegmon lui-même : 1. le *rein* est souvent indemne; d'autres fois il y a de la suppuration rénale ou pyélo-rénale; 2. le *foie* ne se laisse pas envahir. Et s'il y a un abcès hépatique, il est plutôt la cause que l'effet du phlegmon; 3. la *rate*; 4. le *pancréas*; 5. l'*intestin* est parfois altéré; 6. les *capsules surrénales* souvent intactes; 7. les plèvres sont souvent épaissies.

V. EVOLUTION ANATOMIQUE. — On peut voir se produire la *guérison* par périnéphrite scléro-lipomateuse. Mais presque toujours l'abcès a tendance à diffuser, envoyant des fusées purulentes multiples :

1. En *haut* : abcès sous-phréniques; pleurésie adhésive; pneumonie de voisinage.

Propagation sous-pleurale à travers l'hiatus costo-diaphragmatique (pyothorax sous-pleural).

Ouverture dans la plèvre (pleurésie purulente) et dans le poumon (vomique); d'où les fistules réno-broncho-pulmonaires.

2. En *arrière* : infiltration du pus le long des vaisseaux qui traversent l'aponévrose du transverse, au niveau du triangle de J.-L. Petit. Le pus vient aboutir sous les téguments, réalisant un abcès en bouton de chemise. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Merklen, Lortat-Jacob, Lion, Caussade, Babonneix, Sicard, L. Ramond, Michon, qui acceptent; Hallé, Enriquez, Louste, qui n'ont pas encore fait connaître leur accceptation.

HOPITAUX DE MUSTAPHA-ALGER. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Lacroix, Merz, Manceaux, Lagrot, Bonnet, Catanei, Jahier, Layani, Sarrouy, Nayrac.

Internes provisoires. — MM. Toubol, Ammeloot, Guigon, Revel-Moreau.

Externes titulaires. — MM. Chedakka, Guisoni, Salle, Fulconis, Parres, Cosman, Mirante, Mlle Antoine, MM. Beudon, Tadei, Megnin (Joel), Flogny, Bure, Sacerdot, Benchemoul, Moatti.

Externes provisoires. — MM. Bourgeois, Fayollat, Megnin (Jullien), Cauviere, Karsenti, Sebaoun.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Liste des candidats : MM. Tournex, Bertrand, Dubois, Oberlin, Gaume, Peltier, Brouet, Braine, Eltrich, Huc, Ecot, Huet, Soupault, Philardeau, Marais, Aurousseau, Wilmoth, Reinhold, Chastaing, Michon, Fruchot.

Composition écrite. — Séance du 18 mai. — MM. Tourneix, 26; Oberlin, 27; Gaume et Peltier, 22; Brouet, 21; Braine, 26.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — Prix Pujos. — Ce prix d'une valeur de 500 fr. devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie, la Société met au concours le sujet suivant : « Valeur pronostique de l'hypertension artérielle.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés franco de port à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours Georges-Clémenceau. Les membres associés résidants de la Société peuvent concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître : chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires seront reçus jusqu'au 1er mai 1922.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Claude Sigaud (de Lyon).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 23 mai. — Jury : MM. Legueu, président; Gosset, Cunéo et Tiffeneau. — M. Lacroix (Pierre). L'anesthésie générale par éthérisation rectale. — M. Fouache (C.). Contribution à l'étude des hernies internes. — M. Penet (Ch.). Sur le traitement sanglant des fractures du cubitus.

Mercredi 25 mai. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Ménétrier, Bernard et Couvelaire. — M. Charles (Jean). Contribution à l'étude obstétricale du bassin. — M. Marais (Jean). Le traitement des formes anatomo-cliniques de l'ostéomyélite. — Mlle Gé (Madeleine). Etude de la tuberculose des petits animaux domestiques. — M. Doniol (Jean). Le sarcome primitif de l'apophyse mastoïde. — M. Plouvier (Joseph). De l'anesthésie consécutive de l'angine de poitrine.

Jeudi 26 mai. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Jeanselme, Brindeau et Nobécourt. — M. Keller (Pierre). Kératite interstitielle. — M. Bazin. Contribution à l'étude des chancres mixtes. — M. Navarre (Charles). Notes sur une épidémie de béribéri. — M. Benit (Maurice). Contribution à l'étude des grandes incisions du col de l'utérus. — M. Audibert (André). L'intradermoréaction diphtérique.

CONGRÈS

LA XXVe SESSION DU CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (LUXEMBOURG-METZ, 1er-6 août 1921) se tiendra à Luxembourg, sous le haut patronage de LL. AA. RR. la grande-duchesse Charlotte de Luxembourg et le prince Félix de Luxembourg.

Comité d'honneur : M. Mollard, ministre plénipotentiaire de France à Luxembourg; MM. les membres du corps diplomatique ; MM. les membres du gouvernement luxembourgeois et de la municipalité de Luxembourg; et les notabilités judiciaires, administratives et médicales de Luxembourg.

Présidents du Congrès : M. le Dr Buffet (d'Ettelbruck) et M. le Dr Henry Meige (de Paris).

Vice-président : M. le prof. Jean Lépine (de Lyon).

Secrétaires généraux : MM. les Drs Forman (de Luxembourg) et Lalanne (de Nancy).

PROGRAMME DES TRAVAUX ET EXCURSIONS. — *Lundi 1er août.* — Matin : 9 h. Séance d'ouverture dans la grande salle du palais municipal (place d'Armes) ; 11 h. 1/2. Réception à l'Hôtel de Ville par le bourgmestre et la municipalité de Luxembourg.

Après-midi : 14 h. 1/2. Dans la grande salle de l'Athénée, premier rapport : PSYCHIATRIE. *La conscience de l'état morbide chez les psychopathes.* Rapporteur, M. le Dr Logre (de Paris) ; 17 h. Départ en tramway pour Eich (trajet, 10 minutes). Visite des hauts fourneaux, de l'Institut Émile-Metz (salle de psycho-physiologie pour l'orientation professionnelle des ouvriers : système Amar) ; 18 h. Retour à Luxembourg.

Soir : 21 h. Réception offerte par la ville de Luxembourg au palais municipal. Concert public sur la place d'Armes.

Mardi 2 août. — Matin : 9 h. Au laboratoire bactériologique, deuxième rapport : NEUROLOGIE. *L'épilepsie traumatique.* Rapporteur, M. le Dr Béhague (de Paris) ; 11 h. Visite du laboratoire ; 11 h. 1/2. Visite des établissements Mercier et des caves.

Après-midi : 14 h. 1/2. Au laboratoire bactériologique, séance de communications avec projections photographiques et cinématographiques ; 17 h. Promenade sur la Corniche et le Bock, chapelle Saint-Quirin.

Soir : 20 h. 1/2. Réception par le ministre de France, au casino. Concert par les professeurs du Conservatoire de Luxembourg. Projections : sites du Luxembourg, histoire de la ville. Film de la procession dansante d'Echternach.

Mercredi 3 août. — Matin : 8 h. Départ en express pour Ettelbruck (33 minutes) ; 9 h. A la maison de santé d'Ettelbruck, troisième rapport : MÉDECINE LÉGALE. *La simulation des maladies mentales.* Rapporteur : M. le Dr Porot (d'Alger) ; 11 h. Visite de la maison de santé ; 12 h. Déjeuner offert par le gouvernement du Grand-Duché.

Après-midi : 14 h. 1/2. Départ par train spécial pour Colmar-Berg ; 15 h. Arrivée au château grand-ducal. Réception par la famille souveraine. Garden-party ; 17 h. 11. Départ pour Luxembourg.

Soir : 20 h. 1/2. Concert par la musique militaire, sur la place d'Armes.

Jeudi 4 août. — Matin : 8 h. Excursion en automobile dans le Grand-Duché ; départ du Glacis en automobiles particulières mises à la disposition des congressistes, par leurs propriétaires luxembourgeois qui les piloteront, et en auto-cars offerts par le gouvernement ; Eich, Walferdange, Mersch, Ettelbruck, Bourscheid, Heiderscheid, Esch-le-Trou, Wiltz ; 10 h. 1/2. Arrêt à Clervaux. Visite du château et de l'abbaye des Bénédictins ; 12 h. Déjeuner, hôtel Kœner.

Après-midi : 14 h. Suite de l'excursion, vallée de l'Our, château de Dasbourg ; 16 h. Vianden. Arrêt, une demi-heure ; visite du vieux château des Nassau ; 16 h. 1/2. Diekirch, La Rochette, Blumenthal (Suisse luxembourgeoise) ; 18 h. 1/2. Retour à Luxembourg.

Soir : 21 h. Réception offerte par le président et les membres du Congrès.

Vendredi 5 août. — Matin : 9 h. 1/2. Dans la grande salle de l'Athénée, ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS ; 10 h. 1/2. Visite de la ville, de la fondation Pescatore, du parc, etc.

Après-midi : 14 h. 1/2. Départ de la gare de Luxembourg, par train spécial, pour Mondorf-les-Bains (40 minutes) ; 15 h. Séance de communications ; 17 h. Visite de l'établissement thermal ; 18 h. 1/2. Dîner à Mondorf ; 19 h. 1/2. Soirée théâtrale offerte par la direction de la station thermale ; 21 h. 1/2. Retour à Luxembourg par train spécial (40 minutes).

Samedi 6 août. — Matin : 8 h. (environ). Départ pour Metz (trajet : 1 h. 20). Visite de la ville. Réception et déjeuner.

Après-midi : 14 h. 1/2. Séance de communications. Clôture, à Metz, de la XXVe session du Congrès.

Le comité de l'Association des dames françaises à Luxembourg se mettra à la disposition des dames congressistes pour leur faire visiter les curiosités de la ville pendant les séances du Congrès.

Les membres du Congrès auront accès au casino pendant toute la durée du Congrès.

Chaque congressiste recevra un guide illustré de Luxembourg spécialement composé à l'occasion du Congrès, contenant un plan de la ville, une carte du pays. les itinéraires des excursions et les renseignements pratiques nécessaires. Il sera offert, en outre, à chacun, une pochette contenant 25 cartes-vues.

Passeports. — Grâce à l'amabilité de M. Reuter, ministre d'État à Luxembourg, les congressistes qui se rendront directement à Luxembourg ne seront pas astreints aux formalités des passeports et seront exemptés de tous droits.

Les cartes de congressiste porteront au verso un cachet spécial avec la mention : « Le titulaire de cette carte est autorisé à entrer dans le Grand-Duché et à en sortir sans payer de droits. »

Pour revenir de Luxembourg en France, il n'est pas besoin de passeport, mais une pièce d'identité est nécessaire pour démontrer la nationalité française.

Monnaie. — Les pièces de monnaie, les billets de la Banque de France et de la Chambre de Commerce de Paris ont libre cours dans le Grand-Duché.

Hôtels. — Des renseignements détaillés seront fournis sur les hôtels et restaurants. Chambres de 8 à 20 fr. ; repas de 8 à 15 fr.

Costume. — Dans toutes les réceptions, la tenue adoptée sera le costume de ville ou de voyage.

EXCURSIONS FACULTATIVES. — A la suite du Congrès, des excursions facultatives pourront être organisées pour permettre à ceux des congressistes qui le désireraient la visite du champ de bataille de Verdun ou un voyage en Rhénanie, ou les deux successivement.

Les congressistes qui désireraient participer à l'une ou à l'autre de ces excursions sont priés de se faire inscrire le plus tôt possible.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. — Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents. Cotisation, 30 fr. ; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent. Cotisation, 15 fr.

Les asiles d'aliénés et autres établissements de bienfaisance inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Les membres adhérents reçoivent, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports, et, après le Congrès, le compte rendu des travaux.

Prière d'adresser les adhésions (avec cotisations jointes) au Dr Lalanne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE RADIOLOGIQUE DES GROS VAISSEAUX DE LA BASE DU CŒUR

PAR

L. DELHERM et P. THOYER-ROZAT

Chef du laboratoire d'électro-radiologie de la Pitié. Assistant au laboratoire.

I. **Introduction.** — Nous nous proposons, dans cette Revue, de rappeler les données pratiques qui sont nécessaires pour effectuer un examen radiologique correct des vaisseaux de la base du cœur, et de préciser en même temps les modifications que les travaux de ces dernières années ont apportées aux conceptions anciennes qui avaient cours sur cette question.

II. **Recherches anatomo-radiologiques** — Nous inspirant des communications de Cerné (1), Mougeot (2), Bordet (3), nous avons effectué des recherches sur le cadavre entier, n'utilisant pour cela que des sujets relativement jeunes sans déformation thoracique, et dont le passé clinique ne comportait aucune maladie de l'appareil circulatoire.

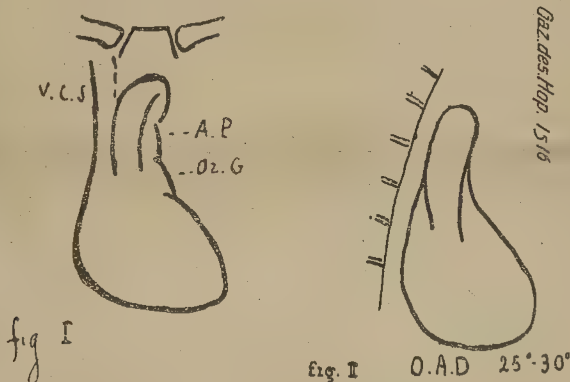
Les vaisseaux de la base ayant été injectés (4), le sujet a été placé dans les conditions habituelles d'examen du cœur telles qu'on les trouvera décrites plus loin.

Ces recherches sur le cadavre nous ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

1° Position frontale. — L'ombre de l'*aorte* ascendante déborde un peu à droite le sternum, et est doublée à gauche par l'aorte initiale descendante.

L'artère pulmonaire saille nettement à gauche de l'origine de l'aorte.

La veine cave supérieure apparaît un peu en arrière et nettement à droite de l'aorte ascendante : elle déborge largement le sternum (fig. 1).



2° Position oblique antérieure droite (O. A. D.). — a. *A 25 ou 30°* l'ombre de l'*aorte* ascendante et celle de l'initiale descendante se superposent, donnant l'impression du classique « doigt de gant » (fig. 2).

L'artère pulmonaire tend à disparaître derrière l'aorte.

La veine cave, jusqu'à 30°, se projette à gauche du doigt de gant, sur la colonne vertébrale.

b. *Vers 40°, les deux ombres aortiques* se dissocient, l'ascendante vient à droite de l'observateur, la descendante vient à sa gauche.

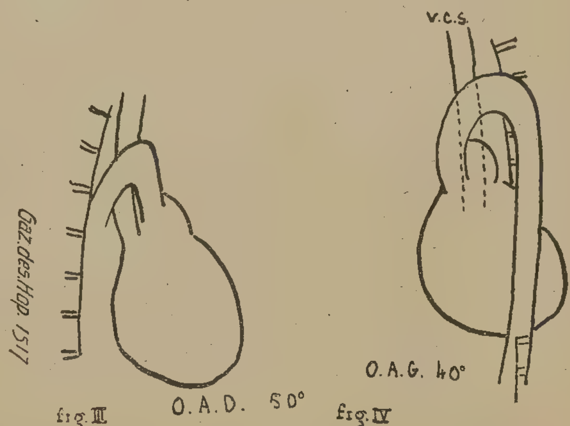
L'artère pulmonaire disparaît derrière l'aorte.

La veine cave supérieure, solidaire de l'aorte ascendante, croise l'ombre de la descendante.

c. *A 50°*, les deux ombres aortiques sont séparées : l'ombre de l'aorte descendante est presque au contact de la colonne vertébrale : l'angle formé par les deux branches de l'aorte est un angle assez aigu (fig. 3).

Cette image n'est pas, comme on peut s'en rendre compte, conforme à l'opinion généralement admise jusqu'à ces derniers temps, où des correctifs ont été apportés par les auteurs précités à la conception classique qui voulait que, à 40 ou 50°, en oblique antérieure droite, on observe sur lé bord gauche (pour l'observateur) de l'aorte ascendante, accolée au vaisseau, une image moins sombre correspondant à la projection de la portion descendante de la crosse, plus éloignée de l'écran.

Nos recherches personnelles nous ont permis de confirmer à notre tour l'inexactitude du schéma radiologique autrefois classique, et qui est évidemment contraire aux notions anatomiques; c'est la veine cave qui à 50° vient se projeter dans l'espace clair qui existe entre l'aorte ascendante et l'aorte descendante.



3° Position oblique antérieure gauche (O. A. G.). — *A 30°*, les trois portions de l'*aorte* ascendante, horizontale et descendante, sont nettement dissociées et constituent une véritable boucle de 8 de chiffre.

L'artère pulmonaire, à 30 ou 40° vient saillir, accolée à l'aorte ascendante, dans cette boucle.

La veine cave supérieure confond son ombre avec celle de l'aorte ascendante derrière laquelle elle se projette (fig. 4).

Les autres positions n'apportent pas de modifications sensibles aux schémas ci-dessus.

III. **Déductions pratiques.** — Quelles applications pratiques tirer maintenant de ces données expérimentales pour l'examen radiologique du pédicule vasculaire du cœur sur le vivant ?

Disons pour commencer que de tous les gros vaisseaux de la base, un seul est constamment visible, c'est l'aorte et seulement dans les portions ascendante, horizontale quand elle est vue en raccourci, et initiale descendante de sa crosse.

(1) Cerné. *Bull. de la Soc. de radiologie*, Paris, juin 1913.
(2) Mougeot. *Bull. et mém. de la Soc méd. des hôpit.*, 21 nov. 1918.
(3) Bordet. *Arch. des mal. du cœur et des vaisseaux*, fév. 1919.
(4) Pour la technique de ces injections : voir Thoyer-Rozat. Contribution à l'étude anatomo-radiologique de l'aorte. *Th. de Paris*, 1919. Vigot.

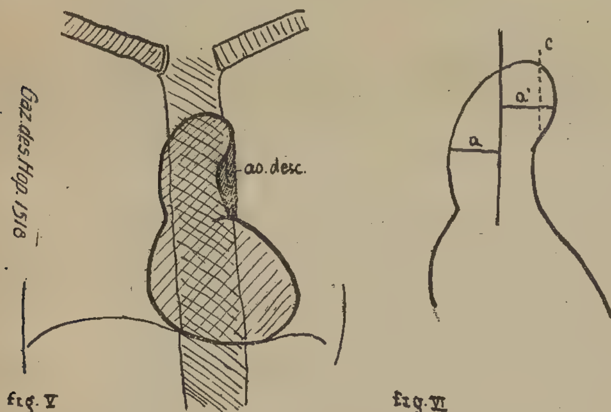
La portion descendante proprement dite et les autres gros vaisseaux échappent, chez l'individu normal, aux investigations radiologiques, ou bien ne donnent que des images moins accusées et partant, discutables.

Il faut donc, lorsque l'examen de l'aorte a pour but la mensuration de son calibre, écarter autant qu'on le peut les demi-teintes que peuvent donner les autres organes.

Sans trop insister sur la technique de ces examens, rappelons cependant qu'ils doivent être pratiqués sur le sujet debout et en utilisant, de préférence, un châssis analogue à celui dont nous nous servons journellement à la Pitié, et qui fut imaginé en 1912, par l'un de nous avec MM. Josué et Laquerrière (1). Ce châssis offre le précieux avantage de posséder un dossier qui fait corps avec une plateforme tournante, graduée, sur laquelle se tient le malade; l'ensemble oscille à droite et à gauche autour d'un axe qui passe sensiblement par le médiastin postérieur généralement considéré comme étant l'axe du corps. On peut donc ainsi examiner son sujet sous tous les angles désirés, et cela facilement et sans que le malade ait à faire autre chose qu'à rester commodément appuyé contre le dossier.

A. Le sujet sera d'abord examiné en POSITION FRONTALE, face à l'écran.

Dans cette attitude, la visibilité de l'*aorte* normale est très réduite. Presque entièrement masquée par l'ombre sterno-vertébrale, elle ne la déborde que très légèrement à droite (portion ascendante de la crosse) un peu plus à gauche, où sa portion horizontale, vue en raccourci, dessine un bec plus ou moins saillant : dans la description du bord gauche de l'ombre cardio-vasculaire, il constitue l'arc supérieur, l'arc moyen représentant l'artère pulmonaire et l'oreillette gauche et l'arc inférieur le ventricule gauche. Tout au plus, lorsque certaines conditions favorables se trouvent réalisées (thorax peu épais, région hilaire gauche bien claire, arc moyen peu saillant), peut-on voir, exceptionnellement, chez l'individu normal, le début de l'aorte descendante qui apparaît sous forme d'une bande verticale d'un gris pâle, dans l'angle rentrant qui unit l'arc supérieur à l'arc moyen (fig. 5).



Ce que l'on voit de l'aorte en position frontale se réduit donc, pratiquement, à peu de chose. Mais déjà, ce fait même est en faveur d'une aorte normale comme nous le verrons tout à l'heure en décrivant l'aorte pathologique. Pourtant, suivant que le vaisseau est plus ou moins incurvé, l'ombre portée est plus ou moins large et l'on note souvent une saillie à gauche du sternum; il ne s'agit pas nécessairement pour cela, de cas pathologiques : on observe seulement que ces aortes se voient de préférence chez l'adulte; peut-être marquent-elles le premier stade d'une évolution de sclérose ultérieure.

La seule mesure de l'aorte en position frontale est insuffisante et peut même donner lieu à de grossières erreurs d'interprétation, car elle renseigne moins sur le volume du vaisseau que sur son degré de courbure.

Ces mensurations — celle de la largeur totale de l'ombre aortique $a + a'$ et de sa corde c (fig. 6) — doivent, certes, toujours être prises et comparées aux tables de Vaquez et Bordet qui donnent les chiffres normaux aux différents âges; mais il faut n'en tenir compte que dans une certaine mesure; seul l'examen *en position oblique* (voir plus loin) garde toute son importance dans la mesure du calibre de l'aorte.

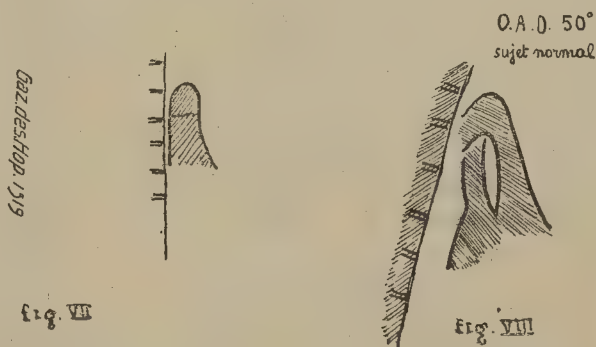
L'*artère pulmonaire* peut donner sur le vivant normal une image assez faiblement esquissée et dont la situation en vue antéro-postérieure ne peut, en tous cas, prêter à confusion dans l'interprétation de l'image aortique.

La *veine cave supérieure* donne parfois une ombre atténuée que l'on peut voir déborder le sternum à droite et se continuer vers la clavicule droite en décrivant une légère courbe à concavité externe.

B. POSITIONS OBLIQUES. — Nous avons montré (parag. II) que pour bien voir et surtout pour bien mesurer l'aorte, c'est aux positions obliques qu'il faut recourir, et en particulier aux positions oblique antérieure droite (O. A. D.) et oblique antérieure gauche (O. A. G.).

1° Quand on fait lentement pivoter le sujet pour l'amener en *oblique antérieure droite*, c'est-à-dire épaule droite se rapprochant de l'écran, l'ombre vertébrale, se portant à la gauche de l'observateur, tend à se dissocier de l'ombre cardiaque qui, au contraire, se déplace à sa droite : l'ombre aortique qui la surmonte se détache de plus en plus nettement et prend bientôt l'aspect « en doigt de gant », dû à la superposition des trois portions de sa crosse qui se trouvent à un moment donné projetées sur le même plan vertical.

En règle générale, basée sur nos recherches cadavériques, c'est aux environs de 30° qu'a lieu cette superposition. Pratiquement, c'est au moment où commence à apparaître, entre l'ombre aortique et la colonne vertébrale, le mince filet clair du médiastin postérieur (fig. 7). Ici l'image aortique est



facile à lire; à plus faible obliquité, elle ne se détache pas encore de la colonne; à obliquité plus

(1) Voir *Journ. de radiol.*, juin 1914.

forte, au contraire, la dissociation des trois portions de la crosse et la visibilité possible de la descendante se projetant alors dans la clarté du médiastin, peuvent gêner l'observation : surtout, cause d'erreur pour la mensuration du calibre de l'aorte, peut apparaître vers 50° l'image de la veine cave qui vient s'accoler à celle de l'aorte ascendante et agrandir son ombre (fig. 8). C'est donc dans la position de choix indiquée plus haut pour la visibilité de l'aorte (30° environ), qu'il faudra également *mesurer son calibre*. Il est bien entendu que cette mesure doit se faire *orthodiagraphiquement*, c'est-à-dire en amenant successivement le rayon normal sur les deux bords de l'ombre du vaisseau, faute de quoi on s'exposerait à de grossières erreurs.

Les chiffres ci-joints, empruntés à Vaquez et Bordet donnent le calibre de l'aorte ascendante aux différents âges chez des sujets normaux (hommes).

De 16 à 20 ans......	1,5 à 2 cm.
De 20 à 30 —	2
De 30 à 40 —	2 à 2,5
De 40 à 50 —	2,5 à 2,8
De 50 à 60 —	2,5 à 3
Au delà de 60 ans...	3 a 3,5

Chez les femmes, ces chiffres sont généralement un peu plus faibles.

2° Pour s'assurer à titre de contrôle de l'exactitude de cette mesure et aussi afin de voir l'aorte sous un aspect différent, susceptible de nous renseigner plus exactement sur son image, examinons-la maintenant en *oblique antérieure gauche* (O. A. G.). L'intérêt de cette position, peu usitée jusqu'à présent, nous a été confirmé au cours de nos recherches sur le cadavre injecté. Si l'on veut bien se reporter en effet aux coupes anatomiques ou aux moulages de cette région, on se rendra compte que, en oblique antérieure gauche, sous un angle de 30 à 40°, la crosse de l'aorte se présente à nous avec son maximum de visibilité puisqu'elle franchit en pont le médiastin postérieur en se dirigeant d'avant en arrière et de droite à gauche.

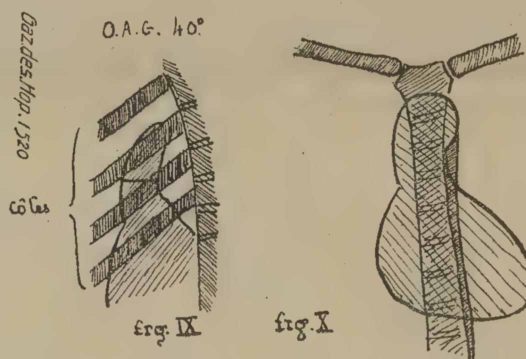
Sur le cadavre injecté, nous avons vu qu'apparaissaient nettement ses trois portions ascendante, horizontale et descendante, dissociées au maximum et formant entre elles une boucle très arrondie et plus ou moins ouverte ou fermée, suivant que l'on fait croître ou décroître l'angle sous lequel on examine le sujet.

C'est ce qui se produit sur le vivant, avec une visibilité toutefois beaucoup moindre, surtout lorsque l'on a affaire à un sujet normal.

Revenons pour cela à la position primitive frontale et faisons pivoter le sujet en sens inverse du mouvement que nous lui imprimions tout à l'heure, quand nous l'examinions en O. A. D., c'est-à-dire en rapprochant maintenant son épaule gauche de l'écran. La dissociation des trois portions de la crosse, déjà amorcée en position frontale, ne fait ici que s'accroître, pour atteindre son développement maximum entre 30 et 40°. Cependant, ici encore, on n'en voit réellement bien — quand elle est normale, — que la portion ascendante, l'horizontale se confondant avec l'image des côtes qui suit une direction absolument semblable, et la descendante étant masquée par la colonne (fig. 9).

Toutefois, cette position est intéressante parce qu'elle permet d'abord de mesurer à nouveau le calibre de l'aorte ascendante, — sans être gêné par la veine cave qui apparait ici non plus accolée, mais postérieure à l'aorte — et aussi parce que, en cas d'affection de ce vaisseau, c'est dans cette position qu'il serait le plus facile d'en saisir et d'en situer les lésions, puisque c'est celle où l'aorte se présente le mieux à l'observateur.

Enfin, c'est encore en O. A. G. que l'on devra chercher à voir l'*artère pulmonaire* : bien que nos injections cadavériques nous l'aient nettement montrée contournant l'aorte à sa base et bien visible sous la boucle qu'elle dessine dans cette position, on la voit peu ou mal sur le vivant normal : elle correspond d'ailleurs à la projection des hiles pulmonaires et se confond avec leur ombre. Mais il n'en reste pas moins vrai qu'il faut la rechercher systématiquement dans cette position : nous verrons plus loin que certains états pathologiques peuvent l'y rendre visible.



IV. **Aspect radiologique des vaisseaux de la base à l'état pathologique.** — *A.* Aorte. — Il résulte de ce qui vient d'être dit de l'aspect radiologique de l'aorte normale, que lorsqu'un état pathologique entraînera des modifications qualitatives de ce vaisseau, celles-ci se traduiront à l'écran par des images caractéristiques propres à chaque lésion en même temps qu'à chaque portion de la crosse.

Aortites. — En position frontale, le seul fait de voir l'aorte déborder nettement le sternum à droite et à gauche doit déjà retenir l'attention. Peut-être n'y a-t-il là qu'un vaisseau un peu sinueux et de ce fait dessinant, même de face, une *courbe* plus étendue : mais n'y eût-il que cela, il faudrait le signaler : il se peut en effet que ces aortes sinueuses aient déjà perdu une partie de leur souplesse et soient destinées à être tôt ou tard entachées d'aortite (fig. 12).

Fréquemment du reste, ce premier signe s'accompagne d'une *opacité plus grande* du vaisseau : le bec de la crosse marque alors une saillie manifeste à gauche du sternum et se profilant nettement sur la clarté pulmonaire. Parfois même l'opacité du vaisseau est telle qu'elle tranche sur l'ombre sternovertébrale, et que l'aorte descendante peut transparaître à travers l'ombre du cœur (fig. 10).

On constate enfin généralement dans ces cas que les *battements* des parois de l'aorte présentent une amplitude exagérée et une vibrance toute spéciale.

Par contre, on peut observer quelquefois des aortes scléreuses très obscures et qui ne sont animées que de faibles battements.

Elargissement du pédicule vasculaire du cœur (par saillie de l'aorte ascendante et descendante à droite et à gauche du sternum), allongement du vaisseau qui peut remonter jusqu'à la fourchette sternale, opacité plus marquée, battements exagérés, voilà au seul examen de face des *signes de présomption* en

faveur d'une aortite avec augmentation du calibre de l'aorte.

La *certitude* pourtant ne nous en sera donnée que dans les positions obliques.

Répétant les manœuvres exposées tout à l'heure pour l'exploration de l'aorte normale, nous pourrons, en O. A. D. d'abord, en O. A. G. ensuite, à titre de contrôle, dessiner par l'orthodiagraphie, puis mesurer le calibre de l'aorte ascendante. On sera plus d'une fois frappé de constater que telle aorte qui, de face éveillait l'attention par sa courbure exagérée, ne présente en position oblique qu'un calibre sensiblement normal. C'est, répétons-le, parce que en position frontale l'aorte ascendante ne concourt pas seule à donner l'ombre projetée sur l'écran : celle-ci est formée par les trois portions de la crosse formant une boucle plus ou moins ouverte. Donc, encore une fois, ne jamais préjuger du calibre de l'aorte par son simple examen frontal.

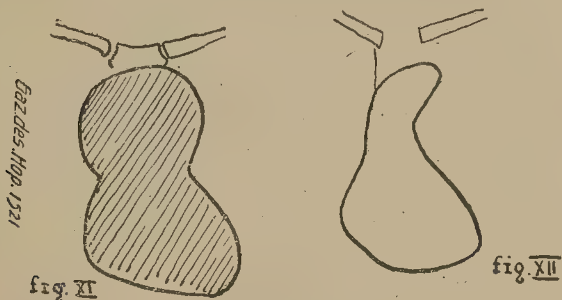
Après l'avoir mesurée comme il a été dit, on pourra, en augmentant en O. A. D. l'angle de rotation du sujet, chercher à faire apparaître l'*aorte descendante*. Invisible, en effet, normalement chez les sujets jeunes, elle peut, chez les vieillards (aorte sénile), à plus forte raison chez les scléreux notoires, être suffisamment opaque aux rayons pour donner sur l'écran une ombre nettement visible, soit uniforme, soit de teinte irrégulière si le vaisseau est semé de plaques althéromateuses.

Dans ces cas encore, l'examen de l'aorte en position oblique antérieure gauche (O. A. G.) permet de compléter l'examen fait en O. A. D. En particulier dans le cas d'aortite manifeste, l'aorte visible cette fois dans tout son trajet donne, dans cette position, une très belle image de sa crosse dont la portion horizontale franchit, en pont, le médiastin postérieur.

Anévrismes. — L'étude détaillée du diagnostic radiologique des anévrismes de l'aorte, nous entraînerait hors des limites de cette Revue.

Il nous paraît indispensable cependant, devant l'importance de l'examen radiologique — importance telle que l'on n'affirme plus maintenant l'existence ou l'absence d'un anévrisme sans le contrôle de l'écran — d'en rappeler brièvement les signes principaux.

On constate d'abord à l'écran un élargissement plus ou moins considérable avec déformation du pédicule vasculaire, atteignant parfois un volume égal et supérieur à celui du cœur et donnant ainsi l'image caractéristique de *cœur en sablier* (fig. 11).



Cette tumeur, de plus, est d'une teinte au moins égale — mais le plus souvent supérieure — à celle du vaisseau lui-même. Elle est généralement pulsatile et inséparable, dans quelque position que ce soit, de l'un des différents segments aortiques. Il en résulte que connaissant maintenant le trajet et l'aspect radiologique des trois portions de la crosse de l'aorte, il nous sera facile de situer aussi exactement que possible le siège d'un anévrisme de l'aorte thoracique.

Quant aux anévrismes de l'aorte abdominale qui jusqu'à présent passaient inaperçus, ils peuvent être, désormais, mis en évidence par la nouvelle méthode d'exploration radiologique de la cavité abdominale connue sous le nom de *pneumo-péritoine*.

Laubry et Mallet ont tout dernièrement communiqué un cas de ce genre à la Société médicale des hôpitaux (1).

B. Artère pulmonaire. — Nous avons vu, au début de ce travail, que l'artère pulmonaire constitue dans le tracé du contour cardiovasculaire, en position frontale, la moitié supérieure de l'arc moyen (fig. 1), et se profile en O. A. G. sous la crosse aortique (fig. 4).

Mais, normalement, on voit peu de choses en ces différents points et l'artère pulmonaire ne donne pas d'image radiologique appréciable : à peine peut-on voir chez des sujets atteints d'éréthisme cardio-vasculaire (Bordet), l'ébauche des images obtenues expérimentalement au cours de nos recherches cadavériques. On peut alors mesurer le vaisseau (mesure qui s'effectue, de préférence, en position frontale, en traçant une perpendiculaire du sommet de l'arc moyen à la ligne médio-sternale) et les chiffres obtenus varient, dans les cas normaux, de 2,7 à 3,1 et dans les cas pathologiques de 3,2 à 8,7 (Bordet).

Lorsque le processus de sclérose que nous avons étudié sur l'aorte vient frapper à son tour l'artère pulmonaire, il doit, semble-t-il, la rendre nettement visible. En fait, la sclérose de l'artère pulmonaire ne provoquant pas de saillie anormale de son tronc ne modifie guère le contour de l'arc moyen. Cependant, au niveau des hiles pulmonaires dont les images radiologiques sont constituées, en partie, par les ramifications de la pulmonaire, on trouve une accentuation des ombres qui doit être pour une bonne part rapportée à la sclérose vasculaire.

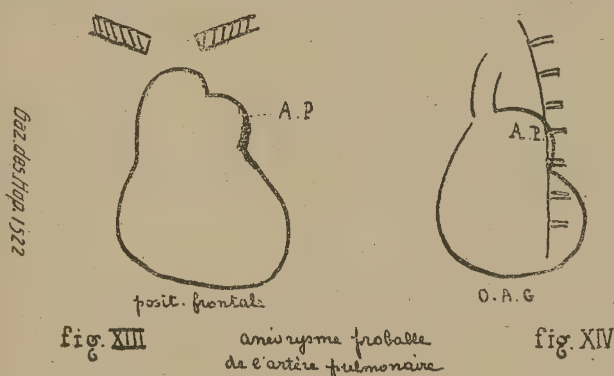
Mais, où la pathologie de l'artère pulmonaire prend une signification radiologique véritablement intéressante, c'est dans les cas de dilatation du vaisseau. Généralement due à un rétrécissement congénital avec ou sans communication interventriculaire, elle donne à l'écran, en position frontale, un élargissement tout à fait caractéristique de l'arc moyen, juste au-dessous de l'arc supérieur aortique, et, dans les différentes positions obliques, une saillie plus ou moins accusée occupant la place que nos recherches cadavériques nous avaient fait assigner au tronc de l'artère pulmonaire : rappelons encore une fois que c'est dans la position oblique antérieure gauche que l'on voit le mieux la pulmonaire accolée à l'aorte ascendante qu'elle contourne.

On observe, naturellement, dans ces cas de sténose de la pulmonaire, un développement exagéré du cœur droit qui prend fréquemment l'aspect du gros cœur ou sabot.

Enfin, nous avons eu dernièrement la bonne fortune de pouvoir observer et étudier (avec nos amis Bordet et Jacob) un cas d'anévrisme de l'artère pulmonaire. On observait chez notre malade un arc moyen extrêmement saillant et animé de battements

(1) *Soc. méd. des hôpit.*, 29 oct. 1920.

exagérés, et en position oblique, l'image d'une véritable poche au-dessous d'une aorte restée sensiblement normale. Nous n'en avons pas encore, il est vrai, la confirmation anatomo-pathologique, mais



les images radiologiques nous ont paru suffisamment caractéristiques pour permettre de poser l'hypothèse d'un gros anévrisme de la pulmonaire (1).

C. Veine cave supérieure. — Les différents états pathologiques de la veine cave supérieure relevant dans la majorité des cas de lésions extrinsèques (soit compressions de voisinage par anévrisme aortique, mal de Pott dorsal avec abcès, tumeurs du médiastin, médiastinite, etc., soit affections du cœur gênant la circulation de retour), se traduiront donc par une dilatation uniforme du vaisseau et, partant, par une visibilité plus grande de son ombre.

Les images radiologiques de la veine cave dans ces différents cas ne seront, par conséquent, que l'exagération de celles observées normalement chez la plupart des individus et se rapprocheront de ce que nous avons vu sur nos cadavres injectés, c'est-à-dire : *En position frontale*, visibilité de la veine cave, le long du bord droit du sternum ; elle y dessine, à l'inverse de l'aorte ascendante, une légère courbe à concavite externe (fig. 1).

En position oblique antérieure droite, vers 50°, ombre doublant celle de l'aorte ascendante, à laquelle elle est accolée et venant finir dans l'oreillette droite (fig. 3 et 8).

En position oblique antérieure gauche, sous presque tous les angles, disparition de la veine cave derrière l'aorte ascendante, mais visibilité du vaisseau dans sa portion sus-aortique (fig. 4).

* * *

Nous voici donc en possession de données nouvelles sur l'aspect radiologique — à la fois normal et pathologique — des gros vaisseaux de la base du cœur.

Confrontées avec les renseignements donnés par la clinique, elles sont appelées à apporter encore plus de précision dans l'étude de la pathologie des gros vaisseaux de la base du cœur.

De l'Anaphylaxie à l'Immunité. Anaphylaxie. Protéotoxies. Envenimations. Anaphylaxie Immunité. Sérums antivenimeux, par Maurice Arthus, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne. 1 vol. de 361 pages. — Prix : 20 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

---

(1) Laubry et Parvu ont récemment signalé un cas analogue (Soc. méd. des hôpit., 12 nov. 1920).

TRAITEMENT EXTERNE
SIMPLE ET EFFICACE
DE
QUELQUES DERMATOSES COURANTES

Par MM. VEYRIÈRES et FERREYROLLES,
Médecins consultants à la Bourboule.

Quand un malade demande à un médecin de le débarrasser d'une dermatose, celui-ci sait que pour être complètement utile à son client il doit essayer : 1° de modifier les qualités de la peau héréditaires ou acquises ; 2° guérir les altérations des organes ou régulariser leur fonctionnement. Ce traitement, le seul vrai, comprend toute la médecine des états généraux avec en plus l'usage des modificateurs spéciaux des qualités de la peau : arsenic, soufre, mercure, etc.

Mais ce traitement ne donnera de résultats qu'à échéance éloignée et l'on doit, en attendant, s'aider du traitement externe qui donnera en attendant des résultats rapides quelquefois, quelquefois aussi durables. Pour cela, pas besoin d'une thérapeutique compliquée, il suffit que le médecin ait une expérience suffisante des procédés qu'il emploie et panse lui-même son malade. Bazin a dit depuis longtemps que le mode d'emploi a plus d'importance que la composition du produit.

Nous nous hasardons à dire ce que nous faisons à La Bourboule, dans des conditions exceptionnelles c'est vrai, puisque nous avons pour nous l'altitude, l'air et l'eau minérale, adjuvant ou correctif, auraient dit les anciens, de procédés parfois peu classiques.

Peaux trop sèches. Xérodermies. — Onctions avec tous corps gras, spécialement avec les préparations à base de lanoline et des bains fréquents. Mais si nous ne devions pas ne parler que de cure externe, nous dirions bien qu'avec ces onctions, de l'huile de morue et de l'arsenic à l'intérieur, si on s'adresse à des enfants, on a de grandes chances de modifier cet état de la peau d'une manière durable.

Peaux trop grasses. Séborrhée. Kérose. — Pour le visage, nous conseillons habituellement des savonnages, avec des savons de bonne qualité. Certaines peaux supportent mieux les lotions avec l'alcool fort, la liqueur d'Hoffmann ou même l'éther de pétrole. Ces soins enlèvent l'enduit gras mais ne préviennent pas sa sécrétion.

Pour la prévenir, il faut s'adresser au soufre ; et le procédé le plus simple consiste en application de polysulfure de potassium vrai, c'est-à-dire solution de quantisulfure, de xv à xxx gouttes pour une cuillerée d'eau, et dans l'usage habituel d'une poudre de toilette renfermant un peu de soufre.

Pendant longtemps, nous avons prescrit : poudre dermophile de Leclerc à laquelle on aura ajouté avant tamisage 1/20 de soufre précipité, très finement, porphyrisé. Aujourd'hui, nous employons plus volontiers, comme excipient du soufre, la formule :

Stéarate de magnésie	5 gr.
Huile de vaseline	5
Talc	20
Kaolin	20

Mais nous persistons à croire que le tamisage de ces poudres n'est suffisant qu'avec une installation mécanique. Toutes les formules de poudre peuvent

être employées pourvu qu'elles ne renferment aucun sel métallique; et naturellement toutes doivent être colorées au teint de la cliente.

Grâce à l'emploi raisonné de ces poudres, les malades peuvent se débarrasser de leur acné habituel.

Séborrhée du cuir chevelu. — Pour le cuir chevelu, les poudres sont toutes et toujours d'un emploi peu commode, et nous ne comprenons guère l'emploi de pommades sur un cuir chevelu déjà trop gras. Il nous semble bien de n'employer jamais que la solution de polysulfure de potassium comme nous venons de l'indiquer, il y a un instant. On tâtonne un peu pour décider de la quantité de gouttes à mettre dans l'eau; au lieu du tampon de coton employé pour le visage, on met la solution dans un flacon à stilligouttes, on fait tomber les gouttes entre les cheveux écartés, de manière à ne mouiller guère que le cuir chevelu. Il y a une odeur désagréable, mais très peu persistante, et le pansement aussi utile, croyons-nous, que celui des pommades, a duré dix fois moins de temps. Si le cuir chevelu devient trop sec, il faut, de temps en temps, interrompre l'usage du polysulfure, et même parfois accepter l'usage passager des pommades. Peut-on guérir réellement cette séborrhée? Nous n'oserions pas l'affirmer, mais avec l'usage du polysulfure on en supprime tout au moins les inconvénients.

Pitryasis du cuir chevelu. Calvitie. — Le pitryasis du cuir chevelu est de la même série que la séborrhée; contre lui aussi nous n'employons que la lotion au polysulfure et les pellicules disparaissent bientôt pour ne pas revenir si l'usage du polysulfure est continué assez longtemps.

Nous n'employons les pommades mercurielles au turbite minéral, à l'oxyde jaune, à l'onguent ci... redoublé que contre les plaques localisées, à allure de parakératose psoriasiforme.

Soigner un cuir chevelu, c'est empêcher la calvitie peut-être. Peut-on agir utilement sur la calvitie acquise de cause séborrhéique, nous ne le croyons guère. Est-il besoin, quand on fait la cure par le polysulfure, d'y ajouter des lotions excitantes? Nous ne le croyons pas non plus, si ce n'est pour corser l'ordonnance et amuser le client. Le traitement un peu intensif par le polysulfure est déjà assez excitant par lui-même.

Acné. — Les soins que nous avons conseillés en cas de peaux grasses sont tout indiqués chez les acnéiques et souvent peuvent suffire pour éviter les poussées d'acné, mais il faut en plus surveiller la présence des comédons, cause directe d'acné. Si les comédons sont volumineux, on les extrait avec l'instrument spécial et après extraction, on touche avec un tampon imbibé d'alcool camphré, s'ils sont petits et nombreux, le mieux est de faire mousser sur le visage du savon qu'on laisse en place toute la nuit; on renouvelle cette application deux ou trois soirs de suite et alors un massage un peu énergique suffit à les extraire très facilement.

Si, malgré tous ces soins, les comédons persistent et si les poussées d'acné surviennent, il faut faire plus.

Sur le visage, ce qu'il y a à conseiller d'abord, c'est la lotion soufrée qui n'est qu'un procédé pour bien étendre la poudre de soufre sur le visage. Nous modifions un peu la formule classique, espérant que le savon de notre formule agira un peu en tant que savon et surtout rendra plus parfaite l'adhérence de la poudre. Nous formulons :

Fleur de soufre	15 gr.
Teinture de savon de soude	60
Glycérine	5
Eau-de-vie camphrée	60

Il nous semble inutile d'ajouter de l'eau qui ne sert qu'à retarder la dessiccation. Nous sacrifions peut-être à la tradition en mettant dans notre mélange de l'alcool camphré; il serait probablement mieux de n'employer comme liquide que la teinture de savon camphrée.

Chaque fois que l'affection est plus sérieuse, qu'elle a résisté à l'emploi de la lotion soufrée, il faut en venir à l'exfoliation, et vraiment nous nous demandons si on ne devrait pas l'employer beaucoup, beaucoup plus souvent qu'on ne le fait.

Pour exfolier, nous nous servons tout simplement d'un mélange à parties égales de soufre et de savon noir, savon mou de potasse; c'est la formule de Lallier moins l'huile de cade dont vraiment on ne comprendrait pas l'emploi dans l'acné. Parfois la pommade n'agit pas suffisamment; peut-être parce qu'il devient difficile de se procurer du véritable savon de potasse. Nous n'ajoutons pas de résorcine au mélange, et, grâce à cette suppression, si l'action est plus lente, elle n'est nullement douloureuse, et l'aspect de l'épiderme momifié s'éloigne moins de l'aspect d'un épiderme normal.

Nous faisons étendre cette pâte le soir en demandant de la conserver toute la nuit, on l'enlève le matin à l'eau tiède et on recommence le second soir; quelquefois, il faut une nouvelle application le troisième soir, mais jamais plus. Dès le surlendemain, l'exfoliation est complète; mais il est bien, pendant ces deux jours, de faire des onctions avec une pommade anodine. Nous le répétons : la suppression de la résorcine fait que le procédé n'est pas douloureux, nous l'avons employé bien souvent et pas un de nos clients ne s'est plaint d'avoir eu ses nuits troublées.

Il y a une variété d'acné rare, mais bien désagréable, *c'est l'acné vermoulante.* Dans cette forme, le comédon ne fait pas de pustule mais amène toujours la cicatrice; pour cette forme, encore plus que pour les autres, l'exfoliation est indiquée puisqu'elle débarrasse la peau des comédons cause des cicatrices.

Peut-être le massage par la douche filiforme pourrait-il aider à la disparition des cicatrices; c'est à tenter, mais ce que nous croyons c'est qu'il ne faut pas essayer de la douche dans le cas d'acné phlegmoneuse; la douche nous a bien semblé pousser à la suppuration, il faut s'en tenir à la pointe de galvano.

Dans l'*acné cornée*, il faut avant tout détruire les cônes : badigeonnages avec une solution forte de nitrate ou mieux avec la lessive de soude qu'on enlève par un lavage à grande eau aussitôt que la cuisson est violente. Les cônes une fois détruits, badigeonnage de temps en temps au nitrate, et, dans l'intervalle des badigeonnages, faire des onctions avec une préparation à base de lanoline renfermant de l'ichtyol ou du baume du Pérou.

L'*acné chéloïdienne de la nuque* en évolution exige avant tout la suppression du faux-col et de tous les frottements, puis les pansements antistaphylococciques : lotions à l'alcool camphré, pansements

humides avec les solutions de sulfates, badigeonnages au nitrate d'argent. Mais les cicatrices de l'acné chéloïdienne sont, elles, justiciables au premier chef de la douche filiforme, et nous nous demandons même s'il est bien utile d'accompagner son emploi de celui des emplâtres.

ERUPTION PAPULO-MILIAIRE RÉCIDIVANTE DE LA FACE. — Cette affection, qui touche aux acnés, au moins à l'acné couperosique, est difficile à traiter car presque toujours la peau est d'une sensibilité excessive; le soufre ne peut être employé que sous forme de préparations peu actives; la douche filiforme nous a souvent très bien réussi, mais il faut se contenter de pressions plutôt faibles 3 kg. environ; et encore, souvent la nuit qui suit le traitement est pénible; le malade éprouve parfois une véritable sensation de brûlure, même si l'eau employée n'avait que 32°.

ACNÉ COUPEROSE. — Ici, au contraire, la résistance de la peau est très considérable, ce qui fait bien penser que ceux qui en ont séparé l'éruption papule miliaire ont eu raison. Le soufre est assez bien supporté, pas toujours pourtant, et avec le traitement le mieux conduit le résultat se fait longtemps attendre. Avec deux ou trois séances de douche filiforme, on débarrasse le patient pour des années ou pour toujours. Mais dans la couperose, il faut employer les fortes pressions, 5 kg. environ, détruire les pustules en évolution ou en préparation, et rompre les veinules; il y a un peu d'hémorragie pendant les applications, le visage se couvre de croûtes qui persistent pendant 3 ou 4 jours, mais la sensation de brûlure n'existe pas comme après le traitement de l'éruption papulo-pustuleuse.

ECZÉMAS. ECZEMATIDES. — Pour les eczémas et même pour les eczématides, sauf pour celles qui vont tout à fait vers les parakeratoses psoriasiformes, nous n'employons plus que rarement les pommades et encore moins souvent les pâtes. L'excipient de ces préparations est absorbé par l'enveloppement qu'on a l'habitude de faire, et il reste un enduit qui le plus souvent est assez irritant. Si l'on craint qu'une pommade ne coule, il suffit d'employer un excipient à point de fusion assez élevé pour n'avoir pas à l'épaissir par une poudre. Si l'on veut un pansement absorbant qu'on s'adresse alors carrément aux poudrages.

Le meilleur moyen de désinfecter les eczémas qui théoriquement amicrobiens nous arrivent toujours très infectés, moyen absolument obligatoire dans les cas d'eczéma aigu, c'est le pansement humide mais pas fait comme on le fait d'habitude. Comme liquide nous n'employons jamais les décoctions de plantes qui même aromatiques cultivent facilement; nous employons pour les cas aigus un pansement humide fait avec une solution d'ichtyol vrai ou de l'eau à laquelle nous ajoutons par litre dans la généralité des cas une cuillerée de sel marin et 1 gr. de sulfate de zinc ou de sulfate de cuivre ammoniacal ou 0g50 de ces deux sels. Nous n'employons jamais que le sulfate de cuivre ammoniacal parce que le sulfate de cuivre ordinaire contient toujours des particules insolubles, entre autres de fer, paraît-il, qui sont irritantes. Nous proscrivons l'enveloppement du pansement par un tissu imperméable; on mouille à nouveau de temps en temps pour éviter la dessiccation et l'échauffement du pansement. Avec le pansement classique, surtout quand on le fait avec une décoction de plantes, il semble vraiment que l'on recherche à la fois la macération de la peau et la création d'un milieu de culture.

Le bain local, quand la région permet de l'employer ne risque pas de provoquer les auto-infections comme le pansement humide; mais son action semble bien un peu différente de celle du pansement humide.

Si l'acuité n'est que moyenne, si surtout nous avons affaire non à un eczéma vrai mais à une eczématide infectée, nous commençons souvent la cure par un bon savonnage à l'exemple des chirurgiens, et nous ne craignons pas de renouveler ce savonnage de temps en temps. Dans de nombreux cas l'avantage nous a paru très net, et nous croyons bien n'avoir jamais eu à le regretter. Il est vrai que quand on se savonne dans un bain, le rinçage à fond est facile.

Quand l'eczéma nous arrive, ou que nous l'avons amené à une période moins aiguë, quand arrive le moment des pansements secs, s'il y a encore une abondante sécrétion de sérosité, nous poudrons avec talc ou kaolin mais auquel nous ajoutons un vingtième de sulfate ou de carbonate de fer. Ce pansement a quelquefois l'inconvénient de dessécher plus qu'on le voudrait et toujours de tacher le linge; mais en certains cas, il est vraiment très utile.

Ce que nous aimons le mieux pour poudrer c'est la préparation suivante :

Talc ou kaolin (on mélange en parties égales de talc et de kaolin)....	100 gr.
Sulfate de zinc ou sulfate de cuivre ammoniacal..........	1 —

faire dissoudre dans une quantité d'eau suffisante pour faire une pâte avec la poudre; dessécher cette pâte et la passer au tamis de soie.

Quand la sécrétion est très considérable, que le derme semble notablement œdématié, nous remplaçons les sulfates de zinc ou de cuivre par le sulfate de fer, mais à la dose de 5 gr. par litre.

Ces poudres valent au moins comme poudres absorbantes les autres poudres, et nous nous imaginons que les sulfates qui y sont incorporés sous cette forme doivent leur donner quelques propriétés désinfectantes. Quand la surface secrète peu, qu'elle ne semble pas infectée, quand il s'agit surtout d'éviter l'irritation des frottements, nous donnons la préférence à la poudre grasse dont nous avons déjà donné la formule :

Talc et kaolin, de chaque.......	20 gr.
Stéarate de magnésie..........	5 —
Huile de vaseline.............	5 —

A cette formule, on peut avec avantage incorporer de 5 à 10 gr. d'icthyol. La période des pansements humides et celle des poudrages passées, arrivent celle des goudrons et celle de notre médicament de prédilection, le nitrate d'argent.

Depuis longtemps, comme moyen d'appliquer les goudrons, nous nous servions de l'omnol vétérinaire n° 3; il est aujourd'hui remplacé par le collosol au goudron de pin, qui plus récent est, paraît-il exactement l'ancienne préparation vétérinaire. Pas plus que tous les autres pansements, celui-ci ne réussit pas toujours, mais il est propre et très commode.

Aussi commode, aussi propre est le badigeonnage au nitrate d'argent qui, à notre avis, est le procédé de choix pour débarrasser un malade d'un

eczéma qui a dépassé la période aiguë. Nous n'employons jamais de solution faible, presque toujours la solution au 1/10, mais nous ne faisons que des applications plutôt rares, tous les 4 ou 5 jours; il nous semble que les badigeonnages avec les solutions faibles et trop fréquentes, agaçant la peau, sont ceux qui irritent.

Et l'application du nitrate d'argent nous permet de faire un pronostic; du jour où la partie noircie met 3 ou 4 jours à se détacher, on sait que l'épiderme se renouvelle moins fréquemment, et qu'on va vers la guérison.

Sans conteste, le nitrate est le médicament des fissures et le médicament de certaines régions; les plis, les aisselles, l'espace rétro-périnéal, le scrotum les conduits auditifs.

Entre les badigeonnages, il faut un pansement et nous reconnaissons qu'un panseur même entraîné peut hésiter et ne pas toujours faire le pansement utile. Et, quoique nous n'aimions guère les pommades, il nous est arrivé nombre de fois d'employer des pommades à l'ichtyol qui souvent nous donnaient de très bons résultats, à l'époque où l'on avait de l'ichtyol vrai.

Eczéma hyperkératosique. — Dans les eczémas de la paume de la main ou dans ceux de la plante des pieds, quand l'hyperkératose est considérable, nous faisons volontiers un badigeonnage à la lessive de soude, mais, avec la précaution d'avoir sous la main une cuvette d'eau dans laquelle nous plongeons la partie traitée aussitôt que le malade accuse une sensation de cuisson un peu violente; c'est l'affaire de toujours moins d'une minute. Puis massage à la lanoline fortement ichtyolée et, si c'est nécessaire, badigeonnage au nitrate des fissures.

L'*eczéma interdigital* des pieds est-il toujours parasitaire? Peut-être moins qu'on ne le dit, puisque très souvent les ongles ne sont pas pris, ce qui paraîtrait bien un peu étonnant avec une origine seulement parasitaire. Quoiqu'il en soit, dans cette forme, nous n'employons jamais de pommades, nous nitratons et poudrons avec la poudre sulfatée. Et pour le cas où notre eczéma serait parasitaire, quand nous nitratons nous avons soin d'employer un tampon un peu serré et nous frottons pour détacher l'épiderme ramolli sous lequel le parasite pourrait s'abriter, comme il le fait sous la collerette d'une pustule d'ecthyma.

Ce qui nous paraît encore bien plus parasitaire que l'eczéma interdigital, *c'est l'eczéma vulvaire* des diabétiques tant on l'améliore vite avec les badigeonnages de nitrate et les toilettes un peu fréquentes avec une solution un peu forte des sulfates. Mais cette eczématisation est presque toujours accompagnée d'un prurit violent; et l'eczématisation guérie, on se trouve souvent en face d'une lichenification telle qu'elle ressemble presque à de la leucoplasie; le nitrate d'argent est alors un bon médicament et du prurit et de la lichenification; mais bien moins pourtant que la douche filiforme qui, dans ce cas, fait aussi bien que dans tous les prurits localisés.

Pour l'eczéma de la région des favoris; c'est peut-être encore le nitrate d'argent qui réussit le mieux contre cette forme si rebelle, à la condition de se servir de solutions franchement fortes, et d'employer entre les badigeonnages des préparations mercurielles, surtout, peut-être les pommades à l'onguent citrin.

Pour la séborrhéide figurée médiothoracique, l'ancien eczéma flannellaire, après avoir fait supprimer la flanelle, le traitement le plus commode et que nous croyons le meilleur est de faire, le soir, une lotion avec de l'eau à laquelle on ajoute, suivant la résistance de la peau XV à XXX gouttes de polysulfure par cuillerée à bouche. Cette lésion ne se développe guère que sur les peaux grasses; savon et polysulfure en viennent toujours à bout.

Eczéma papuleux ou papulo-vésiculeux. — Il nous semble qu'il existe des éruptions uniquement papuleuses que, cliniquement, on peut rapprocher plus de l'eczéma papulo-vésiculeux que des prurigos.

L'eczéma papulo-vésiculeux disséminé ou en placards ne demande pas lui, à coup sûr, de pommades. Disséminé, douches chaudes avec un jet de 2 à 3 mm. avec pression de 1 à 2 kg. et badigeonnages au nitrate. En placards, encore la douche et même avec un peu plus de pression. La douche, un peu violente est un grand calmant du prurit.

Après, on peut hésiter entre le nitrate et la goudroline, mais si le prurit persiste, c'est au nitrate qu'il faut donner la préférence. Nous avons trouvé rarement, mais vu pourtant, des placards dans lesquels la lésion nous semblait bien uniquement papuleuse quoique coïncidant avec, en d'autres régions des éruptions de papulo-vésicules. Dans ce cas, le badigeonnage à la lessive de soude nous a paru faire merveille.

Psoriasis. — Nous ne reviendrons pas ici sur le traitement externe des psoriasiques, que nous avons étudié plus complètement dans un article du *Journal de médecine et de chirurgie pratique* de décembre 1921.

Prurits localisés. Névrodermite chronique circonscrite. — Contre pareil symptôme, nous estimons que la douche filiforme est le procédé de choix. Assez souvent le prurit cède à la première application, si trois ou quatre sont quelquefois nécessaires, elles suffisent à retarder les récidives de plusieurs mois. Une nouvelle séance le fera disparaître. Si la lichenisation des plaques est considérable, nous faisons précéder la douche de 5 à 6 kg. de pression d'un badigeonnage à la lessive de soude.

Le prurit vulvaire cède facilement à la douche, le prurit scrotal moins aisément, semble-t-il, nous avons eu pourtant des résultats complets.

Pour le prurit anal, s'assurer qu'il n'est entretenu ni par des hémorroïdes, ni par des oxyures, et le traiter par des badigeonnages au nitrate au 1/10, deux fois par semaine, badigeonner avec soin toutes les fissurettes, et dans l'intervalle on les protégera, tout en facilitant le passage des matières, avec une pommade ferme à la lanoline et à l'ichtyol à laquelle on pourra ajouter un peu d'adrénaline.

Lichen plan. — Le lichen plan est le type de l'affection prurigineuse (cum materia). Dans le lichen plan le prurit est-il réellement prééruptif, nous nous permettons d'en douter; il semble qu'il est tout au plus contemporain de l'éruption et, à coup sûr, il disparaît aussitôt la papule détruite. Nous ne connaissons pas d'application externe qui empêche l'éruption de la papule, mais chaque papule individuellement et convenablement douchée par la douche filiforme est guérie dès la première application; et une papule n'est suffisamment douchée, convenablement douchée, que si elle prend, sous la

douche même, l'aspect ecchymotique ou s'il se fait à son sommet une exhalation de sérosité constituant une sorte de grosse vésicule.

Pour les variétés cornées, que ces variétés doivent ou non être maintenues dans le lichen plan, il faut avoir la main plus lourde et pousser l'application de la douche jusqu'à exulcération. A moins que, pour ces formes, on ait commencé par le badigeonnage à la lessive de soude qui rend plus facile l'action de la douche.

L'éruption une fois terminée, un lichen plan est par la douche filiforme guéri aussitôt qu'on a pu doucher toutes les papules. On gagne sur les autres procédés des semaines ou des mois et on évite au patient pommades et emplâtres, ce qui est bien quelque chose.

Lupus érythémateux. — Le lupus érythémateux très superficiel, guérit parfois seul et guérit souvent, également, à la suite d'application de savons ou de modificateurs un peu énergiques, mais cette guérison demande des mois.

Le lupus érythémateux fixé un peu profond ; l'herpès crétacé demande des modificateurs plus énergiques ; galvano-puncture, scarifications, rayons X et cela souvent pendant fort longtemps.

Avec la douche filiforme en un nombre de séances commandées par l'étendue du lupus et le courage du patient, on vient toujours à bout rapidement d'un lupus érythémateux; et il est rare que l'on soit obligé de doucher plus de deux fois une même partie. Il faut employer une forte pression, 5 à 6 kg. et faire sauter tout le tissu malade. La douche sait bien trouver le tissu sain et elle le respecte absolument.

La douche filiforme n'a qu'un concurrent dans le traitement rapide du lupus érythémateux : la neige carbonique. Avec la douche, la douleur immédiate est peut-être plus vive, mais disparaît aussitôt la douche terminée; avec la neige carbonique, elle dure au moins 24 heures. Si, avec les deux procédés, on a des cicatrices régulières, à la condition de ne pas faire de pansement, celles de la neige carbonique sont souvent trop blanches. Avec l'anesthésie locale bien faite, on peut éviter la douleur de l'application de la douche.

Naturellement, il n'est pas plus question de douche filiforme que de tout autre procédé un peu énergique dans la période d'acuité ou dans les formes ambulantes.

Lupus tuberculeux. — Pas tous les lupus tuberculeux, mais tous ceux qui sont justiciables de la scarification ou de la curette gagneraient peut-être à être curettés par la douche. Avec elle, pas besoin d'avoir l'habileté de mains qu'exige la scarification ; la douche fait un curettage électif, elle n'enlève que le tissu malade, elle est un procédé intelligent par lui-même, encore plus intelligent que la curette.

Qu'il s'agisse de lupus érythémateux, qu'il s'agisse de lupus vulgaire, après le curettage nous ne faisons jamais aucun pansement. Peu d'heures après l'application, la région est recouverte d'une croûte faite en partie de sang, en bien grande partie de sérosité desséchée; nous ne touchons pas à ces croûtes, nous attendons qu'elles se détachent d'elles-mêmes ce qui arrive, en général, entre le 4e et le 6e jour; très rarement, nous avons dû, au 7e, 8e jour, quand elles persistaient les faire détacher par un pansement humide ou des pulvérisations.

Jamais nous n'avons vu quoi que ce fût, ressemblant à de l'infection et toujours nous avons eu des cicatrices très belles, jamais irrégulières, parfois si belles qu'il fallait les chercher. Nous nous demandons si l'habitude des pansements n'est pas cause des cicatrices disgracieuses qu'on voit si souvent après l'emploi des autres procédés.

Nous n'avons pas curetté assez de lupus vulgaire, mais beaucoup d'érythémateux, assez pour savoir que, si les récidives ne sont pas très rares, elles se font toujours en bordures, jamais sur le tissu cicatriciel ; elles commencent par un point qu'un coup de jet suffit à détruire.

Douche filiforme. — Nous venons de vanter, en si nombreux cas, la douche filiforme qu'il nous faut bien pour ceux qui ne l'ont pas vue à Saint-Louis, dire ce que nous appelons douche filiforme. C'est une douche à très petit jet, puisque le jet que nous employons n'a le plus souvent qu'un demi-millimètre de section et à forte pression, puisque l'on doit, suivant les cas, employer des jets de 3 à 6 ou 7 kgr., 5 le plus souvent avec une température optima de 32°. Pour ceux de nos confrères que la question intéresse nous les renvoyons à notre article sur : La douche filiforme en dermatologie. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1921.)

Voilà résumé, ce que notre très longue pratique dermatologique nous a montré vrai, tout au moins à La Bourboule. Nous n'avons pas eu la prétention d'enseigner quoi que ce soit aux dermatologistes de carrière, notre but est seulement de convaincre les praticiens qu'avec des médicaments et des procédés peu nombreux, on peut obtenir, au moins dans la pratique courante, des résultats satisfaisants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 MAI 1921)

La fièvre aphteuse bovine n'est pas transmissible à l'homme; la stomatite aphteuse humaine n'est pas transmissible aux bovins. — M. Charles Lebailly. Les traités classiques de médecine humaine et de médecine vétérinaire enseignent, sur la foi d'expériences faites en Allemagne en 1834, que la fièvre aphteuse se transmet des animaux à l'homme par l'intermédiaire du lait.

Périodiquement, on publie des observations qui semblent confirmer cette donnée. M. Ch. Lebailly, au cours de l'épizootie de fièvre aphteuse qui sévit depuis 1919 en Normandie, a fait une enquête sur ce sujet. Il n'a constaté aucun cas de fièvre aphteuse humaine parmi les nombreuses personnes qui étaient en contact avec les animaux malades.

Un certain nombre d'expériences ont été faites par M. Lebailly. Dans une première série, il a tenté la transmission de la stomatite aphteuse humaine aux bovidés. Les essais ont été négatifs.

Dans une deuxième série, des essais de transmission de la fièvre aphteuse bovine au singe ont été négatifs.

Un accident de laboratoire a montré que l'inoculation à l'homme restait aussi négative.

M. Lebailly conclut que la fièvre aphteuse bovine et la stomatite aphteuse de l'homme sont des maladies absolument distinctes, puisque la première ne peut être transmise expérimentalement à notre espèce, ni la seconde aux bovidés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 MAI 1921)

Eaux minérales. — M. Pouchet lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales, rapports dont les conclusions sont adoptées.

Traitement chirurgical des anévrismes de l'aorte. — M. Delorme revient sur la question d'actualité du traitement chirurgical des anévrismes de l'aorte. Il cite les propositions faites en 1913 par M. le prof. agrégé Leriche; il reste attaché plutôt à la résection régionale du plexus sympathique dans la cavité péricardique qu'à la libération en dehors d'elle et demande à l'Académie de discuter la question soulevée par M. Fiessinger de l'influence nocive d'un acte opératoire même distant sur l'aorte. S'appuyant sur des faits, il ne partage pas l'opinion de son collègue.

M. Fiessinger se demande si le traitement chirurgical ne pourrait avoir pour effet de réveiller une lésion ancienne latente. Il n'y a d'ailleurs pas que le traitement chirurgical et il est bien des cas dans lesquels le traitement médical donne de fort bons résultats. M. Fiessinger cite l'exemple d'un malade qu'il a vu, pour la première fois, il y a dix ans et qui était atteint d'un énorme anévrisme de la crosse de l'aorte. Ce malade fut soumis au traitement spécifique. M. Fiessinger le fit rester au lit pendant plusieurs mois et ne lui laissa prendre qu'un litre de lait par jour, avec deux potages. Les battements allèrent en diminuant et furent singulièrement réduits; cet homme put reprendre peu à peu ses occupations, chasser à courre comme autrefois; 11 ans après, il fut atteint d'une double pneumonie dont il guérit et resta, depuis lors, bien portant.

M. Rénon rappelle que dans le cas qu'il a présenté, tous ses traitements médicaux étaient restés sans résultats et c'est pourquoi on s'est décidé à recourir au traitement chirurgical.

M. Delorme répond à M. Fiessinger qu'il n'a jamais douté que, dans certains cas, le traitement médical de l'anévrisme de l'aorte pût être efficace, mais il est aussi des cas où il reste inefficace. C'est dans ces derniers que le traitement chirurgical reprend tous ses droits.

M. Tuffier fait observer que la question s'élargit. Il n'était tout d'abord question que de l'évolution de l'anévrisme de l'aorte et de son traitement chirurgical. Il s'agit maintenant du traitement médical. Le traitement antisyphilitique n'est pas toujours efficace. M. Tuffier cite un cas d'anévrisme de l'iliaque qui fut traité, sans succès, par la médication antisyphilitique. Il pratique alors la ligature de l'iliaque. Le malade meurt trois jours après. On pouvait craindre que le fil n'eût pas tenu. On fit l'autopsie, le fil avait parfaitement tenu.

Revenant à l'observation de M. Rénon, M. Tuffier reconnait avec M. Delorme, que la sympatectomie qu'il a dû pratiquer chez ce malade a pu avoir un heureux effet sur les douleurs; mais il n'y avait pas que ces douleurs, il y avait aussi la dilatation de l'aorte. Or, M. Tuffier ne croit pas qu'on puisse soutenir que la section de branches du sympathique puisse avoir une action sur cette dilatation du vaisseau. La compression, au contraire, peut avoir une action purement mécanique.

Les hémorragies rénales post-opératoires. — M. Legueu a cherché à élucider la pathogénie de ces hémorragies rénales post-opératoires qui succèdent à l'ablation d'un calcul après incision du rein ou après incision du bassinet.

Elles sont quelquefois assez graves pour obliger à pratiquer la néphrectomie dans les quelques jours qui suivent la première opération et, contrairement à ce qu'on pourrait penser, elles ne résultent presque jamais (une fois sur douze entre ses mains) de la section d'un vaisseau important; elles sont causées toujours par une zone de nécrose, celle-ci est en général localisée au niveau de l'incision du rein et est due à la section même du rein et au resserrement des fils; mais, d'autres fois, dans six cas sur douze, c'est bien un infarctus qui cause l'hémorragie, mais celui-ci est indépendant du foyer opératoire; il est la conséquence de la déchirure d'une artère anormale, qui se rendait au pôle du rein et dont la déchirure en vertu de la terminalité des artères rénales, entraîne la nécrose d'une partie du rein; une congestion intense se développe autour de ces infarctus et c'est de la rupture de ces petits vaisseaux que résulte l'hémorragie considérable qu'on observe.

L'allylthéobromine. — M. Remond (de Metz) et Colombier ont fait une série de recherches sur l'allylthéobromine d'où il résulte qu'elle détermine une augmentation de l'élimination de l'eau et de l'urée, mais qu'on ne peut pas conclure à l'existence d'une décharge azotée du fait que la quantité des urines a notablement augmenté et qu'il est nécessaire de rechercher l'urée séparément.

Similitude entre l'encéphalite épidémique (forme motrice) et la méningite tuberculeuse chez l'enfant. — M. Jouin communique une observation qui prouve combien peut être difficile le diagnostic différentiel, chez l'enfant, de la grippe, de l'encéphalite épidémique et de la méningite tuberculeuse. Un enfant de 3 ans présentait tous les symptômes de la méningite tuberculeuse; c'était du moins le diagnostic porté; contre toute attente, il guérit. Il s'agissait d'un cas d'encéphalite épidémique.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 11 MAI 1921)

Hyoscyamine et atropine. — M. Tiffeneau. Dans ses effets sur la pupille et sur les terminaisons cardiaques du vague, l'hyoscyamine levogyre, le principal alcaloïde de la belladone est deux fois plus active que l'atropine, alcaloïde racémique, composé de parties égales d'hyoscyamine levogyre et dextrogyre. Le sulfate d'hyoscyamine levogyre est un sel bien cristallisé, fusible à 206°, qui peut, aussi bien en oculistique que pour l'usage interne, se substituer à une dose double de sulfate d'atropine. Il conviendrait toutefois de fixer les limites extrêmes de son pouvoir rotatoire.

Essai thérapeutique sur l'emploi de la lysidine dans le rhumatisme chronique. — MM. Bith et Bournigault. Le bitartrate de lysidine expérimenté par ces auteurs dans le rhumatisme chronique mérite d'être expérimenté dans la goutte, car il relève le coefficient azoturique, facilite l'élimination des chlorures, des corps puriques et surtout celle de l'acide urique.

Décalcification et besoins calciques des tuberculeux. — MM. Laufer et Lematte. Les besoins calciques sont assurés par 1g75 à 2 gr. de chaux alimentaire. Le lait qui renferme 0g31 de chaux par 200 gr. de lait et le fromage frais ont été les éléments d'introduction de chaux dans l'organisme, au cours des expériences, chaque fois qu'il y avait lieu d'augmenter la ration calcique expérimentée.

Ces auteurs estiment que d'autres minéraux, fer, potasse, silice, etc., sont également indispensables.

L'emploi des lavements de bile glycérinée contre la constipation. — M. G. Lemoine (de Lille), s'appuyant sur les recherches radiologiques de Bensaude et Vicente, utilise chez l'adulte deux cuillerées à soupe de bile glycérinée dans 200 gr. d'eau, et chez les petits enfants une cuillerée à café dans 50 gr. d'eau.

Action de la diathermie sur certaines séquelles épiploïques de l'appendicite chronique opérée. — MM. Gaston-Durand et S. Nemours-Auguste. Les applications bipolaires de courant de haute fréquence, à forte intensité, agissent favorablement sur les douleurs engendrées par l'épiploïte chronique que l'on voit assez souvent survivre aux opérations d'appendicites chroniques, limitées au seul appendice; il est indiqué d'y recourir quand l'examen, clinique et radioscopique, ne donne pas les preuves indiscutables de péri-typhlite ou de péricolite adhésive, ou comme palliatif quand le malade se refuse à une nouvelle opération.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


René Vincent


OVULES ROCHE"
AU
THIGÉNOL
dosés à 30%
F.HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS


Thigénol
Roche

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gabelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Merklen, Lortat-Jacob, Lion, Caussade, Babonneix, Sicard, Hallé, L. Ramond, Enriquez, Louste, Michon.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour 3 places d'internes titulaires s'ouvrira le lundi 25 juillet 1921, à 2 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu (salle de la bibliothèque).

Les épreuves de ce concours consistent :

1° En une composition écrite sur un sujet d'anatomie, tiré au sort.

2° En l'examen de deux malades, l'un de médecine, l'autre de chirurgie; chaque examen d'une durée de 20 minutes, suivi, après 20 minutes de réflexion, d'une exposition orale d'une durée de 10 minutes.

Une heure est accordée pour la composition écrite.

Seront seuls titularisés, les candidats qui auront obtenu le nombre de points fixé par le jury.

Les candidats qui n'auront pas obtenu le minimum de points nécessaire, pourront être admis à titre provisoire par l'administration, d'après le rang obtenu au concours. Ils auront les mêmes avantages matériels que ceux accordés aux internes titulaires; mais ils ne jouiront ni du titre d'interne, ni des prérogatives qui s'y rattachent, c'est-à-dire : prix, gratification, exemption du stage de spécialités.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier 1922.

Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 1.800 fr. et des gratifications quand il y a lieu.

De plus, un prix spécial de 200 fr. sera accordé à chacun des candidats ayant obtenu les 2/3 du maximum des points au concours, à la condition qu'ils aient donné toutes satisfactions à leurs chefs de service et à l'administration pendant leur première année d'internat.

Les internes titulaires sont nommés pour 2 ans.

Ils ne doivent faire aucun remplacement médical sous peine de renvoi.

Sont admis au concours : tous les étudiants et étudiantes en médecine, Français ou naturalisés Français, ayant au moins 8 inscriptions.

En cas d'insuffisance du nombre de candidats français, les étudiants et étudiantes étrangers, élèves d'une Faculté française, pourront être admis à concourir dans la limite où l'administration croira devoir le décider.

Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire.

Les internes changent de service tous les six mois, d'après un roulement établi par l'administration.

Pendant la durée des vacances des élèves sages-femmes, les internes peuvent être appelés à tour de rôle à assurer le service de la maternité.

Nota. — En dehors des avantages matériels qui leur sont offerts, les internes ont, aux hospices d'Orléans, de très grandes ressources professionnelles.

Cet établissement contient : 500 lits de malades aigus; 2 services de médecine générale; 3 services de chirurgie générale; 1 service de gynécologie; 1 service de chirurgie enfant et un autre de médecine enfant; 1 maternité; 1 service de maladies vénériennes; 1 service d'yeux; 1 service d'oto-rhino-laryngologie; 1 laboratoire; 1 service de radiologie et de physiothérapie; 1 service de contagieux; plusieurs services de vieillards; 1 crèche; 1 bibliothèque très bien montée; 1 amphithéâtre; 1 consultation externe de maladies de peau; 1 consultation de médecine; 1 consultation de chirurgie, etc.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — *Composition écrite.* — Séance du 20 mai. — MM. Eltrich, 22; Huc et Ecot, 26; Huet, 24; Soupault, Philardeau et Marais, 23; Wilmoth, 27; Reinhold, 28; Michon, 23.

Oral. — MM. Tournex, 16; Oberlin, 19; Braine, 14; Huc, 18; Ecot, 12; Soupault, 18; Philardeau et Marais, 14; Wilmoth, 17; Rheinhold, 13; Michon, 14.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 mai. — MM. Vallée, 16 + 7 = 23 ; Matsoukis, 8 + 5 = 13 ; Leroy, 17 + 8 = 25.

Séance du 21 mai. — Mme Godet, 11 + 6 = 17 ; MM. Couturier, 9 + 5 = 14 ; Couanet, 19 + 9 = 28.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un décret, en date du 12 mai, crée un Conseil supérieur de la natalité et de la protection de l'enfance. Ce Conseil est chargé de l'examen de toutes les questions intéressant la natalité et la protection de l'enfance.

Le nouveau décret étend, en somme, les attributions de l'ancien Conseil supérieur de la natalité qui existait depuis le 27 janvier 1920.

GUERRE. — Sont inscrits au tableau d'avancement (12 mai 1921) :

(Réserve.) *Pour le grade de médecin-major de 1re classe.* — MM. les médecins-majors de 2e classe Morillon, Dupont, Ganault, Lévy, Leblanc, Planche, Blusson, Charbonnier, Rimbaud, Chifoliau, Léna, Dodeuil, Soubiès.

Pour le grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Ducot, Gaubert, Pagès, Ducros, Lagarrigue, Lubin, Gobert, Keller, Trabut, Dessirier, Cahuzac, Coittier, Henrionnet, Clerget, Malot, Pastour, Denance, Baudrimont, Coste, Bœckel, Huard, Gabory, Coudray, Jeudi de Grissac, Renoult, Braun, Guyot, Villain, Lefebvre, Boubée, Rouget, Percheval, Jouve, Paul-Boncour, Coulet, Mock, Neau, Garsaux, Binet, Tara, Sarlabous, Juillard, Bezos, Coryllos, Dartigues, Mazel, Miginiac, Ducuing, Molinier, Desplas, Chenet, Brocq, Besset.

Pour le grade de pharmacien-major de 2e classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe de Brux, Agnès, Fache, Breton, Basc, Leroy, Falvy, Niquet, Chrétien, Golse, Gérard.

(Armée territoriale.) *Pour le grade de médecin principal de 2e classe.* — MM. les médecins-majors de 1re classe Auvray, Mouchet, Castex, Gastou, Proust, Lenormant, Goinard, Jeanbrau, Hoche, André, Pechin.

Pour le grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Roland, Sirol, Chenal, Enard, Winstel, Nurdin, Polliot, Grenet, Rogier, Esperandieu, Grivot, Coze, Guisez, Herrenschmidt, Wegbecher, Landowski, Gayme, Darfeuille, Lancien, Carrel-Billiard, Magniez.

Pour le grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Castets, Guillemot, Lacrosaz, Reure, Faucon, Meillon, Coliez, Cheve, Léon, Ourradour, Jorrot, Paris, de Sevedavy, Rosain, Masson, Clerc, Brot, Rollet, Romand-Monnier, Damotte, Moreau, Vital, Roux, Fiocre, Blavot, Duplan, Grimpret, Dupouy, Guilaine, Brossard, Delobel, Goude, Bonamy, Orssaud, Noël, Lambert, Decoly, Ollivier-Beauregard, Sesboue, Gateau, Houssin, Delobel, Obers, Paget, Lerat, Gaugain, Bassard, Hausmann, Gaudelut, Saligné, Minet, Brohan, Debray, Cavaille, Clejat, Allamagny, Roques, Beringer, Vauthrin, Scemama, Fabri, Baudon, Vleeschouwer, Fanjoux, Martz, Durantet, Sauvan, Menvielle, Savoye, Bravy, Landowski, Parel, Canet, Laparra, Viel, Penel, Barre, Fabre, Langlet, Rivet, Houzel, Loques, Mutel, Bourdier, Levieil, Rainguet, Riberol, Fiessinger, Alquier, Riou, Szelechowski, Mazier, Gaudemet, Delage, Legris, Lemarchal, Jaulin, Combier, Guimbellot, Barescut, Martin, Hardouin, Dionis du Séjour, Dehelly, Nory.

Pour le grade de pharmacien-major de 1re classe. — MM. les pharmaciens-majors de 2e classe Valdiguié, Guerbet.

Pour le grade de pharmacien-major de 2e classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe Chuffart, Beringer, Balle, Palisse.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Cadenaule (de Bordeaux) et de Lostalot (de Biarritz).

M. le médecin-major de 1re classe de territoriale Valat.

LA MISE EN CONGÉ POUR LES MÉDECINS DE L'ACTIVE. — M. Taurines, député, demande à M. le ministre de la Guerre : 1° si un médecin-major de l'armée active ayant plus de quinze ans de grade peut prétendre : *a.* à un congé de deux ans sans solde et renouvelable; *b.* ou à être mis en réserve spéciale, et dans quelles conditions; *c.* ou à obtenir une retraite proportionnelle; 2° si la démission serait acceptée et dans quels délais. (*Question du 14 avril 1921.*)

Réponse. — 1° *a.* il n'est plus accordé de congé de deux ans, mais des congés de trois ans, dans les conditions prévues par la loi de finances du 31 juillet 1920. En raison de l'insuffisance numérique des cadres du service de santé, des congés de cette nature ne peuvent, actuellement, être accordés au personnel de ce service que pour des motifs tout à fait exceptionnels et dans la mesure compatible avec les nécessités du service; *b.* il en est de même de l'admission à la réserve spéciale; *c.* l'intéressé ne peut, en l'état actuel de la législation, obtenir une pension proportionnelle; 2° l'acceptation de la démission par le chef de l'Etat est également subordonnée aux nécessités du service. Rien ne s'oppose donc à ce qu'un médecin en fasse l'offre ; au cas d'acceptation, la décision présidentielle intervient dans le plus bref délai possible. (*J. O.*, 12 mai 1921.)

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS ALLIÉS OU AMIS (A. D. R. M.). — L'A. D. R. M. nous communique la note suivante :

« La Commission de propagande a été vivement intéressée par le résultat des démarches que MM. Sollier et Combault ont faites auprès du ministère des Affaires étrangères. Le service de la propagande ne demande qu'à se mettre en relations étroites avec l'A. D. R. M.

L'Association générale des médecins de France ayant transmis à l'A. D. R. M. le vœu de la Société du Loiret concernant l'interéchange des enfants de médecins de pays alliés, le Comité réalise immédiatement le moyen de donner satisfaction aux médecins demandant cet interéchange. Tous les médecins français qui veulent utiliser les relations de l'A. D. R. M. doivent aussitôt que possible envoyer avec noms et adresses la ville d'Angleterre, d'Espagne où ils désirent envoyer leurs fils. Avec les demandes émanant de ces deux pays, on verra dans quelles mesures il pourra être accordé satisfaction.

MM. Noir et Dartigues ayant demandé que tous nos communiqués soient adressés à la Presse médicale de province, des mesures sont prises pour leur donner satisfaction. Il est rappelé, une fois encore que l'A. D. R. M. est un groupement de médecins français et non pas seulement parisiens.

La Commission de propagande a adopté la motion de M. Desmarest : Tout membre de l'A. D. R. M. partant pour l'Etranger pourra recevoir une lettre du Comité-directeur l'accréditant auprès des confrères des nations alliées ou amies. Cette lettre lui donnera pouvoirs pour faire connaître le but poursuivi par notre Association. »

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Dans sa dernière séance, la Société a entendu les communications du Dr Foveau de Courmelles sur « les actions des rayons X à distance », et de M. Em. Cacheux sur le « Grand Paris ».

Après discussion, à laquelle ont pris part le Dr Kornhold et M. Marié-Davy, la Société a émis le vœu que la mortalité en France soit diminuée par la multiplication des maisons à bon marché et hygiéniques et des écoles de plein air.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Venot père (d'Yvrac).

URÉMIE & SÉCRÉTIONS INTERNES

Par MM. RÉMOND (de Metz), professeur de clinique médicale, et MINVIELLE, chef de clinique, à Toulouse.

Dans une série de notes communiquées à l'Académie les 23 janvier, 6 février, 6 mars et 10 avril 1917, nous avons donné les résultats d'une série de recherches, qui nous avaient amenés à entrevoir dans la pathogénie des accidents urémiques, que l'ablation des parathyroïdes aggravait notablement l'action de la thyronéphrectomie et déterminait une suractivité surrénalienne.

Depuis, nous avons poursuivi une série de recherches cliniques dont nous apportons le résultat.

I

Femme, 29 ans, entrée le 12 avril 1917. Goitre, constaté à l'âge de 6 ans. Fièvre typhoïde à 16 ans. Néphrite; actuellement 3 gr. d'albumine le 13 avril. Pachon 17-10 (20 juin). Tour du cou sur repaires fixes 31 cm. Retard considérable et oscillation très marquée dans l'élimination du bleu de méthylène. Régime lacto-végétarien, pâtes.

Le 22 juin, 1.225 cc. d'urine avec 4,58 de NaCl; azote total, 2,14; azote urée, 1,70; azote résiduel, 0,79; ammoniaque, 0,043; albumine, 2,14; sang, NaCl, 731; urée, 1,28.

Du 22 juin au 13 juillet, injections d'extrait thyroïdien (Choay).

Le 13 juillet, Pachon 14-10, goitre, 31 cm. 1/2; urines, 1.750 cc.; chlorures, 8,48; azote total, 5g07; azote azurée, 4g52; azote résiduel, 0,89; albumine, 1g75; ammoniaque, 0,10; sang, chlorures, 9,65; urée, 2g06.

Epreuve du bleu de méthylène, élimination irrégulière, prolongée : 8 jours. Le régime est continué sans modification.

Le 23 juillet, urines, 1.380 cc.; chlorures, 5g16; ammoniaque, 0,045; azote total, 3g15; azote urée, 2g46; azote résiduel, 0,77; albumine, 0,90; sang, chlorures, 9,36; urée, 1g90.

A partir du 23 juillet, une injection chaque deux jours de 1 cc. d'extrait parathyroïdien (Choay) et à partir du 31 juillet, deux cachets par jour de parathyroïde (Fournier), le traitement est continué jusqu'au 11 août.

Le 13 août, Pachon, 18-12; urines, 1.435 cc.; chlorures, 7g85; ammoniaque, 0,063; azote total, 2g84; azote urée, 2g84; azote résiduel, 0g60; albumine, 0,86.

Sang, chlorures : 7g45; urée, 0,94.

Même régime. Bleu de méthylène le 17 août, élimination jusqu'au 26 août.

Le 3 septembre, urines, 1.960 cc.; chlorures, 10g05; azote total, 2g76; azote urée, 2,10; azote résiduel, 0,66; ammoniaque traces, albumine, 0g19; sang, chlorures, 7,85, urée, 1g18.

On reprend le traitement thyroïdien.

Le 26 septembre, urines, 1.250 cc.; chlorures, 5g26; ammoniaque, 0,14; azote total, 8g88; azote urée, 2g15; azote résiduel, 0,73; albumine, 3g75; sang, chlorures, 8,15; urée, 1g36.

La malade sort au début d'octobre.

Sous l'influence du traitement thyroïdien l'urée sanguine a augmenté. Sous l'influence du traitement parathyroïdien, cet élément a diminué. Le même phénomène est à noter sur la quantité d'azote résiduel dans l'urine.

II

Homme 69 ans, entre le 21 novembre 1917, artériosclérose; néphrite chronique. Pas de syphilis, Pachon, 21,8; pas d'œdème, traces d'albumine. A l'entrée, chlorures du sang, 5g85; constante d'Ambard, 0,14.

Traitement parathyroïdien, 2 cachets et 1 injection d'extrait par jour, *du 23 novembre au 8 décembre*. Régime : lait, pommes de terre, fruits.

Chlorures du sang, 8,19; constante d'Ambard, 0,11.

Le traitement est continué jusqu'au 23 décembre.

A cette date, chlorures sanguins, 7,66; constante d'Ambard, 0,10.

Le traitement est supprimé et le malade maintenu au régime sans autre thérapeutique jusqu'au 3 février 1918. A cette date, chlorures du sang, 7g60; constante, 0,11.

La constante a donc diminué et est restée au-dessous de son taux à l'arrivée, sous l'influence du traitement; les phénomènes généraux ont cessé, le malade sort.

III

H... 52 ans, entre le 4 novembre 1917. Néphrite chronique. Pas de syphilis. Pachon, 24-12; oœur gros, foie volumineux, léger œdème des jambes, albumine traces, dyspnée.

Régime variable jusqu'au 27 novembre. Du 27 au 30, régime lacté absolu que le malade avait refusé jusque-là. Les signes subjectifs disparaissent.

Le 30, constante d'Ambard, 0,12; chlorures du sang, 8g77.

A partir de cette date, 2 mmgr. d'extrait de parathyroïde en injection, et 2 mmgr. de poudre en cachets. Régime lacto-végétarien, pain salé ordinaire. Le 16 décembre, constante d'Ambard, 0,065; chlorures du sang, 7,60; Pachon, 21-12.

Le traitement est interrompu, même régime.

Le 14 janvier (18) constante d'Ambard, 0,060. Chlorures du sang, 6,28. Le malade sort, le 15 février 1918, très amélioré.

IV

Parallèlement à ces deux observations où le traitement parathyroïdien s'était montré nettement favorable, nous avons, pour contrôler l'effet observé dans l'observation I, employé sur un malade l'extrait thyroïdien seul.

H..., 58 ans, entré le 9 août 1917. Œdème des jambes dyspnée; albuminurie, 0,15; Pachon, 21-12; bruit de galop. Après 8 jours de repos, de régime, l'analyse donne le 18 août : constante d'Ambard, 0,0749.

Du 19 au 28, 0g10 d'extrait thyroïdien.

Le 28, Pachon 14-9; constante d'Ambard, 0,289.

La dyspnée et le malaise sont très marqués; le traitement est suspendu. Néanmoins, la mort arrive le 5 septembre.

Nous avons ensuite repris comparativement le traitement parathyroïdien, le traitement thyroïdien et essayé sur le même sujet l'extrait testiculaire.

V

H..., 49 ans, syphilis, insuffisance aortique, bruit de galop, hypertension, azotémie. La première atteinte de néphrite s'est produite à 28 ans, 0,70 albumine. Entré le 7 mars, urine 2 à 3 litres; 0g50 à 1 gr. d'albumine. Repos, régime lacté, puis lacto-végétarien.

Le 18 mars, Pachon, 28-15; chlorures du sang, 6,40; constante d'Ambard, 0,43; traitement parathyroïdien.

Le 5 avril, chlorures du sang, 6,24; constante d'Ambard, 0,07; Pachon, 26,15; cessation de la parathyroïde.

Le 4 avril, injection d'extrait thyroïdien et deux cachets de 0g10 de poudre.

Le 17 avril, éréthisme cardiaque intense.

Chlorures du sang, 6,43. Constante d'Ambard, 0,12.

Le traitement est interrompu.

Le 26 avril, constante, 0,065. Chlorures 5g26. Pachon 26,15. On donne alors deux cachets par jour d'extrait orchitique jusqu'au 7 mai. Le 13 mai, constante, 0,12. Le malade sort.

Comme on le voit la constante très diminuée par le parathyroïde, a été chaque fois relevée par le thyroïde et par le traitement orchitique qui passe cependant pour hypotenseur.

D'ailleurs le traitement parathyroïdien appliqué à plusieurs reprises après des intervalles de régime libre, donne le même résultat.

VI

H..., 70 ans, entre le 12 mai. Albuminurie légère, bruit de galop, œdème malléolaire et palpébral.

Régime lacté.

A l'entrée : constante 0,15.

Après 20 jours d'extrait et de poudre de parathyroïde : constante, 0,11. Sort en juin.

Cinq mois plus tard rentre à l'hôpital; mêmes symptômes; on le laisse au régime ordinaire. Constante, 0,12.

Après 20 jours de traitement parathyroïdien : constante 0,09. Le malade sort fin novembre.

On peut d'ailleurs répéter l'expérience plusieurs fois chez le même sujet, quand le séjour à l'hôpital se prolonge.

VII

P..., 25 ans, réformé en septembre 1917 pour néphrite a frigore? Température subie — 22° en janvier 1917. L'œdème qui avait disparu revient au début de 1918 et il entre à l'hôpital le 9 avril 1918; 2° bruit aortique intense. Pachon 21-11 (8 jours après l'entrée). Les œdèmes ont disparus, albuminurie 5 gr. Après 8 jours de régimes lactés, chlorures du sang, 6,43. Constante, 0,24, cylindrurie (épithéliaux et granulo-graisseux). On donne avec du lait des pommes de terre et du beurre.

Pachon le 17 : 22-11, le 20 : 23-11, le 25 : 26-13.

Du 19 au 26 avril, traitement parathyroïdien.

Le 26 avril, constante, 0,03, chlorure du sang, 6,04.

Le 28 avril, nous essayons l'opothérapie rénale. On cesse le 8 mai. Dans l'intervalle poussée d'érysipèle apyrétique sur la fesse droite.

Le 13 mai, constante, 0,13. Pendant 20 jours traitement parathyroïdien.

Le 3 juin, constante, 0,12.

Au cours de cette période, l'albuminurie descend à 2 gr. à plusieurs reprises. Cependant le malade sort tous les jours. Pain sans sel ajouté au régime. L'abaissement du taux de l'albumine se maintient; le malade sort tous les jours. Après 25 jours de suspension de traitement, on prend à nouveau du sang, 1er juillet, constante, 0,20. Pachon, 22-11. On recommence le traitement parathoïdien pendant 20 jours et on trouve le 21 juillet, constante, 0,052.

Le 21 juillet, le traitement est supprimé. Une nouvelle épreuve donne le 6 août, constante, 0,12.

Le malade sort de l'hôpital.

Cette action de la parathyroïde sur la constante d'Ambard interprétée comme signe de l'intoxication urémique nous paraissant démontrée, nous avons voulu préciser sur quels éléments urémiques portait l'action de la glande. L'apparition de la guanidine et de la néthylguanidine dans le sang des animaux atteints de la tétanie parathyroïdiprive (Noël Paten et Findlay in Schafer. *Glandes à sécrétion interne*, Paris, Doin, 1920, p. 40), et ce que nous savions sur l'action de la créatine, nous amenèrent à songer à la relation entre la quantité de ces substances dans le sang et l'action du traitement parathyroïdien. Nos recherches pour une méthode de dosage pratique de la guanidine sont en cours, mais en attendant nous avons cherché à constater qu'elle était l'action du traitement à la parathyroïde sur l'azote résiduel (différence entre l'azote total et l'azote uréique contenue dans le sang).

Voici quelques expériences :

VIII

H..., 52 ans, entre le 28 août 1920, pas de syphilis. Néphrite chronique avec hypertension et bruit de galop; pas d'albuminurie. Dyspnée d'effort à l'entrée, Pachon, 28-12,5.

Le 7 septembre, Pachon, 16,5-10, le malade étant en équilibre au point de vue circulation, on fait un examen du sang.

Sang : azote total, 0,30; azote uréique, 0,15, azote résiduel, 0,15.

Du 11 septembre au 6 octobre, trois cachets poudre parathyroïde et une injection d'extrait chaque deux jours.

Le 6 octobre, Pachon, 21-10,5. Sang : azote total, 0,093; azote uréique, 0,074; azote résiduel, 0,018.

Le 15 octobre, le malade sort sans symptômes fonctionnels.

IX

H..., 23 ans, entré le 12 novembre 1920, réformé en août 1918, pour néphrite chronique avec albumine dans les urines, tachycardie, retentissement du 2e bruit. Pachon, 18,10, anorexie et diarrhée. Pas de syphilis.

A l'entrée : Pachon, 14,8; polyurie, 2l500; albuminurie légère, 0,40; bruit de galop céphalée, palpitations.

Le 13 novembre, prise de sang : azote total, 0,71 ; azote de l'urée, 0,17; azote résiduel, 0,54.

Traitement parathyroïdien comme ci-dessus. Le malade sort chaque jour. Régime mixte.

Le 6 décembre, pas d'albumine dans l'urine. Pachon, 15,7; émission urinaire, 1.200 gr. Examen du sang : azote total, 0,88; azote de l'urée, 0,41; azote résiduel, 0,20.

Le malade sort le même jour de l'hôpital en bon état.

X

F..., 52 ans, entrée le 8 octobre, néphrite chronique datant de 15 ans. 1re poussée d'œdème. Nouvelle poussée il y a six ans. En septembre 1920, œdème des jambes, puis des mains et du visage, qui persiste à l'entrée; céphalalgie, essoufflement, cryesthésie, pollakyurie nocturne, cœur gros, bruit de galop. Pachon, 25,12; pouls dur tendu, 84; albumine urinaire, 0,25.

10 octobre, examen du sang : Wassermann positif; azote total, 0,56; azote uréique, 0,46; azote résiduel, 0,10.

Traitement mercuriel (frictions), l'albuminurie augmente, régime lacté. Le 1er novembre, elle est à 0,60 par litre; la quantité d'urine est tombée à 300 cc.; diarrhée, stomatite, bruit de galop, pas d'œdème; cessation des frictions; saignée de 500 cc.

Le 5 novembre, examen du sang : azote total, 3g14; azote de l'urée, 1,62; azote résiduel, 1,52.

L'état s'améliore légèrement; l'haleine à une odeur ammoniacale très marquée. Le taux des urines remonte un peu (600 cc.). Régime : lait et fruits. Traitement parathyroïdien (impossible jusque-là, la provision de cachets étant épuisée), le 15 novembre 1920.

Le 4 décembre, Pachon, 19,10; urines 1.500 cc. Pas de bruit de galop. Examen du sang : azote total, 0,81 ; azote uréique, 0,70; azote résiduel, 0,11.

Nous croyons donc pouvoir formuler les conclusions suivantes :

Le traitement parathyroïdien permet de combattre l'intoxication urémique; son efficacité ressort des modifications favorables de la constante d'Ambard; son action porte principalement sur l'ensemble des produits azotés, autres que l'urée, contenus dans le sang.

Nous espérons, dans des recherches ultérieures, pouvoir préciser sur lequel de ces produits l'action parathyroïdienne se fait surtout sentir; mais les résultats que nous ont fournis ces recherches poursuivies pendant quatre ans, nous semblent dès maintenant dignes de retenir l'attention.

Maladies des Reins, par E. JEANSELME, A. CHAUFFARD, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; AMBARD, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; L. LOEDERICH, médecin des hôpitaux de Paris. Paris 1921. 2e tirage. 1 vol. gr. in-8 de 552 pages et 76 figures. — Prix : broché, 40 fr.; cartonné, 47 fr. 50 (fascic. XXXI du *Nouveau Traité de médecine* de GILBERT et CARNOT). — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

DESCRIPTION CLINIQUE. — Pour avoir une idée exacte de ce que l'on entend en obstétrique par mort apparente du nouveau-né, il faut d'abord se rappeler ce qui se passe normalement dès que l'enfant est sorti des organes génitaux de la mère; le nouveau-né, vous le savez, apparaît avec une teinte légèrement violacée des téguments, mais soit immédiatement, soit au bout de quelques secondes, dans tous les cas *spontanément*, apparaît une première inspiration profonde accompagnée d'un premier cri; ainsi s'établit la respiration pulmonaire qui s'accompagne de la disparition rapide de la teinte cyanique des téguments; ceux-ci deviennent dès lors franchement rosés sous l'influence des mouvements respiratoires se succédant régulièrement d'autant plus profonds et plus efficaces que les cris du nouveau-né sont eux-mêmes plus intenses et plus répétés.

Dans les cas de mort apparente, l'apparition de la respiration pulmonaire ne se fait pas spontanément; l'enfant ne pousse aucun cri, ne fait aucun mouvement inspiratoire ; ses téguments sont, soit cyanosés si la circulation cardiaque se fait, soit blancs et livides si la circulation est, elle aussi, déficiente comme la respiration; dans le premier cas, il s'agit, suivant la division classique, d'*asphyxie bleue*, dans le second, d'*asphyxie blanche*.

A côté de ces deux cas toujours sérieux, signalons aussi ceux tout à fait bénins dans lesquels on dit que l'enfant naît simplement *étonné* parce que les phénomènes physiologiques sont un peu longs à se produire spontanément ou nécessitent une intervention de peu d'importance.

CAUSES. — Les causes de la mort apparente du nouveau-né peuvent se ranger en trois groupes : la longueur du travail, les traumatismes fœtaux et les intoxications. Longueur du travail et traumatismes interviennent dans tous les accouchements dystociques, qu'il s'agisse d'une dystocie maternelle ou d'une dystocie fœtale, que cette dystocie donne lieu simplement à un accouchement spontané laborieux ou qu'elle nécessite une intervention plus ou moins compliquée. Quant aux intoxications maternelles susceptibles de favoriser la mort apparente, elles sont en cause dans l'albuminurie et surtout l'éclampsie, dans les maladies aiguës ou toxiques de la mère, dans l'accouchement en période agonique, et enfin dans de nombreux cas où l'on utilise les injections de scopolamine-morphine pour diminuer les douleurs de l'accouchement.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la mort apparente se fait pour ainsi dire de lui-même, lorsqu'on a l'enfant sous les yeux et que l'on constate qu'il ne fait aucun mouvement inspiratoire et ne pousse aucun cri. De même, en présence des signes classiques de la souffrance de l'enfant in utero, il sera facile de diagnostiquer en quelque sorte à l'avance la probabilité de la mort apparente (ou réelle) lorsque l'accouchement sera terminé.

Le diagnostic entre les variétés cliniques est également facile, mais il nous semble qu'il ne faut pas se baser uniquement sur le simple aspect des téguments car entre les deux colorations classiques on peut rencontrer tous les intermédiaires; il est plus logique de différencier les cas où le cœur bat de ceux où la main placée sur la région précordiale ne perçoit aucune pulsation, aucune trémulation. Cette distinction est surtout importante au point de vue pronostique : dans le premier cas, on a toutes chances avec un traitement approprié de voir revivre le nouveau-né et après des efforts plus ou moins prolongés de voir apparaître les mouvements respiratoires, tandis que dans le second les chances de sauver l'enfant sont infiniment moindres.

TRAITEMENT. — La mort apparente du nouveau-né est un accident que l'on peut souvent éviter, qui comporte par conséquent un traitement *préventif*. Celui-ci consistera à ne pas laisser traîner trop longtemps un accouchement que l'on peut terminer artificiellement sans grandes difficultés, à surveiller attentivement les premiers signes de souffrance de l'enfant in utero; enfin, à choisir dans les diverses interventions que l'on peut avoir à pratiquer, les méthodes les moins traumatisantes et à se garder de toutes injections maternelles pouvant être dangereuses pour le fœtus.

Le traitement *curatif* est naturellement un traitement d'extrême urgence; aussi, ferez-vous preuve d'une sage prudence en préparant à l'avance tout ce qui pourra vous être nécessaire, le cas échéant. Ces préparatifs devraient être faits pour tout accouchement, même pour ceux qui semblent devoir se passer le plus normalement, mais vous seriez vraiment impardonnables de vous trouver pris au dépourvu lorsque vous avez à surveiller une dystocie quelconque, une présentation anormale, siège ou épaule, ou une procidence du cordon. Dans ces cas, l'enfant a toutes chances de naître au moins étonné, et vous devez être prêts à le ranimer sans perte de temps et sans avoir à compter sur l'aide d'une assistance, qui, à domicile au moins, est généralement rendue inutilisable par l'affolement.

Le nouveau-né venant en état de mort apparente, quelle conduite allez-vous donc tenir? En premier lieu, évitez certaines manœuvres ou plus exactement certaines erreurs d'application qui seraient plus nuisibles qu'utiles. Ne croyez surtout pas que le résultat cherché sera d'autant mieux obtenu que vous mettrez en œuvre les moyens thérapeutiques d'une façon plus précipitée et plus énergique ; certes, il ne s'agit pas de perdre un temps précieux, mais il serait non moins défavorable d'employer à tort et à travers, et en quelque sorte au petit bonheur, n'importe quelles manœuvres et surtout d'utiliser celles-ci de façon brutale. Procédez donc suivant un plan logique qu'il est facile d'établir. Que cherchez-vous en effet? A provoquer par des moyens artificiels la première inspiration qui ne s'est pas produite spontanément comme elle aurait dû. Dans quelques cas, la cause étiologique de la mort apparente est nette, et le traitement de cette cause sera votre premier devoir ; si, par exemple, l'enfant naît avec un enfoncement cranien, il serait, vous le comprenez facilement, illogique de traiter la mort apparente sans effectuer le redressement cranien ; de même, dans tous les cas d'accouchement traumatique, serait-il peut-être de bonne pratique de traiter au moins par la ponction lombaire l'hémorragie méningée qui est presque toujours en cause. A part ces cas, la mort apparente

résulte en définitive d'une asphyxie et doit être, en somme, traitée comme celle-ci.

Vous aurez donc trois conditions à remplir : 1. favoriser les battements cardiaques pour maintenir la vie et provoquer la respiration; 2. évacuer toutes les mucosités qui encombrent les premières voies aériennes et dont l'aspiration dans les bronches, sous l'influence de la respiration, ne peut qu'accentuer encore l'asphyxie; 3. enfin, favoriser la contraction des muscles respiratoires, surtout du diaphragme.

Sur la circulation elle-même, vous aurez vraiment peu d'action ; les applications chaudes sur la région précordiale risquent de vous faire perdre un temps que vous pouvez utiliser de façon plus efficace; la seule précaution à prendre, à notre avis, est de ne pas trop se hâter de sectionner le cordon si celui-ci bat encore. Ce retard de la section ne vous empêche pas, du reste, de mettre en même temps en œuvre les autres moyens de lutter contre l'asphyxie, et notamment de vider les premières voies aériennes des mucosités mêlées de méconium qui les encombrent.

Pour obtenir ce résultat, vous pourrez employer des instruments aspirateurs, soit celui de Ribemont-Dessaigne, soit un appareil improvisé (sthétoscope de Fieux ou sonde urétrale molle); mais, à notre avis, rien ne vaut la manœuvre qui consiste simplement à pendre l'enfant par les pieds, et dans cette position, la tête étant mise en légère hyperextension, à balayer le fond du pharynx et l'entrée du larynx avec le doigt nu ou revêtu d'une compresse qui se charge des mucosités et les entraîne au dehors.

Cette position permet aussi de faire affluer le sang au bulbe, ce qui suffit parfois à faire apparaître les mouvements respiratoires et enfin de réaliser, dans des conditions idéales, la première manœuvre destinée à exciter les muscles respiratoires. En effet, l'enfant étant maintenu la tête en bas, l'opérateur lui-même ou un aide peut faire, le plus facilement du monde, des frictions sur le dos, le long de la colonne vertébrale, avec la main arrosée d'alcool. Ces frictions ainsi pratiquées sont très efficaces et sans danger; ce qui n'est pas toujours le cas pour celles que l'on voit faire si souvent sur l'abdomen, région toujours très vulnérable chez le nouveau-né et qui, si elles sont énergiques, risquent de produire des lésions graves des organes sous-jacents.

Si, sous l'influence de ces premières manœuvres, le résultat cherché n'est pas obtenu, il est inutile de retarder encore la section du cordon ; il vous faut rapidement employer le bain chaud. Celui-ci doit être à une température élevée de 45 à 50°, c'est-à-dire à une température que la main supporte assez difficilement; on ne doit naturellement pas y laisser séjourner l'enfant; celui-ci, tenu entre vos deux mains, dont l'une tient la tête et l'autre les pieds, doit simplement être plongé à plusieurs reprises et pendant quelques secondes seulement dans cette eau très chaude; dans l'intervalle des plongées, vous aurez soin de le remettre de temps en temps dans la position de suspension par les pieds, pendant que votre doigt ou celui d'un aide, cherchera de nouveau à balayer les mucosités qui encombrent l'arrière-bouche. Un excellent moyen d'exciter la respiration consiste aussi à plonger le nouveau-né alternativement dans de l'eau chaude, puis dans de l'eau froide ; on peut, plus simplement, dans les cliniques, faire couler sur la base du thorax, alternativement de l'eau chaude, puis de l'eau froide.

Toutes ces manœuvres qui, *nous le répétons*, ne demandent aucune instrumentation spéciale, peuvent être exécutées en quelques minutes, si l'on a eu soin de faire préparer à l'avance l'eau nécessaire au bain. Si elles ne donnent, malgré leur répétition, absolument aucun résultat, surtout, si les battements cardiaques ne reparaissent pas rapidement, ou s'ils vont, au contraire, en diminuant, vous aurez recours, sans tarder, aux moyens héroïques, c'est-à-dire, soit à l'insufflation, soit à la respiration artificielle, soit aux deux à la fois.

L'insufflation peut se pratiquer de plusieurs manières; on peut la réaliser de bouche à bouche, la bouche de l'opérateur et celle du nouveau-né étant séparées simplement par une gaze; on peut aussi utiliser l'insufflateur de Ribémont-Dessaigne. Ces deux méthodes sont passibles du même reproche : la pression de l'air insufflé n'étant pas mesurée, on risque de dépasser la limite de résistance des alvéoles pulmonaires et de produire des lésions d'emphysème mécanique. Pour éviter cet inconvénient, Plauchu, se basant sur les travaux de Meltzer, a imaginé un appareil dans lequel la pression de l'air est mesurée et limitée par un manomètre.

Très probablement, vous n'aurez dans la pratique aucun de ces instruments à votre disposition, lorsque vous aurez à vous en servir; apprenez donc à réaliser de façon parfaite la respiration artificielle qui les remplace parfaitement.

Deux méthodes de respiration artificielle sont à signaler. Dans celle de Schultze, on suspend en quelque sorte le fœtus par les aisselles, d'où dilatation de la cage thoracique et inspiration, puis dans un deuxième temps, on le fait pirouetter brusquement le siège en l'air, ce qui a pour résultat d'amener une expiration.

En France, cette manœuvre est fort peu employée, on lui préfère, à juste raison, celle de Sylvester, plus facile à réaliser et qui s'applique chez le nouveau-né comme chez l'adulte : une seule différence : le corps du premier n'étant pas suffisant pour faire contrepoids aux tractions de l'opérateur, il faut avoir soin de faire fixer ses jambes par un aide qui s'opposera ainsi à l'entraînement du fœtus. Celui-ci étant donc couché sur le dos et maintenu par les pieds, la tête étant en légère hypertension, vous allez saisir avec vos mains chacun des bras, puis relever lentement ceux-ci le long du côté correspondant de la tête fœtale; enfin, lorsque les deux bras seront ainsi relevés, tirer légèrement sur eux pour faire saillir les muscles de l'insertion du bras sur la cage thoracique ; ainsi s'accomplit le premier temps de la manœuvre ; par ampliation de la cage thoracique, il produit un appel d'air. Ne craignez pas de rester quelques instants dans cette position, de façon à donner à l'air ainsi artificiellement aspiré le temps de pénétrer le plus loin possible dans l'arbre respiratoire; puis, sans vous presser, abaissez les bras de l'enfant le long de chaque côté de la cage thoracique, et à ce moment, comprimez sans brusquerie, ni violence, cette paroi avec les bras du fœtus et vos propres mains qui les enserrent, de façon à chasser l'air qui avait pénétré dans l'appareil respiratoire, lors du premier temps de la manœuvre. Recommencez ensuite le mouvement d'élévation des bras et continuez ainsi régulièrement les mouvements d'ampliation, puis d'expression thoracique, sans vous décourager, si les premières manœuvres

n'amènent pas immédiatement le résultat désiré. Les manœuvres de respiration artificielle doivent, en effet, être continuées pendant longtemps, ce n'est parfois qu'après 20 minutes, une demi-heure, quelquefois plus, que l'on obtient un résultat ; dans tous les cas, on serait impardonnable de cesser ces manœuvres, alors qu'il existe encore quelques battements cardiaques, si faibles soient-ils.

Un autre point qui nous paraît important à signaler, c'est le rythme qu'il faut donner aux mouvements ; trop souvent l'opérateur inquiet, en voyant ses premières tentatives inutiles, se met à faire les mouvements de la respiration artificielle avec une rapidité exagérée, pensant peut-être que plus il ira vite, plus vite sera obtenu le résultat cherché ; or, c'est exactement le contraire qui se produira, l'air n'aura pas le temps d'être inspiré profondément avant que survienne le mouvement d'expression, ainsi en définitive aucun air ne pénétrera dans le poumon. Il faut, au contraire, se rapprocher le plus possible du rythme de la respiration normale ; or, celui-ci de 16 à 20 respirations à la minute, est un rythme très lent dont il faut avoir bien la notion.

Telles sont les manœuvres que vous aurez à employer dans votre pratique contre la mort apparente du nouveau-né ; elles se résument ainsi : ablation des mucosités dans la position déclive, frictions alcooliques sur le dos, bains chauds ou alternativement chauds et froids et enfin respiration artificielle. Dans la majorité des cas, elles suffiront à ranimer l'enfant ; dans les cas, où elles échouent, il est probable que les méthodes qu'il nous reste à signaler ne vous donneront pas un meilleur résultat.

Vous pourrez cependant tenter les tractions rythmées de la langue, très efficaces dans les cas d'asphyxie de l'adulte, mais beaucoup moins chez le nouveau-né ; si vous les employez, sachez que la langue du nouveau-né peut être très facilement traumatisée, arrachée même, et évitez toute traction tant soit peu énergique. L'électrisation du phrénique peut être utilisée aussi, si vous êtes outillés pour cela. Enfin, il est une méthode qui mérite d'être essayée aussi, c'est celle des injections sous-cutanées d'oxygène, d'autant mieux qu'elles peuvent être faites sans interrompre la respiration artificielle. Rien ne vous empêche, non plus, au cours des manœuvres de celle-ci, de faire aspirer de l'oxygène par la bouche, cet oxygène pénétrant ainsi artificiellement dans l'arbre respiratoire ne peut avoir qu'une action bienfaisante.

L'enfant ranimé, tout danger pour lui ne sera évidemment pas définitivement éloigné ; il reste, ne l'oubliez pas, un traumatisé, ses poumons ont aspiré des mucosités et ils sont toujours plus ou moins contusionnés par les mouvements d'expression de la cage thoracique ; il faudra donc continuer à le soigner, le laisser au calme, couché sur le côté pour faciliter l'issue des mucosités, le mettre en couveuse s'il se refroidit, et surtout lui faire respirer de l'oxygène pour désinfecter ses bronches et maintenir une vie qui restera précaire pendant les premiers jours de son existence.

L'Année thérapeutique (*année 1920*), par le Dr L. Cheinisse. 1 vol. de 144 pages. — Prix : 6 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 MAI 1921)

Recherches comparatives sur le fonctionnement du foie, à la suite de l'anesthésie chirurgicale par le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote ou la novocaïne. — MM. F. Widal, F. Abrami et J. Hutinel mettent en relief les deux faits suivants :

D'une part, les trois grands anesthésiques généraux couramment usités en chirurgie : chloroforme, éther et protoxyde d'azote, touchent la cellule hépatique. L'indice le plus sensible de cette altération cellulaire est l'insuffisance protéopexique qui apparaît fréquemment avant tout autre signe de lésion du foie, et peut même, dans certains cas, évoluer pour son propre compte, sans rétention de sels biliaires, sans urobilinurie.

Avec le chloroforme, l'insuffisance protéopexique s'est montrée constante, même après l'emploi de faibles doses de cet anesthésique. Avec l'éther et le protoxyde d'azote, l'insuffisance hépatique, absente en cas d'anesthésie de courte durée, apparaît dès que la narcose se prolonge.

Au contraire, la cellule hépatique reste indemne au cours de l'anesthésie locale par la novocaïne. Les doses habituelles de 10 cgr. et 12 cgr. injectées par voie rachidienne, et même la dose de 2 gr. administrée par voie sous-cutanée, ne produisent aucun trouble appréciable du foie, comme en témoigne l'épreuve de l'hémoclasie digestive, qui permet pourtant de déceler les altérations fonctionnelles les plus minimes.

Les résultats précédents ont leur importance dans la pratique.

Chez des sujets dont le fonctionnement hépatique est normal avant l'opération, l'insuffisance protéopexique que détermine l'anesthésie générale ne semble pas constituer une contre-indication à la narcose, Il s'agit là d'un trouble fugace qui a disparu en quelques jours, chez tous les opérés suivis et chez lesquels l'anesthésie a été prolongée jusqu'à 37 minutes. Par contre, chez les sujets atteints d'une lésion du foie, on risque de voir survenir, après l'anesthésie générale, des accidents plus ou moins graves d'insuffisance hépatique : lorsqu'une indication se pose chez de tels sujets, il est intéressant de savoir qu'un anesthésique local comme la novocaïne ne détermine, même aux doses élevées indiquées plus haut, aucune altération fonctionnelle du foie.

Emploi du chloroforme pour la préparation de nucléo-protéides et d'acides nucléiques actifs in vitro sur le sang. Complexité de l'action des acides nucléiques in vitro. — M. Doyon.

Efficacité de la d'Arsonvalisation diathermique dans les plaies atones (ulcères variqueux, troubles trophiques cutanés. etc.) — M. Bordier.

(SÉANCE DU 17 MAI 1921)

Recherches histologiques et histochimiques sur l'atrophie pigmentaire du foie. — M. F. Ladreyt.

Lésions du système nerveux dans le typhus exanthématique et leur rapport avec la névrite ascendante. — MM. G. Marinesco et E. Cracuin. L'analyse des lésions observées par les auteurs permettent d'admettre que le virus du typhus exanthématique véhiculé par la voie sanguine, comme cela a été démontré par Ch. Nicolle, se propage aussi par voie lymphatique, ainsi que le témoignent les altérations de névrite ascendante, constituée par une phase de névrite interstitielle, phase ganglionnaire, méningitique et médullaire.

Conservation du virus aphteux par le froid. — M. Ch. Lebailly.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 MAI 1921)

Encéphalite léthargique avec double tuméfaction parotidienne. — MM. L. BABONNEIX et HUBAC rapportent l'observation d'un adulte qui fut atteint, en décembre dernier, d'une encéphalite léthargique classique au cours de laquelle apparut une tuméfaction parotidienne durable, bilatérale, sans empâtement, sans changement de coloration de la peau, sans sialorrhée nette. Ils étudient la pathogénie de cette complication, et, après avoir discuté les diverses théories en présence, finissent par se rallier à l'opinion soutenue par M. Netter, d'après lequel le virus, fixé dans les cellules nerveuses que contient le tissu interstitiel des glandes salivaires, est, de temps à autre, éliminé par la salive.

Ulcère simple de l'œsophage. Perforation. Ouverture dans la plèvre droite. Migration postmortem d'ascaris dans la cavité pleurale. — M. DE LAVERGNE.

L'épreuve de la bande d'Esmarch. Son utilité diagnostique et thérapeutique dans les troubles vasculaires périphériques d'origine sympathique. — M. D'ŒLSNITZ.

Syndrome parkinsonnien hypertonique et catatonique avec glycosurie consécutif à une encéphalite léthargique. — MM. Georges GUILLAIN et Ch. GARDIN présentent un malade, atteint au début de 1920 d'encéphalite léthargique, et ayant actuellement un syndrome parkinsonnien hypertonique avec rétropulsion empêchant la station debout immobile. Le malade présente, en outre, des attitudes cataleptoïdes apparaissant au milieu des mouvements et l'immobilisant pendant une à cinq minutes.

MM. Guillain et Gardin insistent particulièrement sur l'existence d'une glycosurie oscillant entre 10 et 35 gr., le débit de l'eau n'étant que de 1 litre 1/2. L'épreuve de la glycémie expérimentale a montré qu'il ne s'agissait pas d'un état diabétique ordinaire, la courbe de la glycémie s'élevant peu après l'ingestion de dextrose et s'abaissant ensuite précocement suivant une réaction presque constante chez le sujet normal. L'ingestion de dextrose, loin d'augmenter le diabète, a plutôt stimulé la glycolyse.

La glycosurie transitoire, au cours de l'évolution de l'encéphalite léthargique, est connue; la glycosurie tardive permanente mérite d'être connue également et doit être systématiquement recherchée.

Affections digestives et néphrites. — M. NATHAN. La coexistence de néphrites et de gastro-entérites est assez commune. Les lésions digestives orientent le brightisme vers un type gastro-intestinal, la néphrite demeurant latente et devant être dépistée. L'auteur apporte à l'appui un certain nombre d'observations.

A propos des gangrènes des membres chez les diabétiques. — MM. DE MASSARY et GIRARD rapportent un cas de gangrène par artérite et deux cas de gangrène humide, septique, survenant chez des diabétiques. Ils posent, à ce propos, la question de la nature de la gangrène dite diabétique, et proposent de réserver ce terme à la gangrène humide.

Sur le traitement de l'hypertension artérielle par le benzoate de benzyle. — MM. Ch. LAUBRY et MOUGEOT. L'action immédiate de la dose thérapeutique (XX gouttes de la solution alcoolique au 1/20), chez des sujets à tension normale, est inconstante, mais se traduit par une vaso-dilatation surtout sensible chez les sujets aéro-asphyxiques, et reconnaissable à l'augmentation de l'indice oscillométrique.

Chez les hypertendus bien compensés, un abaissement de tension de 1 à 3 cm. se produit au bout de 30 minutes et persiste pendant plus de 90 minutes. L'action continue obtenue par la dose précédente répétée trois fois par jour, qui peut être réduite d'ailleurs au bout de quelques jours, donne un abaissement de tension persistante avec sédation des troubles fonctionnels et des spasmes vasculaires.

L'action est des plus inconstantes ou nulle chez les hypertendus décompensés, en état ou en imminence d'insuffisance cardio-rénale. Mais l'absorption du médicament n'a jamais présenté d'inconvénients à condition qu'il soit pur, inodore, et que le véhicule (lait ou huile) permette une émulsion facile.

Forme localisée cardiaque de l'éberthémie. — MM. Jean MINET et R. LEGRAND rapportent deux observations de septicémie éberthienne pure accompagnée, pour tous symptômes de phénomènes cardiaques graves : syndrome myocardique dans l'une, rétrécissement pulmonaire dans l'autre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 MAI 1921)

Occlusion intestinale par calculs biliaires. — M. MOCQUOT apporte deux faits qui viennent confirmer la conclusion de tous les faits présentés dans la dernière séance : Une femme de 65 ans est prise de violentes douleurs dans le ventre et de tous les signes d'une occlusion intestinale.

M. Mocquot la voit le cinquième jour, l'opère immédiatement. Il s'agissait d'un gros calcul qui siégeait dans une anse de l'iléon. L'opération fut très simple, mais la malade succombait le lendemain.

Dans un second cas superposable, la malade mourut le cinquième jour.

Traumatisme cérébral, troubles d'origine hypophysaire. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation adressée par M. Reverchon : Il s'agit d'un homme de 34 ans qui, par suite d'un accident d'automobile, eut une fracture de l'étage moyen de la base du crâne. Il entre au Val-de-Grâce, le 9 avril 1920 présentant des paralysies de plusieurs nerfs, une grande anémie. Après l'accident, il avait perdu connaissance et était tombé dans le coma. Mais il se remit, présentant alors une polyurie extrême, un état psychique particulier. Il eut une syncope et succomba. A l'autopsie, on trouva l'hypophyse méconnaissable, très altérée; on constata la fracture de l'étage moyen de la base du crâne; les troubles psychiques, la grande anémie, la polyurie extrême, le diabète insipide qu'avait présentés ce malade étaient d'origine hypophysaire. Ici, il s'agissait d'une lésion hypophysaire d'origine traumatique.

Mais on peut se demander si certaines formes de diabète ne résulteraient pas d'une altération spontanée de l'hypophyse et l'on en pourrait tirer une indication thérapeutique, un traitement opothérapique du diabète.

Engelure du pied, ulcérations, sympatectomie. — M. ROUX-BERGER analyse une intéressante observation adressée par deux médecins de Liége, dont nous n'avons pu saisir les noms. Il s'agit d'un adulte, prisonnier, qui s'évada et qui, après avoir passé une nuit d'hiver dans une forêt, eut un pied gelé, avec des ulcérations des orteils et de la plante des pieds, qui résistèrent à tous les traitements pendant 3 mois.

Les douleurs étaient toujours très vives et il se produisait de nouvelles escarres. On décida d'intervenir; on fit une sympatectomie au niveau de la partie moyenne de la fémorale. La tension artérielle, après avoir beaucoup baissé, remonta. Les plaies prirent rapidement un meilleur aspect, des bourgeons charnus apparurent. Après une quinzaine de jours, les plaies étaient cicatrisées; après un mois, la guérison était complète et le malade marchait.

La sympatectomie eut, dans ce cas, une action très rapide.

M. TUFFIER fait observer fort justement qu'il serait du plus haut intérêt que les auteurs pussent faire connaître les résultats éloignés de cette intervention.

Décollement pleuro-pulmonaire. — M. ROUX-BERGER fait un second rapport sur 3 cas de décollements pleuro-pulmonaires pratiqués par M. Decarpentry : Premier cas : garçon de 15 ans, atteint de broncho-pneumonie grave qui ne guérit pas. L'enfant continue à tousser, à cracher, à faire de la température, à présenter de la dyspnée d'effort. Décollement pleuro-pulmonaire. On ne fait rien pour comprimer le poumon, on place deux gros drains qu'on retire après 48 heures. Les accidents disparaissent et l'enfant guérit. Deuxième cas : femme présentant, depuis 5 ans, une expectoration fétide, toussant, dyspnéique, fébrile, présentant à la radiographie des places obscures dans le poumon gauche; décollement pleuro-pulmonaire, pas de compression du poumon, drainage pendant 2 jours, amélioration, puis guérison. Troisième cas : femme présentant le même syndrome, mais se distin-

guant des deux autres par ce fait qu'elle ne crache pas. Même intervention et, après l'opération, la malade a des crachats purulents. Guérison.

Le premier malade opéré 3 mois après le début des accidents a été très vite guéri.

Les deux autres, opérées seulement 5 ans après le début des accidents ont été plus longues à se remettre. Chez aucun de ces trois malades, il n'a été fait de compression du poumon. On pourrait conclure que celle-ci n'est peut-être pas utile, que le décollement pleuro-pulmonaire suffit et trouvera de plus en plus d'indications.

Encéphalocèle ou méningocèle. — M. Lenormant fait un rapport sur une observation adressée par M. Raynaud : Il s'agit d'un enfant arabe, âgé de 4 mois, qui, prétendait-on, avait deux têtes. La vérité était que cet enfant portait sur la région occipitale, une énorme tumeur, plus grosse que sa tête, que l'auteur qualifie d'encéphalocèle et que M. le Rapporteur désigne sous le nom de méningocèle. Cette tumeur était arrondie, pédiculée sur l'occipital; elle contenait du liquide, était même transparente, sauf au niveau du pédicule où elle était opaque. Elle n'était pas réductible. Elle était congénitale et s'était beaucoup accrue depuis la naissance. L'enfant n'avait pas d'autres malformations. Il avait une tachycardie persistante.

M. Raynaud intervint. Il fit deux lambeaux cutanés, dégagea le pédicule et le sectionna. L'opération fut bien supportée par l'enfant; réunion par première intention, guérison.

Après l'opération, l'enfant présenta du strabisme convergent qui finit par disparaître spontanément.

Cette opération ayant été pratiquée dans une petite bourgade, loin de tout centre, il n'a pas été fait d'examen histologique de la tumeur. Mais voici ce qu'a révélé l'examen macroscopique : c'était une tumeur kystique dont la paroi avait 1 cm. d'épaisseur; elle contenait 300 gr. d'un liquide jaunâtre. Un second kyste se trouvait inclus dans le premier, à parois très minces, contenant un liquide clair, liquide céphalo-rachidien. M. Lenormant désigne ainsi cette tumeur : encéphalo-kysto-méningocèle.

Il appelle l'attention sur ce strabisme convergent qui est survenu après l'opération. Il s'agit là d'une action réflexe.

Quelle thérapeutique? Il n'y en a pas d'autre que l'intervention.

Cette malformation est très rare en France. On l'observerait surtout en Russie et en Pologne. L'opération est grave, mais si on n'intervient pas, la tumeur finit par s'ulcérer et les enfants meurent.

L'opération n'est pas brillante et elle est loin d'être bénigne.

Sur une statistique de 199 cas, on ne compte que 122 guérisons.

Quant aux résultats à longue échéance, ils sont souvent lamentables. Beaucoup de ces petits opérés deviennent idiots. Il y a bien parfois d'heureuses exceptions, telles que l'observation de M. Raynaud, qui se rapporte à un enfant qui a bien guéri et qui, après l'opération, s'est développé normalement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 MAI 1921)

Le poumon, organe de fixation élective de l'huile injectée dans le sang. — MM. H. Busquet et Ch. Vischniac. Le poumon possède, à un degré plus élevé que les autres organes, le pouvoir de fixer l'huile injectée dans le sang. Le foie, qui est considéré comme un fixateur important des graisses, n'a pas vis-à-vis de l'huile une affinité aussi grande que le poumon. La fixation pulmonaire élective, constatée pour l'huile, ne se retrouve pas pour les substances solubles dans l'eau.

Les cellules interstitielles de la mamelle et leur présence dans certaines tumeurs. — M. Peyron a mis en évidence dans deux tumeurs épithéliales malignes de la mamelle (chatte et femme), une hyperplasie des cellules interstitielles.

Ces dernières, qui seraient les agents de la sécrétion interne de la mamelle, s'observent avec une netteté particulière dans la mamelle normale de la chatte et dans celle de la femme au cours de la grossesse.

L'auteur considère comme vraisemblable, l'existence de tumeurs du sein provenant de ces éléments interstitiels et confondus jusqu'ici avec les liposarcomes et les mélanomes, mais elle ne lui semble pas encore démontrée. Ces faits sont intéressants pour interpréter l'action atrophiante exercée parfois par l'ovariotomie sur les tumeurs du sein.

Démonstration de l'activité du virus de l'encéphalite dans les centres nerveux, 15 mois après le début. Présence de ce virus dans les glandes salivaires. — MM. A. Netter, E. Césari et H. Durand ont, depuis longtemps, insisté sur la longue persistance du virus actif dans les centres nerveux dans l'encéphalite ainsi que sur sa présence dans les glandes salivaires.

Les expériences dont ils donnent le résumé en fournissent la démonstration pleine et entière.

1° *Persistance du virus dans les centres nerveux.* — Un homme, entre le 6 janvier 1920 dans le service de M. Claisse, avec les signes d'une encéphalite, après plusieurs semaines d'un état grave, il semble guéri, mais, ultérieurement, on voit se développer chez lui le début d'un syndrome de Parkinson qui s'accentue progressivement. Il entre le 4 mars 1921 dans le service de M. Kahn où il succombe le 28. Des fragments prélevés dans les ganglions spinaux, le renflement lombaire, la circonvolution de l'hippocampe, et la corne d'Ammon, ne montrent à M. Manouelian aucune lésion. En revanche, l'expérimentation permet d'affirmer la présence d'un virus actif. Le liquide obtenu après broyage de fragments du bulbe de la protubérance et de l'écorce cérébrale filtré à travers une bougie Berkefeld V. permet de reproduire chez le lapin une maladie caractérisée par des paralysies et des convulsions et terminée par la mort en 15 jours. En partant de l'extrait de ce cerveau, une série ininterrompue de 4 passages reproduit la maladie.

2° *Présence du virus dans les glandes salivaires.* — Chez le lapin qui a succombé à l'injection d'émulsion du cerveau du malade, ces auteurs ont prélevé et broyé les glandes salivaires. Le filtrat provenant de ces dernières est injecté dans la cavité cranienne d'un lapin qui succombe en 4 jours. En procédant de la même façon, ils réalisent avec le filtrat glandulaire, trois passages successifs à des animaux qui succombent en moyenne en 4 jours ou 5 jours, après avoir présenté des phénomènes paralytiques et convulsifs et offrent à l'autopsie des lésions congestives des centres nerveux avec importantes lésions histologiques caractéristiques.

Les passages effectués avec les filtrats glandulaires (lapins C. E. G. I. K.) se sont même montrés plus réguliers et, en général, la mort est survenue plus rapidement qu'après les inoculations effectuées en partant de la substance cérébrale (lapins A. B. D. F. H.).

Nous avons obtenu, également, la mort avec lésions caractéristiques d'un lapin H. inoculé avec le cerveau de l'homme conservé 32 jours dans de la glycérine à 50 p. 100 et d'un autre lapin inoculé avec les glandes salivaires du premier lapin, conservées 21 jours dans le même milieu.

La filtrat des glandes salivaires du lapin H. a provoqué, en 4 jours, la mort du lapin K.

Note. — MM. Harvier et Levaditi ont cru pouvoir nier la présence du virus de l'encéphalite dans les glandes salivaires en se basant sur une unique expérience négative. Ils avaient cependant obtenu deux fois seulement des résultats positifs en inoculant les centres nerveux de 10 sujets morts d'encéphalite, et dans l'un de ces cas même un seul lapin sur deux a été pris (Société de biologie, 8 mai 1920).

Les mêmes auteurs ont rapporté le 3 décembre 1920 des expériences établissant la présence du virus de l'encéphalite chez une malade ayant succombé 6 mois auparavant. La mort des animaux était survenue après 23 et 29 jours, les lésions des centres nerveux étaient assez discrètes et les passages ultérieurs n'ont pas abouti. Le virus était plus actif chez notre malade dont l'affection remontait à 15 mois, mais qui présentait à ce moment une recrudescence indiscutable.

Election. — A la dernière séance, M. Pierre Vallery-Radot-Pasteur a été nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 MAI 1921)

Spiroscopie sans appareils. — M. GALLOIS emploie un procédé de spiroscopie sans appareil; il fait faire une inspiration la plus profonde possible, puis il fait expirer l'air en comptant à mi-voix. Un sujet normal peut ainsi compter jusqu'à 100. Un sujet à respiration défectueuse ne comptera que jusqu'à 50 ou même 20 seulement. L'entraînement fait atteindre des chiffres plus élevés et développe les forces inspiratoires. — M. KOUINDJY montre que cette méthode développe les inspirateurs tandis qu'en spirométrie on exerce les expirateurs seuls; les spiromètres ne peuvent donc servir qu'à contrôler la respiration et non à la rééducation respiratoire.

Déviation nasale par luxation des os propres. Correction sans cicatrice. (*Présentation d'opérés.*) — M. BOURGUET présente une fillette de 10 ans qui, après une chute sur la face, a eu une déviation du nez par luxation des os propres. Il montre la photographie avant, et fait voir le parfait résultat obtenu sans cicatrice.

Fistules de coxalgie ancienne taries par l'enfumage iodé. — M. RŒDERER présente une malade atteinte d'une coxalgie ancienne réséquée à fistules multiples coulant abondamment depuis 7 ans. La suppuration fut tarie après sept enfumages iodés. Il ne s'agissait probablement pas de fistules à point de départ articulaire; en effet, M. LANCE fait remarquer que, dans les ostéoarthrites tuberculeuses, il y a deux ordres de fistules, les unes d'origine articulaire indiquent une récidive ou la présence d'un séquestre ancien, guérissent difficilement et exigent souvent une intervention, les autres, par ostéite superficielle ou lésions des parties molles, guérissent facilement.

Anévrisme volumineux de l'aorte en voie de guérison — M. GUELPA présente un malade atteint d'anévrisme de l'aorte thoracique traité par le régime carné acidulé avec abstention d'aliments végétaux et de boissons calcaires, et par le benzoate de mercure. En deux mois, cet anévrisme est passé de 13 à 8 cm. 1/2. Ce traitement, comme pour la goutte, devrait, d'après l'auteur, remplacer le régime lacto-végétarien.

M. PÉRAIRE présente un **calcul vésical géant** pesant 155 gr. extrait par taille hypogastrique chez un malade soigné pendant dix ans pour une hypertrophie prostatique, et un **très gros kyste multiloculaire de l'ovaire** diagnostiqué fibrome utérin, chez une femme de 33 ans qui avait subi depuis un an de multiples séances de radiothérapie. Le kyste était tordu trois fois sur lui-même et en voie de sphacèle; l'intervention a évité la péritonite.

Rhumatisme thyroïdien. — M. BLIND a guéri un certain nombre de rhumatismes avec la médication thyroïdienne. Il est donc intéressant de rechercher les signes de dysthyroïdie, en particulier le dermographisme. M. LÉOPOLD-LÉVI estime que le traitement thyroïdien agit également dans les formes graves et qu'il faut rechercher soigneusement les signes d'hypothyroïdie.

Spasme du cardia ayant déterminé une énorme dilatation de l'œsophage. — M. HOULIÉ en rapporte un cas remontant à 12 ans et rapidement guéri par la dilatation pratiquée sans contrôle de la vue.

Traitement de l'hypertension artérielle. — M. P. MÉNARD a prescrit l'eau minérale de Breuil (Puy-de-Dôme) chez un certain nombre d'hypertendus qu'il a pu suivre pendant deux ans; dans la plupart des cas, baisse rapide des deux tensions, surtout de la minima, ainsi que l'amélioration ou la disparition des symptômes liés à l'hypertension.

Le diagnostic de la syphilis précoce et l'enquête familiale. — M. LEREDDE montre l'importance de l'enquête familiale dans le diagnostic de la syphilis, le domaine de la syphilis s'étant étendu extraordinairement depuis une dizaine d'années; toute femme, tout enfant de syphilitique doivent être présumés syphilitiques. Cette enquête donne la certitude de l'origine spirochétique d'affection de cause inconnue. — M. Marcel LABBÉ insiste sur la nécessité de rechercher la syphilis dans les antécédents des malades atteints d'affections chroniques, mais il faut dans l'interprétation des stigmates spécifiques un sens critique affiné et ne pas admettre trop facilement la syphilis.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL — AMPOULE

On nous a demandé dernièrement si l'ampoule — en l'espèce une ampoule suppurée — constituait un accident du travail soumis à l'application de la loi du 9 avril 1898.

Voici les circonstances de fait: Un verrier se présenta devant un médecin; il était atteint d'une ampoule suppurée occasionnée par le maniement de la canne dont les verriers se servent pour retirer du four le verre en fusion. L'ouvrier dut cesser son travail; soigné par le médecin, il a été guéri. La Compagnie d'assurances à laquelle on s'adressa pour le règlement des frais médicaux, refusa de reconnaître l'accident, en déclarant que la loi ne visait que les « accidents », c'est-à-dire des « atteintes brusques, soudaines, fortuites, violentes et extérieures »; or, ajoutait-elle, la formation d'une ampoule n'est que le résultat d'une pression lente et continue, durable et persistante, qui envahit les tissus environnants sans qu'il soit possible de préciser la date et le point de départ de cette infection ou de cette invasion.

La thèse de la Compagnie d'assurances est exacte en principe; mais les circonstances de fait peuvent être telles que l'ampoule peut dans certains cas être considérée comme un accident du travail. C'est ce qui résulte de la jurisprudence.

L'accident est une atteinte au corps humain, provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure; il s'entend de toute lésion de l'organisme, apparente ou non apparente, interne ou externe, profonde ou superficielle; ce sont notamment des blessures, contusions, plaies, entorses, fractures, foulures; ce sont aussi, sous la forme de submersion, l'asphyxie, l'intoxication. Pour que l'accident donne droit aux indemnités fixées par la loi du 9 avril 1898, il faut qu'il soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail de la victime. L'accident est réputé *survenu par le fait du travail*, lorsqu'il a eu pour cause immédiate et directe le travail même que l'ouvrier était en train d'exécuter; tel est le cas de l'ouvrier menuisier qui se blesse avec le marteau ou la scie qu'il manie. Il est réputé *survenu à l'occasion du travail*, quand il a un lien plus ou moins étroit, un lien indirect, même purement occasionnel, avec le travail de la victime; comme exemple, on peut citer l'accident provenant de la circulation de l'ouvrier dans un chantier de construction semé d'obstacles, au milieu de matériaux mal assujettis, dans des passages dangereux dont l'accès ne lui a pas été interdit et qu'il parcourt, soit pendant son travail, soit pendant qu'il s'y rend ou qu'il le quitte (trib. civ. Seine, 24 août 1900, D. 1901-2-276).

L'accident se distingue de la maladie, en ce qu'il a toujours une cause extérieure et que cette cause se manifeste d'une façon soudaine et violente. La maladie, au contraire, a généralement une cause intérieure et son évolution est d'ordinaire lente et continue. Certaines affections confinent à la maladie et à l'accident, comme les hernies, les lumbagos, les tours de reins, les ruptures de varices, les durillons forcés. Les *ampoules* sont rangées également dans cette dernière catégorie d'affections.

En principe, la loi de 1898 ne vise que les accidents; et la jurisprudence exclut de son bénéfice les maladies. Mais, à ce dernier point de vue, il y a lieu, aujourd'hui, de faire une exception en ce qui concerne les maladies professionnelles: en effet, la loi du 25 octobre 1919 a étendu la législation sur les responsabilités des accidents du travail aux maladies d'origine professionnelle sous certaines conditions; cette loi

d'ailleurs ne vise que le saturnisme professionnel et l'hydrargyrisme professionnel (1).

En ce qui concerne les affections qui confinent à la maladie et à l'accident, les tribunaux ont un pouvoir d'appréciation très large pour dire si la loi du 9 avril 1898 est applicable. En ce qui touche particulièrement l'ampoule, deux décisions de jurisprudence vont permettre de se rendre compte du point de vue auquel ils se placent; elles s'inspirent des définitions et des explications qui viennent d'être données.

La Cour d'appel de Paris a rendu, le 7 juin 1909, un arrêt ainsi conçu (*Rec. des acc. du travail*, 1910-419) :

« Considérant qu'il est constant, et non contesté d'ailleurs, que l'ampoule dont G... a été atteint, en octobre 1907, n'a pas été provoquée par un traumatisme; qu'elle s'est produite au cours normal du travail de serrurier de l'appelant;

Qu'elle constitue donc une maladie professionnelle, ainsi que la petite plaie qui en a été la suite ;

Considérant, il est vrai, que G... soutient que cette plaie s'est infectée au contact des outils septiques et des poussières de l'atelier et a ainsi subi une contamination tuberculeuse ;

Mais considérant qu'il n'est nullement démontré que cette contamination doit être attribuée aux outils et poussières de l'atelier; qu'en tout cas, lente et progressive, elle a revêtu un caractère morbide, exclusif de l'application du risque professionnel ;

Considérant enfin que le Dr T..., expert, commis par M. le Juge de paix, a formellement déclaré, dans son rapport, que la synovite des tendons fléchisseurs dont G... a été atteint, n'a pas de rapport avec un accident du travail ;

Qu'aucune plaie susceptible d'infecter les gaines synoviales n'a été constatée ;

Adoptant, au surplus, les motifs des premiers juges ;

Et considérant qu'une nouvelle expertise serait superflue, la religion de la Cour étant suffisamment éclairée ;

Par ces motifs,

Dit n'y avoir lieu à expertise,

Déclare G.., mal fondé...

Confirme, en conséquence, le jugement dont est appel. »

La deuxième décision a été rendue par le tribunal civil de Boulogne-sur-Mer, le 5 janvier 1917 (*Rec. des acc. du travail*, 1917-333) :

« Attendu que T..., ouvrier mouleur, a assigné la Société des produits céramiques et réfractaires de Boulogne-sur-Mer en paiement, dans les termes de la loi du 9 avril 1898, d'une rente annuelle et viagère de 289 fr. 40, à raison d'un accident dont il aurait été victime, alors qu'il travaillait pour le compte de ladite Société ;

Que la Société défenderesse conclut au rejet de la demande, la loi du 9 avril 1898 n'étant pas, prétend-elle, applicable en l'espèce ;

Attendu que T... qui, en novembre 1915, travaillait depuis 15 jours à l'usine en qualité de tapeur de briques, eut, par suite de l'usage de la palette, une ampoule à la main gauche, entre la première et la deuxième phalange du pouce ; que l'ampoule s'étant ouverte, un panaris se déclara qui obligea à l'amputation du pouce ;

Attendu que la Société défenderesse prétend que la formation d'une ampoule, provenant de l'exercice normal de la profession de céramiste ne constitue pas un accident du travail ;

Attendu que le traumatisme dérivant de l'usage des outils et des travaux ordinaires de la profession et non d'un choc soudain et imprévu ne constitue pas un accident dans le sens de la loi du 9 avril 1898 ; qu'en l'espèce la lésion n'a pas été provoquée par l'action subite et violente d'une cause extérieure ; que l'ampoule, dont la terminaison normale est l'ouverture, provenait uniquement de l'exercice de la profession ;

Que la loi du 9 avril 1898 n'aurait pu être déclarée applicable que si T... rapportait la double preuve nécessaire :

1° Qu'une inoculation septique avait eu lieu ;

2° Qu'elle s'était produite à l'occasion du travail ;

Que T... n'offre pas de faire cette preuve, laquelle paraît, du reste impossible, par suite du temps écoulé et de la disparition du doigt atteint ;

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 29, p. 459.

Par ces motifs,

Dit qu'il n'y a pas accident du travail, et par conséquent, lieu à application de la loi de 1898. »

Les deux décisions que nous indiquons, montrent nettement que la jurisprudence ne considère pas, en principe, l'ampoule comme un accident du travail; le traumatisme dérivant de l'usage des outils et des travaux ordinaires de la profession, *et non d'un choc soudain et imprévu*, ne constitue pas, dit le tribunal de Boulogne-sur-Mer, après la Cour de Paris, un accident dans le sens de la loi du 9 avril 1898.

Mais il résulte de la décision du tribunal de Boulogne-sur-Mer que cette loi peut trouver son application, s'il est démontré qu'une inoculation s'est produite à l'occasion du travail. L'expertise peut la révéler.

Comme conclusion, nous estimons que, dans le cas soumis, si le verrier, atteint de l'ampoule suppurée, peut faire la double preuve dont parle le tribunal de Boulogne-sur-Mer, il y aura accident du travail, et par suite, application de la loi de 1898. La Compagnie d'assurances serait donc obligée de régler le montant des frais médicaux.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

L'INSOMNIE DES NÉVROPATHES SON TRAITEMENT PAR LE DIAL (1)

Nous rappelions dans un précédent article qu'Hartemberg, dans son traitement des neurasthéniques, tient l'insomnie pour un des symptômes les plus rebelles des névropathies; mais, ajoute-t-il, « comme il est nécessaire que le neurasthénique dorme, il faut se résigner à lui prescrire les hypnotiques ». Et, passant en revue la riche série de ces médicaments, il constate que le véronal conviendrait à tous les cas, s'il n'était pas parfois mal supporté et ne provoquait trop fréquemment la céphalée Le sulfonal risque de s'accumuler à raison de sa faible solubilité et détermine, par des idiosyncrasies fréquentes, des accidents digestifs, cardiaques, rénaux, nerveux. La chloralose exagère l'hyperexcitabilité réflexe de la moelle. Quant au chloral, il transforme trop de névropathes en chlorolomanes. Pauchet signale l'efficacité du trional chez les nerveux atteints d'insomnie vespérale, alors que le tétronal ne conviendrait guère qu'aux insomnies du matin; mais Gierlich a observé des polynévrites consécutives à son usage, même modéré; d'ailleurs son action s'épuise vite et il est contre-indiqué chez les lypémaniaques.

Le dial, très utilisé depuis quelques années, inoffensif pour le rein, sans action nocive sur le sang, aussi rapide dans ses effets que le trional, aussi durable dans son action que le tétronal; malgré son élimination précoce, s'est avéré comme l'hypnotique de choix dans toutes les insomnies névropathiques.

On l'a employé avec succès, à la dose massive de 0g30, contre les hallucinations et les réactions violentes des mentaux; à dose plus faible, 0g20, contre l'excitation cérébrale simple, enfin à dose minime contre l'insomnie des entéropathes et l'insomnie génitale.

L'action du dial étant progressive, mieux vaut, en général, débuter par des doses moyennes, 0g10, 0g15, de façon à obtenir d'abord une détente nerveuse bien nette, pendant laquelle se réamorcera le sommeil; celui-ci obtenu, on diminuera peu à peu les doses et on verra le plus souvent réapparaître cette aptitude à dormir naturellement qu'avait perdue le malade. Le neurasthénique ne saurait trop dormir; ne craignons pas de lui faire dépasser la dose normale du sommeil telle que la fixent les hygiénistes, à la condition que ce sommeil soit profond, paisible, et autant que possible, continu.

Si l'on demande au dial, plutôt que son action somnifère spécifique, une action sédative sur l'ensemble du système nerveux, c'est aux doses réfractées qu'il faudra donner la préférence.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 30, p. 479.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE[1]

3. En *bas* : dans la fosse iliaque, la fusée purulente peut rester sous-péritonéale et donner lieu à un abcès de la fosse iliaque, intraabdominal.

Ou bien le pus pénètre dans la gaine du psoas et vient apparaître au triangle de Scarpa.

Dans le petit bassin, le pus peut fuser vers la fesse par l'échancrure sciatique, ou bien à travers le releveur et réaliser un abcès de la fosse ischio-rectale. Dans ces derniers cas, l'ouverture ultérieure peut se produire dans le rectum et le vagin.

4. En *avant* : Ouverture dans la cavité péritonéale, très rare; ou bien dans l'intestin (côlon ou cæcum).

B. **Lésions microscopiques.** — On peut noter la distension des capillaires, l'infiltration leucocytaire massive, la prolifération cellulaire, la formation de pus, d'abord infiltré, puis collecté. Enfin, la formation de la membrane pyogénique.

ÉTUDE CLINIQUE. — Comme type de description, prendre le phlegmon périnéphrétique secondaire, à infection d'origine calculeuse et évoluant vers la région lombaire.

I. **Début.** — 1. Le début est *brusque* parfois, avec tous les symptômes d'une phlegmasie suraiguë. On observe cet aspect surtout dans le phlegmon de cause traumatique (plaie lombaire par exemple); la température monte brusquement à 40°; malaise, frissons, douleurs lombaires profondes, diffuses et sourdes. Irradiations douloureuses diverses.

2. Début *insidieux* : l'évolution indolente ne se révèle bien souvent que tardivement par une pesanteur dans le flanc. Parfois on est en présence d'un état subinfectieux avec état saburral, anorexie, diarrhée, fièvre vespérale. Ces accidents tardifs, insidieux, passent longtemps inaperçus et sont secondaires à une contusion lombaire ou à une septicémie.

3. Entre ces deux variétés très différentes, on peut observer toutes les formes à transition avec début souvent masqué par l'infection première. Au bout de plusieurs semaines, les signes physiques deviennent apparents, qui témoignent de l'existence d'une collection suppurée lombaire.

On ne saurait donc trop insister sur le fait *que le phlegmon périnéphrétique est une affection à rechercher*. La fièvre inexpliquée et l'existence d'un endolorissement lombaire doivent y faire penser.

II. **Période d'état.** — Les douleurs, la fièvre, les signes locaux caractérisent la phase d'état du phlegmon.

1. La *douleur* est un des premiers symptômes : elle siège soit dans le flanc, la fosse iliaque, l'hypocondre, la partie inférieure du thorax, ou la région lombaire. Les irradiations ne sont point rares : vers la fosse iliaque et l'aine, la racine des cuisses, les organes génitaux, le périnée (plexus lombaire et nerfs abdominaux génitaux, crural, fémoro-cutané). Presque toujours sourde au début, la douleur est, soit continue, soit présentant des périodes de rémission ou d'exacerbation. Elle est exagérée par les mouvements, secousses, examen local; calmée au contraire par le repos, l'attitude du malade, en décubitus dorsal ou latéral, les membres inférieurs étant fléchis.

L'examen physique montre déjà à ce moment de la *contracture* des muscles de la région lombaire correspondante.

2° Les *signes généraux* sont constants chez les enfants et les adultes. Mais ils peuvent être plus ou moins effacés chez les vieillards affaiblis. La *fièvre* se montre, en général, après la douleur et peut revêtir plusieurs aspects différents : type rémittent avec de grandes oscillations, ou bien type continu, plus rare, en plateau à 40° ou bien fièvre intermittente. simulant des accès palustres avec les trois stades de frisson, chaleur et sueurs.

Le pouls est rapide, fort; il bat à 110-120.

Les *troubles gastro-intestinaux* sont constants : langue sèche et saburrale, soif vive, anorexie, nausées, vomissements, constipation ou plus souvent diarrhée fréquente. Les *urines* sont rares, colorées et riches en urates, pauvres en chlorures. On ne trouve dans les urines, en règle générale, *ni albumine, ni sang, ni pus.*

La présence d'une pyurie ou d'une albuminurie ne fait que traduire l'affection rénale primitive.

La respiration peut être dyspnéique, avec limitation de la course du diaphragme, par suite de la douleur.

III. **Période de phlegmon confirmé.** — Chez le malade, atteint d'accès fébriles et de troubles douloureux, peut apparaître plus ou moins rapidement, la période de phlegmon proprement dit. Les signes physiques locaux deviennent nets :

Deux à trois semaines après le début, il apparaît dans la région lombaire une *voussure* légère. Le méplat du triangle de J. L. Petit s'est effacé. La partie inférieure apparaît élargie.

On peut constater de l'*œdème* de la région lombaire; d'abord incolore et mou, gardant l'empreinte du doigt, puis pouvant s'étendre aux téguments du dos, de la fesse et du flanc. Plus tard, l'œdème devient rosé, ou même érysipélateux, dur, acuminé en un point, avec envahissement des couches superficielles par la suppuration.

L'œdème est dur, rouge violacé, douloureux et ne garde plus le godet à ce moment-là.

La PALPATION de la région lombaire est très douloureuse et souvent la chloroformisation est nécessaire pour explorer la région. On doit la pratiquer avec ménagement; le malade est en décubitus ventral avec flexion du tronc en avant (Duplay) ou en décubitus latéral couché sur le côté sain (Le Dentu). On perçoit ainsi une *tuméfaction* profonde, dure, immobile, dont le maximum siège à la région lombaire, et dont les limites sont peu nettes.

Au début, on peut constater une résistance spéciale avec empâtement profond, que cache souvent la contracture musculaire. Cette tuméfaction est indépendante des mouvements du diaphragme.

Plus tard, apparaît la sensation de FLUCTUATION, mais très difficile à obtenir avant que l'abcès ait gagné les téguments.

La constitution d'un *abcès en bouton de chemise*, avec réductibilité possible de la collection purulente n'est point rare, si l'on n'intervient pas à temps.

Enfin, il faut signaler que dans certains cas, on trouve de la crépitation gazeuse, preuve d'une infection à anaérobies.

Les *signes généraux* à cette période sont constants : la fièvre subit des oscillations très grandes; les sueurs sont fréquentes, ainsi que la diarrhée; la langue est sèche; le muguet n'est pas rare. Les douleurs sont vives, le délire survient parfois, et la cachexie s'accuse très rapidement, si le chirurgien n'intervient pas à temps.

EVOLUTION. — La durée du phlegmon est des plus variables : entre 15 jours et 2 mois. En général, un phlegmon, de gravité moyenne, met des semaines avant de s'ouvrir, s'il évolue spontanément. Et malgré cette évacuation spontanée du pus, il subsiste une *fistule interminable.*

COMPLICATIONS. — L'évolution du phlegmon périnéphrétique ne se fait pas toujours vers la région lombaire.

Les *fusées purulentes* peuvent se diriger, en effet, en arrière, en haut, en bas, en avant.

1° *En arrière*, vers la région lombaire, c'est l'évolution qui se produit dans les 9/10e des cas. L'ouverture spontanée se produit, si l'on n'intervient pas, par un orifice parfois insuffisant.

Il s'écoule une grande quantité de pus jaunâtre, parfois présentant une odeur stercorale. Cette évacuation purulente s'accompagne d'une chute momentanée de la température, qui remonte ensuite pour suivre une courbe irrégulière. Souvent la fermeture du trajet fistuleux se produit spontanément, avant la désinfection complète. De là, des abcès à répétition et des poussées de périnéphrites. Cette persistance de la fistule cutanée et la suppuration chronique qui résiste à tous les traitements peuvent provoquer un amaigrissement notable du malade, de la cachexie et même de la fièvre hectique. La dégénérescence amyloïde des viscères peut en résulter, à la longue, avec toutes ses conséquences. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 39, p. 623.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — *Dissection.* — Séance du 23 mai. — MM. Tournex, 26; Oberlin, 28; Braine, 30; Huc et Ecot, 28; Soupault, 26; Wilmoth, 27; Rheinhold, 20; Michon, 28.

Sont proposés : MM. Oberlin, Huc, Wilmoth, Braine et Tournex.

— Concours du prosectorat. — Le jury est composé de MM. Delbet, Lejars, Hartmann, Lecène, Cunéo, Grégoire, Auvray.

Liste des candidats : MM. Monod (Raoul), Bloch (Jacques), Caudrelier, Fey, de Gaudart d'Allaines, Quénu, Sénèque, Moulonguet, Ducastaing, Boppe, Richard, Petit-Dutaillis.

Composition écrite. — MM. Monod (Raoul), 23; Bloch (Jacques), 27; Caudrelier, 24.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Strasbourg. — Un arrêté ministériel a approuvé les délibérations du Conseil de l'Université de Paris, en date des 4 février et 7 mars 1921, portant création de certificats à délivrer aux docteurs étrangers assistants de clinique, et, à titre exceptionnel, aux docteurs en médecine de la Faculté de Strasbourg.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 mai. — MM. Chardin, 8 + 5 = 13; Deglaire, 17 + 6 = 23; Ramadier, 17 + 8 = 25.

Séance du 25 mai. — MM. Weill, 18 + 8 = 26; Vincant, 15 + 5 = 20; Franck, 15 + 6 = 21.

GUERRE. — Mutations. — Reçoivent les affectations suivantes :

MM. les médecins-majors de 1re classe Grenier de Cardenal, place de Bordeaux; Rit, place de Nîmes; van Merris, Maroc.

MM. les médecins-majors de 2e classe Pouchet, place de Tarbes; Boisseau, armée du Rhin; Badie, Maroc; Faure, G. M. P.; Juvin, place de Châteauroux; Lambert, ministère des affaires étrangères; Ryckebusch, 19e corps d'armée; Eysseric, Maroc; Vogelin, laboratoire de bactériologie d'Oudjda; Mouchard, Maroc; Jausion, laboratoire de bactériologie de Fez; Fosse, place de Clermont-Ferrand.

MM. les médecins aides-majors Berge, place de Montbrison; Cantuern, 1er corps d'armée; Caloni, 2e corps d'armée; Crozes, 19e corps d'armée; Dechet, hôpital du camp de Mailly; Flamme, place de Bar-le-Duc; Fiquet, place de Maubeuge; Millo, place de Bergerac; Pozzo di Borgo et Vidal, 21e corps d'armée; Cesarini et Castex, 14e corps d'armée; Deroche, 5e corps d'armée; Dechezelle, hôpital militaire Sédillot, à Nancy; Brouard, 14e corps d'armée; Vandembensche, 1er corps d'armée.

ENQUÊTE SUR LA NATALITÉ DANS LE DÉPARTEMENT DU NORD. — M. le Dr H. Surmont publie dans l'*Echo médical du Nord* (14 mai 1921) les résultats d'une enquête faite auprès des médecins du Nord. D'après les 156 réponses reçues, M. Surmont conclut « qu'il y a, en ce moment, un relèvement notable de la natalité, mais cette constatation ne doit pas être envisagée sous un angle trop optimiste, elle ne permet pas de préjuger de l'avenir. En effet, les causes pathologiques d'abaissement de la natalité (syphilis, alcoolisme, tuberculose, blennorragie), ne sont pas près de disparaître, la lutte contre ces fléaux ne fait que commencer : elle doit être poursuivie avec rigueur; la pratique des avortements et la propagande malthusienne font encore de beaucoup trop nombreux ravages, et la Société ne se défend pas contre elles avec toute l'énergie nécessaire; enfin et surtout, qui oserait dire que les conditions économiques et morales auxquelles les médecins, comme les autres observateurs, attachent la plus grande importance, évoluent, à l'heure actuelle, dans un sens nettement favorable? Pourtant, ce seraient les seules constatations qui puissent dans l'heure présente, nous apporter le réconfort et la sécurité nécessaires.

Qu'il nous soit permis d'ajouter qu'il ne faut pas non plus être trop pessimiste, car l'histoire de notre pays, et en particulier les événements de la dernière guerre, ont montré que les ressources de la Nation sont telles que vis-à-vis d'un danger imminent, elle a toujours su, jusqu'à présent, trouver la force de réaction nécessaire et sortir victorieuse de la

lutte; espérons qu'il en sera ainsi dans le combat que notre pays doit soutenir, maintenant, contre la dépopulation.

En fait, et ce sera la conclusion de ce rapport, car c'est l'expression de l'opinion unanime du Corps médical du Nord, la lutte en vue d'augmenter le nombre des naissances doit être poursuivie avec plus d'activité et d'énergie que jamais, elle ne fait que commencer et seule la tenacité permettra d'en obtenir les résultats nécessaires. Au point de vue des moyens de lutte, les médecins n'ont rien de particulier à conseiller, car seule l'application d'une série de mesures à action convergente permettra de préparer pour l'avenir des générations nombreuses et robustes qui sont les seuls garants de la force et de la durée nationales. »

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (professeur : M. Pierre Marie), — CONFÉRENCES DE NEUROLOGIE. — Une série de conférences de neurologie formant un enseignement complémentaire et portant sur un certain nombre d'acquisitions récentes de la neurologie et sur les travaux originaux des conférenciers, aura lieu à partir du lundi 6 juin 1921, l'après-midi à 5 heures, au grand amphithéâtre de la médecine.

Ces conférences faites sous la direction de M. le professeur Pierre Marie, comporteront un exposé clinique et anatomique des questions énumérées au programme ci-dessous avec présentation éventuelle de malades et de pièces et avec projections photographiques et microscopiques.

Elles auront lieu grâce à la collaboration de MM. Babonneix, Béhague, Bourguignon, Bouttier, Ch. Chatelin, H. Claude, Crouzon, Ch. Foix, Guillain, Laignel-Lavastine, André Léri, Lhermitte, Poulard, G. Roussy, P. Sainton, A. Sicard, Souques, Vurpas.

M. le Dr S. A. K. Wilson (de Londres), médecin du Queen Square Hospital, a bien voulu accepter de prendre part à cet enseignement.

Les conférences auront lieu dans l'ordre suivant :

Lundi 6 juin. M. le Dr S. A. K. Wilson (de Londres) : La maladie de Wilson.

Mercredi 8 juin. M. le Dr Ch. Chatelin : Les tumeurs cérébrales.

Vendredi 10 juin. M. le Dr H. Claude : Le syndrome d'hypertension intracranienne et les méningites séreuses.

Lundi 13 juin. M. le Dr G. Roussy : Les troubles sensitifs d'origine cérébrale.

Mercredi 15 juin. M. le Dr Guillain : Les lésions traumatiques de la moelle.

Vendredi 17 juin. M. le Dr Lhermitte : L'encéphalite épidémique.

Lundi 20 juin. M. le Dr Souques : Les syndromes parkinsonniens.

Mardi 21 juin. M. le Dr Babonneix : Les encéphalopathies infantiles.

Mercredi 22 juin. M. le Dr André Léri : Les atrophies musculaires syphilitiques.

Jeudi 23 juin. M. le Dr P. Sainton : Le goitre exophtalmique.

Vendredi 24 juin. M. le Dr A. Sicard : Les algies et leur traitement.

Samedi 25 juin. M. le Dr Crouzon : Les maladies familiales atypiques et combinées du système nerveux.

Lundi 27 juin. M. le Dr Poulard : Les troubles pupillaires et accommodateurs dans la syphilis, la diphtérie et l'encéphalite épidémique.

Mardi 28 juin. M. le Dr Ch. Foix : L'automatisme médullaire.

Mercredi 29 juin. M. le Dr Laignel-Lavastine : Les psychoses thyroïdiennes.

Jeudi 30 juin. M. le Dr Vurpas : Les petits syndromes mentaux; l'état mental des obsédés.

Vendredi 1er juillet. M. le Dr Bourguignon : La chronaxie.

Samedi 2 juillet. MM. les Drs Bouttier et Béhague : Les épilepsies; l'épilepsie traumatique : leur traitement.

Cet enseignement complémentaire est gratuit et ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine français et étrangers.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE (125, boul. de Port-Royal). Prof. COUVELAIRE. — *Leçons sur la chirurgie des affections congénitales chez le nouveau-né.* — M. Ombrédanne, agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, fera trois leçons sur les affections congénitales chirurgicales chez le nouveau-né, les vendredis 10, 17 et 24 juin à 11 h.

Vendredi 10 juin : Affections congénitales à opérer d'urgence.

Vendredi 17 juin : Affections congénitales à opérer de bonne heure.

Vendredi 24 juin : Affections congénitales dont l'opération doit être différée.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. Tome XXXI : **Electrologie** (1), par MM. DELHERM et LAQUERRIÈRE.

Cet ouvrage qui est consacré seulement aux applications de l'électricité aux affections d'ordre médical est l'œuvre de deux électrothérapeutes de longue date. Ils l'ont écrit beaucoup pour les praticiens qui ont quelque peu oublié les leçons du P. C. N. et n'ont jamais été familiarisés avec les emplois de l'électrothérapie. C'est pourquoi le début est consacré à un exposé clair quoique concis des grandes notions de l'électrophysique; viennent ensuite une série d'explications concernant les termes propres à la spécialité et dont la non-compréhension peut conduire les non-initiés à des confusions, — les causes de mauvais fonctionnement ou d'arrêt de fonctionnement des appareils — les moyens d'y remédier qui sont à la portée du médecin, etc.

Les chapitres suivants sont consacrés aux principaux courants utilisés en médecine; pour chacun d'eux, après l'exposé des caractéristiques physiques, on trouvera une étude de l'instrumentation faite au moyen de schémas propres à faire comprendre le fonctionnement plutôt que par des figures empruntées aux catalogues des constructeurs; un exposé aussi pratique que possible des procédés d'application et de leur technique; enfin le résumé des actions physiologiques de chaque méthode.

Ce n'est qu'après ces notions préliminaires indispensables que les auteurs abordent la thérapeutique; ils s'efforcent de mettre en lumière les indications et les contre-indications en s'attachant à être avant tout des cliniciens.

Le chapitre des maladies nerveuses est l'occasion d'une mise au point de l'état actuel de l'électrodiagnostic. Il ne faut point dédaigner les anciens procédés connus sous le nom d'électrodiagnostic classique, dont la technique est soigneusement décrite, mais les méthodes les plus modernes sont exposées; leur valeur est mise en lumière, et en particulier la question de la chronaxie, qui paraît encore à certains quelque peu abstraite, est étudiée avec clarté et précision.

Dans les différents chapitres, les auteurs exposent et discutent les applications les plus modernes; c'est ainsi entre autres que la *Méthode de Bergonié* dans l'obésité et dans les troubles circulatoires est décrite soigneusement et appréciée.

L'ouvrage se termine par un appendice des plus utiles sur les dangers que peuvent faire courir les installations électroradiologiques et les moyens de s'en préserver.

En somme, ce livre très court relativement au champ qu'il embrasse, est une œuvre pratique qui, basée sur une longue expérience clinique, discute sans parti pris la place de l'électrothérapie et s'efforce de lui demander tout ce qu'elle peut donner mais rien que ce qu'elle peut donner. L. G.

(1) In-8, 153 fig. — Prix : 18 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU SEIN A TISSUS MULTIPLES

Par le Dr Louis LÉORAT,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Définition. — Donnons tout d'abord une définition aussi précise que possible de ces tumeurs rares et multiformes. La chose n'est point facile, car l'accord n'est pas fait entre les auteurs au sujet de leur pathogénie. On leur a donné des appellations variées : « tumeurs hétérotopiques » (Delbet), « tumeurs complexes » (Quénu), « tumeurs à tissus multiples » (Bard), « Mischgeschwülste » (Allemands), « dysembryomes complexes » (Prof. Letulle). Nous nous tiendrons aux termes de « tumeurs à tissus multiples », de « tumeurs mixtes » ou de « mixtomes » (P. Nadal) qui ne préjugent rien quant à leur nature, et nous les définirons : *des néoformations du sein composées d'éléments épidermiques ou ostéo-cartilagineux solidaires par l'évolution ou par la présence de tissus bâtards intermédiaires entre les formes histologiques extrêmes qui y sont constatées* (P. Nadal).

L'adéno-fibrome, l'adéno-sarcome ne rentrent pas dans leur cadre car, dans ces cas, la tumeur est mono-tissulaire; il y a simplement une réaction du tissu voisin. C'est le tissu tumoral qui donne les métastases et le stroma ne subit jamais de migration avec les éléments nobles de la tumeur. De tels néoplasmes ne correspondent pas à notre définition des tumeurs mixtes.

Les tumeurs mixtes se caractérisent par une *étroite solidarité* de leurs tissus composants qui ne dégénèrent jamais indépendamment. Ainsi, on ne verra jamais une tumeur mixte du sein donner dans ses métastases un épithélioma d'un côté, un cancer chondroïde de l'autre. Enfin, souvent elles contiennent des tissus dont la classification est impossible tant ils sont anormaux; on y trouve des degrés de transition inattendus entre les types les plus opposés.

Ainsi, la tumeur mixte du sein n'est pas le néoplasme d'un tissu principal asservissant d'autres tissus, c'est une néoformation d'un groupe régional de tissus solidaires et fonctionnant comme un seul.

Classification. — On peut juger, par l'analyse des observations publiées, de la diversité de structure de ces tumeurs. Pour plus de clarté, nous les diviserons en trois groupes :

1° Tumeurs où l'on trouve les tissus ostéo-cartilagineux (fibro-chondrome, ostéosarcome, ostéochondrome);

2° Tumeurs constituées par du tissu épidermique malpighien;

3° Tumeurs où les deux tissus épidermique et ostéocartilagineux coopèrent à la genèse de la masse tumorale.

Historique. — Les tumeurs mixtes du sein ont été remarquées depuis très longtemps par les auteurs.

Citons les observations de tumeurs ostéocartilagineuses décrites par Bonetus (1700), Morgagni (1779), Reil (1799), A. Cooper (1836), Cruveilhier (1856), Warren (1848), Heurtaux, Foucher (1859), Wagner, Stilling (1881), 3 cas; Bowlby (1881), von Hacker (1882), Durham (1883), Leser (1888), Coën (1891), Happel, Saint-Arnold, Borst (1902), Lecène (1906), Cornil et Souligoux (1907), Leriche et Cavaillon (1908), Chevrier et Delval (1910), P. Nadal (1910), L. Bérard et Ch. Dunet [1920] (1).

D'autres auteurs ont décrit des tumeurs à tissu épidermique : A. Cooper (1836), Virchow (1855), Porta (1857), Müller (1838), Model (1858), Benno Schmidt (1884), Kürsteiner (1894), Hackel (1894), Hiebaum (1895), Wilms (1902), Ribbert (1904), Malloizel, Autefage et Bornait-Legueule (1904), Lecène (1906), Coyne et Brandeis (1907), Péraire et Lefas (1908), Herrenschmidt (1908), Delbet (1910), P. Nadal et Lacouture (1910), de Boucaud et P. Nadal (1911), Letulle, obs. CLXXXII (1912), Herrenschmidt et Pol Coryllos (1912), P. Nadal (1913), Bouchut et J.-F. Martin [1920] (2).

C'est surtout depuis 1905 que la question des tumeurs mixtes du sein retient l'attention des anatomo-pathologistes. A cette date, Cornil et G. Petit (d'Alfort) commençaient à signaler de nombreux cas chez la chienne, et H. Cushing en apporte aussi deux observations intéressantes.

Puis, en 1906, P. Lecène, à propos de deux cas typiques, jette les bases d'une classification de ces tumeurs et attire l'attention des anatomo-pathologistes et des chirurgiens qui apportent constamment des observations nouvelles. De plus, on discute la pathogénie de ces tumeurs. P. Nadal (de Bordeaux) admet la théorie de la cellule nodale de Bard. Le prof. Letulle émet sa théorie de la dysembryoplasie. De son côté, P. Masson défend avec de sérieux arguments la théorie métaplasique.

Enfin, le sujet s'enrichit de faits très intéressants fournis par la pathologie comparée. G. Petit poursuit ses études chez la chienne où ces tumeurs sont assez fréquentes, contrairement à ce qu'on observe chez la femme. D'autres auteurs, notamment H. Cushing (1905), Cornil et Petit (1905-1906), G. Petit (1909-1910), Petit et Germain (1910-1912), Nadal (1910) en apportent des observations nouvelles.

Anatomie pathologique. — Description macroscopique. — Les appellations macroscopiques de ces tumeurs ne préjugent pas de la diversité possible des tissus que le microscope peut y découvrir.

Les *formations malpighiennes* y sont difficilement visibles à l'œil nu sur les coupes de ces tumeurs sauf dans quelques cas de « cholestéatomes gros comme un pois » (Model), de « kystes épidermiques » (Benno Schmidt), de « kystes sébacés » (Kürsteiner, Porta, Hackel), de « tumeurs perlées » (A. Cooper, Virchow).

On voit plus souvent des *enchondromes ossifiés ou non*, de forme arrondie ou irrégulière, de consistance ferme, de couleur blanche ou jaunâtre, de dimensions variables, mais rarement considérables.

Description microscopique. — 1° *Analyse des divers tissus.* — *Tissu épithélial.* — Il s'y montre sous diverses formes. Le plus habituel est l'épithélium glandulaire en prolifération typique, atypique ou métatypique. Il est parfois pavimenteux ou cylindrique simple ou cilié, tapissant des cavités kystiques. Tantôt, il est réparti en colonnes pleines par travées ramifiées ou par amas isolé (épithélium à

(1) MM. L. Bérard et Ch. Dunet nous ont autorisé à faire état de leur observation en cours de publication.

(2) Voir l'observation détaillée de MM. Bouchut et J.-F. Martin dans notre thèse (obs. I).

type malpighien). Tantôt, enfin, on trouve, dans la cavité de kystes, des couches cornées concentriques rappelant le globe épidermique des épithéliomas cutanés, bien qu'il ne s'agisse pas forcément d'une évolution maligne. L'accumulation de ces couches cornées dans le kyste peut même comprimer sa paroi et former à son intérieur une perle cornée, dure, volumineuse, visible à l'œil nu sur les coupes, constituant les « tumeurs perlées » des anciens anatomistes.

Parfois, on observe dans les cavités kystiques de ces tumeurs mixtes des *épithéliums à type sudoripare.*

Tissu nerveux. — On trouve rarement des éléments nerveux. Toutefois, Herrenschmidt et Pol Coryllos ont trouvé un corpuscule de Vater-Pacini dans un épithélioma du sein. P. Masson a rencontré également des formations semblables.

Tissu conjonctif. — Le stroma interstitiel est variable suivant les points. Dans certaines zones, c'est un *tissu fibrillaire* dense, plus ou moins riche en cellules fixes. Ailleurs, c'est du *tissu conjonctif muqueux* continu ou des travées de tissu muqueux sans aucune malignité.

Tissu cartilagineux. — Il est fréquemment observé et constitué par une substance fondamentale, anhiste et incolore, isolant les cellules cartilagineuses répandues sans ordre. Ces cellules imparfaites, parfois sans capsule, présentent un protoplasma irrégulier et un noyau réniforme incurvé comme les noyaux des polynucléaires. Des travées ostéoïdes se groupent parfois en traînées lamellaires à la périphérie.

Si des ostéoblastes et des ostéoclastes se montrent sur les coupes, il s'agit de *chondromes ossifiés.* Ceux-ci contiennent des trabécules composées d'une substance réfringente, homogène ou vaguement fibrillaire, souvent infiltrée de granulations calcaires. Ces trabécules sont séparées par du tissu fibreux dans lequel cheminent les vaisseaux.

Tissu osseux. — Indépendamment des ostéochondromes, on peut observer des ostéomes purs (G. Petit, 1909).

2° *Vue d'ensemble.* — On chercherait vainement une ordination dans l'agencement des tissus qui constituent la tumeur mixte. Rien n'y est ordonné, et, si l'on y découvre des corpuscules nerveux, des glandes sudoripares, de l'épithélium malpighien, du tissu musculaire, du tissu ostéocartilagineux, ils siègent au hasard.

Grossièrement, elles présentent une certaine ressemblance avec les tumeurs mixtes que l'on rencontre ailleurs : parotide, organes génito-urinaires, corps thyroïde.

3° *Dégénérescences et métastases.* — Au cours de son évolution, la tumeur mixte du sein peut présenter diverses altérations aboutissant au ramollissement, à la vascularisation ou à la formation de kystes.

Le ramollissement est parfois si important que la tumeur prend un aspect gélatineux avec forte vascularisation. D'autres fois, on trouve des kystes de volume variable, contenant un liquide transparent, albumineux et filant ou séro-sanguinolent par suite de ruptures vasculaires.

La *dégénérescence maligne* et les *métastases* sont possibles. La solidarité étroite des tissus constitutifs se poursuit dans les dégénérescences et les métastases qui contiennent l'ensemble des tissus de la tumeur primitive. Comme la tumeur mixte, la dégénérescence maligne est un syndicat de tissus. P. Nadal (1910) a observé un cas remarquable de métastase multiple d'une tumeur à tissus multiples de la mamelle de la chienne. On ne peut expliquer par une simple coïncidence la métastase de trois tissus de la même tumeur, allant se localiser au même point d'un organe. Dans un autre cas de P. Nadal, les métastases contenaient un tissu indifférencié, très embryonnaire.

Certains auteurs n'admettent pas cependant la dégénérescence mixte. Bard pense que « la tumeur maligne dérivée d'une tumeur à tissus multiples n'est pas une véritable transformation de la première ; elle est constituée par un tissu unique et doit être considérée comme la tumeur d'une tumeur ».

Delbet, Herrenschmidt et Ménétrier prétendent aussi que les tissus de la tumeur peuvent dégénérer indépendamment.

Pathogénie. — Plusieurs théories ont essayé d'expliquer la genèse des tumeurs à tissus multiples. Il nous faut les passer en revue. Nous verrons en même temps les faits qui leur servent de base et aussi les arguments que l'on peut dresser contre elles.

1° Théorie de l'inclusion embryonnaire. — Cette théorie formulée par Verneuil n'est autre que la théorie de Conheim précisée et appliquée aux tumeurs du sein. Elle invoque le transport accidentel, pendant la vie embryonnaire, d'un fragment de tissu en voie de différenciation et son enclavement au point où se produira la tumeur mixte. Supposons qu'un bourgeon épidermique aberrant reste inclus dans la région où va se développer la glande mammaire définitive. Plus tard, sous l'action d'une cause inconnue, la prolifération de cette enclave épidermique intraglandulaire donnera les formations épidermiques que nous avons étudiées.

Wilms a défendu cette théorie en termes qui la rapprochent de la théorie nodale. « Ces tumeurs, dit-il, se développent aux dépens de débris embryonnaires de tissus peu différenciés et évoluant secondairement vers les ébauches de tissus adultes. On retrouve toujours, en effet, dans ces tumeurs mixtes, des tissus dont on peut expliquer la présence par l'évolution embryonnaire de la région. »

Brault, Ménétrier, Lecène la défendent également. Ce dernier, « partisan convaincu de la spécificité cellulaire ne croit pas que le tissu conjonctif qui donne du cartilage ou de l'os, soit du tissu conjonctif banal. C'est un tissu conjonctif spécialisé, squelettogène qui donne ces tissus différenciés (périchondre, périoste, par exemple) ». Les tissus anormaux sont donc une hétérotopie embryonnaire, une inclusion intramammaire de tissu conjonctif squelettogène. Or, l'embryologie permet de supposer que ce tissu squelettogène vient de la paroi thoracique qui formera les côtes et la clavicule.

Les productions épidermiques incluses dans la mamelle s'expliquent également par l'embryologie et l'on peut établir une analogie avec les autres tumeurs mixtes de l'organisme : de la région parotidienne ou du testicule, p. ex.

Pour justifier cette théorie, Lecène et Legros ont pratiqué des inclusions artificielles de fragments d'embryon. Ils ont constaté le développement des tissus greffés puis leur résorption tardive, mais les

greffes ainsi créées n'ont aucun caractère de tumeur mixte.

G. Petit, n'admet pas la théorie de l'enclavement à propos des tumeurs du sein. En effet, chez la chienne, ce sont les mamelles inguinales et non thoraciques qui sont atteintes, et il ne faut pas songer à l'enclavement, dans cette région, de tissu squelettogène. De plus, il est bien difficile d'expliquer certains cas complexes, par cette théorie. Ainsi, pour les tumeurs épidermo-squelettiques, il faudrait supposer l'enclavement du fragment de l'épithélium malpighien, l'emprunt à la cage thoracique d'un fragment ostéogène, l'englobement dans la tumeur d'une portion d'épithélium mammaire.

2° Théorie de la cellule nodale de Bard. — La théorie d'ordre plus général de l'*arbre histogénétique* de Bard introduit la notion de la *cellule nodale*. Voici cette théorie : L'ovule fécondé est une cellule totale contenant tous les tissus de l'organisme, en puissance. Les premières divisions de cette cellule restent semblables entre elles et semblables à l'ovule originel, c'est-à-dire complexes et totales. Ce *processus de multiplication* de la cellule originelle a été confirmé expérimentalement par Roux et par Bonnet en 1900. Roux observa au microscope la division d'un œuf de grenouille après fécondation, et put constater que les premiers blastomères restaient des cellules totales capables de donner un embryon entier, dans des conditions convenables. Cela est vrai jusqu'au stade 8 inclusivement. Puis, ces cellules totales se divisent dichotomiquement à l'infini pour aboutir à des espèces tissulaires différenciées et en fin de compte aux cellules spécifiques et unitaires de l'organisme adulte. Les cellules de transition qui marquent les étapes successives vers l'organisme adulte sont les *cellules nodales*. Elles sont de plus en plus nombreuses et de moins en moins complexes à mesure qu'on s'éloigne de l'ovule, qui est la cellule la plus complexe puisqu'elle contient en germe tous les tissus.

Cette théorie a été appliquée par son auteur à la pathogénie des tumeurs à tissus multiples. Il admet que des cellules nodales restent dans les organes, que leur dédoublement s'effectue tardivement et imparfaitement. Suivant qu'il s'agit d'une cellule nodale plus ou moins rapprochée de la souche ovulaire, la tumeur est plus ou moins complexe depuis le tératome jusqu'à la tumeur mixte.

Poussant plus loin l'hypothèse, on pourrait expliquer comment la dégénérescence maligne des tumeurs mixtes peut porter sur tous les tissus de la tumeur, car ils forment une sorte de tissu souche-nodal. Or, Bard ne va pas jusque-là, et admet que la dégénérescence maligne des tumeurs à tissus multiples est « toujours une tumeur à un seul tissu ».

Pour appliquer cette conception aux tumeurs mixtes du sein, battons le rappel de nos connaissances embryogéniques. Les cellules nodales, origines des éléments de la glande mammaire, sont celles du bourgeon mammaire d'une part, celles de la somatopleure d'autre part. Si la différenciation glandulaire du bourgeon mammaire et la différenciation ostéogène de la somatopleure sont imparfaites, le mixtome du sein pourra se produire. Si l'arrêt de développement ne porte que sur un ramuscule de la branche histogénique mammaire, si la différenciation ne s'est égarée que près de son terme, elle donnera l'adénome, le kyste malpighien.

Cette conception est séduisante. Elle explique merveilleusement la solidarité des tissus composant la tumeur mixte. Elle établit des relations de famille entre les tératomes et les tumeurs à tissus multiples des divers organes qui seraient les uns et les autres des tumeurs congénitales. Enfin elle permet d'expliquer les métastases mixtes.

Si la théorie de la cellule nodale a été vérifiée partiellement, son application aux tumeurs mixtes du sein reste une pure hypothèse. S'il était prouvé que ces tumeurs soient d'origine fœtale, on pourrait souscrire à cette théorie qui explique mieux les faits que celle de l'inclusion; or ce n'est pas encore démontré.

3° Théorie de la dysembryoplasie. Le « terrain mammaire ». — Après avoir minutieusement examiné de nombreuses coupes de seins extirpés pour tumeurs, le prof. Letulle en arrive à subordonner les tumeurs bénignes et les tumeurs mixtes de la mamelle à certaines « malfaçons » des canaux galactophores et des acini glandulaires, qui apparaîtraient dans la période embryonnaire et constitueraient le *primum movens* des tumeurs bénignes. Il pense qu'il existe une relation étroite entre des lésions, en apparence disparates, mais souvent associées telles que la maladie polykystique de Reclus, le fibrome, l'adéno-fibrome, l'adénome, les tumeurs mixtes du sein. Il construit ainsi sa théorie de la dysembryoplasie.

Prenons cette théorie à sa base pour nous en faire une idée exacte et la comparer aux autres. Passons en revue les « malfaçons » décrites par le prof. Letulle dans les mamelles saines, dans celles qui sont atteintes de tumeurs bénignes, de kystes et de tumeurs mixtes.

A. *Malfaçons dans les mamelles saines.* — Les défectuosités n'y sont pas rares mais demandent à être recherchées. Ce sont, par exemple, des galactophores à lumière disproportionnée, kystiforme ou à lumière normale, mais avec armature élastique incomplète ou absente. Puisqu'on ne trouve aucune lésion du tissu conjonctif interstitiel, il faut attribuer cette structure anormale des canaux à un vice de développement.

Dans des mamelles de jeunes vierges, on peut aussi trouver, çà et là, des placards de tissu fibreux au milieu desquels s'arrête tout à coup un canal excréteur sans donner naissance à des acini terminaux. Ces placards fibreux sont parfois si vastes qu'ils produisent une véritable amastie. Or, il est impossible de trouver des traces de mastite ancienne capable de déterminer cette atrophie partielle de la glande.

B. *Malfaçons dans les tumeurs bénignes.* — Les vices de développement s'exagèrent et deviennent constants dans les diverses tumeurs bénignes. Le prof. Letulle les divise en plusieurs groupes fondamentaux :

1. *Malfaçons par insuffisance de développement embryogénique.* — Ces lésions situées dans la tumeur ou dans son voisinage, s'accusent par une malformation et un rétrécissement des galactophores. L'armature élastique est plus ou moins complète. Parfois, la lumière du galactophore est rétrécie par des cloisonnements conjonctivo-vasculaires ténus qui la divisent en plusieurs orifices inégaux remplis de cellules vacuolaires. L'épithélium de revêtement ressemble plutôt à un endothélium, tant est mince

le protoplasma. Rien ne rappelle un galactophore, et on a l'impression de masses conjonctivo-épithéliales kystomateuses.

Il peut exister aussi des *obstructions totales des galactophores.* Certains canaux sont comblés par un tissu connectivo-vasculaire formant un diaphragme complet. Parfois, on reconnaît à peine la trace d'anciens galactophores atrophiés. Or, comme ces tumeurs bénignes provenaient, pour la plupart, de jeunes filles vierges, exemptes dans leur passé de toute affection inflammatoire mammaire, le prof. Letulle admet leur origine congénitale.

2. *Malfaçons par excès dans les formations embryogéniques.* — C'est une malfaçon par excès que de voir deux galactophores mal développés, inclus dans un anneau unique, dans une seule armature de fibres élastiques. De même, lorsque la muqueuse est anormalement épaisse par rapport aux dimensions du conduit et à son calibre. Si c'est le chorion de la muqueuse qui est hyperplasié; si cet épaississement anormal du chorion se complique de néoformations canaliculaires incluses dans son tissu connectif, il faut admettre une malfaçon canaliculaire interstitielle. Si l'hyperplasie porte sur l'armature élastique, il se fait alors un *fibrome péricanaliculaire* isolé, décelable seulement au microscope mais pouvant se développer ultérieurement.

Enfin, il peut exister des îlots adénomateux à petites cellules épithéliales claires et cubiques.

En présence de telles lésions, le prof. Letulle conclut « qu'il s'agit bien d'un département glandulaire dont les lobules peu délimités et les acini trop nombreux et mal agencés ont été en butte à des remaniements hyperplasiques auxquels tout processus inflammatoire demeure étranger ».

3. *Malfaçons par aberrations formatives.* — Les désordres sont encore plus variés ici et rentrent dans le cadre des tumeurs. On peut observer des anomalies du revêtement épithélial des galactophores. Il est fréquent de découvrir des canaux bordés par des *épithéliums pavimenteux* accumulés en strates multiples. Dans d'autres cas, on note l'apparition de *cellules cylindriques à plateau et à cils vibratiles* à l'intérieur de ces canaux. Si ces malformations se compliquent d'oblitération par des bourgeons épithéliaux supportés par un tissu conjonctivo-vasculaire, elles ressemblent à des tumeurs mixtes.

Ces conduits mammaires obstrués par des îlots « mixtes » intracanaliculaires sont en état de malfaçon indiscutable.

4. *Malfaçons kystiques.* — Les kystes constituent une variété intéressante de malformations mammaires. Dans leur manifestation la plus légère, ces lésions pourraient être désignées du nom de *cysto-adénome-myoépithélial* se présentant sous l'aspect d'un galactophore à tendance kystique. La structure de ses parois est défectueuse, l'armature élastique est faible ou inexistante, mais l'attention est surtout attirée sur le revêtement épithélial atypique. Ces cellules épithéliales de revêtement sont remarquables par leur volume considérable, l'acidophilie de leur protoplasma, leur polymorphisme habituel. De plus, la couche myoépithéliale est hypertrophiée. Il s'agit bien d'une variété d'adénome du sein identique aux *adénomes des glandes sudoripares.*

Le prof. Letulle a observé dans ces cas, la coexistence de malformations sudoripares pré ou paramammaires. Il en cite un cas typique. Il s'agit d'un cancer du sein et l'on trouve échelonnées depuis le derme jusqu'aux lobules mammaires, en plein tissu glandulaire, trois séries de lésions du système sudoripare. D'abord, dans l'hypoderme, près de la zone fibro-leïo-musculaire du mamelon, on note de vastes cavités kystiques sudoripares. Puis, à l'entrée de la mamelle, un deuxième îlot de kystes myoépithéliaux avec revêtement de cellules épithéliales acidophiles claires, doublé de cellules myoépithéliales gigantesques. Plus profondément, au voisinage de la tumeur cancéreuse, on observe un troisième foyer kystique, myoépithélial, identique au précédent.

Il est logique de penser que ces malformations sudoripares et mammaires remontent aux heures de la formation de ces glandes qui ont une origine similaire.

Signalons simplement les *kystes par rétention* qui résultent de la mastite chronique et s'accompagnent de périgalactophorite.

Enfin, les *kystes conjonctivo-vasculaires* qui constituent la dernière variété, se caractérisent par la participation effective du tissu connectivo-vasculaire à leur développement. Ils présentent une cavité volumineuse et ses parois sont formées d'un tissu conjonctivo-vasculaire dissocié par de grosses cellules vasculaires qui remplissent la cavité. Le prof. Letulle explique la formation de ces poches par un processus régressif d'origine dysembryoplasique.

Dans d'autres cas, au contraire, le tissu connectivo-vasculaire des îlots dysembryoplasiques s'hyperplasie en même temps que son revêtement épithélial. Si l'hyperplasie de ce bourgeon évolue vers des néoformations métaplasiques, la tumeur mixte est constituée.

De leur côté, les épithéliums peuvent passer par les transformations les plus diverses, jusqu'à l'épithélium pavimenteux à type malpighien. Toute la série des tumeurs mixtes en est la conséquence et il faudrait, désormais, les désigner du nom de *dysembryomes complexes* ou *dysembryoplasmomes.*

Telles sont les malformations de la glande mammaire décrites par le prof. Letulle.

La dysembryoplasie est basée sur une étude histo-pathologique approfondie et portant sur un grand nombre de cas. Elle permet de grouper sous la dénomination générale de dysembryomes, non seulement la plupart des tumeurs du sein, mais aussi un grand nombre de formations analogues siégeant sur divers organes.

Les lésions du même genre constatées parfois au niveau des glandes sudoripares de la région mammaire laissent à penser à une cause commune : la dysembryoplasie.

Ne voit-on pas également des tumeurs cutanées de la région mammaire : nævus, maladie de Recklinghausen, coexistant avec des lésions des glandes sudoripares voisines? Ce sont des désordres comparables à ceux des tumeurs solides de la mamelle.

Un dernier argument semble être, de prime abord, en faveur de cette théorie. La maladie kystique de Reclus s'observe, le plus souvent, chez les jeunes filles et de telles lésions, dans un terrain indemne de mastite chronique, laissent à penser à l'origine dysembryoplasique. Il n'en est rien cependant. « Le fait que cette affection survient chez des jeunes filles, n'exclut pas son origine inflammatoire. Les

tissus en histogénèse active sont les plus sensibles aux localisations infectieuses (ostéomyélite des adolescents). La poussée mammaire de la puberté correspond à une période de la glande en état de réceptivité. » (P. Masson.)

On conçoit que la glande mammaire, en perpétuel état de crise, puisqu'elle participe à toutes les étapes de la vie génitale, puisse être atteinte de malfaçons diverses, de dysplasie, sans qu'il s'agisse de dysembryoplasie. *(A suivre.)*

L'AIR CHAUD

DANS LE TRAITEMENT DU LUPUS TUBERCULEUX

Par le Dr DARRICAU (de Vittel).

Le lupus vulgaire, ou lupus tuberculeux, constitue une dermatose des plus rebelles et grave de pronostic. Les nombreuses thérapeutiques qu'on lui applique restent souvent impuissantes ou quand elles semblent réussir, elles comportent des récidives fréquentes.

Et cependant cette affection si commune est bien souvent le point de départ d'une complication viscérale, et en particulier de la tuberculose pulmonaire.

Il y a donc tout intérêt à enrayer dès le principe la néoplasie lupique.

J'ai eu l'occasion de traiter, par l'aérothérapie, un grand nombre de cas. Les résultats ont toujours été satisfaisants. Il m'a été donné de constater :

1° Alors que toutes les thérapeutiques, soit internes, soit externes (raclage, scarification, cautérisation ignée, cautérisation chimique, etc.), alors que tous les agents physiques (photothérapie, radiothérapie, radiumthérapie) avaient complètement échoué, l'air chaud a amené la guérison.

2° La cicatrisation complète a été très rapide; 41 jours ont suffi dans les cas les plus rebelles.

Les autres moyens précités nécessitent, au contraire, un très grand nombre de séances, et le résultat est lentement obtenu dans les cas favorables.

3° Les tissus cicatriciels sont absolument normaux d'aspect et de consistance; ils sont souples et pigmentés.

4° La guérison est définitive, certaines interventions remontant à huit et neuf ans sans la moindre récidive.

Je me suis servi, pour les applications aérothermothérapiques, de la boîte portative à air chaud de Gaiffe qui m'a suivi pendant toute la durée de la guerre au front. Elle se compose, essentiellement, d'une source d'air et d'un générateur de chaleur. L'air est produit par une petite pompe rotative actionnée par une dynamo. La vitesse de cette dynamo est réglée par un rhéostat à plots; elle augmente en raison directe du nombre de tours de la dynamo.

Il suffit de chauffer cet air. Pour ce faire, on oppose en résistance au courant électrique (fourni par le secteur ou par un groupe électrogène) un fil de platine qui est enroulé autour d'un cylindre plein en terre réfractaire. L'incandescence de cette résistance augmente en raison directe de l'ampérage. Ici encore, un rhéostat permet un dosage exact. On peut donc régler absolument à sa guise, d'une part la pression de l'air (vitesse de la dynamo), d'autre part la chaleur de l'air (ampèremètre). On obtient la température que l'on veut, variant entre 0° et 800°.

Ces conditions sont parfaitement réalisées par l'appareil Gaiffe. La pression et la chaleur de l'air étant réglées, il suffit d'utiliser la partie maniable de l'appareil. Très léger et bien équilibré, le « Thermogène » peut être manipulé par l'opérateur aussi facilement que l'est un bistouri. Il convient de l'armer d'un embout approprié à l'application, de façon à régler très exactement son action.

La cautérisation à l'air chaud est douloureuse. Il faut donc pratiquer l'anesthésie générale ou tout au moins locale. Cette dernière est malheureusement presque toujours insuffisante. Les tissus sont souvent friables par endroits et fibreux en d'autres points; ils semblent difficilement injectables. De plus, l'action des anesthésiques locaux est douteuse quand il s'agit d'une brûlure. L'injection dans une gaine nerveuse paraît seule donner des résultats. L'anesthésie générale n'est pas sans inconvénient; il faut éviter tous les liquides et tous les gaz inflammables en raison du voisinage de l'air chaud. Le chloroforme et le protoxyde d'azote sont les plus recommandables, mais leur administration est le plus souvent intermittente de par la situation même des lésions sur lesquelles on opère.

L'*anesthésie régionale* (1) est la méthode de choix.

On savonne largement à la compresse le lupus et les tissus environnants; la brosse déterminant trop facilement des hémorragies sur les tissus friables. Ces dernières sont à éviter pendant tout le cours de l'intervention qui nécessite une vision minutieuse et une observation scrupuleuse des moindres incidents. Badigeonnage à la teinture d'iode, puis à l'alcool à 90° pour éclaircir le champ opératoire. Ce dernier est limité, soit par des compresses, soit de préférence par une plaque de mica. La plaque de mica que j'emploie depuis de longues années a l'avantage d'exercer une excellente compression sur les bords de la lésion, la faisant saillir en la rendant accessible au maximum. De plus, elle permet de déceler la présence de tubercules qui auraient pu passer inaperçus (points noirs vus par transparence). Il suffit de pratiquer dans le mica des ouvertures de la dimension voulue et adaptée à la lésion à traiter. C'est à ce moment que l'on peut pratiquer la cautérisation.

On prend le thermogène de la main droite, on approche l'embout à 1 ou 2 mm. du premier tubercule et perpendiculairement à lui. Il s'agit, en effet, de ne pas porter au hasard une action destructive. Il faut détruire tubercule par tubercule, en se guidant sur l'élément précieux de la réaction du tissu à la cautérisation. Par le jeu d'un bouton pressoir adapté au thermogène, on peut projeter un jet d'air d'une puissance déterminée. A chaque pression du pouce sur le bouton pressoir, correspond une cautérisation. A ce moment seulement, l'air passe sur la résistance, se surchauffe et produit son effet cautérisant. L'escarre se forme immédiatement, tant est brusque et rapide cette action; un coup de curette la détache, deuxième cautérisation, deuxième curettage et ainsi de suite jusqu'à ce que, couche par couche, on arrive sur le tissu sain. Ici deux indications nous guident :

1° La friabilité ou la résistance des tissus à la curette; les tissus pathologiques sont mous et fongueux, le tissu sain résiste et crie.

2° La réaction des tissus à la cautérisation.

(1) Pauchet et Sourdat. *Anesthésie régionale*, 3e édit., 1920, O. Doin.

J'insiste à dessein sur ce point. Les tissus malades restent rouges et ont tendance à saigner, les tissus sains deviennent blancs sous la dernière escarre.

Il importe donc de détruire très minutieusement, de proche en proche, tous les foyers de néoplasie tuberculeuse en se basant sur ces données précises. L'opération est délicate, la moindre faute de technique est grosse de conséquences. J'ai dit qu'on les enraye presque instantanément par la projection d'air à 750°. Il se produit une rétraction brusque et intense des vaisseaux ouverts et les choses rentrent immédiatement dans l'ordre.

Par le même mécanisme sont détruites les terminaisons nerveuses. Ce fait important explique l'indolence parfaite de la plaie après l'intervention. Les communications sont brusquement rompues; les papilles sensitives sont réduites à néant.

L'opération terminée dans les conditions indiquées, il s'agit donc d'une plaie aseptique simple présentant sur toute sa surface des tissus sains ne demandant qu'à cicatriser.

Les résultats ne se font pas attendre. Encore pouvons-nous aider la nature en pratiquant des séances d'hyperhémie qui augmentent la vitalité des tissus tout en assurant les moyens de défense de l'organisme contre toute infection secondaire.

Dans les cas les plus rebelles, la guérison est la règle, elle est rapidement obtenue et définitive.

Il semble donc que l'aérothermothérapie, appliquée comme je viens de l'indiquer, constitue un mode de traitement excellent dans le lupus tuberculeux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 MAI 1921)

La loi de 1902. — M. HAYEM propose un amendement qui conclut au renvoi à la Commission.

M. ROUX engage de nouveau l'Académie à voter les conclusions de M. Léon Bernard. De ce fait, l'amendement de M. Hayem, mis aux voix, est repoussé.

M. HANRIOT, proposant aussi un amendement et le renvoi à la Commission, M. Roux intervient de nouveau, et l'amendement de M. Hanriot, comme celui de M. Hayem, est mis aux voix et repoussé.

M. Léon BERNARD donne alors lecture des conclusions de son rapport qui sont successivement mises aux voix et adoptées, avec quelques modifications. Voici ces conclusions :

1° Il y a lieu de créer sur tout le territoire une organisation obligatoire de services d'hygiène, pourvus d'un personnel de médecins spécialisés, chargés de les faire fonctionner, et relevant de l'autorité directe du ministre de l'Hygiène.

2° Les services d'hygiène seront répartis *en circonscriptions sanitaires*, à la tête desquelles seront placés *des médecins sanitaires de circonscription* ; ces circonscriptions seront réduites pour que les médecins puissent entrer en contact intime et permanent avec la population, le corps médical et les autorités administratives.

Les circonscriptions sanitaires sont groupées par *régions sanitaires* sous la direction de *médecins inspecteurs régionaux*; les territoires de groupement ne doivent pas, en effet, être nombreux ; le rôle d'inspecteur nécessitant des garanties particulières de compétence et de valeur, et la zone d'inspection devant être suffisamment étendue.

3° Paris et les grandes villes conservent une organisation sanitaire municipale; celle-ci étant seulement placée sous le contrôle de l'inspecteur sanitaire régional dépendant de l'Etat.

Tels sont les trois moteurs essentiels de la rénovation des services d'hygiène que la Commission propose. Ce sont eux surtout qui ont fait ici et ailleurs l'objet des controverses. Pour les mesures sanitaires, au contraire, il ne semble pas qu'il se soit produit de réelles oppositions. Nous pouvons les résumer de la façon suivante :

4° L'initiative des officiers sanitaires pour la prescription des mesures d'hygiène, permanentes ou temporaires, est aussi élargie que possible, l'exécution étant réservée aux autorités administratives.

5° La déclaration des maladies transmissibles est faite aux médecins sanitaires ; elle est obligatoire pour les médecins et les familles des malades.

(Sur la proposition de M. Netter, qui est adoptée, la dernière phrase est ainsi modifiée : « Elle est obligatoire pour les familles des malades et le médecin. »)

6° Les revaccinations antivarioliques sont obligatoires au cours de la septième, de la treizième et de la vingtième année; elles peuvent être rendues obligatoires en dehors de ces conditions d'âge, dans des circonstances exceptionnelles, par arrêtés préfectoraux.

7° Les autres mesures destinées à combattre les maladies transmissibles, et dont l'exécution est précisée par la loi, sont : la vaccination ou l'immunisation préventive, l'isolement, la désinfection, enfin les mesures exceptionnelles à opposer aux épidémies.

8° La loi édicte des mesures de protection des eaux potables rigoureuses, qu'elle étend aux parcs à coquillages, et elle envisage l'épuration des eaux usées.

9° De même, la loi nouvelle formule à l'égard des immeubles des stipulations qui visent à une protection plus efficace grâce à des procédures moins compliquées et moins longues, à des sanctions plus sévères, enfin à l'intervention constante des médecins sanitaires.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Traitement chirurgical des anévrismes de la crosse de l'aorte. — M. VAQUEZ, à propos de l'observation de MM. Rénon et Tuffier, s'applique à distinguer les cas de simples dilatations aortiques des cas d'anévrismes vrais de la crosse de l'aorte, et cherche à poser les indications opératoires que peuvent justifier certains cas.

Une courte discussion s'engage à ce sujet, à laquelle prennent part MM. Delorme, Tuffier, Rénon et Vaquez.

Dangers du radium et moyens de les prévenir. — M. REGAUD communique une note d'où il résulte que les émanations du radium ne seraient pas dangereuses pour les personnes éloignées, ni même pour les médecins s'ils ont soin de s'isoler dans des cabines de plomb.

Le rendement professionnel des grands mutilés. — Depuis que la rééducation et la prothèse de travail ont été appliquées aux mutilés de guerre pour les aider à reprendre leurs anciennes professions, ou à en exercer de nouvelles, on n'a encore fourni aucune évaluation du rendement effectif obtenu.

MM. J. GOURDON, H. DIJONNEAU et J. THIBAUDEAU (de Bordeaux) établissent le degré de capacité de travail des grands mutilés.

Ils étudient, tout d'abord, les moyens qui provoquent chez les mutilés le rendement maximum, ce sont : l'orientation professionnelle, l'adaptation de la prothèse de travail, les méthodes et techniques spéciales d'enseignement et d'apprentissage.

Ils établissent les règles précises de l'orientation professionnelle, ainsi que les directives de l'enseignement, appliqué aux travaux manuels et intellectuels, pour chaque catégorie de mutilés.

Enfin, se basant sur 2.000 observations, ils apportent la preuve du rendement réel des grands mutilés (amputés et estropiés) évalué par rapport au rendement des ouvriers et employés valides.

Grâce à la prothèse de travail et à la rééducation professionnelle, 1.231 mutilés sur 2.000 ont pu reprendre leurs anciens métiers ou anciennes professions, 736 ont pu apprendre de nouveaux métiers, 33 seulement sont incapables de travailler.

Sur ces 2.000 mutilés, 1.042 étaient cultivateurs, 735 d'entre eux ont repris complètement les travaux de culture;

107 les ont repris, en partie, en exerçant complémentairement un des métiers de vannier, sandalier, sabotier, etc.

Le rendement professionnel moyen obtenu par l'ensemble des grands mutilés atteint 65 à 70 p. 100 du rendement normal.

Il est démontré, concluent les auteurs, que :

1° Le degré de gravité d'une lésion anatomique ou d'une impotence fonctionnelle ne saurait entraîner une équivalence dans l'incapacité professionnelle.

2° Les grands mutilés, bien orientés et bien préparés, et ayant la ferme volonté de travailler représentent une valeur économique appréciable.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 MAI 1921)

Hoquet épidémique à marche foudroyante. — MM. Pierre Kahn, Barbier et Bertrand rapportent une observation de hoquet épidémique à marche foudroyante suivi de mort, remarquable au point de vue clinique par le début sous forme de monoplégie brachiale et par la présence au cours de l'évolution d'un syndrome hydrophobique. L'examen histo-pathologique révéla des lésions de névraxite ayant leur maximum au niveau du plancher du 4e ventricule et intéressant le segment droit des colonnes cervicale et dorsale supérieure. Ces lésions sont identiques à celles que l'on trouve dans l'encéphalite léthargique et la poliomyélite mais en diffèrent par leurs localisations qui expliquent par ailleurs le tableau et l'évolution cliniques.

Insuffisance mitrale chez une hérédo-syphilitique. — MM. Babonneix et Denoyelle présentent une fillette atteinte d'insuffisance mitrale, non rhumatismale, et chez laquelle l'hérédo-syphilis peut être présumée en raison de deux constatations : l'une clinique, dents d'Hutchinson; l'autre biologique, réaction de fixation faiblement positive pour le sang. Des faits de ce genre ont été publiés par divers auteurs; ils tendent à montrer que la syphilis héréditaire peut faire, non seulement des lésions aortiques, non seulement des rétrécissements mitraux, mais encore des insuffisances mitrales. Il y a d'ailleurs longtemps que Rendu insistait sur le rôle de cette infection dans le développement des insuffisances de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Rétrécissement mitral et syphilis. — M. Amblard (présenté par M. Queyrat). L'auteur, au cours de très nombreuses expertises pratiquées pendant la guerre au centre de cardiologie de Bordeaux qu'il dirigeait, a pu constater que le rétrécissement mitral était beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense habituellement, surtout si l'on tient compte des formes incomplètes de rétrécissement avec, comme signe prédominant et constant, un frémissement cataire présystolique, et inconstant variant suivant la position du malade, le repos et l'exercice, un roulement diastolique et un dédoublement du 2e bruit à la base.

Syndrome aigu d'hypertension artérielle au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. A. Lemierre et Piédelièvre rapportent une observation de fièvre typhoïde au cours de laquelle est survenue une crise aiguë d'hypertension artérielle caractérisée par de la polyurie, par la disparition du dicrotisme du pouls, puis dans les 24 heures par des épistaxis et des hémorragies intestinales abondantes. La maladie, qui jusque-là paraissait plutôt bénigne, s'aggrava brusquement et le sujet succomba quelques jours plus tard au milieu de phénomènes ataxo-adynamiques et avec des complications pulmonaires. Si les poussées hypertensives survenant au cours des fièvres typhoïdes et les conséquences fâcheuses qu'elles comportent sont bien connues depuis que P. Tessier les a le premier signalées, la polyurie comme signe révélateur de ces poussées et les épistaxis comme signe ultérieur, n'ont pas encore été mentionnées. Ces deux symptômes, joints à la disparition du dicrotisme du pouls et aux hémorragies intestinales déjà classiques, constituent un véritable syndrome permettant de soupçonner, avant toute confirmation par le sphygmomanomètre, l'existence au cours d'une fièvre typhoïde d'une poussée d'hypertension artérielle avec toutes les conséquences qu'elle comporte.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 MAI 1921)

Action nocive de l'eau de source sur des stentors, en fonction de la masse du liquide. — Mme A. Drzewina et M. G. Bohn. Dans une solution toxique, solution d'argent colloïdal en particulier, les animaux groupés résistent infiniment mieux que les individus isolés; d'autre part, la résistance est d'autant plus grande que la masse du liquide est plus restreinte. Tout se passe comme si, attaqués, les animaux émettaient rapidement une substance qui a pour effet de les protéger. Les animaux des mares (infusoires) transportés dans de l'eau de source ont tendance à se cytolyser, et ce d'autant plus que la masse du liquide environnant est plus grande.

MM. Neron et Lapicque font remarquer qu'avant d'émettre cette hypothèse, d'ailleurs ingénieuse, il y aurait lieu de voir si de plus simples ne sont pas applicables. M. Ch. Richet ne retient que le fait, laissant aux recherches ultérieures le soin de résoudre la question interprétation.

Le salicylate de soude en injection intraveineuse. — M. R. Lutembacher. Dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, l'ingestion de salicylate de soude provoque souvent de l'intolérance gastrique qui oblige à interrompre la médication.

Pour éviter cet inconvénient, nous avons eu recours comme voie d'introduction à l'injection intraveineuse, en utilisant des solutions au trentième; en outre, à la fin de l'injection, nous avons fait passer dans la veine 10 cmc. de sérum physiologique pour éviter l'induration des parois veineuses. Malgré ces précautions, celle-ci se développe parfois, lorsque les injections sont répétées dans la même veine.

L'injection doit être strictement intraveineuse. Elle détermine habituellement une douleur sur le trajet veineux, qui se dissipe rapidement.

Si les veines sont de petit calibre, il peut être nécessaire de diluer davantage la solution.

Ces injections nous ont donné de bons résultats chez quatre sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu.

MM. Carnot et P.-E. Weill font remarquer que, le plus souvent, il y a intérêt à prolonger l'action du médicament, celui-ci étant rapidement éliminé, ce que l'on peut réaliser par les injections de solutions huileuses (Carnot) ; M. Linossier a obtenu d'excellents résultats du salicylate de méthyle en application, à doses massives (15-20 gr. par jour); M. Josué n'a plus jamais de malades se plaignant de bourdonnements après administration du salicylate de soude, depuis qu'il l'a dénommé *arthritine*.

Dégénération métachromatique des fibres et des cellules nerveuses de l'encéphale et de la moelle dans l'encéphalite épidémique. — MM. J. Lhermitte et Radovici. Dans plusieurs cas d'encéphalite, les auteurs ont observé : 1° des produits de désintégration sous forme de grosses sphérules ordonnées régulièrement le long des fibres nerveuses des ganglions centraux et de la moelle; et 2° des granulations analogues franchement colorées en rouge par les bleus basiques siégeant dans le cytoplasma des cellules radiculaires spinales.

Ces produits de dégénération qui sont difficilement solubles dans les solvants des lipoïdes, semblent affecter avec prédilection certains faisceaux spinaux : faisceau de Gowers, faisceau pyramidal croisé, faisceau de Goll. Ils représentent, à la fois, une transformation particulière des gaines de myéline et du cytoplasma des cellules nerveuses.

Leur présence dans tout l'axe cérébro-spinal témoigne de la diffusion extrême du virus causal de l'encéphalite épidémique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCES DES 29 AVRIL, 13 ET 16 MAI 1921)

Discussion sur la rachianesthésie. — Dans cette très intéressante discussion, M. RICHE a exposé l'historique de la rachianesthésie et l'état actuel de la question. M. Riche précise en terminant la technique de la rachianalgésie telle que la pratiquent M. le prof. Forgue et lui-même. M. Riche est resté fidèle à l'instrumentation de Tuffier, il préconise la ponction lombaire à l'exclusion de toutes les autres (ponction haute de Jonnesco en particulier). L'anesthésique de choix est la syncaïne Clin. (Solution à 8 p. 100 de la maison Clin). Son emploi confère le maximum de garanties : L'adjonction d'adrénaline ne paraît pas recommandable. Elle paraît responsable de certains accidents observés à Montpellier (parésie des membres inférieurs, troubles trophiques). La soustraction de liquide céphalo-rachidien n'a peut-être pas l'importance qu'y attachent certains auteurs (Le Filliâtre, P. Delmas). Néanmoins il est bon de pratiquer toujours une soustraction minima. La rachianalgésie générale peut être obtenue par ce procédé (et avec des soustractions de liquide variant de 5 à 15 cc.). Il y a là évidemment aussi une question de dose d'analgésique.

Avec 0g06 à 0g08, on a généralement une anesthésie remontant aux épines iliaques.

Avec 0g12, les interventions abdominales classiques sont couramment faites.

Avec 0g16, l'anesthésie atteint les clavicules.

M. TÉDENAT reste un partisan convaincu de l'éther : il a fait peu de rachianesthésies, et cependant a pu observer dans son service un certain nombre d'accidents ou d'incidents imputables à cette analgésie. Un malade opéré pour goitre kystique et analgésié par le procédé omnitronculaire à la cocaïne, mourut sur la table d'opération. Plusieurs malades rachianesthésiés depuis 7 et 8 mois à Montpellier ou ailleurs éprouvaient encore des fourmillements et de vives douleurs dans les membres inférieurs. L'éther est l'anesthésique le plus facile à administrer, le moins toxique. Les accidents graves sont extrêmement rares avec lui.

M. FORGUE tout en se déclarant partisan de la rachianesthésie, ne l'emploie que lorsqu'il s'agit d'une intervention dont la durée est supérieure à une demi-heure environ.

Il expose les résultats de sa pratique, vieille de 16 ans. Jamais il n'a observé d'accidents mortels, ou même graves. Les menaces de collapsus qui parfois apparaissent à la fin des interventions ne se prolongent pas.

M. DE ROUVILLE combat vivement la rachianesthésie omnitronculaire à la cocaïne et en particulier le procédé de M. P. Delmas. Cette méthode lui paraît brutale, antiphysiologique et dangereuse. Il considère, au contraire que la rachianesthésie faite suivant la technique de M. Tuffier, heureusement modifiée par MM. Forgue et Riche est exempte de danger; néanmoins il ne croit devoir la faire bénéficier que des contre-indications de l'anesthésie générale.

L'auteur lit ensuite une lettre récente de M. Tuffier ayant trait au même sujet :

« Il n'y a pas de conclusions fermes dit M. Tuffier, puisque la question des anesthésiques et de leurs dangers est actuellement en pleine évolution : Les accidents consécutifs intégralement publiés pourront seuls faire adopter ou rejeter la méthode; la preuve définitive n'est pas faite parce que les cas sont trop peu nombreux; c'est par milliers qu'il faut compter les interventions et je dirais volontiers d'un même chirurgien pour qu'il soit permis d'établir un parallèle entre le nombre et la gravité des accidents, tant dans la rachianasthésie que dans l'anesthésie générale; la rachianesthésie a droit de cité, son rang social reste à déterminer. »

M. P. DELMAS se plaçant exclusivement sur le terrain des faits observés avec rigueur, établit tout d'abord un parallèle serré entre les rachianalgésies chirurgicales et les divers procédés de narcose. Il estime, après un minutieux exposé critique, que les griefs formulés contre les méthodes du premier groupe n'ont pas une objectivité suffisante pour ne leur laisser comme domaine que les contre-indications des secondes.

Il aborde ensuite la question des rachianalgésies basses et des rachianalgésies hautes; il montre légitime et avantageux d'employer pour le thorax et la tête les procédés d'insensibilisation générale par voie lombo-sacrée qui, entre les mains de nombreux chirurgiens, ont tenu toutes leurs promesses.

Il termine enfin par l'étude des analgésiques à utiliser et s'attache à dissiper l'équivoque, trop souvent acceptée, entre l'activité d'un produit et sa toxicité. A ce titre, la cocaïne, sous réserve d'une pureté rigoureuse, n'a pas été détrônée par ses succédanés synthétiques.

Mais tout procédé d'insensibilisation, quel qu'il soit, demeure d'une mise en œuvre délicate dont les risques, pour devenir chaque jour plus minimes entre des mains exercées ne peuvent cependant être donnés par personne comme nuls.

M. ESTOR estime que la rachianesthésie est une méthode d'une valeur indiscutable et qui restera dans la pratique. Il pense cependant qu'un certain nombre de points méritent d'être précisés :

1° La mortalité qu'entraîne la rachianesthésie;

2° La proportion des anesthésies nulles ou incomplètes.

M. Estor insiste aussi sur certains inconvénients de l'anesthésie rachidienne (énervement et angoisse du patient, accrues par certaines paroles ou gestes de l'opérateur, etc.). Dans sa pratique personnelle, M. Estor a eu un cas de mort au chloroforme (syncope du début), aucun accident à l'éther : il réserve le chloroforme aux enfants âgés de moins de 2 ans et emploie l'éther dans tous les autres cas, sauf contre-indication tirée de l'état de l'appareil pulmonaire. Il estime que la rachianesthésie n'est pas indiquée chez l'enfant qui se débat et crie alors même qu'il ne souffre pas.

M. RICHE répond aux questions posées par M. Estor :

« Notre statistique actuelle (avec M. le prof. Forgue) porte sur un minimum de 2.500 cas. Nous n'avons pas eu de cas de mort. 1 ou 2 cas mortels nous ont été signalés mais sont imputables à de grossières erreurs de technique dans un cas, on injecta 0g30 de novocaïne; dans le 2e cas, il s'agissait d'une très vieille femme opérée pour étranglement herniaire très grave et la ponction lombaire avait ramené du sang.

Les divers incidents de la rachianesthésie ont été l'objet d'une longue étude de notre part.

Les échecs vrais d'anesthésie existent mais sont très rares, parfois inexplicables; la proportion en est d'environ 2 p. 100.

Les anesthésies insuffisantes par l'étendue du territoire intéressé sont peu fréquentes, les anesthésies courtes s'observent aussi, elles peuvent être réduites d'ailleurs et complétées par quelques bouffées de chloréthyle.

Avec notre technique actuelle, notre proportion de succès est d'environ 96 p. 100.

Chez les enfants, j'ai pratiqué la rachianesthésie, je ne suis pas descendu au-dessous de 4 ans, je n'ai eu qu'un échec mais je ne conseille pas l'emploi de la méthode chez les enfants en raison de leur indocilité. »

M. ETIENNE estime que la rachianesthésie est une méthode à employer; personnellement, il n'a jamais eu d'ennui sérieux et elle lui a permis de mener à bien des interventions qui eussent été impossibles à l'anesthésie générale ; en ce qui concerne la chirurgie de guerre, il pense que si la rachianesthésie n'a pas fait plus d'adeptes, c'est qu'elle entraînait une perte de temps assez considérable au moment où le premier devoir du chirurgien était d'aller vite en besogne.

M. PECH relate son auto-observation : Atteint de radiodermites graves, il a subi plusieurs amputations; anesthésié au chlorure d'éthyle à plusieurs reprises, il n'a éprouvé aucun trouble sauf une perte légère de la mémoire et du goût : M. Pech rappelle que l'anesthésie locale à la cocaïne est très pénible dans les radiodermites : l'injection ne parvient pas à provoquer l'anesthésie et exacerbe les douleurs. Au sujet de la rachianesthésie, M. Pech rappelle ces mots de Leriche : « C'est une méthode à choisir, mais ce n'est pas une méthode de choix. »

M. LAPEYRE est partisan de l'anesthésie générale à l'éther; pendant la guerre, l'appareil d'Ombrédanne mis entre les mains d'anesthésistes improvisés a donné des résultats excellents.

En ce qui concerne la rachianesthésie, il en a fait peu lui-même. Il a vu un cas de mort par le procédé omniradiculaire. Le malade opéré pour goitre kystique est mort par intoxica-

tion bulbaire par la cocaïne (et non par ramollissement de la trachée).

Il serait intéressant de connaître le taux exact de la mortalité par rachianesthésie. On sait qu'il est d'environ 1/14.000 pour l'éther.

La rachianesthésie est une méthode à conserver parce qu'elle donne de très grandes facilités au point de vue opératoire et elle doit bénéficier des contre-indications de l'anesthésie générale. En chirurgie thoracique, l'anesthésie rachidienne paraît devoir être employée largement. Des recherches expérimentales seraient intéressantes à faire au sujet de la rachianesthésie, en particulier, en ce qui concerne la durée de l'anesthésie et les troubles vaso-moteurs qui l'accompagnent.

M. Riche. On ne peut comparer au point de vue de la mortalité tous les procédés d'anesthésie rachidienne. La question de l'analgésique employé mérite aussi d'être envisagée.

M. Forgue. Il faut conclure. On est frappé de voir la divergence qui existe entre les divers centres chirurgicaux, voire même entre les divers services d'un même centre, il faut comparer les cas à technique et anesthésique identiques. Il n'emploie la rachianesthésie que pour les interventions d'une durée supérieure à une demi-heure et d'une grosse difficulté technique; dans tous les autres cas, il emploie l'éther, dont il se sert depuis plus de 25 ans.

L'anesthésie omnitronculaire à la cocaïne faite par M. P. Delmas, lui a donné quelques facilités dans plusieurs interventions sur la face. Il n'a pas vu d'accidents, mais plusieurs anesthésies insuffisantes avec ce procédé.

Pour répondre à M. Lapeyre, il considère que la chirurgie thoracique contre-indique la rachianesthésie. Il en est de même de la chirurgie chez tous les intoxiqués et shockés.

M. Massabuau souscrit d'une façon complète aux conclusions de M. Forgue. Un point mérite d'être précisé. Il a remarqué que tant que la dose de syncaïne injectée est inférieure à 0g12, il n'y a aucun incident; au-dessus de cette dose, il y a une action nette sur le cœur. Avec des doses minimes (0g08 et même 0g04) on a une anesthésie véritablement idéale. Ces doses permettent de faire les opérations de faible durée (cure de hernie, etc.).

M. P. Delmas, revenant sur son exposé du 6 mai, touchant les rachianesthésies, croit devoir apporter à ce sujet quelques précisions nouvelles.

Par deux exemples récents, dont l'un personnel, il montre de quoi sont faits certains préjugés contre la rachi, alors que les observations en sont rapportées sans détails circonstanciés, aussi bien que dans celles de narcoses.

Il reprend la question de la cocaïne qui, à la faveur d'une indispensable purification préalable qu'il rappelle (solution dans l'alcool absolu, précipitation dans l'éther sec, dessiccation dans le vide), se montre innocente des inconvénients ou des risques qui lui ont été imputés.

En ce qui concerne la technique, il insiste sur l'importance de la dilution de l'agent analgésique autrement essentielle à surveiller que la vitesse avec laquelle est pratiquée l'injection.

Il termine par la défense des rachi hautes contre lesquelles des préventions sentimentales ne sauraient avoir la valeur de constatations cliniques ou d'arguments scientifiques.

— Communications diverses :

Les eaux de Capvern et la sécrétion biliaire. Etude expérimentale. — M. Ricard Pomarède.

Valeur séméiologique d'une obscurité relative légère du sommet gauche à la radioscopie. — M. Corone signale que sur 2.333 observations de radioscopies pulmonaires, il a noté :

511 fois une obscurité unilatérale du sommet gauche.

204 fois une obscurité unilatérale du sommet droit.

Soit une proportion de 71 p. 100 de sommets gauches et de 29 p. 100 de sommets droits.

Il remarque que ces altérations unilatérales du sommet gauche sont souvent discrètes, légères, douteuses même.

Elles ne doivent pas être attribuées à des lésions plus fréquentes à gauche qu'à droite du sommet.

Elles seraient dues à une ventilation inégale des 2 sommets, le sommet gauche ayant normalement une ampliation moindre que son congénère.

Mollusques et infections typhoïdiques. — M. Boudet, à propos de plusieurs cas récemment observés par lui, insiste sur la fréquence des infections causées par l'absorption de coquillages et invite les membres de la Société à apporter leurs observations afin de mettre en garde les services d'hygiène et les pouvoirs publics contre les dangers qu'offre actuellement la consommation des mollusques vendus sur les marchés.

VARIÉTÉS

UNE BATAILLE AUTOUR D'UN COSTUME

Lors de sa création, l'Académie n'avait pas été dotée d'un uniforme distinctif comme les autres corps constitués.

Au début de l'année 1833, quelques membres de la Compagnie trouvant, sans doute, la tenue de ville un peu trop modeste pour les somptueux cortèges officiels de l'époque, demandèrent qu'on leur donnât, à l'exemple de l'Institut, un uniforme officiel. L'Académie fut appelée à délibérer en comité secret sur cette grave question et cette discussion extrascientifique dura plusieurs mois, passionnant non seulement l'Académie, mais aussi le grand public médical.

Parmi les journaux de l'époque, la *Gazette des hôpitaux* se distingua par la vivacité de ses critiques.

Elle était alors dirigée par Fabre (de Marseille) qui l'avait fondée cinq ans auparavant et qui exprimait ses idées avec une fougue toute méridionale.

Aucun des académiciens actuels ne se formalisera, si, en rappelant l'histoire de leur costume, nous sommes amenés à citer quelques appréciations, un peu vives, du célèbre polémiste.

Fabre raconte que le président de l'Académie, Marc, médecin du roi Louis-Philippe, ayant été invité à déjeuner aux Tuileries, y était allé revêtu d'une élégante redingote verte. Un des jeunes princes (cet âge est sans pitié) voyant cet habit vert au milieu des brillants uniformes de l'Etat-Major, l'avait irrévérencieusement comparé à un *artichaut*. Marc ne faisait pas mystère de cette anecdote, il la racontait même volontiers et, peut-être, lui donna-t-elle, l'idée de remplacer le vêtement civil par un uniforme, pour ne plus se singulariser.

Une autre version est donnée, ailleurs, par Fabre (1). Le jour de la Saint-Philippe, la députation de l'Académie se rend aux Tuileries. Le président portait « un habit brun marron, élégamment enrichi de galons d'or et, sur la tête était un tricorne ! il s'avançait ainsi en avant de la députation bourgeoise, mais, en sortant, il fit judicieusement observer à ses collègues qu'il fallait absolument avoir un costume, à l'avenir ; que le ministre ne demandait pas mieux... ». « On ne discute plus, ajoute Fabre, que sur la forme de ce costume, sera-t-il brun comme celui de l'*archiâtre* ou adoptera t-on une autre couleur ? »

A partir de ce moment la question de l'uniforme est officiellement posée et pendant les mois de mai et de juin on ne parle plus que de cela à l'Académie (2). A la fin de juin, la chose est presque arrêtée, Fabre écrit (3) : « Enfin, malgré les criailleries de la presse, le bon sens l'emporte ; grâce à la fusion de deux arts importants, l'art du tailleur et du peintre, le conseil d'administration de l'Académie a été entraîné et dans la dernière séance, il a décidé à l'unanimité et par acclamation... que les académiciens, bon gré, mal gré, auraient un costume... L'épée, le chapeau français, l'habit à collet droit et à parements brodés de bleu sont adoptés, et tous les tailleurs de Paris vont être mis à réquisition afin que l'Académie soit habillée sous huitaine. »

Rien n'était cependant encore décidé. Pendant le mois de

(1) *Gaz. des hôpit.*, 7 mai 1833, n° 58, p. 217.

(2) L'Académie aura-t-elle un costume ? *Gaz. des hôp.*, 4 juin 1833, n° 70, p. 265.

(3) Décidément l'Académie aura un costume, *Id.*, 20 juin 1833, n° 77, p. 293.

juillet, l'Académie discute toujours la question en comité secret (1).

« Voici, écrit Fabre, le récit fidèle de ce qui s'est passé au comité secret de l'Académie de médecine relativement au costume :

« C'est M. Bousquet qui a été chargé de la proposition; lorsque ce membre eut achevé la lecture du rapport dont les conclusions étaient que l'Académie devait faire choix d'un costume, M. le président Marc, essaya de faire voter sur cette proposition sans discussion. Cette prétention singulière donna lieu à l'échange de quelques paroles entre MM. Desportes, Castel, le président et le rapporteur, et au milieu de cette espèce de discussion, M. Louyer-Villermey proposa l'ajournement de la grande discussion à une autre séance... »

On aurait pu croire que c'était l'enterrement... Le président Marc qui était un fin diplomate déclara « que, pour sa part, il tenait fort peu au costume ».

Le 30 juillet, nouveau comité secret : L'épée, le tricorne et l'habit brodé sont votés à la majorité de 31 voix (2). La nouvelle est ainsi annoncée par Fabre :

« Réjouissez-vous, médecins de toutes les classes, anciens régens, maîtres en chirurgie, docteurs *in utroque*, réjouissez-vous, même, pauvres officiers de santé... Enfin le bon sens triomphe... désormais quand une députation médicale fera antichambre dans les salons d'un roi citoyen, d'insolents officiers chamarrés d'or et de broderies n'oseront plus jeter sur elle un regard dédaigneux, et ne s'étonneront plus de voir passer avant eux des habits noirs. L'Académie qui, comme nous le savons bien, nous représente tous, par ordonnance, est, ou va être, habillée de la tête aux pieds, non point de la soutanelle de Vésale, mais d'un bel habit noir à collet et parements brodés de bleu, avec accompagnement de l'épée et du tricorne. »

Enfin, l'Académie reçoit communication de l'ordonnance royale du 15 septembre 1833 réglant d'une manière définitive le costume. «... Ce n'est pas précisément le *tricorne*, mais le *demi-claque* qui chargera les *chefs académiques*. Ce n'est pas une broderie verte (ou bleue), mais une broderie violette qui ornera les habits; il y a progrès. Quant à l'épée une poignée d'or en fera ressortir l'éclat et la valeur.

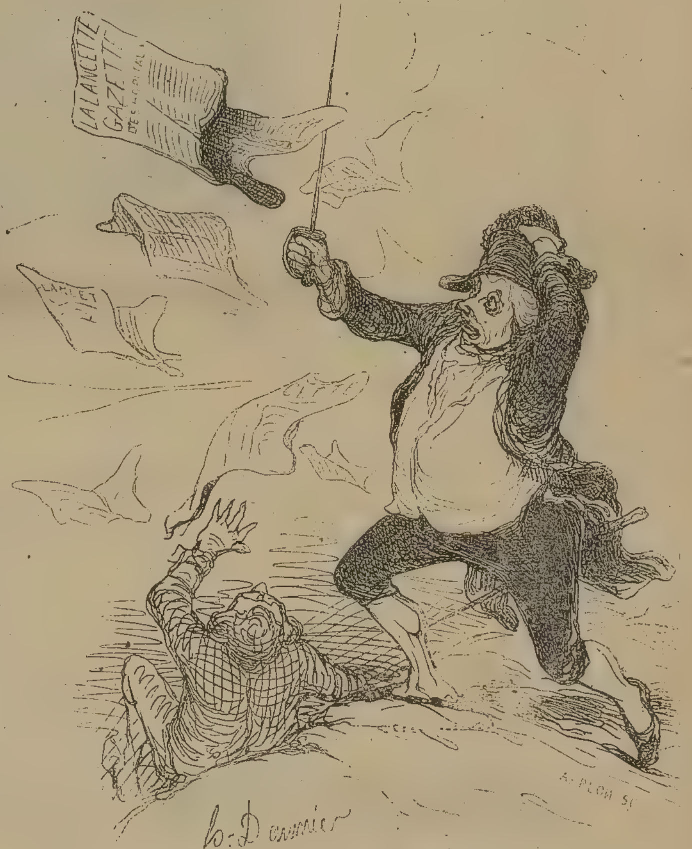
Passons à d'autres misères... » (3).

Le fougueux polémiste n'arrête cependant pas sa campagne. Plusieurs années après, en 1840, il publie un volume de satires (4) dans lesquelles il attaque très vivement les officiels; ni la Faculté de médecine, ni Orfila à qui il en voulait particulièrement, ni l'Académie ne sont épargnés. Fabre reprend l'histoire du costume avec une âpreté dont on peut juger par les vers suivants :

Némésis, conte-nous par qui fut exhumé
Le ridicule frac, le tricorne emplumé :
« En costume vert d'eau, des princes idolâtre,
Naguère chez son roi déjeunait l'archiâtre (5);
Un fils de la maison, du surnom d'artichaut,
En riant aux éclats l'apostrophe tout haut.
De ce mot malheureux l'indigeste épigramme
Trouble son déjeuner; il jure au fond de l'âme
De changer son costume; et chez Berchuz (6) d'un bond
S'en va désopiler son courroux vagabond.
Là des dessins d'habit qu'à la hâte il ramasse,
Il forme sous son bras une énorme liasse,
Et, ployant sous le faix, suant et sang et eau
Au conseil (7) qu'il préside apporte son rouleau.
. . . .

Il déploie aux regards de son sizain d'amis
Les dessins que Berchuz dans ses mains a remis.

A cet amas confus d'or, d'argent et de soie
Le conseil tout entier poussa des cris de joie;
Mérat en tressaillit, Renauldin en trembla;
L'ivresse se peignit dans les yeux d'Orfila;
Pariset, l'étreignant d'une accolade ardente,
Fit tomber sur sa joue une larme brûlante...
Mais, s'écria l'un d'eux, ayons garde aux sifflets :
Qui fera des journaux taire les quolibets?...



Un des dessins satiriques de Daumier illustrant la Némésis.

Les journaux, il est vrai, dit Marc d'un ton maussade
Sont chose bien fâcheuse à la fois et bien fade;
Tout prête à moquerie à leur malignité;
La *Lancette* a surtout un ton bien effronté.
Mais vienne le tricorne et paraisse l'épée,
Et ma juste vengeance y serait bien trompée,
Si je ne refoulais dans le gosier des sots
Le rire impertinent, les insolents propos.
Le frac fut adopté, sans peine, on le devine
Du costume telle est la burlesque origine.

Autres temps, autres mœurs, le ton des discussions académiques s'est adouci depuis 1833, le ton des journalistes a suivi cet exemple. Ce n'est pas nous qui le regretterons.

F. L. S.

(1) Le Comité secret, *Id.*, 27 juillet 1833, n° 92, p. 355.
(2) *Gaz. des hôpit.*, n° 95, p. 362, 1er août 1833.
(3) *Gaz. des hôpit.*, 3 oct. 1833, n° 122, p. 371.
(4) *La Némésis médicale illustrée*, recueil de satires par François Fabre, Phocéen et docteur, revue et corrigée avec soin par l'auteur, contenant 30 vignettes, dessinées par M. Daumier, et gravées par les meilleurs artistes avec un grand nombre de culs de lampe, etc. Deux vol., Paris, au bureau de *La Némésis médicale*, 22-24, rue Dauphine, 1840.
(5) Nom donné dans quelques cours du Nord au premier médecin du roi. Tout est historique dans l'histoire du costume. (*Note de Fabre.*)
(6) Célèbre tailleur. (*Id.*)
(7) Le Conseil d'administration. (*Id.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 30 mai. — Jury : MM. Letulle, président; Delbet, Mulon et Lereboullet. — M. BEUCHARD (Robert). Contribution à l'étude de la synostose radio-cubitale supérieure. — M. LEBEAU (Pierre). Contribution à l'étude du traitement de l'anthrax par le vaccin du prof. Delbet.

Mardi 31 mai. — Jury : MM. Chauffard, président; Rénon, Villaret et Fiessinger. — M. MOLLIN (Paul). Du renforcement de l'activité spécifique des métaux par l'adjonction des lipoïdes. — M. BROUSSOLLE (Jean). La leucémie aiguë.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 43. — MARDI 31 MAI 1921. 94e ANNÉE. MARDI 31 MAI 1921. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Pendant le concours, les hôpitaux suivants sont consignés aux candidats : Hôtel-Dieu, Pitié, Necker et Beaujon.

Consultation écrite. — Séance du 26 mai. — MM. Laroche, 16, 4545; Bouttier, 15, 6363; Voisin, 17; Heuyer, 19.

Séance du 27 mai. — MM. Pruvost, 18, 4545; May, 18; Gougerot, 19, 909; Weill, 16.

Séance du 28 mai. — MM. Jacob, 18; Duvoir, 15, 36; Salmon, 19, 27; Lévy-Valensi, 18, 45.

— Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er mars 1922 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 19 septembre 1921, à 16 heures précises, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du lundi 1er août au mercredi 31 août 1921 inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Grenoble. — Après concours, M. le Dr L. Martin vient d'être nommé urologiste des hôpitaux de Grenoble, et M. le Dr Lamy, médecin des hôpitaux de Grenoble.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Composition écrite.* — Séance du 26 mai. — MM. de Gaudart d'Allaines, 26; Quénu, 25; Fey, 24.

Séance du 28 mai. — MM. Sénèque et Moulonguet, 23; Ducastaing, 22.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a décidé le 20 mai, à l'unanimité, le maintien de la chaire d'anatomie et la déclaration de sa vacance.

— Lyon. — M. le prof. Henderson, de l'Université Harward, fera à l'Université de Lyon trois conférences, les 13, 14 et 15 juin prochain, sur les sujets suivants :

Les 13 et 14, à la Faculté de médecine, deux conférences sur « Le sang, système physico-chimique ».

Le 15 juin, à la Faculté des sciences, une conférence sur « Le milieu et l'évolution ».

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Laurent (de Versailles), Pacaud (d'Anglès), Arbel (de Maissemy), Bornot (de Paris), Bouvat (de Saint-Péray), Ducher (de Thoissey), Chapon (de Paris).

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — M. le Dr Chemin (d'Oudjda).

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — L'assemblée générale de l'Union s'est tenue le samedi 28 mai 1921 à l'Hôtel des Sociétés savantes. La principale question à l'ordre du jour était la question : *Des soins aux mutilés.*

L'Union tenait à exposer à nouveau la situation et à interpréter exactement les causes du différend qui dresse, en ce moment le corps médical français contre l'Administration des pensions.

Le Dr Lafontaine, secrétaire général, a donné lecture de son rapport. Il a déclaré que « seule l'Union a montré sa capacité d'organiser un service de soins aux mutilés, seule a étudié complètement le problème posé et seule enfin a apporté à ce problème une solution ». La motion suivante fut alors votée à l'unanimité des membres présents :

« Décidée plus que jamais à repousser toute tentative de fonctionnarisation du corps médical, l'assemblée déclare refuser le tarif du 9 mars 1921, ainsi que tout autre tarif qui pourrait être établi sans entente.

Elle est résolue :

1° A poursuivre la campagne engagée pour éloigner toute

taxation, et, notamment, pour revenir au texte primitif de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919;

2° A obtenir l'établissement d'une organisation de soins, avec libre choix et contrôle.

Dans ce but, elle donne mandat au conseil d'administration :

a. De poursuivre la campagne et d'intensifier l'action auprès des médecins, des bénéficiaires de la loi des pensions, de l'opinion, par les journaux, les tracts, brochures, affiches, conférences, congrès, etc.

b. D'étudier et de faire étudier, par les syndicats, les rouages financiers pour permettre de satisfaire à cette propagande intensive;

c. D'appliquer et de faire appliquer strictement les résolutions votées par la précédente assemblée, dans le but de placer chaque groupement à sa place, dans le mouvement professionnel. »

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — Le Conseil du Comité est ainsi composé pour l'exercice 1921-1922 : président, M. Coche; vice-président, M. Castueil; secrétaire général, M. Rouslacroix; secrétaires des commissions, MM. F. Farnarier, Ourgaud, A. Sauvan, Vizern (Ph.); bibliothécaire, M. Weill; inspecteur, M. Laugier; trésorier, M. Curtil-Boyer; conservateur de l'arsenal, M. Darcourt; membres du Conseil, MM. Gallerand père, Lachaux, Oddo, G. Raynaut, Vallette, Arréat, Engelhardt, Olmer, Pagliano, Pluyette, Reynès, F. Arnaud, d'Astros, Battini, Dupeyrac, S. Marcellin, Telmon (Ph.).

LIGUE D'HYGIÈNE MENTALE. — La Ligue tiendra sa séance solennelle le 1er juin, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Leredu, ministre de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales. M. le Dr Toulouse, président de la Ligue, fera une causerie sur le bilan social de la folie et l'hygiène mentale. Prendront la parole : MM. Justin Godart, le prof. Jean Lépine, Henry Paté, le Dr L. R. Williams, directeur de la fondation Rockfeller.

IIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE. — Ce Congrès se tiendra à Paris, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, du 29 septembre au 1er octobre 1921.

Les sujets des rapports mis à l'ordre du jour sont les suivants : 1° « Troubles de la fonction thyroïdienne dans leurs rapports avec la gestation ». [MM. Fruhinsholz et Parisot (de Nancy), rapporteurs];

2° « Protection médicale et sociale de la femme enceinte ». [MM. Doléris (de Paris) et Wœgeli (de Genève), rapporteurs];

3° « Des indications des hystérotomies abdominales au cours du travail en dehors des viciations pelviennes ». [MM. Couvelaire (de Paris) et Henrotay (d'Anvers), rapporteurs];

4° « De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë ». [MM. Cottes (de Lyon) et Potvin (de Bruxelles), rapporteurs];

5° « La radiumthérapie » : *a*. Dans les fibromes utérins. [M. Faure (de Paris), rapporteur]; *b*. Dans le cancer du corps et du col de l'utérus. [M. Hartmann (de Paris), rapporteur]; *c*. Dans les métrorragies en dehors du cancer et de fibromes de l'utérus. [M. Kœnig (de Genève), rapporteur].

Seuls les membres des différentes Sociétés d'obstétrique et de gynécologie de langue française ont le droit de faire partie du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Brindeau, 71, rue de Grenelle, à Paris, ou à M. Couvelaire, 21, rue Louis-David, à Paris, secrétaires généraux.

IIIe CONGRÈS NATIONAL DE LA NATALITÉ. — Le IIIe Congrès national de la natalité, organisé par la Chambre de commerce de Bordeaux, le Conseil général de la Gironde et la municipalité bordelaise, sous le patronage officiel de M. le Président de la République, du gouvernement et de l'assemblée des présidents des chambres de commerce de France aura lieu à Bordeaux, du 22 au 26 septembre 1921, sous la présidence de M. Isaac, député du Rhône, ancien ministre, président du Comité permanent de la natalité.

Voici le programme des travaux :

Première séance : Lois successorales. Répression de l'avortement criminel. — *Deuxième séance* : Action professionnelle. Par l'obligation légale. Par l'initiative privée dans l'industrie, le commerce et l'agriculture. Sursalaire familial. Caisses professionnelles. — *Troisième séance* : Préparation de la jeune fille à son rôle de mère de famille. Action religieuse, familiale, pédagogique.

Les travaux de section auront lieu dans l'ordre suivant :

Première section : Action religieuse. Commissions catholiques, protestantes, israélites. — *Deuxième section* : Enseignement. — *Troisième section* : Hygiène, puériculture, protection de l'enfance. Fléaux sociaux. — *Quatrième section* : Action professionnelle : 1° dans l'industrie et le commerce; 2° dans l'agriculture; 3° sursalaire familial. Caisses professionnelles. — *Cinquième section* : Législation.

La Commission d'organisation a l'honneur de prier les personnes qui s'intéressent à l'étude des questions de la natalité de vouloir bien s'adresser, pour tous renseignements, au secrétaire général du Congrès, place du Champ-de-Mars, n° 8, à Bordeaux. Le montant de l'adhésion est de 10 fr. au moins, non compris le service de la publication des travaux du Congrès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr Charles-Auguste Porak, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé le 28 mai 1921 à Paris, après une longue maladie, à l'âge de 76 ans.

Porak était né à Paris en 1845. Après de brillantes études, il avait été nommé, le 5 juillet 1882, accoucheur chef de service dans les hôpitaux de Paris.

La vie de Porak a été entièrement consacrée au travail. Il a publié de nombreux ouvrages d'accouchements parmi lesquels il faut citer : *Les Infections ombilicales chez le nouveau-né*; *les dystrophies osseuses congénitales*; *la valeur clinique de l'hypertrophie de la rate chez le nouveau-né*.

Membre de nombreuses Sociétés savantes, ancien secrétaire général de la Société obstétricale de Paris et ancien président de la Société de médecine pratique, notre confrère a été l'auteur de nombreuses communications d'un intérêt toujours élevé et pratique. A l'Académie, on a gardé le souvenir de ses rapports sur la revision de la loi Roussel et sur *le passage des médicaments et des poisons à travers le placenta*.

Depuis sa retraite, Porak, dont l'état de santé était devenu précaire, vivait très retiré dans son appartement du boulevard Saint-Germain, et on ne le voyait plus depuis longtemps à l'Académie.

Tous ceux qui l'ont connu regretteront le bon confrère, le savant à la haute conscience professionnelle.

Nous prions son fils le Dr René Porak, ancien interne des hôpitaux de Paris, d'agréer l'expression de notre très profonde sympathie.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — STATION THERMALE DE SAINT-NECTAIRE. — Les services automobiles P.-L.-M., qui fonctionnent chaque année, en correspondance directe avec les trains de et pour Paris, pour la desserte de la station thermale de Saint-Nectaire, seront repris cette année :

Depuis le 15 mai, entre Issoire et Saint-Nectaire;

A partir du 1er juin, entre Clermont-Ferrand et Saint-Nectaire. A cette même date, le service d'Issoire sera prolongé sur Murols et Besse.

Ces services automobiles fonctionneront jusqu'au 30 septembre.

Une voiture directe avec places de lits-salon et 1re classe circulera entre Paris et Issoire-Saint-Nectaire à dater du 1er juin.

En outre, des billets directs avec enregistrement direct des bagages seront délivrés au départ des gares de Paris P.-L.-M., Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Nîmes, Saint-Etienne et Vichy pour Saint-Nectaire, Murols et Besse.



LUMIÈRE FINSEN

Danois, 28 ans, cherche place dans Hôpital ou Clinique, comme assistant technicien pour mise au point quotidienne et petites réparations des appareils ou instruments servant au traitement par la lumière et bains de lumière. — Possède recommandation de l'Institut Finsen. — K. JENSEN, Solvgade, 14-1, COPENHAGUE (Danemark).

DES IDÉES DIRECTRICES QUI DOIVENT PRÉSIDER

A

LA PRÉPARATION D'UN VACCIN ANTITUBERCULEUX

INDICATIONS, RÉSULTATS

Leçon faite dans le service du Dr G. Caussade, à l'Hôtel-Dieu, le 14 décembre 1920,

Par M. le Dr E. BOSSAN,

Directeur de l'Institut de recherches biologiques de Sèvres.

(Leçon recueillie par M. Gayet, *interne du service.)*

Après de longues années de recherches et de réflexions sur l'immunothérapie antituberculeuse, nous sommes arrivés à la conclusion que pour être physiologiquement actif, un vaccin antituberculeux doit être préparé selon les directives suivantes :

1° *Il doit être préparé avec des bacilles vivants.* — La propriété essentielle et caractéristique de la vie, nous disent les physiciens, est l'instabilité moléculaire de la matière, qui seule permet les échanges, manifestation de la vie. La mort est caractérisée par cette absence de tout échange, conditionnée par l'état d'équilibre moléculaire stable. De cet état moléculaire dépendent toutes les propriétés biochimiques des corps et l'activité d'un vaccin n'en est qu'une manifestation.

Du reste, nous savons par l'expérience que l'efficacité du vaccin antityphique, par exemple, disparaît si les bacilles d'Eberth sont tués à une trop haute température. Ils ne doivent être atteints qu'à la limite de leur « vitalité », sous peine de modifications protoplasmiques qui leur enlèvent leurs propriétés biochimiques.

Guy-Laroche et Grigaut démontrent l'importance de « sauvegarder les propriétés biochimiques que les corps étudiés possèdent in vitro ».

2° *Nécessité de revenir à la physiologie pour l'étude de l'immunité, dans la tuberculose en particulier.* — Par toutes nos recherches, nous pouvons établir que *les anticorps sont les résultats de la lutte de l'organisme contre les agents microbiens, mais non les facteurs de cette lutte.*

En effet, il paraît bien établi que dans l'infection tuberculeuse, l'abondance *plus ou moins grande des anticorps* ne révèle, en aucune manière, un état d'immunité ou de résistance à l'infection (Calmette).

Par contre, le seul moyen de défense de l'organisme contre le bacille tuberculeux merveilleusement protégé par son enveloppe ciro-graisseuse est de la détruire, de la lipolyser. Il est prouvé par les travaux de Carrière et Clerc, Metchnikoff, N. Fiessinger et P. Marie, Bossan, que la résistance à l'infection tuberculeuse est d'autant plus grande que l'organisme contient une plus grande quantité de lipase.

Donc, physiologiquement, le seul moyen d'aider, suivant le conseil de C. Bernard, l'organisme dans sa lutte contre l'infection tuberculeuse, sera de renforcer l'action de la lipase déficiente, de la faire réapparaître si elle a disparu, de la réactiver. C'est pour réaliser ces idées que nous avons préparé notre vaccin V B2 dans les conditions suivantes :

Composition. — Le vaccin que je prépare est la dissolution dans une huile neutre, pure et aseptique du complexe *lipoïdes tuberculeux*, *toxines tuberculeuses :* ces dernières, substances albuminoïdes, sont insolubles dans l'huile, elles n'y passent que grâce à leur combinaison par adsorption avec les lipoïdes du bacille tuberculeux intact, vivant.

La présence des toxines est démontrée par les réactions biologiques ordinaires. Celle des cires par les analyses de Grigaut.

Préparation. — Mise en contact prolongé, 5 mois au moins, des bacilles vivants avec une huile végétale lavée, épurée, stérilisée, puis filtration sur bougie Chamberland. Ce vaccin répond donc absolument à la conception *de virus atténué de Pasteur*, puisque la filtration enlevant la partie proliférante, c'est-à-dire dangereuse des bacilles vivants, il en conserve seulement la partie vaccinante avec toute son activité.

Nous pouvons démontrer l'action physiologique de ce vaccin chimiquement, histologiquement, bactériologiquement.

Chimiquement, Grigaut a montré in vitro que le pouvoir lipasique vis-à-vis de la lécithine d'un poumon, chien ou lapin, varie de 1 pour le poumon de l'animal témoin à 3, 6 pour celui de l'animal ayant reçu du vaccin en injection intraveineuse ou intratrachéale.

Histologiquement, lipolyse beaucoup plus rapide et plus complète du vaccin injecté dans le poumon, que de l'huile pure. La lipase pulmonaire est plus adaptée à la digestion des cires bacillaires et son pouvoir de dédoublement est activé par le vaccin injecté (Guieysse-Pellissier).

Bactériologiquement, les bacilles tuberculeux subissent, sous l'influence de la lipase pulmonaire réactivée, des modifications profondes dans leur morphologie, leur quantité, leur topographie. Ces modifications que nous sommes les premiers à avoir étudiées et décrites (Royal Society of médecine, Londres, 15 avril 1919) dans les bacilles tuberculeux de l'expectoration des malades traités par notre vaccin, indiquent un profond degré de lipolyse.

C'est la première fois, croyons-nous, que l'on peut apporter tant de preuves objectives de l'action d'un vaccin.

Dans la tuberculose pulmonaire, il s'emploie en injections intratrachéales. Nous avons démontré pourquoi dans notre communication à la Royal Society of medecine.

Cliniquement, on n'a jamais observé au cours d'un traitement par le vaccin, à aucune période de ce traitement, ce que l'on pourrait appeler une véritable réaction. Après 4 ans d'expérience et d'application, je suis en droit d'affirmer que le « primum non nocere » est intégralement respecté.

L'action favorable du traitement qui se montre plus ou moins tôt, selon la forme clinique de la phymatose pulmonaire, sera d'autant plus rapide qu'il s'agira non d'une forme récente, mais d'une lésion accessible aux injections (les grands foyers de ramollissements sont des blocs impénétrables pendant assez longtemps et nécessitent une élimination de tissus nécrosés, qui sont toxiques et entravent l'action de la lipase).

Les signes d'amélioration seront les suivants : Le premier en date, celui qui ne manque pour ainsi dire jamais, dès les premiers jours de traitement, c'est l'euphorie respiratoire accusée spontanément par les malades traités. Puis, on constatera l'influence favorable sur l'état général par le retour de l'appétit et l'augmentation lente et progressive du poids. Et je puis dire que si le malade est soumis à

un régime hygiéno-diététique satisfaisant (ce que malheureusement l'on n'obtient que bien difficilement dans les milieux hospitaliers quels qu'ils soient, les malades n'y étant pas dans des conditions, tout au moins morales, satisfaisantes), cette amélioration se montre nettement progressive alors que le malade n'est nullement soumis à la suralimentation.

Un autre signe très important de l'amélioration est la disparition des sueurs nocturnes. C'est souvent le premier en date, il se manifeste dès le premier mois d'un traitement régulier.

L'influence sur la fièvre consistera en une diminution de l'amplitude des oscillations, véritable régulation de l'instabilité thermique si caractéristique des tuberculeux.

Plus tardivement, se fera la défervescence progressive.

Les signes stéthoscopiques de ramollissement se transforment lentement en signes de cicatrisation, de sclérose. Ce sont ces signes seuls qui permettent au médecin de juger si un traitement par le vaccin, datant déjà de 2 à 3 mois, doit être poursuivi ou interrompu.

Au point de vue bactériologie clinique, par le simple examen extemporané à la portée de tous, répété toutes les semaines, par exemple, on note une transformation morphologique des bacilles qui deviennent granuleux, paramoniliformes; au point de vue topographique, ils semblent se condenser, s'agglutiner pour ainsi dire, dans des points nettement circonscrits de la préparation.

Ajoutons qu'il n'existe aucune contre-indication formelle à ce traitement.

La conduite du médecin sera déterminée par cette loi : tant que l'organisme du malade est susceptible de répondre à l'incitation du vaccin, on peut, avec des chances de succès plus ou moins nombreuses, mais cependant réelles, espérer des résultats favorables.

L'existence de cavernes, même très étendues, même très anciennes, ne constitue nullement un élément de contre-indication.

Dans le cas de ramollissements très étendus, nous le répétons, la résorption des produits toxiques dus à la nécrose du tissu pulmonaire est un gros facteur de gravité, mais non une contre-indication, c'est une entrave qui en retarde les effets. Les formes fibreuses et fibro-caséeuses sont les plus rapidement influencées.

Conclusion. — Etant donné l'état actuel de nos connaissances relatives au traitement rationnel des tuberculoses pulmonaires, nous avons cru être de notre devoir de vous signaler l'existence de cette thérapeutique qui a des bases purement scientifiques, qui répond à des besoins physiologiques de défense de l'organisme tuberculeux, dont le mode d'application est relativement facile et surtout à la portée de tous les médecins et dont la nocivité, nous le répétons, est absolument nulle.

Ce n'est, d'ailleurs, qu'à la suite de nombreux cas d'améliorations certaines et durables (datant de plus de 3 ans) que nous vous indiquons le résultat de nos recherches personnelles sur ce sujet.

Les Applications pratiques du laboratoire à la clinique, principes, techniques, interprétations des résultats, par Agasse-Lafont. 3e édit. 1 vol. cartonné, 992 pages. Prix : 50 fr. — Paris, Vigot frères.

L'ADRÉNALINE DANS LE CHOLÉRA

Par le Dr NAAMÉ (de Tunis).

Frappé par la similitude entre le syndrome cholérique et celui de l'insuffisance surrénale, j'eus l'occasion, en 1911 (1), d'employer avec succès l'adrénaline dans le choléra : E. Sergent et L. Bernard avaient naguère décrit une hypoépinéphrie à type cholériforme, et Sajous (2), l'illustre endocrinologiste dont j'ignorais la conception, avait signalé l'identité des symptômes du choléra avancé et ceux qu'entraine l'ablation des surrénales, mais, fait curieux, sans préconiser l'emploi de l'adrénaline, et en concluant que la principale cause de la mort tient à la grande viscosité du plasma, laquelle gêne la circulation dans les capillaires, et notamment dans ceux des surrénales et de l'hypophyse (3).

Cette méthode fut suivie par Piovesanna (de Mestre) en 1912 et par Debalen (de Saïgon) en 1913, à qui elle a donné d'excellents résultats.

Demetrescu (4) apporta plus tard une confirmation expérimentale à cette thérapeutique : en effet, il résulte de ses recherches que l'endotoxine cholérique fait disparaître les réactions colorantes normales de la substance chromaffime des glandes surrénales, et qu'un extrait préparé avec des glandes provenant d'animaux injectés avec une émulsion de vibrions cholériques tués à 60° ne contient plus ou presque plus d'adrénaline.

D'autre part, à l'autopsie des cobayes soumis à une dose mortelle de toxine cholérique, les capsules surrénales sont augmentées de volume, très rouges et parfois hémorragiques. Il en est de même à l'autopsie des cholériques (5). Les rapports constants entre le syndrome cholérique et les lésions surrénales sont donc indéniables.

L'opothérapie par l'adrénaline expliquerait pourquoi le vaccin anticholérique agit préventivement et reste sans effets à titre curatif : cela tient à ce que, dans le premier cas, les surrénales sont saines, tandis qu'étant malades dans le second, leurs sécrétions en dépôt n'aident plus à la phagocytose. J'ajouterai que les porteurs de germes cholériques tolèrent ou, mieux, tiennent en respect ceux-ci, par suite, très vraisemblablement, de l'intégrité de leurs capsules surrénales.

La grande tolérance du cholérique pour l'adrénaline fait supposer que la lutte contre le choléra incombe aux surrénales, l'intestin ne jouissant d'aucune propriété bactéricide : au contraire, il résulte des recherches de I. Cantacuzène et A. Marie (6) qu'un extrait aqueux d'intestin grêle de cobaye, inoffensif par lui-même, et mélangé à une dose non mortelle de vibrion cholérique inoculés dans le

---

(1) *Soc. des Sciences méd.*, de Tunis, 25 oct. 1911; *Journ. des prat.*, 10 févr 1912 et 15 avril 1915; *Presse méd.*, 10 déc. 1914; *Etudes d'endocrinologie*, Maloine.

(2) Sajous. *Internal Secretions and Principles of Medicine*, vol. II, p. 1720.

(3) C'est ce qui a très probablement engagé H.-E. Dracke-Brokman à associer l'adrénaline et l'extrait pituitaire aux injections salées dans le traitement du choléra (*Indian Medical Gazette*, nov. 1910).

Je remercie vivement les Etablissements Carnrick (de New-York) d'avoir bien voulu, sur ma demande en février dernier, rechercher le travail de Dracke-Brokman, dont il est fait mention dans le livre de Sajous (vol. II, p. 1834), et m'en envoyer un extrait.

(4) Demetrescu. *Réunion biol. de Bucarest*, 17 déc. 1914.

(5) Violle. *Le choléra*, p. 170 et 425.

(6) I. Cantacuzène et A. Marie. *Soc. de biol.*, 19 juillet 1919.

péritoine d'un cobaye neuf, détermine rapidement un choléra aigu.

Par contre, d'après A. Marie, l'adrénaline a le pouvoir de neutraliser les toxines solubles (1). En outre, écrit Sajous, ce sont les sécrétions glandulaires qui, dans le sang, favorisent la production des substances germicides, antitoxiques et de cellules phagocytaires (2).

Certes, différents organes sont atteints dans le choléra, mais c'est à une déficience surrénale que répond le syndrome cholérique, et l'adrénaline combat celui-ci en entier.

Voici ce que dit Violle (3) dans son beau livre sur le « Choléra » :

« En 1911, Naamé commença une nouvelle thérapeutique du choléra; il traita ses malades par l'adrénaline et obtint de grands succès. Des médecins, aux Indes et en Italie particulièrement, appliquèrent cette méthode et en furent également satisfaits. Cette thérapeutique est devenue aujourd'hui classique. Avec les injections massives intraveineuses de solutés salins, l'adrénaline est, à l'heure actuelle, le moyen le plus efficace pour combattre l'algidité. »

J'ajouterai en terminant qu'il ne faut pas se contenter de parler d'hypoépinéphrie dans le choléra, mais qu'il y a lieu d'élargir et d'élever le débat, en énonçant ce qui suit :

1° Qu'une insuffisance glandulaire peut constituer toute la symptomatologie d'une maladie infectieuse, telle l'hypoépinéphrie dans le syndrome cholérique;

2° Que l'opothérapie doit être rangée à côté de la sérothérapie et de la chimiothérapie, telle l'adrénaline dans le choléra (4).

LETTRE D'AMÉRIQUE

Les Etats-Unis occupent, certes, une situation privilégiée pour les ressources d'alimentation. Ils produisent assez de toutes les denrées essentielles, non seulement pour leurs propres besoins, mais encore pour l'exportation en grandes quantités. Des quelques articles qu'ils importent, sucre, café, thé, épices, huile d'olive, noix, marrons, citrons, bananes, aucun, sauf le sucre, n'est d'importance capitale; et, pour ce dernier, si la consommation du pays n'était pas véritablement démesurée, comme nous le dirons plus loin, il est probable que la Louisiane, Hawaï, Porto-Rico, avec leur canne à sucre, et les Etats de l'Ouest avec leur betterave, suffiraient en grande partie et que l'aide de Cuba serait beaucoup moins invoquée. En ce qui concerne les fruits et les légumes frais, la gamme étendue de climats depuis le froid continental du North Dakota et du Minnesota jusqu'au semi-tropical de la Floride, du littoral du golfe du Mexique et de la Californie du sud, jointe au développement considérable des transports spécialisés, assure un ravitaillement continu et très varié de toutes les grandes villes. A New-York, par exemple, il n'est point de mois de l'année où l'on ne puisse trouver des légumes frais et verts à des prix raisonnables et souvent modiques.

Mais l'utilisation de ces ressources laisse à désirer de plusieurs côtés. Depuis nombre d'années, les économistes déplorent l'extravagance et le gâchage universels dans les cuisines américaines, celles des hôtels, celles des gens aisés, celles aussi, quoique naturellement à un moindre degré, des ménages de condition plus modeste. On a souvent répété — et c'était exact jusqu'à ces dernières années — qu'une famille ordinaire française trouverait tous les éléments nécessaires à sa subsistance dans ce qu'une famille américaine de même taille jette comme rebut inutilisable. La campagne de conservation que la guerre a rendue indispensable a modifié, dans le bon sens, cet état de choses. L'on y regarde de plus près; on n'a plus le mépris écrasant d'autrefois pour la petite épargne; mais la frugalité et l'économie sont encore bien loin d'être devenues des vertus nationales américaines et l'art d'accommoder les restes ne s'est point implanté très profondément dans les mœurs. Peut-on dire que ce sont là des considérations purement économiques, qui ne nous concernent pas, nous médecins? Ce serait juger bien étroitement et bien superficiellement. L'extravagance dans le service invite très nettement l'excès dans la consommation et, par conséquent, pour les gens aisés, la suralimentation chronique avec tous ses méfaits; d'autre part, le gâchage réduit les stocks d'approvisionnements, fait monter les prix et ainsi tend à mettre hors de la portée des moins riches et des pauvres un certain nombre de choses qui leur seraient fort utiles, d'où plus grande fréquence de l'hyponutrition. Ce sont donc là des faits qui méritent l'attention des hygiénistes. Leur importance dépasse même les limites des Etats-Unis : elle est mondiale. Tout récemment, Cox faisait remarquer à juste titre, dans une revue anglaise, que si les cinq cents millions d'habitants de la Chine ou les trois cents millions d'habitants de l'Inde consommaient autant par tête pour leur nourriture que les Anglais et les Américains *croient* nécessaire de consommer pour la leur, il ne resterait que peu de chose, ou rien du tout, pour le reste du monde.

Mais les hygiénistes ont aussi, dans leur domaine propre, des griefs plus spécifiques, moins généraux, contre les habitudes diététiques américaines. D'une façon générale, on ne peut pas dire que les Etats-Unis soient un pays où l'on « sache manger ». C'est ce dont s'est rendu compte maint Français qui y a séjourné et qui a eu à passer par une période d'acclimatation dont son appareil digestif a fait les frais. A part le Sud, et, spécialement la Nouvelle-Orléans, où persistent encore des souvenirs vivaces de la colonisation française, il n'y a pas dans le pays de traditions culinaires et gastronomiques; la façon dont il s'est développé ne lui a pas permis de s'en former. Les rudes pionniers qui ont poussé la civilisation des monts Alleghany au Pacifique, en un peu moins d'un siècle, avaient assez à faire à se procurer de quoi se mettre sous la dent sans se soucier des raffinements de préparation. Les forts seuls survivaient, et les durs travaux au grand air aiguisaient l'appétit. A ces conditions primitives succédèrent, presque sans transition, l'activité fébrile de la période de grand développement industriel et commercial, qui dure encore. Un nouveau facteur est encore

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, oct. 1919.
(2) *Presse méd.*, 27 janv. 1912.
(3) *Loc. cit.*, p. 586.
(4) Il n'y a pas que le choléra pour produire le syndrome cholérique : ainsi Lesné, Gérard et François ont signalé des cas d'hypoépinéphrie érysipélateuse, accompagnée de diarrhée, vomissements. Remlinger et Dumas ont observé chez des dysentériques surrénaux un syndrome capsulaire ayant simulé le choléra. Les dernières recherches de Paisseau et Lemaire ont mis en lumière le déficit surrénal dans les accès pernicieux algides ou cholériformes. Enfin Sergent a noté des lésions surrénales dans une *fausse épidémie de choléra* qui n'était, en réalité, qu'une intoxication profonde par de l'eau cadavérique.

venu aggraver la situation dans ces dernières années, à savoir la tendance de plus en plus accentuée chez la femme américaine à préférer les occupations directement rémunérées du bureau d'affaires, du magasin, ou même de l'usine, aux besognes plus ou moins monotones et apparemment improductives de la maison. Cette tendance entraîne comme corollaire très justifiable le désir de réduire au strict minimum l'effort nécessaire pour tenir un ménage, et nombreuses sont les inventions américaines qui réalisent de façon très pratique cette économie d'effort, telles les laveuses, repasseuses et nettoyeuses électriques. Toutefois, la cuisine est une branche d'activité domestique qui ne se prête point à une simplification de ce genre; mais les ménagères américaines, volontairement ou involontairement, l'ont apparemment oublié, aidées d'ailleurs, dans leur oubli, par les très nombreuses et très prospères compagnies qui fabriquent des conserves alimentaires. Celles-ci ont su très adroitement exploiter et l'ignorance et la paresse culinaires si répandues ici; elles offrent au public un assortiment extrêmement varié de produits en général très bien préparés, qui inclut tout ce qu'il faut pour un repas, depuis la soupe jusqu'au dessert. Quelle tentation pour la jeune femme qui ne sait pas préparer un dîner, ou qui n'a pas le temps de le faire, ou qui simplement ne veut pas s'en donner la peine! Et voilà une recrue de plus pour l'armée de celles à qui l'on commence à appliquer le sobriquet assez peu flatteur, mais mérité, de *tin can wives*, ménagères à boîtes de fer blanc. Si encore, il ne se trouvait dans cette armée que celles dont un travail hors de la maison prend la plus grande partie du temps, la situation serait excusable; mais les femmes qui n'ont rien à faire que de s'occuper de leur intérieur y figurent en aussi grand nombre que les autres : elles préfèrent les émotions du cinéma ou les plaisirs des salles de danse à la satisfaction plus prosaïque de la préparation d'un bon dîner. Bien entendu — et heureusement — il y a encore des exceptions; mais cette tendance générale ne laisse pas que de se manifester de façon inquiétante, malgré les efforts faits dans les écoles et dans la presse pour propager l'éducation et la science domestiques.

Ce laisser-aller à la table de famille est d'autant plus regrettable que la grande majorité des Américains qui travaillent sont déjà victimes d'autres circonstances indépendantes de leur volonté, et qui résultent de la vie « intense ». L'ouvrier, l'employé, le commerçant, avant de se rendre à leur travail, le matin, mangent, plus ou moins à la hâte, car le temps presse et la distance est souvent fort grande, un repas copieux, bien différent du petit déjeuner européen. Le repas de midi n'est qu'une courte trêve où l'on avale, dans un des très nombreux établissements de « lunch rapide » un plat de viande ou un sandwich, un verre de lait, un morceau de gâteau, une glace. L'habitude de manger très vite est ainsi devenue un défaut national. Un repas bien préparé, bien servi et savouré à loisir, le soir, serait une compensation fort appréciée et un précieux tonique pour l'estomac. Il y a vraisemblablement plus qu'une boutade humoristique dans l'assertion que la fréquence croissante du divorce en Amérique est en partie due à ce que les jeunes générations féminines ne savent plus faire la cuisine comme leurs mères le savaient.

Ceci explique pourquoi la section de gastro-entérologie de l'A. M. A. est si florissante, et pourquoi l'usage des masticatoires est si répandu ici. C'est une tentative de compensation, entre les repas, d'une mastication et d'une insalivation insuffisantes.

Si maintenant nous envisageons un autre aspect de la question, et considérons plus spécialement ce que le peuple américain mange, nous constatons qu'il consomme trop de matières azotées, trop de sucre et pas assez de légumes. Manger trop de viande est un défaut Anglo-Saxon. Il n'est pas rare de voir les Américains manger de la viande trois fois par jour : du lard fumé ou du jambon avec des œufs le matin, ou une côtelette ou un bifteck, autant à midi et le soir. Qu'il y ait un rapport de cause à effet entre cet excès d'albuminoïdes et la très grande fréquence de l'artériosclérose et la néphrite chronique, c'est ce qui n'est guère douteux. Quant au sucre, la consommation qu'on en fait aux Etats-Unis est vraiment phénoménale. C'est encore là un faible Anglo-Saxon, car la Grande-Bretagne est le seul pays d'Europe, et même du monde entier qui puisse, sous ce rapport, se comparer à l'Amérique. Non seulement, on emploie le sucre pour tous les usages ordinaires, comme en Europe, mais sous forme de glaces, de boissons sucrées non alcooliques, et de bonbons en quantités qui semblent incroyables à première vue. Ils sont légion, ceux et surtout celles qui ingèrent d'une demi-livre à une livre et plus de sucreries par jour, aux repas et en grignotant entre les repas. Depuis la prohibition, le sucre prend la place de l'alcool et les boutiques de confiserie occupent les locaux antérieurement loués aux cafés et débits de boissons. Un certain nombre de médecins ne voient rien que de naturel dans cette orgie de saccharose ou de glucose parfumé et coloré, et soutiennent que le goût des enfants pour les choses sucrées n'est que l'indication de la nécessité de celles-ci pour la croissance; mais d'autres ripostent qu'un goût peut être acquis artificiellement, par imitation ou habitude, sans répondre à un besoin réel des tissus, et qu'il en est ainsi pour le sucre comme pour l'alcool.

Van der Bogert (1) a récemment bien étudié cette question. Tout en reconnaissant la valeur diététique du sucre au point de vue richesse en calories et rapidité d'assimilation, il conteste son importance pendant la période de croissance. Il insiste sur l'idée, déjà bien ancienne, mais que l'on semble vouloir oublier ici, que l'excès de sucre est un des facteurs les plus puissants des troubles digestifs et de carie dentaire; il y ajoute, ce qui est plus nouveau, l'hypertrophie des amygdales et les adénoïdes. La nutrition générale des enfants dans les orphelinats où la consommation du sucre est réglementée est meilleure que celle des enfants ordinaires. Mais quiconque a exercé la pédiatrie à New-York sait, pertinemment, combien l'excellence de ces arguments influence peu les enfants et les parents, et combien il est difficile de décider ces derniers à empêcher leur progéniture de manger des glaces et sucer des bonbons entre les repas.

Par contre, la valeur des légumes verts dans tout régime alimentaire bien ordonné ne semble pas être comprise. A part les pommes de terre, qui remplacent le pain, et le maïs vert, pendant la saison d'été, l'Américain dédaigne les produits végétaux. Peut-être le fait que la simple cuisson à l'eau est le mode de préparation le plus usuel, est-il pour quelque chose dans ce dédain. Même attitude à l'égard des soupes : l'eau de cuisson des légumes est régulièrement jetée. On sacrifie ainsi deux élé-

ments très précieux, les sels minéraux et les vitamines. D'ailleurs, d'une façon générale, le régime américain penche trop vers les aliments ultraraffinés et « dévitalisés », farine trop blutée et pain trop blanc, riz trop décortiqué, maïs privé de son germe, céréales et fruits secs traités par des procédés physico-chimiques qui ne laissent pas grand'chose de l'état primitif, lait condensé; sans mentionner de nouveau les conserves. Voilà pourquoi, lorsque surgit, dans une ville américaine, un individu sans instruction médicale quelconque, mais avec un système qui préconise, de façon exclusive, l'ingestion d'aliments dans leur état naturel, y compris les grains de céréales non moulus, il trouve toujours des adeptes auxquels il fait du bien.

Voilà bien des critiques et toutes sont justifiées par les faits. Toutefois, il ne faudrait pas s'imaginer qu'il n'y ait rien de bon ici; d'ailleurs, nul pays ne peut se vanter d'avoir un régime alimentaire parfait. Il y a aux Etats-Unis beaucoup de dyspepsie et de mal nutrition causée par des erreurs diététiques : mais, précisément, parce qu'il y en a beaucoup, on s'applique vigoureusement à trouver le remède et il n'y a pas lieu de douter qu'avec les ressources dont on dispose, un résultat satisfaisant ne soit obtenu avec le temps. Un revirement en faveur des arts domestiques et un retour à la table de famille d'autrefois sont, ce me semble, les desiderata fondamentaux. Sans cela, les campagnes d'éducation sur la valeur des aliments, sur la nécessité de certains éléments, sur la manière de bien équilibrer une ration alimentaire, ne peuvent obtenir que des succès partiels parce que le tube digestif humain n'est pas une simple cornue chimique; parce que le problème de la nutrition ne consiste pas seulement à y fourrer un certain nombre de calories; parce que la façon dont ces calories se présentent a aussi son importance.

Pour terminer cette lettre déjà longue, disons quelques mots d'une branche de la médecine dont le précurseur, ici, est un Français d'origine, DE SAJOUS; je veux parler de l'*endocrinologie*. L'étude des glandes à sécrétions internes a pris un essor considérable dans ces dernières années; elle a, en Californie, sa revue spéciale. Malheureusement — et peut-être inévitablement, à cause de la fertilité même du champ d'exploration et de la multiplicité des inconnues — à côté de travaux scientifiques remarquables, il y a beaucoup d'élucubrations qui font plus honneur à l'imagination de leurs auteurs qu'à leur rectitude de jugement; et les charlatans n'ont pas manqué d'entrer dans un domaine où les éléments un peu mystérieux sont si nombreux et si faciles à exploiter, grâce à la crédulité simpliste du public. Cependant, l'endocrinothérapie compte maintenant, à son actif, de très brillants et authentiques succès. Une chose est particulièrement apparente dans les travaux américains : c'est la tendance à remplacer les fortes doses d'autrefois, doses qui avaient la prétention de suppléer physiquement à la sécrétion manquante, par de très petites doses, des doses véritablement homéopathiques, qui agissent comme stimulants sécrétoires d'une glande paresseuse ou fatiguée. En fait, beaucoup de spécialistes emploient les vraies dilutions homéopathiques (par exemple, un demi-milligramme ou moins d'extrait thyroïdien) et disent avoir de bien meilleurs résultats qu'avec les doses massives. Cette idée de stimulation semble, a priori, plus logique que celle de suppléance directe; car, malgré leur similarité de constitution, les extraits animaux n'en restent pas moins, pour l'homme, une albumine étrangère. KENDALL (2), de la clinique des Mayo, fait remarquer avec justesse que les produits de sécrétion des glandes endocrines sont très hautement spécialisés au point de vue chimique. La plus légère déviation de la structure moléculaire leur enlève leur valeur. Ce n'est pas un cas où quelque chose de « tout aussi bon », pour employer une expression familière en pharmacie, puisse faire l'affaire.

Un travail intéressant pour l'école française est celui de KAY et BROCK (3) sur la *ligne blanche surrénale* de Sergent. Depuis 1917, date du premier article américain, par Sergent lui-même, elle a été fréquemment employée en clinique. Les auteurs l'ont étudié, à fond dans 255 cas normaux ou pathologiques. Ils n'y trouvent qu'un réflexe vasomoteur cutané local, sans rapport direct avec l'activité surrénale. Il se produit plus chez les adultes jeunes, est constant dans la scarlatine; sa production est indépendante de la pression sanguine, de l'asthénie et des autres manifestations d'hypoactivité surrénale; elle reparaît après injection sous-cutanée d'adrénaline à dose suffisante pour occasionner des symptômes généraux. Son mécanisme physiologique n'est pas encore élucidé de façon satisfaisante. Tandis que Sergent croit qu'elle reflète la pauvreté du sang en adrénaline, TRACY (4) y voit la mesure de la quantité de sécrétion surrénale en circulation. Elle n'a pas la signification clinique qu'on lui attribue.

La partie, de beaucoup la plus scientifique et la mieux établie de ces travaux sur les sécrétions internes, est celle portant sur la thyroïde et l'hyperthyroïdisme, dont j'ai déjà eu l'occasion de parler (5). L'organothérapie des affections gynécologiques a suscité récemment de nombreux articles et discussions, voire de volumineux traités (6); mais l'impression laissée par la lecture de ceux-ci n'est point une conviction absolue, et l'on ne peut s'empêcher de partager l'opinion du critique qui termine sa revue d'un de ces livres en écrivant : « En vérité, un bon livre sur les endocrines serait le bienvenu. »

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) VAN DER BOGERT. *New-York State Journ. med.*, avril 1921, p. 135.
(2) KENDALT. *Surg. gyn. obst.*, mars 1921, p. 205.
(3) KAY et BROCK. *Amer. Journ. med. Sciences*, avril 1921, p. 555.
(4) TRACY. *Bost. med. Surg. Journ.*, 1917, p. 15.
(5) *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 984.
(6) BANDLER. *The Endocrines*, *Saunders*, Philadelphie, 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 MAI 1921)

Névromes cicatriciels. — M. QUÉNU, à propos d'une communication de M. Leriche, revient sur la question des névromes douloureux des moignons d'amputation. Il rapporte l'observation d'un garçon de 20 ans qui, à la suite d'un coup de fusil, dut être amputé. Vers 1885, il présenta une ulcération de sa cicatrice extrêmement douloureuse. Il portait un appareil prothétique destiné à isoler son moignon.

M. Quénu lui pratiqua une résection des nerfs poplité interne et poplité externe. Les douleurs disparurent; il n'y eut pas à s'occuper de l'ulcération qui se cicatrisa spontanément. Depuis 20 ans, cet homme n'a plus jamais souffert. Cette simple résection nerveuse, qui a donné un très bon résultat, paraît à M. Quénu plus simple que la radicotomie postérieure proposée par M. Leriche.

Dans un cas analogue, M. Broca s'est contenté de pratiquer la névromectomie du moignon, avec un très bon résultat. Il préfèrerait de beaucoup, quant à lui, cette simple névromectomie à la section de ses quatre racines lombaires.

Résection de la mâchoire inférieure. — Dans une précédente séance, M. Hartmann a présenté un malade qui, à la suite de la résection de la mâchoire inférieure, avait eu une déformation considérable de la partie restante du maxillaire inférieur. M. Hartmann avait appelé sur ce cas l'attention de M. Sebileau en lui demandant les moyens de remédier à cette déformation.

M. Sebileau nous fait connaître ces moyens. Quand on a fait une résection partielle de la mâchoire inférieure, il se produit un entraînement latéral du segment qui se porte du côté opposé et vient mordre la voûte palatine. Pour empêcher cette déviation du fragment restant, il faut avoir recours à une prothèse préalable pour assurer la contention de ces fragments. On peut choisir entre deux procédés. On moule la mâchoire inférieure et sur ce moule on construit un appareil élastique qui exercera une traction extramaxillaire. Un autre moyen consiste à appliquer un appareil qui prend son point d'appui et de fixation sur la mâchoire supérieure.

M. Sebileau montre plusieurs pièces anatomiques qu'il a préparées pour bien faire comprendre l'utilité de ces appareils prothétiques.

Occlusion intestinale par calculs biliaires. — M. Baudet apporte au débat l'observation d'une femme qui avait eu antérieurement des accidents hépatiques. Elle fut prise de phénomènes d'occlusion intestinale. Pas de diagnostic. Laparotomie; on trouva un corps étranger dans une anse grêle; extraction, suture, guérison. L'opération avait été très précoce.

Le calcul ne bouchait pas entièrement la lumière de l'intestin. L'occlusion dépendait certainement d'un état spasmodique de l'intestin qui se produisait au niveau du calcul.

M. Marion a observé deux cas. Dans un premier cas, occlusion intestinale par calcul biliaire dans une anse grêle, opération très simple et très facile, extraction du calcul, suture. La malade était morte 48 heures après. Dans un second cas, il s'agissait d'une femme de 65 ans prise d'occlusion intestinale; électrisation pendant cinq jours sans succès. M. Marion opère le sixième jour. Incision latérale gauche, en vue d'un anus artificiel, anse intestinale contenant un volumineux calcul biliaire; extraction du calcul; l'anse intestinale se trouvant altérée au niveau du calcul, M. Marion trouva plus prudent de la fixer ouverte à la paroi. Cette malade a fort bien guéri et on a pu plus tard lui fermer son anus contre nature. M. Marion se demande, avec raison selon nous, s'il ne vaudrait pas mieux agir toujours ainsi dans les cas d'occlusion par calculs biliaires.

M. Quénu est de cet avis et rappelle d'ailleurs que le procédé employé par M. Marion a déjà été employé.

M. Michon apporte un fait de guérison après l'extraction d'un calcul biliaire intra intestinal ayant amené de l'occlusion; mais l'opération avait été précoce.

L'âge généralement avancé de ces malades, dont le foie ou les reins sont plus ou moins touchés, peut expliquer, dans une certaine mesure, la gravité de l'intervention.

M. Thiérry rappelle que Thiriard (de Bruxelles), dans un Congrès, a traité cette question de la gravité de l'extraction des calculs biliaires amenant de l'occlusion intestinale. Il cite un cas dans lequel, après une opération très simple, la malade a succombé 48 heures après.

Question de priorité. — A propos d'une réclamation de priorité faite par M. Alglave en faveur de M. Lambotte contre M. Tuffier, s'élève une discussion, sur une pointe d'aiguille, à laquelle prennent part MM. Tuffier, Delbet, Broca et Alglave.

Occlusion intestinale par lésions tuberculeuses. — M. Delbet présente deux observations d'occlusion intestinale par lésions tuberculeuses adressées par M. Vaculesco. Au-dessus de la lésion ulcéreuse très étendue, la dilatation intestinale était énorme. Il en était de même au-dessous de la lésion; puis l'intestin reprenait après son calibre normal. Il y avait de nombreuses petites ulcérations autour de la lésion principale, des ganglions mésentériques. Résection de toute la partie malade.

Ce qui fait surtout l'intérêt de cette communication, ce sont les résultats de l'examen anatomique et histologique qui démontre qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses avec bacilles.

Fistules pyostercorales consécutives à l'appendicite. — M. Ockinczyc résume la discussion qu'a soulevée son rapport sur le travail de M. Mercadé. Il discute à nouveau les résultats fournis par l'iléosygmoïdostomie et la colectomie totale, qui doit être considérée comme une opération très grave.

Greffes tendineuses. — M. Auvray, à la suite du rapport qu'il a fait récemment sur ce sujet, apporte cinq observations personnelles :

Premier cas : garçon de 17 ans, section des tendons fléchisseurs de trois doigts par traumatisme, main atrophiée; M. Auvray libère les tendons, applique des greffes tendineuses mortes et des greffes nerveuses. Les trois doigts restent encore un peu fléchis; mais il y a une grande amélioration; les greffes ont bien tenu; le résultat fonctionnel, sans être le retour absolu ad integrum, est très satisfaisant.

Deuxième cas : jeune homme de 19 ans, phlegmon suppuré de la main, même opération que chez le précédent, résultat très satisfaisant.

Troisième cas : très bonne amélioration.

Quatrième cas : plaie suppurée de la main, application de cinq greffons, pas de suppuration, résultat nul.

Il est à remarquer qu'on obtient de bien meilleurs résultats quand il s'agit des extenseurs que quand il s'agit des fléchisseurs.

Dilatation œsophagienne. — M. Sencert communique une intéressante observation. Un homme de 45 ans présente depuis longtemps des troubles gastriques, dysphagie, vomissements. Les sondages, l'œsophagoscopie, la radioscopie, joints aux signes cliniques, montrent qu'il s'agit d'une vaste poche œsophagienne. Le malade a remarqué que quand il faisait une grande inspiration en soulevant les épaules et en abaissant son diaphragme, les aliments passaient plus facilement. L'œsophage se trouvait allongé chez ce malade à sa partie inférieure, se couchait sur le diaphragme et rendait ainsi le cardia imperméable. L'alimentation devenant de plus en plus difficile, M. Sencert pratiqua l'opération suivante : laparotomie latérale gauche, résection de deux côtes, libération de l'œsophage qui est attiré en bas et fixé dans l'abdomen. Guérison.

Hémorragie interne. — Seconde observation de M. Sencert. A la suite d'un traumatisme, un enfant présente des signes d'hémorragie interne. Laparotomie, l'artère splénique est coupée en deux. Suture, plaie intestinale, entérorraphie circulaire. Guérison.

Masque « universel » pour anesthésie générale. — M. Bégouin présente un appareil, dû à la sœur de sa salle d'opérations de la clinique Pasteur bien plus qu'à lui-même, qui garde presque toute la simplicité de la compresse et qui évite cette diffusion de l'anesthésique autour du malade. Il permet de donner éther, chloroforme, chloréthyle (kélène ou somnoforme) isolément ou successivement si l'on veut faire une anesthésie mixte; on peut presque le dire « universel ». Avec ce seul appareil simple, solide, de petit volume, tout en métal, facile à nettoyer et à aseptiser, peu coûteux, on peut donc administrer les anesthésiques généraux les plus usuels.

Il se compose du cadre métallique ordinaire du masque pliant à chloroforme; mais ici la compresse est de flanelle et, au lieu d'être simplement maintenue par une armature qui la laisse à nu comme dans le masque habituel, elle est recouverte par une sorte de chapeau métallique qui empêche la diffusion dans la salle de l'anesthésique employé. Sur le fond

du chapeau, une fenêtre est ménagée pour verser l'anesthésique sur la compresse : deux volets permettent d'en régler l'ouverture à volonté.

Tel quel, l'appareil est fait pour l'administration de l'éther ou du chloroforme en prenant soin de toujours protéger les yeux de l'opéré par une gaze maintenue imbibée d'eau stérile. On peut aussi l'utiliser pour le chloréthyle en répandant celui-ci sur la compresse à travers les volets entrebaillés si l'on ne veut qu'une anesthésie progressive et non pas brusque. Mais si l'on désire une anesthésie plus prompte, il faut utiliser la tubulure qui se dresse comme une aigrette sur le chapeau et qui permet, les volets fermés, de répandre l'anesthésique en vase clos. Sur cette tubulure, débarrassée de son capuchon, on adapte à volonté : 1° ou bien un tube de métal qui fait partie de l'appareil et dans lequel on a préalablement placé une ampoule de chloréthyle (kélène, somnoforme...). Un tour de la vis située sur le côté du tube de métal brise cette ampoule comme dans les appareils de Siffre ou de Camus ; 2° ou bien, au lieu du tube de métal, on adapte directement sur la tubulure le tube de verre de 30 à 60 gr. du kélène du commerce à pas de vis muni de son obturateur à ressort. En pressant sur celui-ci, on répand l'anesthésique en quantité et en rapidité désirées, et à volonté en vase plus ou moins clos, suivant qu'on ferme les volets ou qu'on les laisse entr'ouverts.

L'auteur emploie cet appareil depuis cinq mois dans son service d'hôpital et à la maison de santé pour l'administration de l'éther, pour celle du chloréthyle et pour l'anesthésie mixte au kélène et à l'éther ou au chloroforme, et il n'a eu qu'à s'en louer. Par sa simplicité, par sa construction entièrement métallique qui permet son asepsie, et grâce à son avantage d'être « universel », il lui paraît devoir rendre un véritable service pour la facilité de l'anesthésie générale (1).

— Une Commission est nommée pour l'examen des titres des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Cette Commission se compose de MM. Mathieu, Lardennois et Okinczyc.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 24 MAI 1921)

Rhumatisme blennorragique et dystrophies. — MM. Nobécourt, Nadal et Duhem présentent une enfant de 14 ans 1/2 atteinte de rhumatisme chronique blennorragique à poussées subaiguës, consécutif à une vulvovaginite et localisé sur les articulations des poignets et des doigts. Ces articulations sont augmentées de volume et il existe une ankylose presque complète des poignets. L'intérêt de cette observation réside dans un état de dystrophie générale caractérisé par le retard de développement statural et pondéral et le retard de la puberté. Les radiographies des mains et des genoux montrent aussi une dystrophie osseuse révélée par la diminution d'épaisseur des cartilages diaphyso-épiphysaires et la soudure prématurée de certaines épiphyses métacarpiennes. Cet état dystrophique du squelette, antérieur à la vulvo-vaginite a produit une susceptibilité articulaire et épiphysaire qui peut expliquer les réactions chroniques dues à la toxi-infection gonococcique. Il a réalisé le terrain favorable au développement du rhumatisme chronique.

Deux cas de scoliose congénitale par hémivertèbre. — M. Rœderer. Dans le premier cas, la troisième lombaire qui est incomplète, représente un coin. Dans le deuxième cas, il y a deux vertèbres en coin du même côté, une entre la deuxième et la troisième lombaire, l'autre entre la onzième et la dixième vertèbre dorsale.

Idiotie amaurotique familiale (maladie de Warren-Tay-Sachs). — MM. Henri Lemaire, Lavat et Ollivier. Il s'agit d'un nourrisson de 18 mois qui jusqu'à l'âge de 10 mois fut parfaitement normal.

A partir de cet âge, l'enfant devint apathique avec paralysie flasque des muscles des 4 membres, de la nuque et du dos; il paraît perdre la vue.

Actuellement, le facies de l'enfant est complètement inexpressif, sa nuque est ballante, son rachis incurvé en avant, ses 4 membres ne sont capables que de petits mouvements lents et sans force; mais il existe déjà un certain degré de contracture (clonus du pied prolongé, petits accès de contracture spasmodique).

L'examen électrique des muscles du liquide céphalo-rachidien et réaction de Bordet-Wassermann sont négatifs.

L'examen du fond d'œil a montré les lésions caractéristiques de l'idiotie amaurotique : sur la rétine normale, la macula apparaît comme une cocarde blanche centrée par la fovea qui est d'un rouge foncé.

La malade est une israélite roumaine. Pas d'autre cas dans la famille du malade.

Anévrisme artério-veineux du cou. — MM. Génévrier et Robin présentent un enfant de 9 ans atteint d'anévrisme artério-veineux du cou, vraisemblablement consécutif à un traumatisme, sans plaie extérieure, sur jet de pierre, survenu il y a 5 ans.

MM. Veau et Hallopeau pensent que la communication artério-veineuse siège sur l'origine d'une des cervicales transverses plutôt que sur les gros vaisseaux du cou.

Un cas d'athétose congénitale. — M. Prieur présente un enfant de 4 mois 1/2 atteint de mouvements lents des muscles de la face, de protusion intermittente de la langue, de nystagmus horizontal, de mouvements lents, arythmés des doigts et des orteils, de secousses du diaphragme. Ces phénomènes existaient dès la naissance. Aucun antécédent décelable. Il s'agit d'athétose congénitale, affection à pronostic grave, liée (Dejerine-Solier) à une lésion des centres psychomoteurs dans la région du thalamus. M. Apert, à cause de l'augmentation de glucose dans le liquide céphalo-rachidien se demande s'il ne s'agit pas d'encéphalite léthargique. M. Aviragnet aussi. M. Ribadeau-Dumas : Il s'agit ici d'une affection certainement congénitale, et bien de l'athétose. M. Marfan admet l'origine congénitale, mais dans les cas d'athétose vraie, il y a des mouvements très étendus des mains et des pieds, un mouvement de poulpe qui n'existe pas ici.

Un cas d'encéphalite myoclonique. — M. Aviragnet présente un enfant de 17 mois qui, en décembre, a eu une affection aiguë, et qui, depuis mars, a de la myoclonie limitée aux muscles du cou et nystagmus d'abord des 2 yeux, puis d'un seul. Il a vu en même temps un cas avec nystagmus d'un seul œil.

M. Guinon a vu dans des cas d'encéphalite 2 fois du nystagmus avec mouvements de négation.

Six cas de maladie de Parrot. — M. Barbier a eu l'occasion d'observer 6 cas de maladie de Parrot dont 5 en 2 mois. 4 de ces malades ont guéri ; les 2 morts sont dues à la bronchopneumonie pour laquelle ils étaient entrés à l'hôpital.

La radiographie révèle des lésions diffuses sous-périostées très étendues, un arrêt de l'ossification; sous l'influence du traitement, l'ossification reprend mais avec des déformations, chez deux enfants il y a eu des fractures, non des décollements épiphysaires mais des fractures diaphysaires.

A propos du traitement de l'hérédosyphilis. — M. Barbier résume ses résultats de 15 ans à l'hôpital Hérold. Il n'y a pas un traitement uniforme, mais des traitements variés selon les indications.

Il faut faire une grande différence entre les lésions osseuses, cutanées, les dermotropes qui sont bien plus faciles à guérir que les lésions viscérales, les viscérotropes.

D'autre part les hérédosyphilitiques ne viennent pas à l'hôpital pour cette affection mais pour des maladies intercurrentes. Ce sont elles qui dominent le pronostic. Dans les cas graves de broncho-pneumonie, entérite, etc., le malade ne supportera pas le traitement spécifique, il faut soigner l'affection intercurrente d'abord. Dans d'autres, il ne faudra tenter qu'un traitement atténué.

Dans les cas où la syphilis existait seule, tous les enfants ont guéri rapidement. Il est, de plus, indispensable de rétablir l'allaitement maternel même s'il a été interrompu.

Au total, sur 34 malades 27 ont guéri et 7 morts.

(1) L'appareil est fabriqué par la maison Bruneau, place de l'Odéon, Paris.

M. Barbier, troublé par des cas de collapsus, a renoncé aux frictions mercurielles. Il a abandonné les arsenicaux intraveineux et intramusculaires et se sert du surfarsenol sous-cutané qui se montre indolore et effficace à petites doses.

MM. RIBADEAU-DUMAS et PRIEUR ont renoncé à l'emploi des arsenicaux chez les nouveau-nés, à la suite d'accidents graves chez des enfants très débilités. Ils donnent la préférence à l'onguent mercuriel en friction tous les 2 jours.

Quatre observations de pseudo-paralysie syphilitique de Parrot. — MM. Jules RENAULT et R. MICHEL. Les deux premiers cas concernent des hématomes sous-périostés, sensibles à la main et avec lésions radiographiques.

Chez les deux derniers, la lésion, perceptible à la main, ne se retrouvait pas à la radiographie.

Les auteurs insistent sur la fréquence de la pseudoparalysie syphilitique, en relation avec la recrudescence de l'hérédosyphilis précoce, et sur les excellents résultats obtenus par les injections intraveineuses de novarsenobenzol (1 cgr. 1/3 par kilogr.) qui ont ainsi transformé le pronostic, si grave autrefois, de la maladie.

MM. Jean HALLÉ, COMBY, MARFAN protestent contre cette assertion de la gravité du pronostic de la maladie de Parrot. Ils sont restés fidèles à l'onguent mercuriel simple, ou même double (M. Comby) qui, en quelques jours, améliore considérablement les malades. Avec l'allaitement maternel, indispensable ici, et une prophylaxie des infections, ces enfants guérissent bien. M. LESNÉ insiste sur l'insuffisance des arsenicaux seuls dans l'hérédosyphilis; il faut y joindre le mercure (biiodure ou frictions d'onguent mercuriel).

Adénopathie trachéo-bronchique guérie par la radiothérapie. — M. GUINON présente un enfant, vu à 3 mois avec un cornage suffocant, formidable, dû à une adénopathie trachéo-bronchique (péri-bacillaire). En 5 séances, de 12 en 12 jours, de radiothérapie, tout est rentré dans l'ordre. Actuellement, à 3 ans, c'est un très bel enfant.

A ce propos, s'engage une discussion entre M. AVIRAGNET et M. MARFAN, d'où il ressort qu'il faut distinguer dans l'adénopathie trachéo-bronchique, la toux bitonale, le stridor par compression nerveuse des recurrents avec une adénopathie très petite, phénomènes pouvant céder rapidement à la radiothérapie, et d'autre part, la dyspnée vraie par compression due à des grosses masses ganglionnaires, qui ne cède pas aussi rapidement.

Angine de Vincent à allure nécrotique et extensive guérie par le néosalvarsan intraveineux. — MM. LEREBOULLET, P.-L. MARIE et BRIZARD. Dans ce cas, les applications locales de néosalvarsan n'arrêtaient pas l'extension de l'affection qui guérit à la suite de 3 injections intraveineuses de néosalvarsan. Il ne faut donc pas hésiter à faire le traitement intraveineux lorsque l'angine fuso-spirillaire résiste au traitement local et devient grave par son caractère nécrotique et envahissant.

Sténose hypertrophique du pylore. — MM. PÉHU, A. RENDU et X. PINEL. Enfant de 6 semaines avec vomissements ayant débuté à 3 semaines, sténose pylorique totale, arrêt du lait complet. Pas de selles. M. Rendu fait une pylorotomie sous-muqueuse, l'enfant meurt 21 heures après l'hémorragie sous-péritonéale provenant de la plaie pylorique.

Un cas d'invagination intestinale subaiguë chez un nourrisson de 2 mois. — MM. PÉHU et BERTOYE. Les symptômes sont marqués par des signes d'entérite, aussi ce diagnostic n'a-t-il été fait qu'après la mort.

Luxation spontanée de la hanche dans les premiers jours d'une ostéomyélite aiguë. — M. HALLOPEAU. Observation intéressante parce que l'opération permit de constater que la luxation n'était pas due à du liquide ni à la destruction de la capsule, mais à une masse fibrineuse remplissant l'articulation.

Cette constatation est en faveur de l'opération précoce, à la période aiguë.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAUX A LOYER

LOI DU 2 AVRIL 1921 MODIFIANT ET COMPLÉTANT L'ARTICLE 57 DE LA LOI DU 9 MARS 1918 SUR LES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX BAUX A LOYER PAR L'ÉTAT DE GUERRE.

Dans un précédent numéro (1), nous avons fait connaître les dispositions de la loi du 1er mars 1921, relative au maintien provisoire en jouissance des locataires de bonne foi des locaux d'habitation ; et nous avons indiqué que le bénéfice de cette loi ne pouvait pas être invoqué par les locataires qui avaient réalisé des bénéfices de guerre dans les conditions prévues par la loi du 1er juillet 1916.

Cette loi du 1er juillet 1916, concernant 1° l'établissement d'une contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés pendant la guerre, 2° certaines mesures fiscales relatives à la législation des patentes, a été déclarée applicable aux médecins (2).

Au sujet des bénéfices de guerre, la loi du 9 mars 1918 contient un article 57 ainsi conçu : « Sont exceptés des dispositions des paragraphes 1, 2, 3, 4 et 5 de l'article qui précède, les locataires à l'égard desquels le bailleur aura prouvé, devant la Commission arbitrale, qu'ils ont réalisé *des bénéfices exceptionnels* de guerre dans les conditions prévues par la loi du 1er juillet 1916. Dans ce cas, la Commission arbitrale statuera sur la demande de prorogation. »

L'article précédent visé est le fameux article 56 relatif à la prorogation de deux ans ou d'une durée égale au temps écoulé entre le décret de mobilisation et le décret fixant la cessation des hostilités, suivant qu'il s'agit de locaux à usage d'habitation ou de locaux à usage commercial, industriel ou professionnel.

Or, en se servant des mots « bénéfices exceptionnels », la loi du 9 mars 1918 a employé une expression qui ne correspondait pas exactement à celle de la loi du 1er juillet 1916. Dans son article 1er, celle-ci dit : « il est institué une contribution extraordinaire *sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires*, provenant des opérations ci-après définies, réalisées depuis le 1er août 1914 jusqu'à l'expiration du douzième mois qui suivra celui de la cessation des hostilités... ».

La loi de 1918 avait omis *les bénéfices supplémentaires*; elle ne vise que les bénéfices exceptionnels.

La distinction entre les bénéfices exceptionnels et les bénéfices supplémentaires a été faite au cours de la discussion de la loi du 1er juillet 1916. Dans son rapport au Sénat, M. Aimond a indiqué que le bénéfice supplémentaire était réalisé dans l'accomplissement des opérations commerciales *habituelles d'avant-guerre*, tandis que le bénéfice exceptionnel était procuré par la guerre à des personnne qui, ou bien ne faisaient avant les hostilités aucun acte de commerce, ou bien ont accompli pendant la guerre des opérations lucratives en dehors de leurs actes de commerce habituels. Le bénéfice supplémentaire se calculait par la comparaison entre le bilan de période normale et le bilan de période de guerre; au contraire, le bénéfice exceptionnel ne résultait pas nécessairement de comparaison de bilan. Un exemple fera comprendre la différence : une modiste, qui a fait pendant la guerre d'importants bénéfices, supérieurs à ceux d'avant-guerre, en continuant son commerce, a réalisé des bénéfices supplémentaires; mais si elle s'est livrée en même temps à l'achat et la vente de charbons, par exemple, — ce qui ne rentre pas dans ses opérations commerciales habituelles d'avant-guerre — et a fait de ce chef de gros bénéfices, elle a réalisé des bénéfices exceptionnels.

Donc, au point de vue de la loi de 1916, les expressions *bénéfices exceptionnels et bénéfices supplémentaires* ne sont pas synonymes.

La Cour de cassation a dès lors jugé, au sujet de l'application de l'article 57 de la loi du 9 mars 1918, que les locataires qui avaient réalisé seulement des bénéfices supplémentaires n'étant pas visés par l'article 57, ne pouvaient être assimilés aux locataires ayant réalisé des bénéfices excep-

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 24. p. 370.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 91, p. 1450.

tionnels de guerre et privés, à ce titre, du droit à la prorogation. (Cass., 18 décembre 1918, 25 mars 1919 et 2 juillet 1919; D., 1919-1-113 et la note.)

Ce n'était évidemment pas dans l'intention du législateur de 1918 de faire une distinction entre ceux qui avaient réalisé des bénéfices exceptionnels et ceux qui avaient réalisé des bénéfices supplémentaires. Pour les uns et pour les autres, la prorogation est sans utilité, car la prorogation a pour but notamment de permettre à un locataire de récupérer des dépenses d'installation que la stagnation des affaires pendant la guerre ne lui a pas permis d'amortir dans les délais qui avaient été envisagés originairement. Or, celui qui a réalisé des bénéfices supplémentaires, comme celui qui a réalisé des bénéfices exceptionnels, a pu faire face à toutes ces dépenses; il les a amorties. L'expression « bénéfices exceptionnels » était prise dans un sens très large.

Mais la Cour de cassation était tenue par le texte de la loi, étant donné qu'au cours de la discussion de la loi du 1er juillet 1916, on a distingué d'une manière très nette le bénéfice supplémentaire et le bénéfice exceptionnel.

Aussi, pour éviter cette anomalie, le législateur a-t-il modifié le texte de l'article 57 de la loi du 9 mars 1918, par la loi du 2 avril 1921, promulguée au *Journal officiel* du 5 avril. Cette loi est ainsi conçue :

Article premier. — L'article 57 de la loi du 9 mars 1918 est modifié et complété ainsi qu'il suit :

« Sont exceptés des dispositions des paragraphes 1, 2, 3, 4 et 5 de l'article qui précède, les locataires à l'égard desquels le bailleur aura prouvé devant la Commission arbitrale *qu'ils ont réalisé des bénéfices de guerre dans les conditions prévues par la loi du 1er juillet 1916*.

« Dans ce cas, la Commission arbitrale statuera sur la demande de prorogation.

« Si des locataires de cette catégorie avaient été admis au bénéfice de la prorogation de plein droit, soit par convention, soit par décision de justice, le bailleur aura un délai de trois mois à dater de la promulgation de la présente loi pour saisir la Commission arbitrale qui appréciera s'il y a lieu ou non de maintenir la prorogation. Le bailleur qui voudra user de cette faculté devra, dans le même délai de trois mois, notifier au locataire par acte extrajudiciaire qu'il a saisi la commission.

« Les dispositions du paragraphe 3 du présent article ne sont pas opposables aux cessions ou sous-locations consenties de bonne foi et ayant date certaine avant le 15 février 1920. »

Art. 2. — La présente loi est applicable à l'Algérie.

Après les explications qui ont été données au début de cet article, on comprend facilement le texte légal nouveau : plus de distinction entre celui qui a réalisé des bénéfices exceptionnels et celui qui a réalisé des bénéfices supplémentaires. Mais l'attention doit être attirée sur ce fait très important que ceux qui, *ayant réalisé des bénéfices de guerre*, ont obtenu la prorogation légale, peuvent voir annihiler leur droit à prorogation. La convention intervenue ou la décision de la Commission arbitrale rendue ne constituent pas un droit acquis pour cette catégorie de locataires, si le bailleur remplit les formalités édictées par la loi. Une exception est faite pour les cessions ou sous-locations consenties de bonne foi et ayant date certaine avant le 15 février 1920 : faire tomber ces actes aurait amené une perturbation que rien ne pouvait justifier, s'il y a eu bonne foi.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE DE SANTÉ DES PLACES FORTES DE L'EST

M. Constant Verlot, député, demande à M. le ministre de la Guerre si toutes les troupes des corps et services des trois grandes places fortes de l'Est (Verdun, Toul et Belfort), étaient placées, pendant la campagne 1915-1918, sous les ordres du général commandant en chef, et par conséquent aux armées. Dans l'affirmative, pour quelles raisons, l'autorité militaire persiste-t-elle à considérer certaines de ces troupes des corps et services (notamment celles du service de santé), comme ayant servi à l' « intérieur », et cela, contrairement à plusieurs décisions formelles du ministre et du grand quartier général, par exemple, celles du 13 décembre 1915, n° 20022 4/5, du 21 février 1916 (*Bulletin officiel*, partie semi-permanente, page 162); du 8 décembre 1915, n° 8276/D. A. G. Q. G. qui considèrent, sans aucune restriction, les garnisons de ces places fortes comme faisant partie « de formations en opérations de guerre et appartenant aux armées ». (*Question du 12 mai 1921.*)

Réponse. — Il y a lieu d'établir une distinction entre les garnisons de défense proprement dites des places fortes de l'Est qui ont été placées pendant la guerre sous les ordres du général commandant en chef et les services dépendant du territoire (tels que les bureaux de recrutement, certaines formations sanitaires, etc.) qui, bien que stationnés dans l'intérieur de ces places fortes et dans la zone des armées, dépendaient uniquement des généraux commandant les régions et faisaient, par suite, partie des formations de l'intérieur. Les deux catégories de personnel se sont donc bien trouvées placées dans des situations distinctes.

COURS ET CONFÉRENCES

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DE L'HOPITAL BOUCICAUT. — SERVICE DE MÉDECINE. — Prof. F. Bezançon; visite des salles tous les matins à 9 h. 30. Les visites des mardis et samedis seront consacrées aux salles de tuberculeux.

Tous les vendredis à 10 h. 30 pendant les mois de juin et juillet, leçons anatomo-cliniques par MM. les prof. Letulle et Bezançon sur les cas intéressants du service, avec projections de micro-photographies en couleurs par M. Normand.

Les mercredis à la même heure, leçons sur l'asthme, l'emphysème, les scléroses pulmonaires et les bronchites chroniques par MM. F. Bezançon et S. I. de Jong; sur le rôle pharmacodynamique de la caféine, de l'atropine, de l'adrénaline et des iodures par M. Tiffeneau ; sur la chirurgie pulmonaire par M. P. Mathieu.

SERVICE DE CHIRURGIE. — Dr Dujarrier. Le lundi, à 10 h. 30, leçon sur un sujet chirurgical par M. le Dr Dujarrier et M. le Dr P. Mathieu.

SERVICE DE LA MATERNITÉ. — Dr Funck-Brentano. Le samedi à 10 h. 30 leçon pratique d'obstétrique avec manœuvres.

COURS DE PUÉRICULTURE POUR ÉTUDIANTS ET DOCTEURS EN MÉDECINE. — ECOLE DE PUÉRICULTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (fondation franco-américaine, 64, rue Desnouettes, Paris 15e). — A. *Enseignement complémentaire de puériculture* réservé aux étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions et aux docteurs en médecine français et étrangers.

Durée : Du 1er au 30 juin 1921.

Programme : 36 leçons de puériculture; 8 leçons et démonstrations sur le lait et l'alimentation de la première enfance; assistance aux consultations de l'Ecole de puériculture; démonstrations de laboratoire; visites aux diverses œuvres d'assistance maternelle et infantile.

Droit d'inscription : 100 fr.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Diplôme universitaire. — Un diplôme universitaire de puériculture pourra être attribué après un enseignement d'une durée de trois mois et examen probatoire.

Conditions d'admission à l'examen : Seront admis les étudiants et docteurs en médecine pourvus du certificat de l'Ecole de puériculture ou de certificats ou d'attestations jugés équivalents par la Commission de l'enseignement de l'Ecole de puériculture.

Les épreuves comporteront : 1° des épreuves cliniques; 2° des interrogations sur la puériculture avant et après la naissance ; 3° l'examen des titres des candidats (fonctions ou stages dans les services hospitaliers, publics ou privés).

B. *Enseignement de vacances.* — Conférences sur la puériculture. Durée : Du 3 au 13 octobre 1921.

Programme : 12 leçons sur les questions à l'ordre du jour

concernant la puériculture ; visites aux diverses œuvres d'assistance maternelle et infantile.

Droit d'inscription : 50 fr. (frais de transport à la charge du participant).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine ou au secrétariat général de l'Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes, 15e.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE[1]

2° *En haut*, le pus fuse vers les plèvres, qu'il atteint par l'hiatus costo-diaphragmatique. Tuffier a signalé l'existence de lymphatiques unissant directement à ce niveau le rein et la plèvre.

Les diverses complications, qui peuvent survenir, sont : *a.* les abcès sous-phréniques ; *b.* le pyothorax sous-pleural, développé entre le diaphragme et la plèvre ; *c.* la broncho-pneumonie, la congestion pulmonaire de la base, l'abcès du poumon ; *d.* la pleurésie purulente, dont le début est marqué par une dyspnée subite avec douleur atroce dans le côté. L'évolution par vomique n'est pas rare, de là la constitution d'une fistule réno-broncho-pulmonaire avec toutes ses conséquences.

3° *En avant*, des adhérences s'établissent solidement entre la loge périrénale et les viscères voisins. Le pus peut migrer et s'évacuer alors dans le côlon, ou plus rarement dans l'intestin grêle, ce qui amène la production de selles fétides, liquides, accompagnées de coliques et affaissement de la tuméfaction rénale. Exceptionnellement, le pus a migré jusqu'à la paroi abdominale antérieure.

4° *En bas.* — Les fusées purulentes suivent, en général, la gaine du psoas iliaque ; mais, elles peuvent se diriger vers des régions anatomiques différentes : *a.* elles peuvent rester, au-dessus du psoas, arrêtées alors par l'arcade de Fallope et constituer une collection sous-péritonéale de la fosse iliaque ; *b.* ou bien fuser dans la gaine du psoas et apparaître au triangle de Scarpa ; *c.* ou bien elles se dirigent en dedans vers le petit bassin, envahissant soit la fosse pelvi-rectale (vers le rectum ou le vagin) ; soit se dirigeant en arrière vers la fesse par l'échancrure sciatique.

5° *Complications intercurrentes* : congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, septicémies, etc.

Complications générales. — Dans certains cas, il ne se produit pas de fusées purulentes avec évacuation spontanée et alors il persiste une fièvre à grandes oscillations avec sueurs profuses, diarrhée abondante, amaigrissement rapide, aboutissant à l'hecticité et à la cachexie rapide avec mort dans le marasme. A l'autopsie, on peut constater une *dégénérescence amyloïde* de tous les viscères, ce qui d'ailleurs peut survenir également à la suite de l'ouverture de la collection purulente, mais avec fistule persistante et suppuration interminable.

FORMES CLINIQUES. — **I. Suivant le siège**, nous avons déjà décrit des types cliniques très différents, à évolution postérieure, antérieure, supérieure ou inférieure. Phlegmon total.

II. Suivant l'évolution clinique, on peut signaler : *a.* une *forme suraiguë*, sorte de cellulite diffuse avec phénomènes infectieux suraigus sans tuméfaction. Les signes généraux sont graves, les frissons répétés ; il y a du délire, des sueurs profuses, de la diarrhée putride ; la mort survient rapidement (Tuffier).

b. Une *forme aiguë* : Les signes généraux sont intenses, la douleur est violente dès le début et attire l'attention du côté des reins ; dès le 12e-15e jour, on peut constater de la fluctuation.

c. La *forme subaiguë* : L'évolution se fait en plusieurs semaines par poussées aiguës suivies de rémissions. La tuméfaction apparaît du 25e jour au 2e mois, et c'est dans ces cas que l'on voit fréquemment apparaître des abcès en bouton de chemise avec fluctuation superficielle.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 39, p. 623, et n° 41, p. 655.

Le PRONOSTIC est subordonné à des facteurs multiples : à la cause (la pyélite calculeuse est plus grave), à la forme clinique, au terrain, à la précocité de l'intervention opératoire.

DIAGNOSTIC. — **I. Positif.** — Le phlegmon périnéphrétique est une affection à laquelle on doit systématiquement penser, en présence d'individus atteints d'états fébriles inexplicables, de douleurs rénales vagues, de petits frissons avec sueurs traduisant un petit état septicémique. L'exploration répétée des régions lombaires permettra de dépister l'empâtement local de la fosse lombaire, la contracture musculaire, la douleur localisée.

Dans certains cas, on sera autorisé à pratiquer une ponction exploratrice, qui pourra ramener du pus. L'examen radioscopique peut montrer dans certains cas une légère diminution de clarté dans la région lombaire malade. Des *hémocultures* seront répétées.

II. **Différentiel.** — 1° IL N'Y A PAS DE TUMÉFACTION LOMBAIRE. — L'existence des signes fonctionnels et généraux (douleur, fièvre, état saburral) peut faire penser à une foule d'affections :

a. le *lumbago*, mais la douleur est superficielle ; c'est une douleur surtout musculaire et bilatérale en général.

b. la *névralgie iléo-lombaire*, présente des points douloureux spéciaux à l'émergence des nerfs : points lombo-iliaque, point hypogastrique, point vaginal.

c. *coxalgie*, sacro-coxalgie.

d. *colique néphrétique* et tous les accidents de la lithiase rénale. Dans ces cas, on devra faire un examen complet des urines et avoir recours à la radiographie. On n'oubliera pas d'ailleurs que le phlegmon périnéphrétique vient compliquer dans un grand nombre de cas la lithiase rénale.

e. les diverses *néphralgies*, relevant de la maladie d'Addison, de paludisme, d'hystérie, douleurs relevant de l'absorption de balsamiques, etc.

f. l'appendicite chronique.

g. le mal de Pott dorso-lombaire.

h. les fièvres éruptives : variole, scarlatine.

i. la *fièvre typhoïde* : mais la courbe de la température est spéciale ; il y a du gargouillement et de la douleur dans la fosse iliaque droite ; la diarrhée est ocreuse ; les taches lenticulaires, l'hémoculture montrant de l'Eberth, la séro-réaction enfin permettront de préciser le diagnostic.

j. le paludisme, mais il y a les antécédents, le séjour aux colonies, les crises antérieures, etc.

k. Enfin toutes les *septicémies*, pyohémie, tuberculose aiguë, endocardite, affections qui s'accompagnent de signes généraux graves sans signes nets de localisation.

(*A suivre.*)

AVIS

Le nouveau programme du concours de l'Internat des hôpitaux de Paris donne une place importante aux accouchements. Aussi avons-nous cru bon de reprendre la publication des NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE.

Ces NOTES, *écrites en vue des concours, seront très utiles aux candidats.*

En 1919, 1920 et 1921, nous avons publié les NOTES *suivantes :* « Traitement des hémorragies dues au placenta prævia » (1920, n° 12) ; — « Diagnostic étiologique des hémorragies puerpérales » (1919, n° 22) ; — « Conduite à tenir en présence des hémorragies de l'avortement » (191., n° 56) ; — « De la mort apparente du nouveau-né » (1921, n° 41)

Nos lecteurs trouveront, d'autre part, dans les numéros d'avant-guerre, des NOTES *sur :* « La rétention placentaire dans l'avortement » (1910, nos 137 et 140) ; — « La délivrance normale » (1910, n° 148) ; — « Les hémorragies de la délivrance » (1910, n° 128) ; — « Signes et diagnostic de la grossesse pendant les quatre premiers mois » (1911, n° 10) ; — « La mort du fœtus in utero » (1911, n° 127).

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 30 mai. — MM. Lévy (Fernand), 17; Weissembach, 14; Tinel, 19, 18; Debré, 17, 81.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Composition écrite.* — Séance du 31 mai. — MM. Boppe, 27; Petit-Dutaillis, 22.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les professeurs honoraires. — Un décret en date du 28 mai dispose que :

Article premier. — Le titre de professeur honoraire d'une faculté peut être conféré par décret après avis du conseil de la faculté :

1° Aux professeurs titulaires admis à la retraite;

2° Aux professeurs titulaires appelés à d'auters fonctions après avoir appartenu à la faculté au titre de professeur pendant au moins trois ans;

3° Aux maîtres de conférences et chargés de cours rangés dans la 1re classe et aux agrégés des facultés de droit admis à la retraite;

4° Aux agrégés des facultés de médecine admis à la retraite conformément à l'article 4 du décret du 4 mars 1914.

Art. 2. — Le titre de maître de conférences honoraire d'une faculté peut être conféré par arrêté ministériel après avis de l'assemblée de la faculté :

1° Aux maîtres de conférences et chargés de cours admis à la retraite;

2° Aux maîtres de conférences et chargés de cours appelés à d'autres fonctions qui auront appartenu pendant sept ans au moins à la faculté au titre de maître de conférences ou de chargé de cours titulaires, sans avoir bénéficié du décret du 4 janvier 1921;

3° Aux chefs de travaux admis à la retraite;

4° Aux chargés d'un cours ou de conférences non classés, dont la délégation prendra fin après dix ans d'enseignement dans la faculté.

Art. 3. — Les professeurs honoraires font partie du conseil de la faculté et les maîtres de conférences honoraires, de l'assemblée, avec voix consultative.

Ils figurent sur l'affiche de la faculté et sont convoqués aux cérémonies.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 mai. — MM. Maffie, 17 + 7 = 24; Regnault, 17 + 8 = 25; Haguet, 12 + 6 = 18.

Séance du 1er juin. — MM. Despardieu, 16 + 6 = 22; Delotte, 12 + 6 = 18.

Séance supplémentaire pour les trois candidats ayant un total de 43 points le lundi 6 juin, à 17 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le Dr Alquier, médecin de colonisation à Chellala.

Ve CONGRÈS NATIONAL DE MÉDECINE DE CUBA. — Le Comité exécutif du Ve Congrès médical cubain a décidé d'inviter à ce Congrès qui aura lieu du 11 au 17 décembre 1921, les médecins et chirurgiens des pays américains et de deux nations européennes, l'Espagne à cause de la communauté de langage et la France, berceau de la civilisation et mère intellectuelle du monde entier. C'est de France qu'est toujours parti le mouvement médical moderne et c'est en France que les médecins cubains, bien avant même qu'Albarran y vînt, ont toujours accouru à la recherche de la lumière et de la vérité scientifique.

D'ici peu, le prof. José A. Presno, président du Congrès, professeur à la Faculté de médecine de la Havane, décoré par le gouvernement français pendant la guerre, se rendra à Paris pour inviter officiellement les Sociétés de médecine et de chirurgie et leur dira combien grand est le désir des médecins cubains de les voir envoyer une délégation au Congrès de la Havane.

Organisation du Congrès. — Première section : *Médecine générale.* — Président, Dr F. Cabrera Saavedra; vice-président, Dr L. Ortega; secrétaires, Drs Valdes, Dapena et Martinez Canas.

Deuxième section : *Chirurgie générale.* — Président,

Dr G. Casuso y Roque; vice-président, Dr J. Orti Cano; secrétaires, Drs M. Cortales et R. Romero.

Troisième section : *Hygiène. Médecine légale.* — Président, Dr Agramonte; vice-président, Dr A. Barreras; secrétaires, Drs R. de Castro et F. Cuervo.

Quatrième section : *Médecine tropicale. Parasitologie.* — Président, Dr J. Guiteras; vice-président, Dr L. Plasencia; secrétaires, Drs A. Vieta et F. Ramirez.

Cinquième section : *Ophtalmologie. C. R. L.* — Président, Dr J. Santos Fernandez; vice-président, Dr E. Martinez; secrétaires, Drs J. Aleman et J. Pénichet.

Sixième section : *Pharmacie.* — Présidents, Drs Curquejo et Alacan; secrétaires, Drs H. Ramirez et Capote Diaz.

Septième section : *Odontologie.* — Présidents, Drs P. Calvo et A. Weber; secrétaires, Drs J. Pitaluga et U. Odio.

Huitième section : *Médecine vétérinaire.* — Présidents, Drs Echegoyen et Marquez; secrétaires, Duate et de Castro.

Le secrétaire général, le Dr F. M. Fernandez a adressé tous les détails des communications au Dr Mathé, à Paris, 29 *bis*, rue Demours, et lui enverra tous renseignements concernant l'organisation du Congrès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Henri Delporte (de Baisieux) et Ducrot (de Lugny-en-Mâconnais, Saône-et-Loire).

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN INDOCHINE. — Un décret du 18 mai, pris sur le rapport de M. Albert Sarraut, vient de transformer l'école de médecine de Hanoï, qui existe depuis 1902, en école de plein exercice. Cette école que dirige notre excellent confrère Le Roy des Barres, ne formait jusqu'ici que des médecins auxiliaires indigènes, dont les services étaient particulièrement appréciés. Désormais, une préparation plus sérieuse et plus complète permettra de prendre des inscriptions régulières, de passer des examens semblables à ceux d'une Faculté de médecine, à la suite desquels les étudiants viendront en France préparer les épreuves de clinique de la thèse de doctorat.

Le centre d'études médicales créé à Hanoï, écrit *Le Temps*, auquel nous empruntons cette information, comprend tout d'abord un hôpital d'application, conçu selon les formules les plus modernes, qui peut recevoir 1.200 malades.

Les nombreux corps de bâtiment de cet établissement, formés de rez-de-chaussée surélevés, ou pourvus d'un étage entouré d'une véranda, sont séparés entre eux par des jardins. Chaque pavillon est affecté à un service spécial et reçoit, pour l'enseignement clinique, un groupe d'étudiants.

Les étudiants rejoignent, au sortir de l'hôpital, leurs quartiers de l'Ecole de médecine, où ils vivent en commun, car tous sont boursiers et soumis au régime de l'internat.

Nulle profession ne convient mieux que l'art médical aux aptitudes intellectuelles de l'élite de nos protégés asiatiques. Leur patience dans l'observation, leur sang-froid surprenant, leur sûreté de main remarquable, leur mémoire exercée en font des médecins d'une habileté opératoire peu commune, instruits, réfléchis et consciencieux. C'est ce qu'avaient pressenti les fondateurs de l'école, M. Paul Doumer avec le Dr Yersin, M. Paul Beau avec le Dr Cognacq, qui dirige avec une compétence et un succès remarquables l'enseignement médical en Indochine.

Un pays de 18.000.000 d'habitants a besoin d'un grand nombre de médecins, familiarisés avec les graves affections particulières au climat et aux habitants. Les praticiens, que les lycées de Hanoï et de Saïgon auront conduits jusqu'au baccalauréat, suivront à Hanoï l'enseignement du P. C. N., organisé depuis 1918. Après 5 années d'études suivies à l'École de médecine de plein exercice, ils feront un stage d'une année scolaire à l'institut de médecine coloniale et à la Faculté de médecine de Paris.

On peut prédire que les professeurs de la métropole distingueront parmi nos protégés des médecins remarquables, qui, dans tout l'Extrême-Orient, feront honneur à leur école de Hanoï, et répandront, en même temps que nos méthodes scientifiques, l'influence et le prestige des études supérieures françaises.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en 10 leçons, par MM. les Drs Robert Gouverneur et André Bergeret, prosecteurs, commencera le lundi 13 juin 1921, à 2 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 150 fr. — Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme du cours. — I. Traitement des hernies étranglées crurales et inguinales. — Anesthésie locale, régionale et rachi-anesthésie.

II. Traitement des hernies ombilicales étranglées. — Sutures et résections intestinales. — L'anus artificiel dans les hernies.

III. Traitement de l'appendicite. — Appendicectomie. — Traitement des péritonites aiguës. — Traitement de l'occlusion intestinale. — L'entérostomie et l'anus contre nature.

IV. Gastrostomie. — Traitement des pleurésies purulentes récentes et anciennes. — Résections costales.

V. Traitement des abcès et kystes hydatiques du foie par voie abdominale et par voie transpleurale. — Plaies du cœur, plaies de la plèvre et du poumon.

VI. Rupture traumatique de l'urètre. — Cystostomie.

VII. Traitement de l'ostéomyélite aiguë. — Arthrotomies. — Phlegmons de la paume de la main et des membres.

VIII. Amputations d'urgence. — Résections.

IX. Plaies des tendons et des nerfs. — Technique de la transfusion du sang.

X. Plaies des vaisseaux. — Découverte des gros vaisseaux.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — MALADIES DES YEUX. — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, fera le mardi 14 juin 1921 et les jeudis, samedis et mardis suivants, à 14 h. 1/2, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin, dix conférences pratiques d'ophtalmologie pour les praticiens exerçant la médecine générale. Présentation de malades.

Ces conférences sont gratuites. S'inscrire à l'avance, directement ou par lettre, à l'hôpital Cochin.

Une même série aura lieu en novembre-décembre 1921; une autre en février 1922.

En janvier 1922 : une série de 4 leçons sur la rééducation des strabiques.

Tous les mardis et jeudis, à 9 h. 1/2 : ophtalmologie élémentaire, avec présentation de malades.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Pour faciliter les relations avec les régions touristiques et les grandes stations thermales, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche 5 nouveaux trains rapides :

1° Depuis le 31 mai, rapide de *nuit*, lits-salons, couchettes, 1re et 2e classes, entre Paris et la Savoie : Paris, départ 20 h. 05; Evian, arrivée 9 h. 05; Annecy, arrivée 7 h. 11; Chamonix, arrivée 11 h. 15;

2° Depuis le 1er juin, rapide de *jour*, 1re et 2e classes, wagon-restaurant, entre Paris, Genève, la Savoie et le Dauphiné : Paris, départ 7 h. 50; Genève, arrivée 20 h. 05; Aix-les-Bains, arrivée 17 h. 57; Chambéry, arrivée 18 h. 20; Grenoble, arrivée 19 h. 34;

3° Depuis le 1er juin, rapide de *jour*, 1re et 2e classes, entre Paris, Berne et Lausanne : Paris, départ 8 h.; Lausanne, arrivée 18 h. 45; Berne, arrivée 21 h. 15;

4° A dater du 15 juin, rapide de *jour*, lits-salon, 1re classe et wagon-restaurant, entre Paris et Vichy : Paris, départ 14 h. 50; Vichy, arrivée 20 h. 25;

5° A dater du 8 juillet, rapide de *nuit*, lits-salons, wagons-lits, 1re classe et wagon-restaurant, entre Paris et St-Gervais-les-Bains; Le Fayet, avec correspondance pour Chamonix : Paris, départ 17 h. 45; St-Gervais, arrivée 7 h.; Chamonix, arrivée 8 h. 27.

Ce rapide sera mis en marche tous les jours du 8 juillet au 13 août et du 15 septembre au 29 septembre, mais n'aura lieu que trois fois par semaine (mardi, jeudi et samedi au départ de Paris) du 14 août au 14 septembre.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU SEIN A TISSUS MULTIPLES [1]

Par le Dr Louis LÉORAT,
Interne des hôpitaux de Lyon.

4° Théorie métaplasique. — En face des théories précédentes, s'est dressée la théorie métaplasique soutenue par de nombreux auteurs : Grohé, Cornil, G. Petit, Herrenschmidt, P. Masson.

Il importe d'abord d'avoir sur elle des idées précises. Or, la métaplasie s'est modifiée, s'est adaptée aux faits nouveaux.

Virchow l'avait définie : « Une modification de la substance fondamentale avec persistance des cellules », mais applicable seulement au tissu conjonctif. La métaplasie des épithéliums était à peine admise pour l'épithélium cylindrique qui peut se transformer en épithélium pavimenteux stratifié. La transformation de l'épithélium en tissu conjonctif et inversement, était niée jusqu'à ces dernières années.

L'embryologie et l'histologie semblent propices pour observer ces transformations cellulaires. Or, l'embryologie n'a pas éclairci la question, car les auteurs ne s'entendent pas sur les qualités des cellules originelles. Certains admettent que la cellule originelle indifférente, se différencie en une espèce déterminée, mais qu'après cette différenciation, elle ne se transforme plus. Par contre, d'autres auteurs admettent que les cellules embryonnaires sont déjà différenciées et concluent : *omnis cellula e cellula ejusdem generis*.

Si l'embryologie est insuffisante, l'histologie nous montre indiscutablement les modifications profondes des cellules sous diverses influences. Les auteurs ne sont point entièrement d'accord sur la possibilité de transformation d'une cellule épithéliale en cellule conjonctive. Quelques faits ont, cependant, été fournis à l'appui de cette possibilité par Retterer, Hauser et Ribbert, Kromayer, Krompecher, Mühlmann.

De son côté, Apolant, greffant un adénome, a vu la tumeur présenter la structure d'un sarcome à la dixième génération.

Ainsi, dans certaines conditions, la cellule épithéliale peut se transformer en cellule conjonctive. De même, la cellule conjonctive peut se différencier en cellule cartilagineuse et osseuse.

Par contre, on ne connaît pas d'exemple d'évolution inverse.

Cette évolution peut se comprendre en songeant que, chronologiquement, la cellule épithéliale est la première en date dans l'embryon ; les cellules conjonctives, cartilagineuses et osseuses sont à un stade plus avancé. Il suffit donc que la nutrition d'un tissu soit troublée pour qu'il subisse une métaplasie régressive, une sénescence.

La définition de Virchow n'est plus de mise et nous dirons : « La métaplasie est une transformation d'un tissu différencié en un autre tissu différencié, ou plus exactement, la transformation des cellules d'un type en cellules d'un type différent. » (Landouzy et Bernard.)

La métaplasie débute par la cellule, puis vient la transformation de la substance interstitielle.

Cette théorie a été appliquée aux tumeurs du sein. P. Masson pense que l'inflammation est à la base de cette métaplasie régressive. Lorsqu'elle aura poussé le tissu lésé à proliférer, les hyperplasies qui en seront la manifestation, pourront reproduire tel ou tel stade de l'évolution embryogénique de ce tissu.

Ainsi, la plupart des chirurgiens et des anatomo-pathologistes acceptent que la maladie kystique relève d'une inflammation chronique.

Le prof. Letulle lui-même, l'a constatée maintes fois.

Cette inflammation chronique de la maladie kystique produit des transformations épithéliales. Les galactophores s'oblitèrent, la cavité des acini se dilate et devient kystique, leur épithélium prend le type excréteur, la plupart de ses cellules deviennent *basophiles* et la couche myoépithéliale est particulièrement développée. En somme, cette métaplasie aboutit à la formation d'un *épithélium galactophore typique*. C'est exactement la même transformation qui se produit dans la tuberculose mammaire (G. Masson). Il se produit, dans les deux cas, une « différenciation » des épithéliums des acini qui les ramène au type cellulaire moins spécialisé des canaux galactophores.

La métaplasie, allant plus loin, peut aboutir à la formation d'un épithélium du *type sudoripare*. En général, cette métamorphose ne se produit qu'après la disparition des phénomènes inflammatoires. Les glandes ainsi transformées sont kystiques avec une couche cellulaire remarquable au polymorphisme, à l'éosinophilie, le volume considérable des cellules.

De plus, la couche myoépithéliale est hypertrophiée.

Nous retrouvons là, cette variété de kystes décrits par le prof. Letulle sous le nom de *cysto-adénome myoépithélial* coexistant souvent avec d'autres malformations sudoripares. Or, il ne s'agit pas de glandes sudoripares hétérotopiques puisque, sur des coupes heureuses, on peut assister à toutes les étapes de cette métamorphose.

Les choses allant encore plus loin, on peut concevoir la métaplasie régressive de l'épithélium à type sudoripare en épithélium à type malpighien.

Enfin, ces glandes à type galactophore ou sudoripare présentent souvent des proliférations fibro-épithéliales ou épithéliales, les acheminant vers l'adéno-fibrome.

Nous arrivons à une conclusion entièrement différente de celle du prof. Letulle. « Les malformations mammaires doivent être considérées, sinon toujours, du moins souvent, comme les séquelles d'inflammations et non comme de simples anomalies de développement. » (P. Masson.)

Les faits observés par les deux auteurs sont les mêmes, mais l'interprétation diffère. L'avenir tranchera le débat.

La théorie de la métaplasie régressive a subi de nombreuses critiques. Les partisans de la spécificité cellulaire n'admettent point qu'un tissu arrivé, par suite d'une évolution normale, à conquérir des qualités spécifiques puisse, ultérieurement, en changer. Leur objection ne saurait subsister devant les nombreux exemples de métaplasie que nous fournit la pathologie générale.

On lui a fait un grief plus sérieux. Elle n'expliquerait pas la synthèse des tissus qu'est la tumeur mixte. Si le tissu épithélial glandulaire devient malpighien, si le tissu fibreux du sein devient carti-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 42, p. 661.

lagineux ou osseux, on aura une pluralité de tumeurs simples et non une tumeur mixte (P. Nadal).

Ce grief est réfuté aisément car la cause de la métaplasie peut affecter, à la fois le tissu épithélial et le tissu conjonctif qui peuvent subir conjointement la métaplasie régressive ou la paraplasie.

Par contre, elle explique bien la formation d'îlots cartilagineux ou osseux aux dépens du tissu conjonctif, ainsi que la présence d'adénomes à type sudoripare et de kystes épidermiques. Les étapes successives de cette métamorphose n'ont-elles pas été suivies au microscope par P. Masson ?

Un certain nombre de faits apportent un soutien à cette théorie.

Une observation curieuse de Cornil vit, dans une tumeur de la mamelle de la chienne, le tissu ostéo-cartilagineux se développer au pourtour de culs-de-sac et acini mammaires adultes et c'était bien le tissu conjonctif « interposé aux acini, qui faisait les frais de la constitution de ces tumeurs ».

Une observation, non moins curieuse, est celle d'un *adénome ossifié du cæcum* chez le cheval (G. Petit), qui plaide en faveur de cette manière de voir. Il y a bien eu là une transformation complète en tissu osseux de la charpente conjonctive d'un adénome. On ne saurait prétendre qu'un tissu squelettogène soit primitivement inclus dans l'intestin au point où l'adénome s'est développé.

Ce fait rend moins surprenante la formation du cartilage et de l'os dans les tumeurs mixtes du sein.

Après de telles constatations, il difficile de ne pas admettre la théorie métaplasique.

5° Théorie de R. Tripier et du prof. Paviot. — La conception de R. Tripier sur l'origine des tumeurs, peut s'appliquer aux tumeurs mixtes du sein, selon l'enseignement du prof. Paviot.

« Les divers éléments constitutifs des tumeurs, comme ceux des productions inflammatoires et des tissus normaux, proviennent du sang qui, très rationnellement, en fournissant aux tissus leurs matériaux de nutrition, leur procurent, également, les éléments nécessaires à la rénovation des cellules au fur et à mesure de leur destruction, ce qui est en définitive, un phénomène de nutrition. »

Pour R. Tripier, les tumeurs proviennent d'un arrêt des cellules nutritives d'un tissu en un point déterminé et sous une cause encore inconnue.

Les conditions de vitalité de la glande mammaire sont celles d'une glande ectodermique. Il est donc possible que certaines modalités évolutives tumorales s'opèrent dans un sens ancestral.

Le même raisonnement peut s'appliquer aux tumeurs du tissu conjonctif de la glande mammaire. Les tumeurs du tissu conjonctif résultent « d'une déviation évolutive des cellules de ce tissu capable de reproduire, plus ou moins, les caractères propres du tissu, ou de s'en éloigner beaucoup suivant le degré des conditions anormales dans lesquelles se trouve le tissu conjonctif affecté ». (R. Tripier.)

6° Appréciations. — Les trois premières théories cherchent à établir l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes du sein. Les deux autres admettent qu'elles sont inexistantes chez l'embryon et qu'elles résultent de la déviation évolutive des cellules des tissus arrivés à l'état adulte.

Il serait téméraire de vouloir trancher le débat sur un tel sujet. Néanmoins, de sérieux arguments font pencher la balance en faveur de la théorie métaplasique ou de la théorie de R. Tripier qui présentent entre elles une certaine analogie.

R. Tripier, ainsi que la plupart des auteurs, a démontré fausse la théorie de l'évolution tardive des cellules embryonnaires restées telles dans l'organisme, car « on ne découvre jamais ces germes et l'on ne saurait expliquer leur état latent ». Du reste, dans la période de la vie formative, on n'observe aucune des altérations de la glande mammaire que nous qualifions de tumeurs mixtes. R. Tripier n'admet pas les tumeurs du fœtus et critique l'imprécision des observations colligées par Trévoux. Les seuls troubles qui résultent de l'action des agents nocifs sur les embryons sont des malformations, des « malfaçons » qui ne sont pas des tumeurs.

Toutes les tumeurs mixtes du sein ont été constatées chez des femmes ayant dépassé la puberté. Pourquoi conclure alors que la dysembryoplasie est la cause des tumeurs mixtes comme elle serait, d'après le prof. Letulle, la cause de la plupart des tumeurs bénignes de l'organisme ?

Si alors, on voulait remonter à la source de cette dysembryoplasie, il faudrait faire intervenir des phénomènes toxi-infectieux agissant sur le fœtus in utero. C'est faire jouer un grand rôle à la pathologie du fœtus. Les états toxi-infectieux sont suffisamment nombreux chez l'adulte pour créer dans le sein notamment, un trouble dans l'évolution normale de ses tissus et par conséquent, une métaplasie ou une paraplasie.

Diagnostic clinique des tumeurs du sein. — Les tumeurs mixtes du sein n'ont pas d'existence clinique propre. Le diagnostic n'en est jamais porté. On les étiquète « adéno-fibrome » ou « cancer » suivant qu'elles ont une allure bénigne ou maligne. Mais le diagnostic des tumeurs du sein est toujours intéressant et utile en pratique; aussi nous le renouvelons à l'occasion du sujet qui nous occupe.

Eléments du diagnostic. — 1. *Interrogatoire.* — L'interrogatoire peut nous mettre sur la voie d'une syphilis, d'une tuberculose ou d'une affection ayant débuté au cours de la lactation.

2. *Examen de la peau.* — Elle est normalement douce au toucher, mince, souple et se détache aisément des plans profonds, quand on la plisse. Elle peut être, au contraire, épaisse, dure, maroquinée ou mamelonnée « en peau d'orange », ne se laissant pas plisser, ni détacher du tissu sous-cutané. Parfois même, elle fait corps avec une masse indurée de la glande. Rechercher enfin les érosions, les ulcérations ou un envahissement cutané profond par la néoplasie.

3. *Examen du mamelon.* — Il est saillant dans les lésions inflammatoires et néoplasiques des galactophores. En le pressant, on fera sourdre un liquide opaque ou teinté de sang. Dans le cancer, ses modifications sont plus caractéristiques et plus habituelles. Le mamelon est rétracté et l'on note une dépression au lieu d'une saillie. Cependant, la *rétraction du mamelon* donnée comme signe pathognomonique du cancer du sein peut manquer dans beaucoup de tumeurs du sein. Elle est à son maximum dans le squirrhe atrophique. Elle peut s'observer dans toutes les réactions inflammatoires aiguës ou chroniques des galactophores siégeant vers le mamelon.

4. *Palpation de la tumeur intra-glandulaire.* — Pratiquer la palpation la main à plat, de façon à appliquer le sein sur le plan thoracique. Commencer par la mamelle saine afin de comparer les sensations obtenues. Apprécier ainsi le volume, la consistance de la tumeur. Voir si elle est encapsulée et mobile ou si elle envoie des prolongements rayonnants et si elle adhère à la peau. Faire contracter le grand pectoral pour apprécier l'adhérence à la peau.

5. *Exploration du territoire lymphatique.* — Rechercher les ganglions axillaires et sus-claviculaires des deux côtés. Explorer minutieusement la face interne de la pyramide axillaire en râclant le gril costal avec les extrémités digitales. Noter le nombre, le volume, le siège, la consistance des ganglions et leurs connexions avec les vaisseaux. Les ganglions profonds de la gouttière dorso-scapulaire décrits par X. Delore et Ballivet ne sont pas toujours accessibles à la palpation, mais se manifestent par de la douleur vers la pointe de l'omoplate. Rechercher l'existence possible du cordon lymphatique induré, plus ou moins moniliforme parallèle au bord inférieur du grand pectoral.

6. *Examen des divers organes.* — Poumons. Tube digestif. Système nerveux. Appareil génital.

7. *Troubles fonctionnels.* — La tumeur n'est-elle pas douloureuse?

8. *Altération de l'état général.*

9. *Evolution.*

Diagnostic du siège. — Eliminer d'emblée la *mastodynie* et les *tumeurs fantômes* chez des malades présentant des douleurs névralgiques irradiées, à point de départ mammaire qui, en palpant leur sein à pleine main, se découvrent une tumeur.

Eliminer aussi les *tumeurs superficielles de la région mammaire :* kyste sébacé, lipome, abcès froid, etc. En prenant la tumeur à pleine main, on reconnaît aisément si elle est incluse dans la peau ou si elle est dans la glande.

Eliminer enfin les *tuméfactions profondes de la région mammaire* (lipome sous-mammaire, abcès, collection d'origine ostéo-cartilagineuse); la mobilité de la glande sur cette tumeur, tout entière en arrière d'elle, fait porter le diagnostic de tumeur rétro-mammaire.

Diagnostic de la nature de la tumeur du sein. — A. *L'affection revêt une allure inflammatoire aiguë.* — Songer surtout à la *mastite aiguë* à différencier cependant du *cancer aigu* des jeunes femmes. Ces deux affections surviennent pendant la grossesse ou la lactation; elles donnent pareillement de la fièvre, de la rougeur, de l'œdème de la peau, de l'adénopathie axillaire, mais le cancer aigu est souvent bilatéral; il envahit le sein en masse, il n'aboutit pas à la suppuration, il cachectise profondément.

B. *La tumeur revêt une allure chronique.* — On peut hésiter entre une tumeur du sein et une inflammation chronique simple ou spécifique. Il n'y a pas de signe pathognomonique et cependant un diagnostic précoce est important.

Eliminer les *inflammations chroniques simples ou spécifiques de la mamelle.*

1. *La maladie kystique de Reclus* est facile à différencier par ses nodosités disséminées dans les deux seins et dont les plus petits donnent la sensation de « grains de plomb ». Pas d'adénopathie et symptômes fonctionnels presque nuls.

2. Le *galactocèle* se reconnaît à ses caractères de tumeur arrondie, régulière, fluctuante, indolente, apparaissant pendant la lactation sans réaction inflammatoire. La pression du mamelon fait sourdre un liquide laiteux.

3. La *tuberculose mammaire* est rare mais on doit y penser. Elle ressemble tantôt à un adéno-fibrome, tantôt à un noyau de mammite chronique, tantôt à un cancer suivant la période de son évolution. En faveur de la tuberculose nous avons : la coexistence d'autres lésions bacillaires, la multiplicité des foyers mammaires, la précocité et l'augmentation rapide de l'adénite axillaire. A la période plus tardive du ramollissement, le diagnostic sera plus facile.

4. *Syphilis mammaire.* — Songer à la possibilité d'une gourme du sein, bien que ce soit une affection rare. A sa phase de crudité, elle peut simuler un adéno-fibrome par sa dureté, son indolence, sa mobilité et l'absence de réaction ganglionnaire. Elle peut aussi présenter des prolongements rameux et faire croire à la mammite chronique ou à un cancer. Mais les antécédents, la coexistence d'autres lésions syphilitiques tertiaires, la réaction de Wassermann, l'ulcération rapide et, au besoin, le traitement spécifique éclaireront le diagnostic.

5. *Mastite chronique.* — L'erreur difficile à éviter est de la confondre avec un néoplasme bénin ou malin. Ce peut être un noyau mobile et encapsulé. Elle peut aussi pousser des prolongements rameux, donner la peau d'orange, la rétraction du mamelon et l'adénopathie axillaire. Alors, la perplexité sera grande. Si, dans son passé, la malade a eu un accouchement suivi d'abcès du sein, si la tumeur est douloureuse spontanément et à la pression, on penchera en faveur de la mastite.

La confusion avec l'adéno-fibrome a peu d'importance, mais il n'en est pas de même avec le cancer, car il s'agit de décider de la conservation ou du sacrifice de la glande. Dans les cas douteux, la biopsie peut être utile.

Il ne reste plus qu'à envisager les *tumeurs du sein proprement dites :*

1° *Tumeurs bénignes.* — Les caractères de l'*adéno-fibrome* sont précis. Cette tumeur survient avant 33 ans, elle est mobile dans la glande, douloureuse au moment des règles, sans adénopathie, sans altération de l'état général, de lente évolution.

Son caractère essentiel est sa mobilité par rapport au reste du parenchyme glandulaire, qu'il faut rechercher soigneusement en plaçant l'extrémité des deux index sur les deux pôles de la tumeur et, par pression alternée, lui imprimant des mouvements de bascule. Si la tumeur s'y prête, elle est bénigne. Si elle offre la moindre résistance à ce jeu, elle est maligne.

Si la tumeur bénigne présente des points fluctuants, songer au cysto-fibrome.

2. *Tumeurs malignes.* — Les caractères sont nets à la période d'état, mais les difficultés peuvent exister au début, soit pour différencier un cancer d'un adéno-fibrome, soit pour le distinguer des affections inflammatoires et surtout de la mammite chronique dont nous avons vu les caractères différentiels.

Il reste à faire le diagnostic de la variété de la tumeur maligne.

La variété *squirrhe atrophique* ratatine les tissus et évolue lentement.

L'*encéphaloïde* au contraire, tuméfie davantage la glande et son évolution est rapide.

L'*épithélioma dendritique ou intracanaliculaire* est rare; il siège sous le mamelon, n'envahit pas les ganglions, et donne un écoulement sanieux par le mamelon.

Le *sarcome* évolue souvent avec une allure inflammatoire, sa marche est rapide; il forme une tumeur volumineuse, mais la peau est intacte et l'adénopathie rare.

En résumé : En présence d'une tumeur du sein, si elle est *bénigne*, songer à l'*adéno-fibrome* qui est la manifestation clinique la plus fréquente, mais éliminer néanmoins le galactocèle, la mammite chronique, la tuberculose et la gomme.

Si elle a quelques caractères de malignité, penser à l'épithélioma mais éliminer surtout la mammite chronique et accessoirement la tuberculose et la gomme.

Nous n'étudierons pas le diagnostic des tumeurs du sein ulcérées.

Pronostic et traitement des tumeurs mixtes du sein. — Le *pronostic* reste subordonné à la possibilité d'une dégénérescence maligne et l'intervention s'impose dans tous les cas.

On pratiquera l'énucléation de la tumeur si elle est encapsulée, l'amputation du sein avec ou sans curage de l'aisselle si elle a évolué vers la malignite.

Conclusions. — 1° Les tumeurs du sein à tissus multiples sont rares chez la femme, mais plus fréquentes chez la chienne.

2° Un examen histo-pathologique attentif de toutes les tumeurs du sein extirpées, révèlerait peut-être une fréquence plus grande de ces tumeurs à tissus multiples.

3° Elles se caractérisent par l'existence, dans la glande mammaire, de productions tissulaires diverses et solidaires, dérivées de l'épithélium malpighien ou du tissu ostéo-cartilagineux.

4° Ces tumeurs sont rarement congénitales, du moins la preuve ne peut en être faite. On peut attribuer leur production à une déviation des cellules des tissus adultes, existant dans la glande, sous l'influence d'une cause encore inconnue.

5° Les tumeurs du sein à tissus multiples n'ont pas d'existence clinique propre. Les variétés ostéo-cartilagineuses se caractérisent cliniquement par une évolution généralement bénigne comme l'adénofibrome et qui peut rester telle indéfiniment, mais qui peut aussi, à un moment donné, devenir maligne. Elles peuvent être également malignes d'emblée. On ne pourrait soupçonner leur existence que par la constatation d'une dureté spéciale et par l'examen radiographique.

BIBLIOGRAPHIE (1)

BARD (Louis). *Précis d'anatomie pathologique*, et *Lyon méd.*, 1888.
BAUMGARTNER. Maladies de la mamelle, in *Traité* Le Dentu et Delbet.
CORNIL. *Les Tumeurs du sein*, Paris 1908.
Mme GOSSET et P. MASSON. *Revue de gyn.*, 1913.
LECÈNE (P.). Les tumeurs mixtes du sein, *Revue de chir.*, 1906.
LÉORAT (Louis). Les tumeurs du sein à tissus multiples, *Th. de Lyon*, 1920.
LETULLE (M.). Tumeurs bénignes de la mamelle, *Revue de gyn.*, 1912-1913; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1911.
LETULLE (M.) et NATTAN-LARRIER. *Précis d'anatomie pathologique*, 1912.
MASSON (P.). Rôle des inflammations dans l'histogénèse de la maladie kystique du sein, *Soc. anat.*, 1913.
NADAL (P.). La notion de tumeur mixte, *Revue de chir.*, 1913; — *Soc. anat.*, 1910-1913; — *Bull. de l'Assoc. pour l'étude du cancer*, 1911-1913.
PETIT (G.). *Soc. anat.*, 1905-1910; — *Assoc. pour l'étude du cancer*, 1910-1913.
QUÉNU. *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus.
TRIPIER (R.). *Traité d'anatomie pathologique générale.*

(1) Nous nous bornons à citer les principaux ouvrages. Se reporter à notre thèse (Lyon 1920) pour la bibliographie détaillée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MAI 1921)

L'anaphylaxie chez les végétaux. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIER. L'état de sensibilisation qui est conféré, chez les animaux, par l'injection d'une matière albuminoïde étrangère à leur organisme est un fait dont le caractère est si général que les auteurs ont eu l'idée de rechercher si ce phénomène pourrait aussi se manifester chez les végétaux.

Leurs expériences leur ont montré que l'état anaphylactique peut aussi être créé chez les végétaux.

Des expériences, actuellement en cours, ont pour objet de rechercher l'effet des différentes matières albuminoïdes, végétales ou animales, le degré de spécificité de la sensibilisation, la possibilité de désensibiliser les végétaux par l'administration de doses subintrantes et de comparer les caractères de cette anaphylaxie à ceux que l'on observe chez les animaux.

— M. Charles Moureu a été élu membre de la 3e section de la Commission technique de la caisse des recherches scientifiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 MAI 1921)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Porak.

Eaux minérales. — M. POUCHET fait une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources. Les conclusions sont adoptées.

Pneumonie disséquante. — MM. LETULLE et F. BEZANÇON, rapportent l'observation de 2 cas de pneumonie disséquante nécrotique.

L'affection dans les 2 cas débuta brusquement, en pleine santé, sur le mode pneumonique, grand frisson, point de côté, fièvre intense, dyspnée; mais l'examen du thorax ne révéla que tardivement des signes de foyer. Les symptômes fonctionnels dominent au contraire la scène, la dyspnée est extrême, l'expectoration abondante d'une façon précoce, hémorragique et purulente.

Au 14e jour, dans un cas, au 9e dans l'autre, se produisit une véritable vomique de 500 gr. environ, de pus crémeux, hémorragique non fétide, en même temps qu'apparaissaient des signes cavitaires. On croit à un pyopneumothorax et dans un cas l'examen radioscopique confirme tellement cette impression que l'empyème fut pratiquée. Dans l'autre cas au contraire, la radiographie corrige l'impression clinique et montre qu'il s'agit bien d'une poche pleine de liquide et de gaz, mais non pleurale, non interlobaire, mais intrapulmonaire. Phénomène tout particulier, tant dans la masse obscure que dans la zone de clarté exagérée, on trouve nettement un aspect en ruche d'abeille, indice de zones de destruction parenchymateuse. La suppuration profuse, entraîne la mort, au quarantième jour dans un cas, au trente et unième jour dans

l'autre. L'autopsie montre dans les 2 cas une perte de substance qui occupe un des poumons presque en entier.

Sur les parois de cette vaste caverne et flottant dans le liquide, on retrouve des débris de parenchyme pulmonaire, dilacérés, ressemblant à des lambeaux d'étoupe. Ces débris peu importants dans l'un des cas, étaient plus rares dans l'autre, où il semblait que l'immense caverne s'était détergée, et présentait une véritable paroi en voie d'organisation.

L'étude histologique et bactériologique montre que dans ces cas, il ne s'agit pas de processus gangréneux ; la suppuration ici n'est pas fétide, l'examen cytologique et bactériologique ne donne pas l'aspect si caractéristique des suppurations anaérobies, les seuls microbes isolés ont été dans un cas le pneumobacille de Friedlander, dans l'autre le streptocoque.

Il ne s'agit pas cependant d'un processus banal de suppuration; il y a eu une véritable nécrose aiguë du parenchyme, avec dégénérescence fibrinoïde de celui-ci. Celle-ci s'est développée sur des lésions de broncho-alvéolite fibrineuse dont on retrouve des traces dans les parties périphériques.

Transmission placentaire de l'encéphalite épidémique. — MM. Mercier (de Tours), Andrieux et Mlle Bonnaud communiquent une note dont voici le résumé :

Les conditions étiologiques de l'encéphalite épidémique sont trop peu connues pour qu'il soit permis de passer sous silence, le cas d'une jeune femme qui, au 22e jour d'une encéphalite à début myoclonique, est accouchée à terme d'un enfant vivant. Cet enfant a présenté à son tour des crises myocloniques, auxquelles il a néanmoins survécu.

Cette observation, qui a la portée d'une expérimentation, permet de formuler les conclusions suivantes, qu'il serait imprudent de généraliser :

1° L'encéphalite épidémique, non traitée et ayant débuté trois semaines avant le terme normal de la grossesse, n'a déterminé ni l'accouchement prématuré, ni la mort de l'enfant.

2° L'accouchement paraît avoir agi comme un choc traumatique et aggravé immédiatement l'état maternel;

3° L'enfant, issu d'une mère contaminée, a présenté dès la seconde semaine de sa naissance, une forme d'encéphalite similaire, mais atténuée et terminée par la guérison, en dépit de l'absence de tout traitement.

Les indications opératoires dans les arthrites chroniques déformantes. — M. Lejars rappelle que les arthrites déformantes, que Charcot avait si bien décrites chez les vieillards, s'observent aussi chez des sujets jeunes ou relativement jeunes, et, par les impotences douloureuses qu'elles provoquent, peuvent créer certaines indications opératoires.

C'est la résection qui est le plus souvent indiquée. M. Lejars rapporte plusieurs cas de résections de la hanche et du genou, pratiquées dans ces conditions. La sédation des douleurs a été constante; l'amélioration fonctionnelle varie, suivant qu'on se trouve en présence d'une forme monoarticulaire, pauci ou polyarticulaire ; mais le bénéfice est toujours important pour le malade ; et c'est pour cela que la résection, dans ces arthrites chroniques déformantes, doit être tenue assez souvent pour une intervention indiquée et bienfaisante.

Les tuberculoses ostéo-arthritiques et les accidents du travail. — M. Auguste Broca. Il est reconnu aujourd'hui que les expériences par lesquelles Max Schüller, par inoculation de produits tuberculeux, avait cru démontrer l'action localisante du trauma dans la genèse des arthrites tuberculeuses, sont erronées. Expérimentalement, la doctrine est inexacte; cliniquement aussi. Il s'agit seulement d'un préjugé populaire, attribuant à une action extérieure aussi bien la tuberculose que le cancer ou n'importe quelle autre lésion ou maladie. Pour la tuberculose chirurgicale, on ne remonte à peu près jamais à une violence proprement dite : il s'agit toujours d'un choc ou d'une chute mal caractérisés, d'un effort et surtout d'un « faux mouvement ». Celui-ci est, en réalité, douloureux, parce que, dans une jointure dont l'enraidissement partiel est la première altération pathologique, il ne peut aller sans cela à sa limite normale; on croit qu'il a dépassé l'étendue permise, et en réalité il n'en est rien, c'est un mouvement habituel. Dans ces conditions, on ne peut même pas admettre qu'il ait provoqué une aggravation de la lésion, ce qui, dans la jurisprudence actuelle, est, à tort d'ailleurs, assimilé pratiquement à une création; malgré l'avis du législateur pendant la discussion de la loi; on ne tient pas compte, en effet, de l'état antérieur dans l'appréciation du dommage. Cependant si, après un de ces faux mouvements, on fait une radiographie précoce, on trouve plus souvent qu'on ne croit des lésions avancées, jusque-là méconnues; et leur évolution rentre ensuite dans la règle, sans aggravation. Celle-ci est possible après une violence importante, rompant une ankylose par exemple : alors l'accident est avec certitude responsable. Comme on ne sait jamais quelles rechutes possibles, traumatiques ou non, l'avenir réserve aux ostéo-arthrites tuberculeuses en apparence guéries, même anciennes, on ne doit pas incorporer dans l'armée ceux qui en ont été atteints, tant que restera en vigueur la loi de 1919 sur les pensions.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un secrétaire annuel.

M. Souques est élu par acclamation.

M. Souques, en remerciant ses collègues de l'honneur qu'ils lui font, ne se dissimule pas que remplacer, dans ces fonctions de secrétaire annuel, M. Achard, constitue, pour son successeur, une tâche difficile. Il s'engage à y apporter tous ses soins et tout son zèle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 27 mai 1921)

Sur les dangers de la ponction lombaire dans le mal de Pott. — MM. G. Guillain et Guy Laroche attirent l'attention sur les dangers éventuels de la ponction lombaire dans le mal de Pott : la ponction lombaire peut aggraver les lésions du névraxe, exagérer les phénomènes paralytiques et spasmodiques, précipiter l'évolution. Ces phénomènes s'expliquent car la ponction lombaire pratiquée à distance des zones tuberculeuses plus ou moins haut situées peut exercer une véritable aspiration sur des foyers caséeux, mobiliser des bacilles, amener des troubles circulatoires dans une moelle hypercongestive, œdématiée, fragile. L'analyse du liquide céphalo-rachidien dans le mal de Pott ne donnant pas des résultats indispensables au point de vue du diagnostic qui peut le plus souvent être précisé par la clinique seule et la radiographie, d'autre part la valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans ces cas étant pratiquement nulle, les auteurs considèrent que le mal de Pott avec troubles médullaires est une contre-indication à la ponction lombaire.

Syndrome de Brown-Séquard avec dissociation syringomyéliforme des sensibilites. — MM. Rimbaud et Giraud rapportent un cas d'hématomyélie traumatique s'étant cliniquement manifesté par un syndrome de Brown-Séquard, type avec dissociation syringomyéliforme des sensibilites d'une part, paralysie complète droite du membre inférieur, à la main et à l'avant-bras avec simple parésie du membre inférieur gauche, d'autre part abolition des sensations thermiques et douloureuses dans la moitié gauche du corps jusqu'à la hauteur du 4e espace intercostal avec conservation parfaite de la sensibilite superficielle tactile et de la sensibilite profonde et du sens des attitudes. Il s'agit dans ce cas d'une lésion intramédullaire centro-postérieure surtout droite à la hauteur des 1er et 2e segments dorsaux.

Un cas de paralysie infantile. — MM. Babonneix et Pollet présentent un enfant atteint depuis de longues années de paralysie infantile. Cette paralysie infantile présente diverses particularités intéressantes : localisation croisée des troubles moteurs qui frappent le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche; participation des muscles de la fesse à gauche et du côté opposé des muscles sacro-lombaires; degré extrêmement marqué de l'hypotonie, permettant d'invraisemblables attitudes et déplacements; atrophie et raréfaction osseuses très accusées et bien mises en évidence par la radiographie.

Anticlasie novarsenicale par topophylaxie. — MM. Sicard, Paraf et Forestier après avoir étudié les différents

procédés tels que les injections intraveineuses de carbonate de soude, de chlorure de calcium, de glycose susceptibles d'entraver la crise colloïdoclasique post-novarsenicale montrent la simplicité pratique d'une autre technique. Il suffit de bloquer pendant quelques minutes grâce au lien constricteur l'injection intraveineuse novarsenicale dans un membre, membre supérieur ou inférieur. Le choc hémoclasique est ainsi discipliné localement, et cette topophylaxie qui est du reste sans inconvénients locaux met à l'abri d'un choc d'ordre général.

Quelques cas de syphilis nerveuse rapidement améliorés par des composés arsenicaux en injection sous cutanée. — MM. Léon Tixier et Henri Duval présentent des malades qui étaient porteurs de signes nets ou atténués de syphilis cérébrale (céphalée, vertiges, abolition des réflexes achilléens, signe de Romberg, troubles de la marche, troubles intellectuels qui furent rapidement améliorés par les injections sous-cutanées de sulfarsenol ou de 914. Chez 2 malades, les réflexes reparurent sensiblement normaux après quelques semaines de traitement. Les auteurs opposent à ces excellents résultats l'observation d'une malade jeune atteinte de syphilis cérébro-méningée et qui succomba après avoir été manifestement aggravée par trois injections intraveineuses de neosalvarsan.

Syndrome de compression du sinus caverneux avec diabète insipide de basedowification d'un goitre. — M. Ledouz (de Besançon) rapporte l'observation d'un malade qui présente brusquement des signes de paralysie des moteurs oculaires commun et externe gauches et des douleurs aiguës dans le territoire de la branche ophtalmique du trijumeau. Peu de temps, après on observa un diabète insipide de 12 à 13 litres et les signes de la basedowification d'un petit goitre. Des injections de rétropituitrine n'ont fait céder la polyurie que pendant quelques heures. L'évolution de ce syndrome a abouti en quelques années à la guérison complète. Il est vraisemblable que la cause de la compression de sinus caverneux est une lésion hypophysaire dont la nature n'a pu être précisée.

Septicémie colibacillaire traitée par l'autobactériothérapie. — MM. Trémolières et Lassance communiquent l'observation d'un cas de septicémie colibacillaire survenue à la suite d'une constipation passagère dans un but opératoire lors d'une colpo-périnéorraphie. Cette observation met en relief, au problème chologique une métrite à coli-bacilles et la constipation pouvant également être le point de départ de la septicémie; quelques caractères cliniques; début brutal par pressoir et hyperthermie; aspect clinique assez analogue à celui des infections du groupe typho-paratyphique, deux complications : un abcès pulmonaire et une abondante colibacillurie amorçant des troubles urinaires si fréquents en pareil cas, enfin l'efficacité manifeste et rapide de la bactériothérapie qui apparaît comme un utile moyen thérapeutique à employer contre les septicémies colibacillaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 1er juin 1921)

Occlusion intestinale par calculs biliaires. — Les faits se multiplient qui tendent de plus en plus à prouver la gravité de cette forme d'occlusion. M. Lenormant apporte trois faits, trois opérations, trois morts. Dans le premier, le calcul siégeait haut dans le jéjunum. Opération simple et précoce. Mort. Dans les deux autres cas, opération plus tardive. Mort.

En somme, depuis le début de cette discussion, nous arrivons à 22 observations avec 7 guérisons et 14 morts, soit 66 p. 100. Si on rapproche de cette statistique, celle des interventions pour occlusions intestinales dues à d'autres causes que les calculs biliaires, on arrive, à peu de chose près, aux mêmes chiffres. Il faut donc conclure que toutes les occlusions intestinales aiguës sont graves. Cela tient surtout à ce que nous intervenons trop tardivement. Pour avoir quelques chances de succès, il faut arriver à faire un diagnostic précoce et à intervenir le plus tôt possible.

M. Quénu est de l'avis de M. Lenormant pour les conclusions, mais il se sépare de lui au point de vue de la gravité des occlusions par calculs biliaires, bien supérieures, à son avis, à celles qui ont une autre cause que la présence d'un calcul biliaire.

Il y a là quelque chose de spécial qui nous est encore inconnu.

M. Anselme Schwartz se demande, avec M. Grégoire, si c'est bien au calcul biliaire qu'il faut attribuer la gravité de ces cas d'occlusion. Elle tient plutôt, selon lui, au siège dans l'intestin grêle, à l'intervention trop tardive et à l'ouverture d'un intestin septique.

Quant aux occlusions d'une autre origine, M. Schwartz pense que les occlusions par diverticule de Mæckel semblent, au point de vue de la gravité, se rapprocher des occlusions par calculs biliaires.

M. Roux-Berger analyse une observation de M. Petit (de Calais) dans laquelle ce chirurgien trouva trois calculs, dont un très gros dans l'intestin. L'opération fut très simple et malgré une suppuration de la paroi, le malade guérit. Il s'agissait d'un homme âgé qui avait été rachianesthésié et qui avait présenté des ulcérations du pied qu'on a attribuées à ce mode d'anesthésie.

M. Mauclaire apporte un cas d'opération tardive, au sixième jour de l'occlusion, suivi de mort; il pense qu'on pourrait, dans certains cas, faire un diagnostic précoce à l'aide de la radiographie.

M. Bérard (de Lyon) croit que ces mauvais résultats sont dus à ce qu'on a affaire à des sujets dont le foie est insuffisant et dont les voies biliaires sont infectées. C'est une question de terrain.

Traumatisme cranien. — M. Mauclaire fait un rapport sur une observation de M. Ferrari (d'Alger). Il s'agit d'un blessé en 1915, éclat d'obus intracranien, hémiplégie, aphasie, craniectomie, nettoyage. Guérison temporaire. Un an après, crises d'épilepsie jacksonnienne, 17 crises en un seul jour, opération le lendemain. A 3 centimètres de profondeur, M. Ferrari trouve une sorte de fibrome qu'il extrait et au centre duquel il trouve l'éclat d'obus entouré de pus. Cet homme est resté guéri depuis cinq ans. Ce fait est en faveur de l'intervention en pleine crise d'épilepsie jacksonnienne.

Chirurgie gastro-intestinale. — M. Pierre Duval analyse une observation de M. Courty : homme de trente-cinq ans présentant des signes de perforation aiguë d'un ulcère gastrique. Gastro-pylorectomie, guérison. M. Duval a recueilli neuf observations de ce genre, en France, avec sept guérisons et deux morts. La gastro-pylorectomie suivie de gastro-entérostomie postérieure est donc une bonne opération dans les cas de perforation aiguë d'ulcères gastriques.

Tuberculose iléo-cæcale. — Suit un second rapport de M. Duval sur une observation de M. Brun (de Tunis). Il s'agit d'un arabe de trente-trois ans qui était atteint d'une énorme dilatation intestinale du côté droit, à forme d'estomac biloculaire. On fit une anastomose iléo-transverse préalable; dans une seconde intervention, M. Brun constata que la bouche iléo-transverse était beaucoup trop petite. Il s'agissait d'une tuberculose hypertrophique du cæcum, résection et anastomose iléo-colique-transverse, termino-latérale.

M. Duval rapproche de ce fait un cas très compliqué pour lequel il dut, après fermeture d'une fistule pyo-stercorale réséquer une grande partie du grêle et du transverse et terminer par une iléo-sigmosidostomie. Mort par iléite aiguë.

Ostéome du ligament rotulien. — M. Dujarier communique trois observations. Il s'agit de sujets jeunes, atteints de vives douleurs du genou, avec impotence fonctionnelle. On constate une saillie anormale de la tubérosité antérieure du tibia, mais la tubérosité n'est pas douloureuse à la pression, c'est le tendon lui-même qui est douloureux. La radiographie révélait dans ces cas la présence d'un fragment osseux dans le ligament rotulien Dans ces trois cas, l'intervention fut la même : incision, extraction du fragment osseux, fermeture sans drainage, cessation immédiate des douleurs, guérison complète après quelques jours.

L'examen histologique des corps étrangers a démontré qu'il s'agissait d'ossification du fibro-cartilage, sous l'influence, dans la plupart des cas, d'un traumatisme.

Ostéite fibro-kystique. — M. MOUCHET, en son nom et au nom de M. Lecène communique l'observation d'une femme de quarante ans qui se plaignait de douleurs vagues dans l'épaule droite, qui devinrent tellement vives qu'elles déterminèrent des syncopes et entrainèrent l'impotence fonctionnelle.

Après un traumatisme dans un encombrement du métro, des médecins furent appelés qui, ayant diagnostiqué une luxation, se mirent en mesure de la réduire.

M. Mouchet ne vit cette malade que deux mois et demi après. Il s'agissait d'nne fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, fracture datant de deux mois et demi. Le membre fut immobilisé.

Quand on retira l'appareil, une nouvelle radiographie montra que, non seulement il n'y avait pas la moindre consolidation, mais que la plus grande partie de la diaphyse avait disparu. M. Mouchet intervint alors et après avoir sectionné le deltoïde, donna issue à un liquide d'abord séreux, puis brunâtre et enfin à une grande quantité de sang noir. Il fallut recourir à un tamponnement.

L'examen des résultats du grattage montra qu'il s'agissait d'une ostéite fibro-kystique de l'humérus; tel était du moins le résultat de l'examen anatomo-pathologique et histologique pratiqué par M. Lecène.

M. ARROU se demande s'il ne s'agirait pas là d'une tumeur à myéloplaxes.

Tel n'est pas l'avis de M. BROCA qui ne voit pas là les caractères d'une tumeur à myéloplaxes, mais bien plutôt ceux d'une ostéite fibreuses ou fibro-kystique pouvant aller jusqu'à l'ostéomalacie.

— Une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. A. Broca, Launay, Duval, Lecène, Lapointe et Mouchet, discussion d'où il résulte que si, au point de vue de l'anatomie pathologique, on est arrivé à classer ces faits, on ne sait encore rien de la pathogénie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 MAI 1921)

Présence d'un ferment peptique dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. LOEPER, DEBRAY et TONNET ont constaté, chez un certain nombre de sujets, la présence dans le liquide rachidien d'un ferment qui agit en milieu chlorhydrique, transforme l'albumine en peptones et se rapproche de la pepsine.

L'activité de ce ferment peut transformer jusqu'à 16 à 18 p. 100 parfois de l'albumine utilisée. Elle varie peu dans les maladies du système nerveux. Elle est plus grande dans la digestion que dans l'inanition, beaucoup plus considérable aussi, chez les hyperpeptiques et les ulcéreux que chez les hypopeptiques et les cancéreux.

Elle est donc assez parallèle à l'activité gastrique et paraît commandée par elle.

Il y a lieu de rapprocher ces faits de la constatation faite par les auteurs de pepsine dans le nerf vague en digestion.

Influence du système nerveux sur le rendement urinaire. — MM. P. CARNOT, F. RATHERY et P. GÉRARD ont étudié l'action du système nerveux sur la sécrétion urinaire par une technique nouvelle. Par leur méthode de perfusion, ils peuvent étudier le fonctionnement rénal sur l'animal vivant, le rein restant en place. En comparant les résultats de la perfusion, l'animal étant en vie, puis brusquement sacrifié, ils peuvent ainsi analyser la part du système nerveux dans l'acte sécrétoire rénal. Ils publient à ce sujet une série d'expériences où le rendement fut étudié avant et après la mort chez le même animal pour le glucose, l'urée, les chlorures et l'eau. Les différences constatées dans les deux cas sont considérables.

La suppression totale du système nerveux, toutes conditions circulatoires de perfusion restant identiques, produit une augmentation considérable du rendement de l'eau et des substances dissoutes. Cette expérience met en évidence la réalité des nerfs fréno-sécrétoires du rein.

Rendement urinaire comme estimation du travail rénal. — MM. P. CARNOT, F. RATHERY et P. GÉRARD décrivent sous le nom de rendement urinaire le rapport entre le débit urinaire et le débit sanguin d'une substance donnée (eau, NaCl, urée, glucose). Ils montrent l'intérêt que présente l'étude de ce rendement pour caractériser le travail rénal. En usant de la technique de perfusion rénale qu'ils ont précédemment décrite, ils arrivent, en comparant au cours de plusieurs expériences le rendement et le débit de l'eau, des chlorures, du glucose, de l'urée, à montrer l'importance de ce facteur rendement urinaire et les avantages qu'il présente sur la simple recherche du débit.

Passage du virus de l'encéphalite épidémique de la mère au fœtus. — MM. LEVADITI, HARVIER et NICOLAU démontrent expérimentalement que le virus de l'encéphalite épidémique se transmet de la mère au fœtus en traversant le filtre placentaire. Une lapine pleine, inoculée dans la chambre antérieure de l'œil avec du virus fixe, succombe le onzième jour. On recherche le virus chez la mère et l'un des fœtus, par inoculation intracérébrale à des lapins neufs. Le germe de l'encéphalite est décelé dans le cerveau de la mère, dans sa glande mammaire qui contenait du lait, dans le placenta et le cerveau du rejeton. Il était absent dans le foie du fœtus. Cette expérience prouve que le virus de l'encéphalite traverse le filtre placentaire pour se localiser dans le cerveau du fœtus. Sa présence dans la glande mammaire laisse entrevoir la possibilité de l'élimination du germe par le lait, et rend probable la contamination des rejetons par ingestion de lait provenant de mères infectées. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que les auteurs avaient démontré la conservation prolongée du virus encéphalitique dans le lait stérilisé.

Variations dans le temps de la résistance aux agents physiques et chimiques chez rana fusca. — Mme DRZEWINA et M. Georges BOHN. Les variations dans le temps de la sensibilité aux agents nocifs, soit physiques, soit chimiques, sont particulièrement rapides chez rana fusca, entre l'éclosion et la première métamorphose, soit dans un espace d'une semaine environ. Un embryon de 6 mm. résiste une trentaine d'heures à une solution de cyanure au 100/1.000 qui tue en 2 heures un têtard de 20 mm. Un accroissement de sensibilité analogue s'observe pour la température mortelle qui tombe, dans les conditions données, de 39° à 36°. Vis-à-vis de l'argent colloïdal, c'est l'inverse; il y a diminution progressive de la sensibilité avec l'âge.

Etude de la réaction du benjoin colloïdal et de la réaction de Bordet-Wassermann pratiquées sur des liquides céphalo-rachidiens xanthochromiques. — MM. Georges GUILLAIN et Guy LAROCHE ont constaté que la réaction de Bordet-Wassermann et la réaction du benjoin colloïdal peuvent parfois paraître positives avec les liquides céphalo-rachidiens xanthochromiques observés dans certains cas de tumeurs cérébrales ou médullaires; une telle constatation a été déjà faite d'ailleurs, en ce qui concerne la réaction de Wassermann, par certains auteurs français et étrangers. La réaction de Bordet-Wassermann et la réaction du benjoin colloïdal positives avec les liquides céphalo-rachidiens xanthochromiques frais peuvent devenir négatives après chauffage de ces liquides, durant une demi-heure, à 56°. Le parallélisme observé dans ces cas, entre les données de la réaction de Wassermann et celles de la réaction du benjoin colloïdal, prouve que les réactions de Wassermann positives obtenues avec des liquides xanthochromiques non chauffés ne sont pas des réactions légitimes. MM. Guillain et Laroche font remarquer que les liquides xanthochromiques contiennent du complément en plus ou moins grande quantité, et que les liquides les plus riches en complément sont précisément les liquides xanthochromiques avec coagulation massive, ce sont ceux qui donnent le plus souvent les fausses réactions de Wassermann. Le chauffage agit en détruisant le complément, par conséquent en changeant l'ionisation du liquide et peut-être en modifiant les albumines.

Formes cliniques de la tuberculose du poumon et de la plèvre, par le Dr Alexis PISSAVY, médecin de l'hôpital Cochin. Petit in-8 de 200 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Gaston Doin.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Le Syndicat des médecins de la Seine a tenu son assemblée générale dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. L'ordre du jour comportait une seule question, la loi des Pensions.

Le but principal de cette assemblée a été d'abord d'affirmer la nécessité de l'union du Corps médical et de déclarer que l'Union des syndicats médicaux de France doit être normalement le représentant du Corps médical dans toute action de défense professionnelle générale.

Le secrétaire général a fait un exposé de la question et de la conférence du 12 mai organisée sur l'initiative de M. le prof. Pinard au ministère des Pensions (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 39, 17-19 mai 1921, p. 610).

Le secrétaire général de l'Union, M. Lafontaine, a fait un très intéressant exposé de la question depuis son origine.

Au début, l'administration donnait abusivement à l'expression « après entente » le sens de *après avoir entendu*, si bien qu'il ne s'agissait plus d'un tarif d'accord, mais de prendre simplement l'avis du Corps médical, quitte à ne pas en tenir compte. Cette étrange interprétation, qui ne tenait même pas compte de la valeur grammaticale des mots, fut abandonnée par le ministre des Pensions, lors de sa création.

Survint alors une autre difficulté relative à la compréhension du mot : médical. En ouvrant le Littré, on trouve : médical, qui appartient à la médecine, livres médicaux, le langage médical. Du point de vue légal, il n'existe plus depuis la loi du 30 novembre 1892 qu'un diplôme de docteur en médecine. Cette loi ayant abrogé le décret du 19 ventôse an XI, signé par Bonaparte, et qui comportait des médecins et des chirurgiens.

Malgré Littré et malgré la loi, le ministre des Pensions voulut que le terme « médical » ne comprît pas les soins chirurgicaux.

Enfin, M. le ministre des Pensions fit supprimer les mots : « après entente », dans la loi de finances, le 30 décembre 1920.

M. Lafontaine a ensuite résumé tout le conflit jusqu'à ce jour. Relativement au reproche d'intransigeance adressé à l'Union des syndicats, M. Lafontaine donne les noms des membres de la délégation médicale du 24 avril 1920. MM. Barbanneau, Chapon, Noir, Le Fur, Jolicœur, Vanverts, Quivy et Lafontaine. Cette délégation comprenait en particulier un délégué du Syndicat du Nord et un autre de celui du Rhône qui, à cette époque, ne faisait pas partie du Syndicat.

M. Lafontaine fait enfin remarquer qu'en quittant avec M. Quivy la conférence du 12 mai, avant la fin, il a empêché justement la conférence réunie de prendre aucune décision, ce que le Conseil de l'Union désirait avant tout.

Il résulte ainsi de l'exposé de M. Lafontaine que l'administration n'a jamais mis aucune diligence à régler la question posée; depuis le 31 juillet 1919, il y a eu à peine quelques réunions de la Commission, et, parfois même, c'était l'Union qui les proposait : 17 octobre 1919, 19 mars, 8 et 24 avril, octobre 1920, et il y a des convocations faites par téléphone au dernier moment.

Après un certain nombre d'interventions parmi lesquelles le doyen du Syndicat, M. le prof. Pinard, MM. Le Fur, Hartmann, Sibut, Kopp, Gauthier, Coldefy, M. Cibrie, président, a mis aux voix l'ordre du jour suivant, qui a été voté sans opposition :

Ordre du jour présenté par le Conseil d'administration et voté par l'assemblée générale du 22 mai 1921. — Le Syndicat des médecins de la Seine, considérant qu'aujourd'hui plus que jamais l'union du Corps médical est *nécessaire*.

Considérant, d'autre part, que l'Union des syndicats médicaux de France doit normalement être le représentant des médecins dans toute action de défense professionnelle générale.

Considérant que, à la base de tout accord, il est nécessaire d'admettre la suppression de la taxation d'office et le retour à l'ancien article 64 avec entente préalable entre les représentants de l'administration et le Corps médical transmet à l'Union des syndicats médicaux le vœu suivant :

« Les pourparlers avec le ministère des Pensions seront repris aux conditions suivantes (acceptées par le ministre à la date du 12 mai dernier) :

1° Le décret du 9 mars sera retiré.

2° Une commission sera nommée comprenant par tiers :

a. Des délégués de l'administration;

b. Des délégués des bénéficiaires désignés par eux-mêmes.

c. Des délégués du Corps médical comprenant des représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés.

3° Le but de cette organisation sera :

a. L'étude d'une organisation de soins avec contrôle;

b. L'établissement d'un tarif d'accord s'appliquant à tous les soins *médicaux, chirurgicaux et de spécialités.* »

NOTES DE PRATIQUE

LITHIASE RÉNALE

Alimentation surtout végétarienne (laitages, légumes, fruits), peu de viande (jamais le soir); interdiction du vin pur, alcool, bière.

Quinze jours par mois : bicarbonate de soude, 2 à 3 g. pro die dans un verre d'eau, matin et soir.

Les autres 15 jours : Théosalvose lithinée, 1 cachet de 0g50 matin et soir (elle favorise la dissolution de l'acide urique en diminuant la concentration des urines).

LIVRES NOUVEAUX

Maladies du cœur (1), par le prof. H. Vaquez.

L'étude des maladies du cœur et des moyens d'exploration qu'elle exige paraît, pour beaucoup de médecins, hérissée de tant de difficultés qu'ils auraient volontiers tendance à s'en désintéresser. Ce serait à la fois une erreur et un danger. Une erreur, parce que ces difficultés, plus apparentes que réelles, tiennent, non à la complexité du sujet, mais à la façon dont il est d'ordinaire exposé; un danger, parce que les troubles du cœur sont si intimement liés à ceux des autres organes qu'on ne saurait impunément les en distraire.

M. Vaquez a voulu écrire un livre qui satisfasse les débutants et les initiés. Il s'est attaché à donner son opinion sur la plupart des sujets qu'il avait à traiter.

Ce livre, attendu depuis si longtemps, ne décevra pas celui qui le lira, car il y trouvera l'exposé complet et clair de tout ce que le praticien doit savoir des maladies du cœur.

M. Vaquez ne se perd pas dans les détails; il n'a pas le souci de citer tous les auteurs qui ont écrit sur la question qu'il traite; il dit ce qu'il sait, ce qu'il a lui-même appris, étudié, c'est un « livre de bonne foy ».

Ce volume des maladies du cœur continue dignement le nouveau *Traité de médecine et de thérapeutique* de MM. Gilbert et Carnot, dont 32 volumes sont déjà parus, dont viennent de reparaître, tout à fait remis au point, les tomes VII et XXI, dont cinq autres reparaîtront bientôt complètement refondus (III, X, XX, XXII et XXXI), et dont enfin deux nouveaux volumes paraîtront bientôt (XXX et XXXVI).

Voici les principaux chapitres de cet important volume :

Notions d'anatomie et de physiologie. Méthodes d'examen. Cardiopathies. Lésions valvulaires. Angine de poitrine. Hypertension artérielle. Arythmies. Insuffisance cardiaque. Traitement.

L. G.

(1) Grand in-8 de 780 pages avec 139 figures dans le texte. — Prix : 60 fr.; cartonné, 67 fr. 50 (fasc. 23 du nouveau *Traité de médecine et de thérapeutique* de A. Gilbert et P. Carnot). — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Introduction à l'étude des voies digestives dans la première enfance (1), par le prof. A.-B. MARFAN.

On n'analyse pas un livre de M. Marfan. On le lit; et quand on le lit, on y revient sans cesse, tellement on sent que ce qui y est dit a été vécu, et vécu avec le plus grand sens critique, avec le sentiment de l'observation rigoureuse et précise.

De toutes les affections qui peuvent atteindre le jeune enfant, celles de l'appareil digestif sont les plus fréquentes. Elles revêtent, en outre, dans le premier âge, des formes spéciales, qu'on ne rencontre pas aux autres époques de la vie.

La fréquence, les caractères spéciaux et la gravité des affections digestives du premier âge donnent à leur étude une grande importance. La pathologie des voies digestives chez le nourrisson et dans le premier âge, jusqu'à l'âge de 2 ans environ, est le chapitre le plus délicat de la pathologie infantile; c'est incontestablement le plus difficile, celui devant lequel le praticien se trouve arrêté à chaque instant. Nous ne saurions trop conseiller la lecture et la méditation du livre de M. Marfan; les notions les plus importantes de pathologie digestive y seront puisées au grand profit d'une thérapeutique rationnelle au lieu des soins empiriques ou même déraisonnables que nous voyons chaque jour appliqués aux nourrissons.
L. G.

L'Entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique (2), par le Dr J. PESCHER.

Le Dr J. Pescher, à qui l'on doit la nouvelle méthode d'entraînement respiratoire par le « procédé de la bouteille » et la méthode spirocospique qui en est l'application scientifique et le perfectionnement, vient d'écrire, sur cette importante question, sous le titre ci-dessus, un ouvrage d'ensemble, qui complète et met au point ses nombreuses publications antérieures.

En 27 chapitres, illustrés de figures originales et remplis d'observations intéressantes, le nouvel entraînement est envisagé sous tous ses aspects.

L'auteur passe en revue successivement, pour chaque maladie : la technique, les modalités, la posologie et la progression des exercices, avec leurs applications innombrables en hygiène, en prophylaxie, en médecine infantile, en médecine générale et en chirurgie.

Méthode de douceur et de précision, permettant d'améliorer la respiration et l'hématose, en toutes circonstances, mais particulièrement chez les malades, qui en ont le plus besoin, la spiroscopie donne, dans une foule de cas, les résultats les plus heureux et même les plus inattendus — résultats vérifiés aujourd'hui de tous côtés et reconnus par tous.

C'est par milliers à l'heure actuelle, qu'on pourrait compter les patients ayant bénéficié de la méthode.

En faisant connaître ces faits, dont un bon nombre, inédits et de grande portée, seront une révélation pour le monde médical, le livre de Pescher aura un retentissement légitime et rendra les plus grands services.
L. G.

Les Extraits hypophysaires en obstétrique et en gynécologie (3), par le Dr Léon POULIOT.

La 1re édition de la monographie du Dr L. Pouliot n'était qu'une Revue générale, d'ailleurs très étudiée et enrichie d'une documentation bibliographique extrêmement abondante : elle a été épuisée en quelques mois.

Dans la 2e édition, l'auteur ne se borne plus à l'analyse des travaux de ses devanciers. Il en fait, grâce à son expérience personnelle, chaque jour plus étendue, une synthèse bien plus vivante que l'étude primitive.

Si chaud partisan qu'il soit de l'opothérapie hypophysaire en obstétrique, Pouliot étudie minutieusement les contre-indications qui en restreignent l'emploi, et il en précise la technique avec une rigueur que d'aucuns estimeront sans doute exagérée.

Le chapitre consacré aux extraits d'hypophyse en gynécologie est entièrement neuf, et ce n'est pas la partie la moins intéressante de ce travail, appelé, comme la 1re édition, à un gros et rapide succès.
L. G.

Luchon. Sources sulfureuses, sources radioactives, leurs indications thérapeutiques, par M. le Dr BAQUÉ (de Luchon).

L'auteur de ce travail s'excuse de revenir sur un sujet souvent traité et universellement connu, et s'il reprend cette question c'est à la suite d'une nouvelle étude de M. Ad. Lepape où il constate dans certaines sources de cette station la plus haute valeur radioactive connue.

Cette nouvelle notion étant susceptible de modifier certaines propriétés thérapeutiques de quelques sources de Luchon, l'auteur a cru utile d'en faire une étude en les envisageant à deux points de vue, d'après leur caractère dominant : les *unes sulfureuses*, les autres *purement radioactives*.

Ces dernières sources, en effet, ont été amenées récemment dans un établissement thermal indépendant des thermes sulfureux et l'auteur en arrive aux conclusions suivantes : que les eaux de Luchon, qu'elles soient sulfureuses ou purement radioactives, se complètent mutuellement, comme l'expérience l'a prouvé jusqu'à nos jours, mais à l'avenir, les sources radioactives, pourront être également utilisées séparément, au gré du médecin, sans qu'elles subissent l'influence des sources voisines sulfureuses, de manière à rendre possible le traitement de certaines affections qui, jusqu'à l'heure actuelle, n'étaient pas justiciables de la médication sulfurée simple ou associée.

Après avoir assemblé dans un tableau les principales indications à Luchon, l'auteur termine son travail, par un rapide aperçu sur son double climat : l'un, moyen tonique et sédatif à 625 m., l'autre, climat d'altitude, tonique et excitant à 1.800 m.
L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 6 juin. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Ménétrier, Couvelaire et Mathieu. — M. BOUGENOT (Pierre). Du traitement de l'infection utérine. — M. ADAM (Marcel). Contribution à l'étude de la vaccinothérapie. — M. GICQUEL (Antonin). Contribution à l'étude clinique des fractures. — M. BÉZINE (Henri). Le choléra à Paris en 1849.

Mardi 7 juin. — Jury : MM. Bezançon, président; Duval, Rénon et Philibert. — M. ARSAC (Georges). Traitement de l'infiltration molle de l'urètre postérieur. — M. WOIRIN (Charles). Contribution à l'étude de l'herpès du larynx. — M. MIGNOT (René). Pathogénie de l'endocardite maligne. — M. LE BASSER (F.). L'ulcère simple de l'intestin grêle.

Jeudi 9 juin. — Jury : MM. P. Marie, président; Jeanselme, Bernard et Nobécourt. — M. GOLDITÉ (Jean). Les troubles respiratoires consécutifs à la pneumonie franche. — M. BAULOT (André). Contribution à l'étude de la syphilis de l'estomac. — M. PROUST (Jacques). De l'actinothérapie combinée à l'électrolyse. — Mme CHATELIN (Louise). A propos d'un cas d'accouchement indolore. — M. PAGET (René). Contribution à l'étude de l'hérédosyphilis de seconde génération.

(1) In-16, 2e édit., revue et corrigée. — Prix : 6 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8, 33 fig., 1921. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.
(3) In-16 de la collection « L'Actualité obstétricale et gynécologique ». — Prix : 5 fr. — Paris, L'Expansion scientifique française, 7, rue de Valois.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 2 juin. — MM. Troisier, 19, 81 ; Leblanc, 18, 45 ; Weil (M.-P.), 18 ; Huber, 18, 45.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve orale d'anatomie.* — Séance du 2 juin. — MM. Petit-Dutaillis, 14 ; Quénu, 16 ; de Gaudart d'Allaines, 18 ; Monod, 17 ; Moulonguet, 12 ; Bloch, 18.

Séance du 4 juin. — MM. Ducastaing, 15 ; Sénèque et Caudrelier, 16 ; Fey, 14 ; Boppe, 17.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — *Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.* — L'Ecole de médecine de Reims prépare pour ce certificat et en délivre le diplôme.

Un certain nombre d'étudiants peuvent bénéficier de conditions particulièrement avantageuses pour le logement et la pension, qui sont consenties par l'administration des hôpitaux de Reims.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — Strasbourg. — Une chaire de pharmacie galénique est créée à partir du 1er novembre 1921 ; M. Gautier, docteur ès sciences, chargé de cours, est nommé professeur de pharmacie galénique.

INSTITUT D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE. — Créé et rattaché au Collège de France par arrêté ministériel du 3 mars 1913, l'Institut dont l'organisation avait été interrompue par les événements vient d'être définitivement constitué. Ses laboratoires fonctionneront à partir du 1er juillet. Des conférences et des lecons régulières, dont l'ensemble formera un enseignement pour les médecins et les spécialistes se destinant aux stations hydrominérales ou climatiques, commenceront en novembre prochain. Des affiches apposées en octobre donneront les indications nécessaires.

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Institut, Collège de France, place Marcelin-Berthelot.

Le secrétaire général, M. le Dr G. Bardet, recevra le mardi et le vendredi, de 18 à 19 heures, 21, rue du Cherche-Midi, à partir du 1er octobre.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin aide-major de 2e classe Bonneau-Lavaranne.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le Dr Dresch (de Foix).

Officier d'Académie. — M. le Dr Delabost (de Rouen).

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — La réponse de M. Maginot. — L'assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine avait chargé son secrétaire général de demander à M. le ministre des Pensions une réponse écrite précisant les déclarations qu'il avait faites à la conférence du 12 mai, organisée par ses soins et sur l'initiative de M. le prof. Pinard. Voici cette réponse qui a été lue à l'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France, le 28 mai dernier :

« Monsieur le secrétaire général,

En réponse à votre lettre du 23 mai dernier, et afin de ne laisser aucune équivoque, j'ai l'honneur de vous confirmer ce qui suit :

Conformément à la proposition qui a été présentée par le sénateur Chauveau au cours de la Conférence qui s'est tenue le 12 mai dernier, dans mon cabinet au ministère des Pensions, proposition à laquelle se sont ralliés les membres de la Conférence et moi-même, j'accepte, *à la condition que le décret du 9 mars puisse, ainsi qu'il a été convenu, jouer pour le règlement du passé,* c'est-à-dire jusqu'au moment où interviendra un nouveau décret, de m'entendre avec les représentants, non seulement de l'Union des syndicats médicaux, mais des autres associations médicales pour préparer un nouveau projet de décret dont je saisirai le Conseil d'État qui

substituerait pour l'avenir de nouveaux tarifs à ceux du décret du 9 mars.

Si l'accord qui a été réalisé à la Conférence peut se maintenir sur ces bases, j'accepterais :

1° Qu'une commission tripartite soit nommée;

2° Qu'une organisation de soins avec contrôle soit établie;

3° Qu'un tarif d'accord soit fixé pour tous les soins médicaux et chirurgicaux.

Je ne fais d'ailleurs que répéter, dans cette lettre, ce que j'ai dit au cours de la Conférence du 12 mai dernier, ainsi qu'en fait foi le compte rendu sténographique, et je ne demande qu'à voir se traduire en réalités l'accord qui est intervenu sur les bases de la proposition de M. le sénateur Chauveau, à la condition qu'aucun des éléments ne soit aujourd'hui remis en cause.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général, les assurances de ma considération distinguée.

Signé : MAGINOT.

LES SOINS MÉDICAUX AUX MUTILÉS. — M. André Escoffier, député de la Drôme, a déposé une proposition de résolution invitant le ministre des Pensions à assurer d'urgence l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, en respectant le libre choix du médecin et en prévoyant, si cela était nécessaire, le remboursement pour le percepteur des sommes que les mutilés auront dépensées pour les honoraires ou les médicaments.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — A la suite de l'adoption de ses nouveaux statuts, l'Association vient de procéder à l'élection de son Conseil d'administration. Ont été élus : MM. G. Baillière (*Paris médical*), R. Cruchet (*Journal de médecine de Bordeaux*), Noël Fiessinger (*Journal des praticiens*), Victor Gardette (*Presse thermale et climatique*), R. Leriche (*Lyon chirurgical*), F. Le Sourd (*Gazette des hôpitaux*), M. Loeper (*Progrès médical*), Pierra (*Revue de gynécologie et d'obstétrique*).

Le bureau est ainsi constitué : président, F. Le Sourd; vice-présidents, R. Cruchet et M. Loeper; secrétaire général, Pierra; trésorier, G. Baillière.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Plusieurs médecins des nations alliées ou amies ont déjà promis leur participation au prochain Congrès d'histoire de la médecine internationale qui doit avoir lieu à Paris, du 1er au 5 juillet. Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

« Etudes historiques sur les hôpitaux et l'Assistance publique en tous pays » ; — « Documents permettant de calculer la ration alimentaire de l'homme dans l'antiquité et au moyen âge » ; — « Etude et identification des grandes épidémies historiques » ; — « Le rôle des pharmaciens dans le développement de la biologie » ; — « Histoire des officines » ; — « Documents sur les épizooties » ; — « L'alimentation des animaux dans l'antiquité et au moyen âge. »

Les adhésions et les titres des communications doivent être adressés à M. Fosseyeux, 3, avenue Victoria.

EXPOSITION NATIONALE DE LA MATERNITÉ ET DE L'ENFANCE. — Une exposition nationale de la maternité et de l'enfance, exposition organisée au profit des œuvres départementales de la natalité, sera ouverte au Jardin zoologique d'acclimatation de Paris du 15 juin au 25 juillet.

Cette exposition comprendra les sections suivantes :

1re section : La mère et l'enfant dans l'art et dans l'histoire.

2e section : La natalité. La maternité. L'enfance.

3e section : L'aide sociale dans la grande industrie.

4e section : Comité de fêtes et rapports avec la presse.

Le commissariat général de l'exposition de la maternité et de l'enfance est installé, 4, boulevard de la Madeleine, à Paris, (9e arr.).

LA SITUATION SANITAIRE EN EUROPE. — La situation sanitaire reste satisfaisante dans le bassin oriental de la Méditerranée.

On signale cependant, à nouveau, quelques cas sporadiques de peste dans les ports d'Egypte.

Le choléra et la peste existent à Cattaro.

Le choléra semble s'étendre en Russie.

On mande, en effet, d'Helsingfors au *Temps* :

« Des cas de choléra se sont déclarés à Rostof-sur-le-Don, ainsi que dans le département de Voronèje et celui de Moscou. A Moscou même, 7 cas de choléra ont été enregistrés, à Colom 3, à Oriechovo-Zouevo 14, etc. On considère que le fléau a son origine dans la région du Don où le choléra sévit avec une force intense. Le Soviet de Moscou a interdit de s'y rendre et d'en rapporter des vivres. Le commissaire de la santé publique, M. Siemachko, dans un article de la *Pravda*, souligne les difficultés insurmontables que rencontre l'application des mesures sanitaires en Russie soviétiste, surtout à cause de la dispersion des services sanitaires entre plusieurs institutions bureaucratiques, purement autonomes et jalouses de leur indépendance. Le commissariat de la santé publique n'ose pas pénétrer dans les ateliers, ceux-ci relevant du commissariat du travail; les fabriques sont soumises à l'inspection du travail, etc. »

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (prof. : M. A. GILBERT; prof. agrégé : M. Maurice VILLARET). — COURS DE REVISION (juillet 1921). — *Les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire courantes au diagnostic.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 4 juillet 1921, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le prof. agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux; et avec la collaboration de MM. Herscher, médecin des hôpitaux ; Guilleminot, professeur agrégé; Lippmann, Jomier, Chabrol et Brin, anciens chefs de clinique; Henri Bénard et Dufourmentel, chefs de clinique ; Saint-Girons et Coury, chefs de clinique adjoints; Paul Descomps, Dumont et Deval, chefs de laboratoire; Dausset, Durey, Gérard et Lagarenne, chefs et assistants du laboratoire des agents physiques; et Comandon.

Il comprendra 32 leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30, les leçons du matin étant terminées suffisamment à temps pour permettre la visite de la plupart des services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches et projections photographiques et cinématographiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués individuellement aux élèves.

Un voyage d'étude de huit jours sera organisé à l'occasion du cours, du samedi 9 juillet au dimanche 17 juillet, aux stations hydrominérales des Pyrénées.

Pour connaître les conditions et le programme détaillé du voyage, s'adresser à M. le Dr Dausset, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1920-1921 ont lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions, et sous la direction du prof. agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement : *a.* L'un, sur les maladies du foie et le diabète (vacances de Pâques); *b.* l'autre, sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : septembre).

2° Un cours de revision : sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (grandes vacances : juillet).

NÉPHRITE CHRONIQUE AZOTÉMIQUE

DE L'ADOLESCENCE ET DE L'ENFANCE

AVEC INFANTILISME

L'INFANTILISME RÉNAL

Par P. JACOB et DURAND.

L'observation que nous rapportons est tout à fait comparable au point de vue clinique à celles qui ont servi à Lancereaux et à ses élèves à édifier leur type de néphrite par aplasie. Si la conception pathogénique de Lancereaux (1) de néphrite par aplasie artérielle ne paraît plus guère soutenable aujourd'hui, ce type de néphrite azotémique des jeunes sujets, accompagnée d'une part de retard de développement sexuel, souvent d'infantilisme, d'autre part d'anémie très intense, sans être très fréquent, n'est pas cependant exceptionnel, et, en Angleterre, un nombre considérable d'observations en a été récemment rapporté. De tels cas frappent d'autant plus que leur évolution est plus différente de celle des néphrites que l'on observe communément chez les jeunes. Celles-ci sont, en effet, soit des néphrites aiguës ou subaiguës d'origine infectieuse, soit des néphrites chroniques rentrant dans la classe des néphrites hydropigènes de Castaigne, avec œdèmes, albuminurie, diurèse plutôt augmentée, absence de signes cardio-vasculaires, absence d'évolution urémique, durée très longue [Marfan (2)]. Dans les cas que nous avons en vue, au contraire, le début est imprécis, il n'y a pas d'œdèmes (ou peu), aucun phénomène saillant ne vient pendant longtemps attirer l'attention, mais l'urémie est précoce et se manifeste d'emblée par des accidents graves, accidents d'ailleurs bien différents de ceux des urémies aiguës des maladies infectieuses, accidents qui rappellent bien plutôt ceux que présentent les vieux urinaires, les vieux scléreux (urémie digestive, rétinite, péricardite) avec bruit de galop, signes cardio-vasculaires, ensemble symptomatique que l'on est toujours surpris de rencontrer chez un adolescent.

OBSERVATION (3). — D. H..., 16 ans, entre le 20 mai 1920 dans le service de notre maître M. Thiroloix à la Pitié, après avoir été suivi quelques jours par nous à la consultation de médecine.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, sa mère n'a pas eu de fausses couches. Sept collatéraux tous bien portants (nous avons vu une sœur aînée vigoureuse et sans dystrophies). Pas d'histoire connue d'albuminurie maternelle pendant la grossesse.

Antécédents personnels. — Né à terme. Aucune maladie sérieuse dans l'enfance. Le développement s'est fait normalement jusque vers 13 ans, puis s'est arrêté. Malgré cela, l'enfant était resté bien portant jusqu'en novembre 1919. A ce moment, phénomènes pulmonaires tenaces, dyspnée, toux. En même temps, apparaît un peu d'œdème des jambes et on constate de l'albuminurie. Après divers séjours dans des hôpitaux, des alternatives d'amélioration et d'aggravation, une nouvelle poussée de dyspnée accompagnée d'inappétence, de vomissements, de céphalée violente, l'amène à demander son admission.

Quoique âgé de 16 ans révolus, ce jeune homme ne mesure que 1m45. Les membres sont grêles, la voix aiguë, le système pileux fait complètement défaut au pubis, aux aisselles, les organes génitaux ne sont pas développés, l'aspect général est celui d'un enfant de 12 ou 13 ans. Cependant, le malade est bien constitué, le squelette ne présente aucune déformation, la dentition est belle, l'intelligence est normale.

Avec l'infantilisme, ce qui frappe au premier abord est la pâleur de la face et des muqueuses.

Il existe un œdème discret malléolaire. La dyspnée est intense. Au début, sans signes d'auscultation et vraiment « sine materia », cette dyspnée s'accompagnait quelques jours plus tard d'une toux quinteuse avec expectoration mousseuse striée de sang, et l'auscultation montrait aux deux bases une pluie de râles fins.

L'examen du cœur montre une pointe très déviée en bas et en dehors, battant à 5 cm. au-dessous du mamelon. L'auscultation fait percevoir un bruit de galop d'une extrême netteté qui a persisté jusqu'à la fin, s'atténuant cependant à la phase ultime de la maladie.

La tension est de : maxima 15,5, minima 12,5 (au Vaquez).

Le foie gros, et douloureux, déborde de trois travers de doigt les fausses côtes.

La rate paraît peu modifiée.

Les *urines*, peu abondantes, contiennent une quantité notable d'albumine (4g25 par litre).

Urée sanguine : 2g60 par litre à l'entrée.

Hématologie :

Hématies........	2.000.000
Leucocytes......	14.500
Hémoglobine.....	75 p. 100 (au Tallqvist)

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.........	72
Grands mononucléaires.............	3
Petits mononucléaires..............	13
Lymphocytes......................	11
Eosinophiles......................	1

Un second examen hématologique, pratiqué un mois plus tard, a donné un résultat presque identique.

Donc, anémie surtout globulaire avec valeur globulaire notablement augmentée. Anisocytose et polychromatophilie, mais aucune réaction hématopoïétique (pas d'hématies nucléées ni de myélocytes).

La réaction de Wassermann a été trouvée 2 fois négative.

L'évolution fut constamment progressive, malgré régime et traitement. Le malade se plaint surtout de céphalée, vertiges, vomissements, insomnie, dyspnée.

Un léger hydrothorax apparaît.

Le cœur se dilate : douleurs angineuses irradiées dans le bras gauche.

Le 20 juin, *frottements péricardiques* qui deviennent de plus en plus intenses.

Urée sanguine..................	2g50
Albumine urinaire..............	5g

Puis évolution d'une phlegmatia alba dolens à bascule débutant par la cuisse droite et prenant le surlendemain le côté opposé, accompagnée d'une légère réaction thermique.

La mort survient le 7 juillet (moins de deux mois après l'entrée) par urémie digestive, congestion œdémateuse des poumons avec crachats hémoptoïques répétés, asystolie, péricardite brightique.

AUTOPSIE. — *Reins* très petits, 51 gr. et 55 gr., bosselés et granuleux. Capsule très adhérente. A la coupe, le cortex est atrophié, la surface de section est un peu bigarrée et il existe une forte lipomatose autour du bassinet qui se montre d'ailleurs, ainsi que l'uretère, de dimensions normales.

Les *capsules surrénales* sont très volumineuses, présentent une hyperplasie diffuse sans réaction adénomateuse. Elles pèsent 5 gr. chacune.

Cœur énorme (600 gr.). Lésions de péricardite sèche avec début d'organisation. Grosse hypertrophie des parois du ventricule gauche ; les cavités droites sont dilatées.

L'*aorte* est lisse, de dimensions et de consistance normales ; elle ne présente pas une petitesse exagérée, étant donnée la taille du sujet, elle admet le médius au niveau de la crosse. Les artères intercostales prennent sur elle une implantation normale.

Les *plèvres* présentent un hydrothorax bilatéral.

(1) LANCEREAUX. Art. REIN du *Dict. encycl. des sc. méd.*

(2) MARFAN. Les néphrites chroniques de l'enfance, *Presse méd.*, 27 avril 1901.

(3) Cette observation figure plus complète dans la thèse de PRÉVOT, Paris, fév. 1921.

Les *poumons* ne présentent aucune trace de tuberculose, mais de l'œdème subaigu avec congestion.

Il n'y a pas d'adénopathie trachéo-bronchique.

Le *foie* pèse 950 gr. ; il est gras.

La *rate* pèse 140 gr.

Les diverses glandes vasculaires sanguines ne présentent, à l'exception des surrénales très volumineuses et des testicules très petits, rien d'anormal au point de vue macroscopique.

Examen histologique. — Les *reins* présentent une sclérose extrêmement accusée. La capsule notablement épaissie envoie dans le labyrinthe des prolongements qui le divisent en lobules. Les glomérules paraissent (même en tenant compte des glomérules atrophiés et sclérosés encore reconnaissables) remarquablement peu nombreux. Quelques-uns seulement ont gardé un aspect à peu près normal, malgré l'épaississement notable de leur capsule. La plupart (6 sur 10 environ) sont plus ou moins complètement remplacés par du tissu conjonctif, beaucoup sont à peine reconnaissables.

Les tubes contournés sont, les uns assez bien conservés et dilatés, les autres plus ou moins étouffés par la sclérose. Les premiers sont généralement groupés en îlots. Dans ces îlots, le syncytium est bien conservé et présente encore une bordure en brosse reconnaissable. Les noyaux sont nets, le protoplasma homogène, simplement aplati par distension de la cavité. Cette dernière, parfois vide, est le plus souvent remplie d'un coagulum granuleux non organisé en cylindre compact.

A côté de ces zones où les tubes sont conservés et dilatés, un grand nombre de tubes paraissent étouffés par la sclérose, sont petits à épithélium plat et contiennent des cylindres granuleux ou hyalins. Les systèmes de Henlé sont, les uns étouffés, les autres bien conservés. On y observe surtout, semble-t-il, au niveau de la branche large, de nombreux points d'aspect hyperplasique : tantôt la lumière du tube est remplie par une masse protoplasmique qui fait corps avec sa paroi et se montre semée de nombreux noyaux hyperchromatiques, tantôt la prolifération épithéliale se fait latéralement, soit vers la lumière du tube, soit excentriquement. Poillot signale cet aspect dans sa thèse; il mentionne, dans les pyramides, la « multiplication de l'épithélium excréteur; la lumière du conduit est obstruée de cellules ».

Il faut mentionner encore l'existence de quelques petits kystes.

Le tissu conjonctif qui réalise la sclérose est jeune, très cellulaire, par endroits d'aspect embryonnaire. Mais les nombreuses cellules qui le forment ont déjà élaboré de nombreuses fibrilles collagènes qui enserrent dans un feutrage serré les éléments sécréteurs et excréteurs.

On rencontre, au voisinage des vaisseaux, quelques points rares et discrets d'infiltration lymphoïde.

Les vaisseaux, enfin, montrent de grosses lésions d'endartérite et de périartérite. Les petites artères ont leur tunique moyenne dissociée, les lames élastiques sont épaissies ; en certains points, l'endartérite aboutit à un rétrécissement extrêmement accusé du calibre du vaisseau pouvant aller jusqu'à l'oblitération.

Cœur. — Péricardite et hyperplasie des fibres musculaires.

Poumons. — Selon les points, œdème ou splénisation avec nombreuses cellules cardiaques.

Foie cardiaque avec dégénérescence graisseuse.

Surrénales. — Hyperplasie portant principalement sur la zone moyenne spongiocytique du cortex.

Thyroïde normale.

Hypophyse légèrement hyperplasique. Les vaisseaux sont dilatés; les cellules affectent volontiers la disposition acineuse avec légère sécrétion colloïde.

Le *testicule* est infantile. Les tubes sont encore pleins et indifférenciés. Ni à leur niveau, ni dans l'épididyme on ne trouve de spermatozoïdes.

Nous trouvons dans cette observation, la plupart des caractères signalés dans les observations récentes.

La latence de l'affection, pendant de longues années, est un des points les plus curieux. L'affection doit évoluer à bas bruit, pendant l'enfance, sans être reconnue. Dans un certain nombre d'observations, cependant, on trouve signalées, comme signe très précoce, une *polydypsie* et une *polyurie* qui ont plusieurs fois fait porter à tort le diagnostic de *diabète insipide* [Barber (1), Réginald Miller (2), Fletcher (3)]. Ce signe est déjà mentionné dans une observation de Luzet, citée par Poillot. Il peut être observé plusieurs années avant l'apparition des premiers signes de néphrite. L'albuminurie, d'ailleurs inconstante et intermittente, a pu constituer quelquefois un symptôme précoce.

Barber (4) a pu suivre, pendant 7 ans, un enfant chez lequel il avait trouvé de l'albumine à 7 ans 1/2 avec urines de faible densité ; à 14 ans, cet enfant présentait un grand retard de développement. Il mourut à 15 ans.

Ce n'est, généralement, que vers 7 ou 8 ans que le retard de développement de ces malades devient apparent. Mais c'est surtout au moment de la puberté que, les modifications de structure, le développement du système pileux, des organes génitaux ne se faisant pas, l'infantilisme devient manifeste. Cet infantilisme est un infantilisme dystrophique. C'est également au moment de la puberté que, conjointement avec les autres troubles du développement, apparaissent quelquefois des modifications du squelette intéressantes à connaître pour le chirurgien qui peut avoir à enregistrer un désastre à la suite d'une opération orthopédique simple, si la lésion rénale n'a pas été diagnostiquée.

Barber signale ce fait. Les déformations osseuses le plus souvent rencontrées sont : le genu valgum (Flechter, Miller, Naish, Barber), l'incurvation des tibias, des déformations semblables à celles que produit le rachitisme, chapelet costal, tuméfaction des poignets. Leur développement est souvent très rapide, leur fréquence serait grande, puisque Barber les mentionne 5 fois sur 8 observations.

En même temps que ces différents symptômes, une anémie extrême est souvent notée. Cette anémie n'avait pas échappé à Lancereaux qui y voyait un argument de plus pour rapprocher de la chlorose, ces néphrites « interstitielles » des adolescents, et pour confirmer par là sa théorie de l'aplasie artérielle, déjà invoquée comme substratum anatomique de la chlorose vraie.

Cette anémie est surtout globulaire avec une valeur globulaire supérieure à la normale (1.520.000 globules rouges avec 35 p. 100 d'hémoglobine dans un cas de M. Nobécourt (5), 2.000.000 avec 75 p. 100 dans notre cas). Il n'y a pas de réaction hématopoiétique, pas d'éléments myéloïdes. En somme, nous trouvons là les caractères récemment étudiés par Aubertin et Yacoel (6), anémie du type pernicieux avec réaction médullaire insignifiante. Cette anémie n'est donc pas spéciale à la forme que nous décrivons; elle appartient à toutes les néphrites azotémiques et semble être sous la dépendance même de l'azotémie comme le pensent Aubertin et Yacoel. Il semble pourtant que l'hématopoïèse soit plus rapidement troublée dans le jeune âge.

(1) Hugh Barber. *The Lancet*, 3 janv. 1920.

(2) R. Miller. *Proceedings of the Roy. Soc. of med.*, déc. 1911.

(3) Morley Fletcher. *Proceedings of the Roy. Soc. of med.*, mars 1911.

(4) Barber. *Brit. med. Journ.*, 1913.

(5) Nobécourt. Néphrite chlorurémique, azotémique et hypertensive avec infantilisme chez un hérédosyphilitique, *Monde méd.* mai 1920.

(6) Aubertin et Yacoel. L'anémie grave dans les néphrites azotémiques, *Presse méd.*, 1920, p. 461.

En tous cas, selon les données hématologiques actuelles, cette anémie, contrairement aux idées de Lancereaux, se rapproche beaucoup plus de l'anémie pernicieuse que de l'anémie chlorotique.

La *tension artérielle* est augmentée dans quelques cas (15,5-12,5 dans notre cas, au Vaquez, 15 à 17 comme maximum, 8 à 11 comme minimum), selon l'époque de l'examen dans l'observation de M. Nobécourt. Ce sont là des tensions élevées surtout par rapport à celles qu'on trouve chez des enfants de même taille et de même poids. Il semble, cependant que, malgré la grande hypertrophie cardiaque constatée, ces jeunes sujets ne fassent pas d'hypertensions comparables à celles de l'adulte. L'absence d'hypertension est même signalée dans un certain nombre d'observations anglaises.

Le bruit de galop, très intense dans notre cas, signalé par Julien Besançon (1), Poillot (2), comme faisant partie des signes de la néphrite par aplasie, fait assez souvent défaut (observations de Nobécourt, Barber, Miller, Fletcher).

La *terminaison* constante est la mort, conséquence des grands phénomènes toxiques de l'urémie azotémique (urémie digestive, coma, dyspnée toxique) pouvant s'accompagner de péricardite, de rétinite, d'asystolie. Il est remarquable que la mort survienne presque toujours au même âge, vers 16 ans. Il est vraisemblable que les reins « à la limite de leur suffisance » selon l'expression de Babès, deviennent brusquement incapables de fournir l'effort supplémentaire qui leur est demandé par le travail de la puberté.

Dans l'étude *anatomo-pathologique* de ces faits, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'extrême petitesse des reins. Ils pèsent souvent moins de 40 gr. On trouve rapportés les poids de 19, 20 gr. et moins. Ils sont souvent inégaux. La capsule est plus ou moins adhérente; souvent, la décortication est encore facile. La surface est chagrinée, granuleuse, avec des sillons rosés, séparant des granulations petites, grisâtres. Les kystes sont rares et petits quand ils existent. A la coupe, on retrouve cette coloration grisâtre partout, surtout sur la corticale extrêmement amincie.

Les particularités sur lesquelles insistent surtout Besançon et Poillot sont l'élargissement de l'uretère et quelquefois du bassinet. Cette particularité n'est pas très fréquemment signalée par les autres observateurs.

Au point de vue histologique, l'aspect est celui d'une néphrite atrophique avec sclérose très intense.

Lancereaux et ses élèves signalaient comme propres à leur néphrite par aplasie :

— la richesse en fibres élastiques du tissu de sclérose.

— la présence de fibres musculaires lisses hyperplasiées.

— l'absence d'infiltration embryonnaire.

— l'absence de l'infiltration graisseuse des cellules des tubes.

— la rareté des cylindres.

— l'importance des lésions vasculaires, de l'endopériartérite, et le développement de la sclérose surtout autour des vaisseaux.

Ils voyaient dans ces constatations des raisons suffisantes pour rejeter l'hypothèse d'une néphrite infectieuse et des arguments en faveur de l'origine artérielle.

Poillot signale encore dans les pyramides la multiplication de l'épithélium excréteur, la lumière du conduit étant obstruée de cellules (nous avons trouvé cet aspect dans notre cas dans les anses de Heulé).

L'hypertrophie du ventricule gauche est la règle.

Les capsules surrénales ont été peu étudiées; elles étaient très volumineuses avec hyperplasie de la corticale dans notre cas.

L'état du système artériel de ces jeunes rénaux infantiles avait tout particulièrement attiré l'attention de Lancereaux; Besançon et Poillot décrivent l'étroitesse de l'aorte qui ne mesure au niveau de la crosse que 44, 42 mm. de circonférence. Les tuniques en sont amincies et présentent, dans l'intima, quelquefois dans la mésartère des traînées de stéatose, mais on ne trouve pas de prolifération cellulaire, pas de formations calcaires, pas d'athérome. L'étroitesse de l'aorte se poursuivrait sur tout le système artériel, on pourrait trouver des implantations vicieuses des artères intercostales, les artères rénales sont très rétrécies.

Cette malformation vasculaire paraît beaucoup moins constante dans ce type de néphrite que ne le pensait Lancereaux. L'aorte, les artères rénales ne présentaient pas dans notre cas une étroitesse très marquée et étaient en rapport avec la petite taille du sujet. Dans plusieurs observations de Barber, l'intégrité de l'aorte est mentionnée.

Dans une observation de Barber comme dans la nôtre, est notée l'absence de développement du testicule et l'absence de spermatogénèse sans lésion de l'organe.

Le problème *pathogénique* posé par cette curieuse affection est complexe. Il faut expliquer, d'une part l'existence d'une néphrite atrophique chez de jeunes sujets, néphrite débutant quelquefois, comme certaines observations permettent de le penser, dès les premières années, peut-être même dès la vie intra-utérine, comme le suppose Fletcher; or le passé pathologique des malades observés est souvent remarquablement pauvre, et aucun épisode infectieux, aucune intoxication ne peuvent généralement être invoqués. Il faut expliquer, d'autre part, la coexistence d'une néphrite chronique avec le retard du développement.

La première explication qui fut donnée consistait à mettre infantilisme, anémie, néphrite sur le compte d'une cause unique, l'*aplasie artérielle*. Nous avons mentionné plus haut les constatations qu'avaient faites à plusieurs reprises Lancereaux et ses élèves sur le système artériel; or, ces constatations étaient faites à une époque où l'aplasie artérielle semblait commander de nombreuses affections. Virchow la considérait comme le substratum anatomique de la chlorose; Lancereaux et ses élèves étendent son rôle et en font la cause, non seulement de ces néphrites avec infantilisme et anémie développées chez des adolescents dont ils font des néphrites d'origine vasculaire, mais encore de certaines myocardites scléreuses, d'ulcères d'estomac.

Il paraît difficile aujourd'hui d'accepter cette conception. D'une part, en effet, l'aplasie artérielle est loin d'être constante dans tous les cas de néphrites atrophiques du jeune âge avec infantilisme; d'autre part, même pour les néphrites scléreuses de l'âge adulte et de la vieillesse, l'origine artérielle défendue par Lancereaux pour certaines variétés étiolo-

(1) Julien Bezançon. *Th. de Paris*, 1889.
(2) Poillot. *Th. de Paris*, 1891.

giques, n'est plus communément admise. Brault a montré qu'il n'y a le plus souvent pas parallélisme entre les lésions des vaisseaux et les lésions des glomérules correspondants.

Si on laisse de côté la théorie de l'aplasie, on peut invoquer une infection agissant à la fois sur le développement de l'organisme et sur le rein. Comme les infections aiguës font souvent défaut dans le passé des malades, force est d'invoquer une infection chronique évoluant à bas bruit, comme la tuberculose à laquelle rien ne permet de s'arrêter et la syphilis héréditaire. Rappelons que, pour M. Hutinel (1) la syphilis héréditaire serait capable, non seulement de déterminer des altérations spécifiques des reins, mais encore de les sensibiliser, en quelque sorte, si bien que des infections minimes qui ne toucheraient pas des reins sains peuvent léser gravement et d'une façon prolongée les reins des hérédo-syphilitiques. Comme on connait, d'autre part l'action éminemment dystrophiante de la syphilis, il est tentant de l'invoquer comme cause de ces néphrites chroniques des jeunes. Dans plusieurs cas, la syphilis héréditaire a été rencontrée. Elle est cependant loin d'être constante, et dans la majorité des cas, elle n'a pu être mise en évidence. Traduite par des dystrophies et un Wassermann positif dans le cas de M. Nobécourt, elle n'a pu être mise en évidence dans le nôtre ni par l'enquête familiale, ni par la clinique, ni par la réaction de fixation. Pas de syphilis dans les cas de Parsons, de Fletcher, Miller, Naish. Barber n'a trouvé qu'une réaction de Wassermann positive sur six cas où il l'a recherchée.

Il est donc possible que, dans quelques cas, la syphilis puisse jouer un rôle, soit par elle-même, soit comme facteur de méiopragie rénale. Elle ne saurait en tous cas être rendue constamment responsable. A propos de la communication de Miller, Guthrie dit qu'après avoir autrefois incriminé la syphilis dans tous les cas, il pense aujourd'hui que d'autres causes toxiques peuvent être invoquées.

Mais ne serait-il pas possible de simplifier le problème et, au lieu de chercher une cause capable de déterminer simultanément les différents symptômes rencontrés en clinique, de les mettre sous la dépendance les uns des autres? Nous avons déjà vu que l'on peut rattacher l'anémie à l'azotémie, les poisons azotés agissant, soit comme agents de destruction globulaire, soit plutôt comme agents lésant les organes hématopoiétiques. Serait-il moins légitime d'admettre que la lésion rénale, développée de bonne heure, peut agir, par intoxication lente, sur l'ostéogénèse, sur le fonctionnement des glandes vasculaires sanguines, sur le développement des organes génitaux, et déterminer l'infantilisme? Il y aurait donc un infantilisme rénal, un nanisme rénal. Cette conception est admise par les auteurs anglais précités, et c'est à elle que nous nous rallions. Ce n'est d'ailleurs pas un fait isolé. Il semble que toute lésion précoce d'un organe important retentisse sur le développement. On connaît depuis longtemps le « nanisme mitral ». Hutinel et Nobécourt (2) signalent la petitesse et la gracilité, le retard de la puberté chez les enfants atteints dans le jeune âge de cirrhose cardio-tuberculeuse ou de cirrhose biliaire. Ces faits nous paraissent tout à fait comparables. Dans son article, Parsons (3) rappelle les recherches de Bradford qui aurait montré que l'ablation expérimentale des deux tiers du poids des reins produit de la polyurie et l'arrêt du développement.

Si l'on admet que l'infantilisme est conséquence de l'insuffisance rénale, il reste seulement à expliquer la néphrite. Puisqu'on ne peut invoquer constamment ni l'état des artères, ni une infection, ni une intoxication, il nous semble qu'une seule hypothèse reste admissible, celle d'une prédisposition rénale congénitale relevant peut-être d'une affection passagère de la mère pendant la gestation. C'est, en somme, la théorie de la débilité rénale de Castaigne.

Dans les cas les plus marqués, le rein pourrait être frappé dès la naissance de véritables malformations. Babès (1) qui décrit des faits cliniquement analogues à ceux que nous étudions, considère les lésions anatomiques dans les cas observés par lui comme la conséquence, non de néphrite, mais d'arrêt de développement rénal. Les reins conserveraient la structure des reins fœtaux; des lésions infectieuses se surajouteraient tardivement au trouble d'évolution.

Luzet (2), chez un jeune garçon de 17 ans mort d'urémie, infantile, polydypsique, a trouvé des lésions telles qu'une malformation congénitale semble probable : rein gauche pesant 30 gr., kystique, avec absence de bassinet et uretère dilaté en bas et remplacé à sa partie supérieure par un cordon fibreux plein; rein droit de 43 gr. présentant trois ou quatre kystes à son extrémité inférieure et, au pôle supérieur, une masse blanche, d'aspect sarcomateux, constituée par des débris de parenchyme à peine reconnaissables et de l'infiltration embryonnaire.

Dans les cas moins accusés, on peut admettre que le rein, normal à la naissance, mais fragile, dégénère sous l'influence des causes les plus légères, d'infections ou d'intoxications qui n'ont pas laissé de souvenir.

Certaines observations permettent d'incriminer, pour expliquer cette débilité rénale, une affection passagère de la mère pendant la gestation.

Barber cite une famille de neuf enfants, l'aîné âgé de 30 ans, le plus jeune de 9 ans. Les six premiers sont en parfaite santé et bien développés, le septième, âgé de 14 ans, et le huitième de 12 ans, sont infantiles et atteints de néphrite (le 7e est mort a 15 ans), le neuvième est bien portant. La mère, sans pouvoir préciser, dit qu'elle était mal portante, fatiguée pendant la gestation du septième et du huitième. On n'a pas trouvé de syphilis ni paternelle, ni maternelle. Wassermann négatif chez la mère. L'urine de tous les frères et sœurs des deux malades a été examinée et ne contenait pas d'albumine.

Si l'on se remémore les nombreux travaux qui semblent avoir nettement démontré par la clinique, l'anatomie pathologique, l'expérimentation, l'effet des affections rénales de la mère sur le rein du fœtus, hérédité similaire que MM. Castaigne et Rathery expliquent par le passage, dans le sang maternel et fœtal de néphrotoxines, on ne peut s'empêcher de penser qu'une affection rénale maternelle, une néphrite aiguë ou subaiguë légère, au cours de la gestation, est peut-être souvent la cause première de cette mystérieuse affection.

(1) Hutinel. Néphrites chez les syphilitiques héréditaires, *Paris méd.*, 25 janv. 1919, p. 65.
(2) Hutinel. *Traité des maladies de l'enfance.*
(3) Léonard Parsons. *British. méd. Journ.*, 1911, t. II, p. 481.

(1) Babès. La néphrite hypogénétique, *Semaine méd.*, 8 fév. 1905.
(2) Luzet. *Arch. gén. de méd.*, 1890 (cité par Poillot).

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

ÉTUDE CLINIQUE DE L'ÉCLAMPSIE

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

L'étude clinique moderne de l'éclampsie a bien mis en évidence ce fait d'importance capitale, à savoir que la crise convulsive ne constitue pas à elle seule la maladie obstétricale désignée par ce nom; elle n'est en quelque sorte que le terme ultime de cette affection, l'analogue de ce qu'est l'urémie à la néphrite chronique, l'asystolie aux affections cardiaques. C'est dire que la crise convulsive n'éclate brusquement qu'en apparence, elle est précédée d'un état morbide qui existe on peut dire toujours, mais dont les manifestations passent souvent inaperçues. Cet état morbide prémonitoire constitue la période prééclamptique de la plupart des auteurs, ou la période d'éclampsisme de Bar.

Etudions donc d'abord soigneusement cette période de prodromes dont tous les signes, évidemment moins bruyants que la crise, demandent à être soigneusement recherchés et par conséquent bien connus.

a. Le plus anciennement observé est certainement l'*albuminurie* dont les rapports avec l'éclampsie ont été signalés pour la première fois par Rayer et Lever, confirmés par Tarnier et admis par l'unanimité des auteurs; mais les recherches modernes ont montré que l'albuminurie constante, au cours et à la suite des accès éclamptiques, pouvait parfaitement manquer dans les jours et même les heures qui précèdent l'attaque; notion très importante, car elle vous montre que l'étude de la période prémonitoire de l'éclampsie ne doit pas se borner uniquement, comme on le croit trop souvent, à une simple analyse d'urines, et que vous devez savoir rechercher tous les autres symptômes dont l'importance n'est pas moindre.

b. Un symptôme qui accompagne souvent l'albuminurie, mais qui attire plus facilement l'attention de la malade ou du médecin, est constitué par les *œdèmes* : œdèmes des paupières, des mains et des membres inférieurs; œdèmes tantôt énormes, tantôt discrets, mis en évidence seulement au niveau des chevilles, ou d'une bague que la malade voit devenir trop étroite pour son doigt.

c. La *céphalalgie* est aussi un symptôme auquel vous ne sauriez attacher trop d'importance, car il est facile à reconnaître et à peu près constant; une céphalée frontale, tenace, intense indique, ou de la syphilis ou une intoxication gravidique voisine de l'éclampsie.

Parfois l'intoxication est telle qu'elle donne non seulement des maux de tête, mais des *troubles intellectuels* plus ou moins marqués, tout au moins de la paresse de l'intelligence et une perte assez caractéristique de la mémoire.

d. Les *troubles visuels* indiquent aussi une intoxication déjà avancée; c'est pourquoi on les observe surtout dans la période qui précède assez immédiatement l'attaque d'éclampsie; ils peuvent, du reste, présenter des degrés variés : les malades se plaignent d'abord de voir moins bien, comme à travers un brouillard, les objets dont les contours leur apparaissent peu nets; puis elles voient passer dans leur champ visuel, soit des flammèches, soit des taches noires sous forme de mouches; parfois, l'intoxication se traduit par une cécité complète, brusque ou progressive.

e. Les *troubles digestifs*, se traduisant par des vomissements survenant sans cause nette et attribués néanmoins par la malade et son entourage à une indigestion, ne doivent pas vous induire en erreur; ils s'accompagnent de douleurs épigastriques assez caractéristiques constituant ce que l'on a appelé la barre épigastrique de Chaussier et indiquent habituellement l'imminence d'une crise.

f. Enfin, il est un signe qu'il faut s'habituer à rechercher chez toute femme enceinte, soit avec les instruments spéciaux, soit, à défaut, par l'appréciation digitale, c'est l'*état de la tension artérielle.* Dans l'éclampsie, il y a toujours de l'hypertension. Celle-ci se traduit, du reste, souvent par des symptômes cliniques qui doivent éveiller votre attention, ce sont des fourmillements dans les membres, des crampes et surtout des hémorragies, le plus souvent sous forme d'épistaxis importantes et répétées.

La période d'éclampsisme ou prodromique avec les petits signes que nous venons de signaler et dont certains rappellent les petits signes du brightisme est parfois très courte; dans d'autres cas, elle se prolonge plus ou moins longtemps jusqu'au moment où, soit sans cause apparente, soit plus habituellement à la suite d'une cause occasionnelle variable (écart de régime, absorption de mets toxiques, refroidissement, émotion, début du travail, manœuvre obstétricale), l'équilibre instable dans lequel se trouve l'organisme est rompu et l'accès éclamptique éclate.

L'attaque d'éclampsie « a un aspect caractéristique, effrayant que l'on n'oublie guère dès que l'on a assisté une seule fois à une de ces crises violentes où une malheureuse se tord tout entière dans d'horribles convulsions, avec la face bleuâtre, la langue hors de la bouche, une salive écumeuse et sanglante entre les lèvres ».

Schématiquement, on peut décrire dans cette crise quatre périodes successives :

a. *Période d'invasion.* — Rarement, mais pourtant dans quelques cas, la crise débute par une aura : un cri, un mouvement, une sensation subjective. Plus habituellement, la malade ne sent pas venir la crise, elle éprouve un éblouissement subit et tombe en proie à la crise convulsive. Les convulsions, dit Tarnier, débutent toujours par la face : vous observez des contractions rapides de tous les muscles de la face, un clignement rapide des paupières, une déviation des globes oculaires, une projection de la langue en avant : d'un mot, on peut décrire cet état en disant que la malade présente brusquement un facies grimaçant. Ces mouvements constatés sur la face ne tardent pas à envahir les membres supérieurs, mais laissent en général les membres inférieurs indemnes. Cette période d'invasion est très brève, vous ne la constaterez que si vous vous trouvez auprès de la malade au moment où éclate l'accès.

b. *Période des convulsions toniques ou de contractures.* — A peine avez-vous eu le temps d'analyser les phénomènes précédents que vous verrez la scène changer brusquement. La face jusque-là grimaçante devient immobile, comme figée dans son expression; les globes oculaires restent fixés en haut, les mâchoires se rapprochent énergiquement sous l'action de la contracture des masséters et mordent

l'extrémité de la langue projetée entre les arcades. Les membres et le tronc sont contracturés et immobiles ; la respiration est suspendue; la face auparavant livide a pris une teinte vultueuse, congestionnée, le cou se tuméfie, les jugulaires se gonflent; vous avez la sensation d'une asphyxie prochaine et rapide. Celle-ci peut se produire, mais c'est exceptionnel. Le plus souvent, au bout de quelques secondes qui paraissent bien longues aux assistants, la scène change encore brusquement ; à cette période tonique, angoissante, pénible, où la mort paraît imminente, succède rapidement la période clonique.

c. *Période des convulsions cloniques.* — Une inspiration profonde et bruyante suivie d'une expiration qui rejette une écume sanguinolente, marque le début de cette période. Vous voyez alors tous les muscles, précédemment contracturés, se détendre brusquement pour se contracter de nouveau, presque immédiatement après. Cette alternance rapide de contraction et de relâchement des muscles se traduit par une série de secousses plus ou moins rapprochées et de mouvements désordonnés. La face redevient grimaçante, les globes oculaires roulent dans les orbites, les muscles des paupières, ceux des joues et des lèvres se contractent et se relâchent alternativement, la bouche est tirée dans divers sens, les membres, surtout les supérieurs, s'agitent fortement, les mouvements du tronc peuvent projeter la malade hors du lit.

Cette période toujours plus longue que la précédente peut durer plusieurs minutes, puis les secousses deviennent de moins en moins grandes et vers la fin, on voit trois ou quatre convulsions bien nettes et bien séparées, annoncer la fin de l'accès et l'épilogue de la crise : la période de coma.

d. *Période de coma.* — A la suite d'une inspiration plus énergique que les précédentes, la respiration, jusque-là saccadée et bruyante, devient régulière, la détente des muscles se fait progressivement et bientôt la résolution musculaire est complète ; la peau se couvre de sueur, les yeux se ferment, le trismus cesse, les narines se dilatent, mais la connaissance qui a été complètement abolie pendant les convulsions, reste encore absente, la malade tombe dans un état de somnolence et d'insensibilité qui tranche avec l'agitation des périodes précédentes.

Cet état persiste un temps très variable ; il peut se prolonger pendant plusieurs jours, le plus souvent, dans ce cas, entrecoupé par de nouvelles crises qui surviennent sans que la malade ait repris connaissance.

D'autres fois, au bout de quelques heures, la malade sort peu à peu de ce coma ; elle fait d'abord quelques mouvements spontanés, se retourne dans son lit, puis retombe dans son assoupissement. Puis, de nouveau, la situation s'améliore, l'intelligence renaît, la malade commence à répondre aux questions posées avec insistance, la sensibilité se rétablit, mais l'obtusion de l'intelligence et surtout la perte de la mémoire se prolongent pendant longtemps. Toutes les malades ont perdu le souvenir de ce qui s'est passé pendant la crise et dans la période qui l'a précédée : elles s'étonnent, par exemple, d'être délivrées, d'avoir été transportées dans un hôpital. Ces troubles s'atténuent lentement, mais il n'est pas rare de voir des malades conserver de véritables lacunes dans leurs souvenirs.

La crise d'éclampsie peut être unique; le plus souvent, cependant, la première crise ne tarde pas à être suivie d'une seconde absolument semblable, puis d'autres plus ou moins rapprochées : le nombre en est très variable; elles présentent tantôt une intensité croissante, tantôt une amélioration progressive, surtout sous l'influence du traitement.

Il existe des formes foudroyantes dans lesquelles la mort survient une ou deux heures après le début du premier accès ; des formes larvées où la crise ne se manifeste que par quelques contractions des muscles de la face et des membres supérieurs, suivies d'un peu d'hébétude ; des formes à marche régulièrement progressive ; des formes avec accalmies passagères suivies de rechute mortelle ; il est cependant classique de dire que, lorsque les crises ont disparu pendant vingt-quatre heures, elles récidivent rarement.

L'amélioration et l'évolution vers la guérison sont annoncées :

1° Par la diminution d'intensité et de fréquence des accès; l'intervalle qui les sépare devient plus grand, le coma moins profond.

2° Par l'augmentation de la quantité des urines et la diminution de l'albumine qu'elles renferment à dose massive, en général, au cours de l'accès.

3° Par le retour de la température à l'état normal, si les accès s'accompagnaient de fièvre.

4° Par l'abaisssement de la tension artérielle.

Enfin, n'oubliez pas que l'évacuation de l'utérus, ou souvent même, seulement, la mort du fœtus in utero amènent une améloration du pronostic.

Par contre, la mort est à craindre, particulièrement dans les cas où les crises se succèdent rapidement de façon subintrante, dans ceux où l'intervalle des crises proprement dites s'accompagne d'un coma profond, d'une respiration stertoreuse avec cyanose intense, élévation de la température centrale, oligurie très marquée et parfois anurie.

L'apparition d'un ictère plus ou moins marqué, de taches pétéchiales de la peau ; l'existence d'une hypertension très marquée sont des signes du plus fâcheux augure.

La mort survient, généralement, au milieu du coma par suite des progrès de l'intoxication, rarement par asphyxie au cours d'un accès, souvent par suite d'une complication grave, telle qu'une hémorragie cérébrale ou méningée, une crise d'œdème aigu du poumon.

Même dans les cas favorables, la guérison peut ne pas être complète ; si le passage de l'albuminurie à la chronicité est tout à fait exceptionnel, il n'en n'est pas de même des troubles intellectuels et des troubles visuels qui peuvent très bien persister plus ou moins longtemps, bien qu'en général ils finissent par guérir.

En résumé, ce qu'il faut surtout retenir de cette étude clinique, c'est que l'éclampsie ne doit plus être considérée comme le syndrome caractérisé, suivant la définition de Cazeaux, « par des accès convulsifs atteignant presque tous les muscles de la vie de relation et souvent aussi ceux de la vie organique », mais bien plutôt comme une intoxication dont les accès sont la manifestation la plus intense, mais non la seule qui mérite de retenir l'attention du clinicien ; celui-ci doit au contraire s'efforcer d'en dépister tous les autres signes, afin de pouvoir mettre en œuvre tous les moyens thérapeutiques préventifs de la crise proprement dite, toujours dangereuse pour la mère et le fœtus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DES 6 ET 20 MAI 1921)

Greffe osseuse du radius. — M. LE FUR présente un malade auquel il a pratiqué, il y a deux ans, une greffe osseuse pour perte de substance volumineuse du radius (8 centimètres). Deux ans après, la radiographie montre que le greffon est parfaitement bien supporté, et n'a subi aucun degré de résorption ; il s'est, au contraire, fortifié et il reproduit à ce point le segment manquant du radius en ce qui concerne son volume, sa forme et son imperméabilité aux rayons X, qu'on pourrait croire, à un examen superficiel, qu'il s'agit dans ce cas d'une simple fracture du radius.

Colpectomie totale. — M. Robert LOEWY fait un rapport sur un cas de colpectomie totale dans un cas de prolapsus génital présenté par le Dr Delivet M. Delivet fit l'hystérectomie totale au préalable.

Dans les cas de prolapsus avec col déchiré, hypertrophié, allongé, étirable et corps utérin gros, Loewy préconise avec Bouilly : 1° l'amputation élevée du col utérin hypertrophié et allongé ; 2° la suppression de l'excédent d'étoffe par la résection plus ou moins étendue des parois vaginales ; 3° la colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorraphie.

En présence d'un utérus petit, atrophié, le premier temps de la cure doit être l'hystérectomie ; le deuxième consiste dans la réfection des parois vaginales que l'on pratiquera, soit dans la même séance, soit dans une séance ultérieure, lorsque le malade est dans un état de déchéance organique trop avancé.

Régénérescence périostique d'une première phalange du pouce enlevée pour nécrose. — M. Alphonse HUGUIER. A la suite d'une piqûre septique survenue alors qu'il incisait un panaris, M. le Dr P. M. fait une arthrite suppurée interphalangienne et une nécrose aiguë de la première phalange du pouce gauche. M. A. Huguier enlève la totalité de l'os séquestré vingt-huit jours après l'accident et le remplace par une pièce de prothèse provisoire en or, qui empêche le rapprochement du métacarpien de la deuxième phalange. Un os périostique nouveau ne tarde pas à se former qui reproduit la phalange enlevée. L'appareil prothétique a été enlevé le dix-huitième jour.

Actuellement, le pouce est raccourci de 1 centimètre et demi, l'articulation métacarpo-phalangienne est ankylosée, tandis que l'interphalangienne a conservé une certaine mobilité. Le fonctionnement du pouce est parfait, il peut être opposé aux quatre derniers doigts. M. le Dr M... a repris sa profession de chirurgien. Il opère et il joue du piano aussi facilement qu'autrefois.

La curiethérapie est-elle une méthode thérapeutique dangereuse ? — M. RUBENS-DUVAL. Quand la radiumthérapie (ou curiethérapie) était à ses débuts, son efficacité était contestée et, pour cette raison, on posait en principe que tout cancer opérable était uniquement du ressort de la chirurgie. Ainsi employée dans les cas les plus mauvais abandonnés des chirurgiens, elle se montra d'une efficacité telle que des cancers inopérables disparurent complètement et que des guérisons furent obtenues.

Il est maintenant établi que la curiethérapie est le traitement de choix des cancers inopérables. Ne le serait-elle pas aussi des cas moins avancés, opérables ? Non, disent les chirurgiens, à cause des dangers que comporte l'emploi du radium.

En ce qui concerne les métastases, il n'est pas prouvé que la curiethérapie y expose plus que la chirurgie.

On sait aujourd'hui que les brûlures graves qui ont été observées à la suite d'applications de radium résultent de l'emploi de filtrations insuffisantes. Ces fautes de technique étaient inévitables, alors que la curiethérapie était à ses débuts et les effets du rayonnement du radium mal connus. Actuellement les connaissances acquises et les perfectionnements de l'outillage radiumthérapique permettent de les éviter.

Parmi les accidents généraux graves qui ont été attribués à la radiumthérapie, les uns ne lui sont pas imputables (par exemple, les accidents infectieux), les autres sont dus à ce qu'elle a été employée dans des cas où elle était contre-indiquée du fait de la trop grande étendue des lésions ou du mauvais état général des malades.

On peut affirmer que la curiethérapie n'est pas dangereuse, lorsqu'elle est pratiquée par des personnes compétentes.

Cure radicale d'une énorme hernie inguino-scrotale du côlon transverse et du grand épiploon, étranglée, compliquée d'une double hydrocèle vaginale. — M. DARTIGUES. Homme de 41 ans ayant sa hernie depuis vingt et un ans et n'ayant jamais porté de bandage. Phénomènes d'étranglement. Dartigues diagnostique en plus une hydrocèle gauche.

A l'opération on trouve dans cette énorme tumeur scrotale qui avait le volume d'une forte tête d'adulte, à droite une hernie inguino-scrotale étranglée de presque tout le côlon transverse et le grand épiploon, une hydrocèle droite non diagnostiquée par l'auteur. Cure radicale de la hernie inguino-scrotale, des deux hydrocèles vaginales, et résection d'un considérable lambeau semi lunaire scrotal pour réduire la masse des bourses. La verge, qui était inapparente, incluse qu'elle était dans la masse scrotale, a pu être dégagée, et le malade peut avoir des rapports sexuels normaux qu'il n'avait plus depuis de longues années.

Luxation de l'épaule compliquée de fracture de la grosse tubérosité. — M. DUPUY DE FRENELLE insiste sur la nécessité de radiographier tous les traumatismes de l'épaule qui occasionnent une impotence marquée dans les jours qui suivent l'accident. La méconnaissance d'une luxation de l'épaule compliquée de fracture entraîne une impotence douloureuse grave qui nécessite une opération dont l'auteur précise la technique.

Pour aborder la tête luxée, l'auteur préconise l'incision le long du sillon delto-pectoral recourbée en dehors et en dedans, à un travers de doigt au-dessous de la clavicule suivant les nécessités du cas particulier.

La section du tendon coraco-biceps au-dessus de la pénétration du musculo-cutané facilite l'opération.

Pour luxer la tête hors de la plaie, il faut tout d'abord désinsérer au ciseau et au maillet la lamelle sur laquelle s'insèrent le sus-épineux et le sous-épineux.

La tête une fois sortie, il faut reséquer très largement le cal exubérant qui s'est développé entre la partie arrachée de la grosse tubérosité et l'humérus. Puis reconstituer la brèche capsulaire avec des tendons de renne. Cette reconstitution permet une rapide mobilisation.

Cette opération permet d'obtenir les meilleurs résultats dans les plus mauvais cas.

Un cas d'épithélioma baso-cellulaire de la peau de la face. — M. BURTY. Il s'agit d'une jeune femme d'une trentaine d'années porteur d'un épithélioma baso-cellulaire, métatypique de la peau à forme relativement maligne. La tumeur du volume d'une grosse cerise s'était développée rapidement en quatre mois sous la paupière droite.

Après exérèse chirurgicale le 10 août 1920, et guérison momentanée, la récidive se produisit en fin janvier 1921. A ce moment, en son absence, la malade fut traitée par la thermoradiothérapie. Actuellement l'état local est bon, peu souple, indolore sain, et les petits ganglions tributaires ont également disparu.

M. DARTIGUES présente un gros fibrome sous-péritonéal pédiculé inséré sur le fond et à droite de l'utérus et était fixé par un pédicule très vascularisé à la paroi abdominale.

M. Robert LOEWY montre un de ses cas opérés de prolapsus rectal en 1913. Bon résultat.

Présentation de deux corps étrangers extraits par la broncho-œsophagoscopie. — M. GUISEZ : 1° Fragments de verre extraits de l'œsophage (provenant d'une ampoule électrique, lampe d'éclairage), qu'une jeune fille avait avalés dans un but de suicide ;

2° Sifflet enlevé de la deuxième ramification bronchique gauche par bronchoscopie supérieure chez un enfant de six ans.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DÉCRET DU 4 MAI 1921 RENDU PAR APPLICATION DE L'ARTICLE 12 DE LA LOI DU 25 OCTOBRE 1919 RELATIVE AUX MALADIES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Dans un précédent article (1), nous avons fait connaître d'une part que, le 25 octobre 1919, était intervenue une loi étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail; et d'autre part que l'article 12 *rendait obligatoire* pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en pouvait reconnaître l'existence, la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret, après avis de la Commission supérieure des maladies professionnelles.

Ce décret vient de paraître ; il porte la date du 4 mai 1921. En voici la teneur :

« ARTICLE PREMIER. — Les cas de maladie d'origine professionnelle que les docteurs en médecine ou officiers de santé doivent déclarer aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, sont les suivants :

a. Tous les cas d'intoxication saturnine d'origine professionnelle et notamment :

1° Les coliques de plomb ;
2° Le rhumatisme saturnin ;
3° Les anémies saturnines ;
4° Les paralysies saturnines ;
5° L'encéphalopathie saturnine ;
6° La néphrite saturnine ;
7° La goutte saturnine ;
8° L'amaurose saturnine ;
9° L'artériosclérose saturnine :
10° Les cirrhoses du foie saturnines ;
11° Les tremblements saturnins ;
12° La cachexie saturnine.

b. Tous les cas d'intoxication mercurielle d'origine professionnelle et notamment :

1° La stomatite mercurielle ;
2° Les tremblements mercuriels ;
3° Les troubles nutritifs mercuriels ;
4° La cachexie mercurielle ;
5° Les paralysies mercurielles.

ART. 2. — Le ministre du travail est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel de la République française.* »

Cette publication a eu lieu au *Journal officiel* des 6 et 7 mai 1921.

Application de la loi en ce qui concerne les médecins et officiers de santé. — L'article 13 de la loi du 25 octobre 1919 prescrit que les dispositions de celle-ci ne doivent entrer en vigueur que 15 mois après sa promulgation. Mais il ajoute que les dispositions de l'article 12 sont applicables *un mois après la promulgation du décret*; par conséquent, à partir du 7 juin 1921, le médecin ou l'officier de santé qui pourrait connaître l'existence de l'une des maladies énumérées dans le décret, doit en faire la déclaration.

Cette déclaration est adressée au ministre du Travail, par l'intermédiaire de l'inspecteur du travail et de l'ingénieur ordinaire des mines; elle indique la nature de la maladie et la profession du malade. Elle est faite à l'aide de cartes-lettres détachées d'un carnet à souche, circulant en franchise et gratuitement mises à la disposition des médecins (art. 12, loi du 25 octobre 1919).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 29, p. 459.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies de l'intestin et leur traitement en clientèle (1), par L. PRON. Bibliothèque des praticiens : *Comment guérir ?*, publiée sous la direction de Ch. FIESSINGER.

Le Dr Pron, dont le nom fait autorité auprès des praticiens, en ce qui touche aux affections du tube digestif, offre aujourd'hui à ses confrères un ouvrage où toute la pathologie et la thérapeutique des maladies de l'intestin est exposée de main de maître.

Après quelques chapitres consacrés aux méthodes d'examen, les inflammations et les infections; les troubles statiques et mécaniques (où l'auteur présente des considérations personnelles sur l'hypotension et les ptoses abdominales); les ulcérations et les ulcères ; les modifications de calibre, dilatation et rétrécissement; les troubles circulatoires; puis les parasites sont passés en revue et soigneusement étudiés. L'ouvrage se termine par deux chapitres synthétiques : « Les grands symptômes » : constipation, diarrhée, douleur, hémorragies, flatulence, et « les grandes médications » : ferments lactiques et dérivés du lait, lavements et lavages, régime et médication tonique, eaux minérales. La dernière partie : « Formulaire thérapeutique » sera particulièrement appréciée des lecteurs.

Cet ouvrage se présente comme un complément des *Maladies de l'estomac en clientèle* du même auteur, qui a eu trois éditions, et dont 11.000 exemplaires ont vu le jour en deux ans.

On y retrouve le même plan, la même tendance clinique et pratique, la même clarté. Aussi, n'est-ce pas trop s'avancer que de lui prédire un égal succès. L. G.

Du Scepticisme en médecine. Essai sur la méthode (2), par le Dr Jean FÉLIX.

Ouvrage très attachant et qui pose, d'une façon originale, la question du scepticisme médical. Dans un style serré et lucide, l'auteur établit, en les illustrant d'exemples familiers à tous les médecins, les raisons de leur scepticisme naturel qui doit devenir pour lui un scepticisme critique, base de la méthode. Il donne même cinq règles d'application pratique et qui paraissent assez générales pour tout comprendre.

Quoique M. Félix s'appuie sur ce qu'il appelle le scepticisme naturel du médecin, ses idées susciteront des objections, qu'il souhaite d'ailleurs. Elles abordent des questions précises et bien actuelles comme la réforme de l'enseignement anatomique ; la réduction de la littérature médicale, les applications propédeutiques. Les philosophes trouveront là une notion nouvelle et que seul un médecin, semble-t-il, pouvait leur fournir. Les médecins y reconnaîtront, heureusement analysés, la plupart des procédés habituels de leur esprit. A signaler, parmi les plus intéressantes, la fine psychologie du doute médical. L. G.

COURS D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT, du 1er au 8 août 1921, à l'Institut orthopédique de Berck-Plage (11e année). — En 7 jours, de 9 h. du matin à 7 h. du soir : Enseignement de l'*orthopédie* indispensable aux médecins et du traitement des *tuberculoses externes* (adénites, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, pied bot, paralysie infantile, scoliose, etc.). Traitement pratique des *fractures*, etc.

Exercices pratiques individuels. — Pour médecins et étudiants français et étrangers. Explications en espagnol et en anglais.

Droit d'inscription : 150 fr.

Ecrire au Dr Foucher à l'Institut Calot à Berck-Plage, ou à la clinique Calot, 67, quai d'Orsay, Paris.

(1) In-8, 1921, 36 figures. — Prix : 28 fr. — Paris, A. Maloine et fils.
(2) Prix : 4 fr. — Toulouse, E.-H. Guitard, rue Ozenne, 7; Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE[1]

2° IL Y A UNE TUMÉFACTION DANS UNE DES RÉGIONS LOMBAIRES. — Le diagnostic se pose d'une façon différente suivant que la tuméfaction se développe surtout en arrière, en haut, en bas, en avant.

a. évolution postérieure dans la région lombaire. — On pensera à :

— les *abcès superficiels* de la région sont irréductibles; il n'y a pas de signes d'infiltration profonde de la paroi. Les signes généraux sont moins graves.

— la *hernie lombaire étranglée*, très rare. Il n'y a pas de signes généraux.

— les *abcès froids* : les signes généraux manquent. L'évolution est très lente. Il n'y a pas de douleurs vives; la fluctuation est franche, sans empâtement très marqué. On recherchera l'origine osseuse à distance de cette collection.

— les *tumeurs du rein* sont : soit d'ordre infectieux (pyélonéphrite, tuberculose, pyonéphrose), soit d'ordre non infectieux (cancer, kyste, hydronéphrose). C'est surtout une tumeur abdominale, tandis que le phlegmon périnéphrétique est une tuméfaction surtout lombaire. La tumeur rénale est arrondie, bien limitée, mobile, présentant du ballottement, tandis que le phlegmon est mal limité, à contours indécis, pâteux, immobile avec la paroi. Mais le diagnostic est souvent d'autant plus difficile que toutes ces affections peuvent s'accompagner de phlegmons périrénaux et souvent de périnéphrite scléro-lipomateuse.

— enfin le diagnostic doit être discuté avec les *périnéphrites tuberculeuses*, qui, d'après Tuffier, doivent être distinguées des phlegmons périnéphrétiques proprement dits. L'examen des urines, la recherche des autres tuberculoses génitale, urinaire, pleuro-pulmonaire font faire le diagnostic.

b. la *tumeur a évolué vers le thorax* : le diagnostic se pose alors avec :

— l'appendicite à type remontant (Dieulafoy).

— l'abcès sous-phrénique (forme sous-péritonéale).

— la pleurésie purulente diaphragmatique : absence de déviation du cœur, la respiration n'est pas abolie complètement, la radioscopie seule peut montrer d'une façon absolue le siège sus ou sous-diaphragmatique de la collection purulente.

— les tumeurs du foie, de la vésicule biliaire, cholécystites chroniques ou aiguës, abcès de la face postérieure du foie.

c. la *tumeur a une évolution antérieure* : elle est rare. Le diagnostic se pose avec :

— une tumeur de l'intestin (cancer colique).

— une tumeur de la rate.

— une appendicite rétrocæcale.

— une hydronéphrose.

— un kyste du rein.

d. la *tumeur évolue en bas.* — Le diagnostic est à discuter avec :

— les abcès péricæcum : les accidents gastro-intestinaux, et les signes de péritonite ont précédé l'apparition de l'abcès.

— la psoïtis : douleur très vive, position du membre inférieur en flexion, abduction et rotation externe.

— abcès par congestion : pas de signes généraux, fluctuation molle et franche, indolence, rechercher les points douloureux osseux à distance.

— abcès d'origine appendiculaire.

— abcès sous-péritonéaux : masses ganglionnaires de la fosse iliaque et abcès d'origine osseuse (os iliaque).

e. dans le *triangle de scarpa* : — hernie étranglée.

— psoïtis.

— abcès par congestion.

f. dans le *petit bassin* : toutes les suppurations pelviennes d'origine génitale ou périrectale.

g. à *la fesse* : — sacro-coxalgie.

— abcès chauds fessiers.

— abcès par congestion.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 39, p. 623; n° 41, p. 655, et n° 43, p. 687.

III. **Diagnostic de la variété.** — 1° PHLEGMON SUS-RÉNAL. Il se caractérise par un ensemble de symptômes : frottements pleuraux, faible épanchement de la base, dyspnée toujours nette, parfois syndrome phrénique ébauché, matité sous-costale, ictère si le phlegmon est à droite, vomissements persistants, toux fréquente, tendance à l'évolution thoracique, pleuro-pulmonaire.

2° PHLEGMON SOUS-RÉNAL : dans ce cas, la psoïtis n'est pas rare, avec flexion de la cuisse; œdème et douleur dans les membres inférieurs, douleur et anesthésie de la région interne du membre correspondant, du scrotum, de la valve; tendance, dans l'évolution, à se diriger vers la fosse iliaque.

3° PHLEGMON RÉTRO-RÉNAL. — Il fait saillie franchement en arrière, douleur et anesthésie de la région pubio-scrotale et vulvaire.

IV. **Diagnostic des complications.** — Ce diagnostic se pose par l'apparition de leurs symptômes particuliers.

Dans certains cas, le diagnostic rétrospectif est à discuter en présence d'une fistule lombaire, abdominale, broncho-pulmonaire. S'agit-il d'un abcès sous-phrénique ou d'une pleurésie purulente, d'un abcès froid costal ou d'un abcès pottique.

V. Enfin **diagnostic de la cause.** — Rechercher s'il s'agit d'une affection locale du rein (lithiase, blennorragie, traumatisme, etc.) ou d'une affection de voisinage (foie, appendice, colon) ou d'une affection générale (septicémies, furonculose, anthrax, fièvres éruptives, etc.).

TRAITEMENT. — On doit poser comme principe absolu qu'il n'existe pas de traitement médical. Dès que le diagnostic de phlegmon périnéphrétique est posé, on doit s'adresser au chirurgien.

Le traitement curatif est donc uniquement d'ordre chirurgical : sans s'attarder aux ponctions évacuatrices ou exploratrices, on doit aller d'emblée à l'incision précoce et large de la région lombaire : Duplay, le Dentu, recommandent l'incision transversale; Guyon, Tuffier, préconisent l'incision longitudinale. On terminera par un drainage soigné. La guérison est rapide s'il n'y a pas de lésion rénale concomitante. Avant l'opération et au cours de l'opération, on devra s'assurer de l'état du rein sous-jacent : suivant les cas, on pourra avoir recours à une néphrotomie ou à une néphrectomie ultérieure s'il y a lieu.

Si la fistule persiste, on pratiquera des lavages à l'eau oxygénée, des courants d'oxygène seront insufflés dans le trajet de la fistule, l'héliothérapie pourra aussi rendre des services.

Enfin si l'abcès s'est ouvert spontanément, on doit toujours agrandir l'orifice afin de faciliter l'évacuation large du pus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Technique oto-rhino-laryngologique, par le Dr ESCAT. 3e édition. 1 vol., 776 p., 488 figures. Prix : 30 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Chirurgie de l'œil et de ses annexes, par le Dr F. TERRIEN. 2e édit. 1 vol., 620 pages. — Paris, Masson et Cie.

Diagnostic clinique de la syphilis, par Gilbert PIGNET. 1 vol. 266 p. — Paris. Maison française d'art et d'édition, 37, rue Falguière.

Lehrbuch d. Nervenkrankheiten, par BING. 2 vol. Prix : broché, 100 m.; relié, 130 m. — Berlin und Wien, Urban et Schwarzenberg.

Neurologische Diagnostik, par SINGER. Prix : broché, 45 m.; relié, 68 m. — Berlin und Wien, Urban et Schwarzenberg.

Leitfaden der neurologischen Diagnostik, von Dr Kurt SINGER. 1 vol., 201 p. — Berlin und Wien, Urban et Schwarzenberg.

Le Tubercule de Carabelli, par le Dr H. LEFÈBVRE. Th. de Paris. — Paris, Jouve, 15, rue Racine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 5 juin. — MM. Cain, 18; Nathan, 19, 54; Milhit, 19, 63; Bloch (Marcel), 19; François (A.), 18.

Séance du 6 juin. — MM. Feuillie, 18; Chabrol, 17; Flandin, 19, 45; Jacquet, 19; Chevallier, 18.

— COMMISSION DE CLASSEMENT DES CANDIDATS A L'EMPLOI D'ASSISTANT D'ÉLECTRORADIOLOGIE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Cette Commission, qui se réunira le lundi 13 juin 1921, à 16 h. 30, à l'administration centrale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (salle du Conseil de surveillance), est composée de MM. Calmels, conseiller municipal, représentant du Conseil de surveillance; les Drs Sergent, représentant de la Société médicale des hôpitaux au Conseil de surveillance; Potocki, représentant de la Société des accoucheurs des hôpitaux au Conseil de surveillance; Lenormant, représentant de la Société des chirurgiens des hôpitaux au Conseil de surveillance; Delherm, chef du laboratoire d'électroradiologie de la Pitié; Aubourg, chef du laboratoire d'électroradiologie de Boucicaut; Maingot, chef du laboratoire d'électroradiologie de Laënnec; M. André Mesureur, sous-directeur de l'administration chargé du service du personnel et du Cabinet.

Liste des candidats autorisés à exposer leurs titres devant la Commission. — MM. Jean, Gibert, Léon-Kindberg, Bisson, Quivy, Dechy, Gally, Truchot, Colombier, Spilliaert, Tribout, Blot, Charpy, David, Delapchier, Kahn, Cassan, Joulin, Boileau, Nahan, Chaufour, Colanéri, Dimier, Roger, Lagarenne, Coliez, Moutard, Dercoust, Dogny, Le Cocq, Le Goff, Auclair, Torchausse, Portret.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 6 juin. — M. Maffie, 12 + 7 = 19; Mme Godet, 14 + 7 = 21; M. Savatier, 13 + 7 = 20.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 heures du matin :

1° Le lundi 27 juin 1921, pour les clinicats suivants : I. Clinicat médical : titul., 3; adj., 2; II. Clinicat chirurgical : titul., 1; adj., 3; attachés médicaux, 1; III. Clinicat oto-rhino-laryngologique : adj., 1; IV. Clinicat des maladies nerveuses : titul., 1; V. Clinicat ophtalmologique : adj., 2; VI. Clinicat gynécologique : titul., 1; adj., 1; VII. Clinicat des maladies mentales : titul., 2; adj., 2; VIII. Clinicat thérapeutique médicale : adj. 1; IX. Clinicat thérapeutique chirurgicale : titul., 1; attachés médicaux : 1;

2° Le mercredi 29 juin 1921, pour les clinicats ci-dessous : I. Clinicat médical infantile : titul., 1; adj., 1; II. Clinicat de la première enfance : titul., 1; adj., 2; III. Clinicat des maladies contagieuses : adj., 1.

Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, bureau de l'Administration, jusqu'au samedi 18 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à 3 heures.)

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. — Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— MM. Bar, professeur de clinique obstétricale, et Marie, professeur de clinique des maladies du système nerveux, sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1921-1922.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 7 juin 1921, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 8 juin 1921.)

— M. Picqué, agrégé, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1920-1921, d'un cours d'anatomie (chaire vacante).

— MONTPELLIER. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1920-1921, des enseignements ci-après désignés :

MM. Riche, cours complémentaire d'anatomie; Margarot, conférence de pathologie interne.

— TOULOUSE. — M. Pujol, docteur en médecine, préparateur, est nommé, du 1er avril au 31 octobre 1921, chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Dalous, appelé à d'autres fonctions.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — ARRÊTÉ INTERMINISTÉRIEL POUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE 7 DU DÉCRET DU 9 MARS 1921 RELATIF AUX TARIFS DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES A LIVRER AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'ARTICLE 64 DE LA LOI DU 31 MARS 1919 (28 mai 1921). — Aux termes du paragraphe 5 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par l'article 54 de la loi de finances du 31 décembre 1920, le tarif des soins médicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 doit être établi par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Ce décret est intervenu le 9 mars 1921. L'article 7 dudit décret est ainsi conçu :

« Le tarif des produits pharmaceutiques à livrer au bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sera établi par arrêté concerté entre le ministre des Pensions et le ministre des Finances, après avis d'une commission spéciale de cinq membres comprenant au moins un médecin et un pharmacien.

« Ce tarif comportera le prix des examens bactériologiques, analyses et réactions ordonnés par les médecins et pour lesquels on ne pourrait recourir aux laboratoires publics. »

La commission prévue ci-dessus a été instituée par arrêté du 22 mars 1921. Conformément à son avis, le tarif des produits pharmaceutiques à livrer aux bénéficiaires de l'article 64 est fixé comme suit :

ARTICLE PREMIER. — Pour la blessure ou la maladie ayant motivé l'inscription sur les listes spéciales de soins gratuits, les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit à tous les produits pharmaceutiques énumérés dans la nomenclature de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France sous les réserves indiquées ci-après :

CHAPITRE III. — *Accessoires de pharmacie et bandages.*

CHAPITRE V. — *Lunetterie et yeux artificiels.*

Seront fournis par les pharmaciens les objets suivants, qui figurent au chapitre III : petites attelles, leucoplastes, suspensoirs, pinceaux pour teinture d'iode, compte-gouttes, seringues en verre pour injections, œillères.

Les autres objets du chapitre III et du chapitre V, auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires de l'article 64 seront fournis par les centres d'appareillage.

CHAPITRE VI. — *Récipients divers.*

Seul le premier récipient sera payé au pharmacien.

ART. 2. — Le tarif des produits pharmaceutiques ci-dessus visé est celui consenti par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques en faveur des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales, avec remise de 5 p. 100 de la part des pharmaciens établis dans les villes comptant 70.000 habitants et au-dessus.

Les factures doivent être établies d'après le prix porté au bulletin de variation en cours à la date de la livraison des médicaments.

ART. 3. — Les analyses chimiques ou biologiques et les examens bactériologiques ordonnés par les médecins seront payés au tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques.

ART. 4. — Les substances toxiques prévues au tableau B seront remboursées aux pharmaciens sur production d'une copie certifiée conforme des ordonnances en prescrivant la délivrance.

ART. 5. — Les dispositions ci-dessus indiquées entreront en vigueur un mois après la publication du présent arrêté au *Journal officiel.*

Les fournitures faites pour la période antérieure seront payées d'après le tarif en cours à l'époque de la livraison, compte tenu de la remise prévue à l'article 2.

V. E. M. — Le XVe voyage d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques du centre de la France aura lieu du 4 au 15 septembre 1921, sous la direction scientifique de M. le prof. Paul Carnot.

On visitera les stations suivantes : Pougues (point de concentration), Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Saint-Yorre, Châtel-Guyon, Royat, Saint-Nectaire, Le Mont-Dore, La Bourboule, Evaux, Nerès, La Motte-Beuvron (point de dislocation).

Une excursion éventuelle en auto-cars dans les montagnes d'Auvergne est en préparation.

Grâce aux subventions déjà recueillies, le prix du voyage, qui serait d'environ 760 fr., a pu déjà être ramené à 500 fr. : il descendra plus bas encore si de nouvelles subventions interviennent, auquel cas la différence sera restituée aux souscripteurs. Ce chiffre comprend la totalité des dépenses, du point de concentration au point de dislocation.

Les médecins seuls (et les étudiants) font partie du voyage : ils peuvent être accompagnés de leur femme ou d'une de leurs filles, aux mêmes conditions.

Le nombre de places étant limité, prière aux confrères français et étrangers de se faire inscrire dès maintenant et d'envoyer leur souscription (500 fr.) au nom de M. Gerst, trésorier du V. E. M., à l'Office national du Tourisme, 17, rue de Surène, Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 13 juin. — Jury : MM. Roger, président; Letulle, Labbé (M) et Léri. — M. FRIS-LARROUY. De l'examen clinique du poumon dans les pleurésies aiguës. — M. DE PÉTRICONI (Ph.). Contribution à l'étude de la tuberculose. — M. PÉCHIN (Charles). Contribution à l'étude du cancer en Normandie. — M. COMBES (André). Etude du syndrome de l'aortite thoracique.

Jury : MM. Legueu, président; Gosset, Cunéo et Alglave. — M. BOULIN (Pierre). Contribution à l'étude du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. — M. AYSAGUER (Georges). De l'urétroscopie postérieure à l'aide de l'appareil de Mac Carthy. — M. ROUVIÈRE (Emile). Contribution à l'étude des réactions du pneumogastrique.

Jury : MM. Broca (Aug.), président; Ménétrier, Couvelaire et Le Lorier. — M. MEILLET (André). Dégénérescence kystique congénitale du poumon. — M. CHATELIN (Edouard). Contribution à l'étude du régime des aliénés du XVIIe et XVIIIe siècle. — M. MAJNONI D'INTIGNANO. Evolution des luxations congénitales de la bouche.

Mardi 14 juin. — Jury : MM. Chauffard, président; Marfan, Teissier et Nobécourt. — M. GUILLEMARD (Charles). Hoquet et encéphalite épidémique. — M. TURQUÉTY (R.). Etudes des septicémies dans la première enfance. — M. GIRAUD (Gabriel). Contribution à l'étude de la paralysie générale. — M. DIMEY (Jean). La gangrène du pharynx. — M. RIO (Alfred). Les formes ambulatoires de la peste.

Jury : MM. Letulle, président; Duval, Lecène et Roussy. — M. GREDER (Jules). Etude sur les diverticules du duodénum. — M. GUILLARD (A.). L'anesthésie locale dans la découverte de la prostate. — M. CHABROL (Léon). Insuffisance respiratoire. — M. LEROUX (Roger). Recherches anatomo-pathologiques sur la broncho-pneumonie.

Jeudi 16 juin. — Jury : MM. Achard, président; Carnot, Rénon et Lereboullet. — M. LANGLE (Jules). L'épreuve de l'hémoclasie digestive chez l'enfant. — M. CLOUZEAU (André). Valeur de l'hémoclasie digestive des ascites. — M. LOUBRIEU (Georges). Contribution à l'étude du paludisme. — M. AUBERT (Marius). Des adénites dans la scarlatine. — M. DE LÉOBARDY (J.). Splenopathies primitives avec syndrome digestif.



REVUE GÉNÉRALE

UNE THÉRAPEUTIQUE ALIMENTAIRE GÉNÉRALE

Par M. G. LEVEN.

L'établissement des régimes, conseillés dans le traitement des maladies gastro-intestinales, dans le traitement des maladies du foie, du rein et de la nutrition (diabète, goutte, obésité, etc.), a subi des fluctuations diverses, au cours des années passées.

Des recherches récentes ont mis au jour des données nouvelles, ont posé la question des vitamines dont l'étude n'est qu'ébauchée, alors même que certains nient leur existence et expliquent par de simples modifications biochimiques, par des altérations dues à la chaleur, à la dessiccation, réalisées par le mode de préparation de certains aliments, les troubles attribués à l'absence de vitamines.

Je n'apporterai aucune contribution à cette dernière et difficile question; je me propose simplement d'exposer comment je conçois un *régime alimentaire général*, et de présenter quelques remarques sur ce sujet, remarques que j'ai développées à la dernière séance de la Société de thérapeutique; une étude clinique de vingt années en sera la base.

*
* *

Tous ceux qui ont assisté aux leçons que j'ai consacrées à ce sujet, aux consultations d'hôpital où je mets en œuvre les notions qui font l'objet de ce travail, ont été frappés de la simplicité des régimes que je prescris, de leur uniformité, quelque soit le retentissement morbide en jeu, de leur sévérité bien minime.

Les régimes alimentaires ont été tout d'abord basés sur la notion de digestibilité des aliments, cette *digestibilité* étant, pour les auteurs, *fonction* de la *durée de séjour des aliments dans l'estomac.*

Or, cette notion perd de sa valeur, si l'on veut bien remarquer que cette étude a été faite, tantôt en expérimentant sur le chien dont l'estomac ne ressemble guère à celui de l'homme ou encore sur des hommes anormaux, puisqu'il s'agit de sujets porteurs de fistules.

De plus, Manuel Leven a montré (1), il y a près d'un demi-siècle, que si certains aliments quittent l'estomac plus vite que d'autres, c'est qu'ils ont provoqué de violentes contractions musculaires, des sécrétions très abondantes, qui épuisent muscle et glandes gastriques.

Après la digestion de tel aliment qui a *peu séjourné* dans l'estomac, une *digestion artificielle* in vitro avec la muqueuse gastrique de l'animal en expérience *n'est pas réalisable,* tant ces glandes ont activement travaillé et perdu toute capacité sécrétoire.

Au contraire, après la digestion de tel ou tel aliment qui a *séjourné plus longtemps* dans l'estomac, cette *digestion in vitro* est *parfaite*, car la muqueuse n'a fourni qu'une sécrétion moins abondante et ne s'est pas épuisée.

Dans ces conditions, peut-on conclure de la durée de séjour dans l'estomac à la digestibilité?

Vingt-cinq ans après les publications de Manuel Leven, la radioscopie nous permettait à mon collaborateur G. Barret et à moi-même d'apporter des précisions nouvelles sur la durée de séjour des aliments dans l'estomac et, entre autres choses, nous enseignait la longue durée de séjour du lait dans l'estomac chez l'adulte et chez le nourrisson (1), la digestibilité facile du lait n'étant cependant pas une question discutable.

Comment devons-nous donc définir la digestibilité d'un aliment? J'ai déjà répondu à cette question dans les termes suivants (2), au VIIe Congrès français de médecine (1905) : « L'aliment indigeste est celui qui ne sera assimilé qu'après un travail moteur et sécrétoire excessif du tube digestif et de ses glandes. »

Cette définition diffère de celle de Littré. L'auteur du dictionnaire nous dit : « L'aliment indigeste est celui qui n'est pas absorbé. »

Grammairien et médecin ne peuvent s'entendre, car la définition de Littré empêcherait le physiologiste d'associer le qualificatif indigeste au mot aliment, puisque de nombreux aliments indigestes, au point de vue clinique, sont cependant absorbés.

Tout ce qui précède explique pourquoi dans l'établissement des régimes, je n'ai pas nécessairement utilisé les notions usuelles relatives à la digestibilité ou à l'indigestibilité.

*
* *

Ai-je tenu un compte absolument rigoureux des notions relatives aux besoins caloriques?

L'observation, que j'ai publiée à une séance de la Société de thérapeutique (9 avril 1909), intitulée : *l'Augmentation de poids réalisée avec une alimentation de valeur calorique faible,* est une première réponse à cette question.

La malade qui en fut l'objet était âgée de 25 ans, mesurait 1m71 et pesait 37kg840 en avril 1918. Onze mois plus tard, elle pesait 53kg210, et avait réalisé ce gain de 15kg370, avec une ration quotidienne dont la valeur oscillait entre 1.600 et 1.900 calories.

Comme d'autre part, en mai 1903, j'avais montré à la Société de biologie qu'un sujet engraissait lorsque j'ajoutais à sa ration alimentaire 800 calories, fournies par du vin, et n'engraissait pas lorsque je substituais aux 800 calories vin 1.200 à 1.500 calories fournies par du sucre, du beurre, des féculents, il semblait démontré que la nature de la calorie a une telle signification, une telle importance, que la notion des calories, *sans commentaires*, ne devait pas seule jouer le rôle essentiel dans l'établissement des régimes.

Puis, l'étude des quantités de calories nécessaires, elle-même, a subi de nombreuses fluctuations : ce qui n'est point fait pour surprendre, si l'on se souvient que les premiers travaux, qui ont déterminé leur fixation quantitative, reposaient sur un calcul consistant à diviser les apports alimentaires quotidiens aux Halles de Paris par le nombre des consommateurs parisiens.

Enfin, il ne faut pas oublier que dans le besoin des calories entre aussi un élément important, trop souvent oublié, élément psychique ou gastrique (né des habitudes alimentaires, des appels anormaux de la faim) qui accroît parfois ce besoin, dans une mesure très appréciable.

La preuve en est fournie par l'observation des

(1) M. Leven, *Maladies de l'estomac*, Paris 1879.

(1) *Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac,* O. Doin et fils éditeur, 1909.

(2) *C. R. du VIIe Congrès français de médecine,* 1905, p. 229.

sujets soumis à des régimes réduits relativement à leurs régimes antérieurs, évidemment excessifs, tous les troubles morbides prenant fin avec les changements quantitatifs, sinon qualitatifs, dans leur alimentation.

Avec ces régimes modifiés, ils demeurent cependant capables des mêmes efforts physiques et intellectuels; souvent même ces efforts deviennent plus faciles; mais souvent ces sujets traversent une période d'accoutumance durant laquelle ils ont l'impression d'être affaiblis, déprimés.

Le médecin doit connaître ces particularités et apprendre à celui qui les signale que l'excitation due à l'apport excessif des calories, supprimée avec le nouveau régime, explique ces impressions de fatigue qui cessent très rapidement.

***

Les recherches sur la genèse des maladies ont aussi contribué à modifier les bases des régimes, et l'on interdit à des malades, tantôt les substances riches en purines, en acide oxalique, en chaux, en cholestérine, tantôt les aliments trop salés, les aliments albuminoïdes, par crainte de la rétention azotée, les viandes, au nom de l'auto-intoxication.

Ces éliminations successives, partiellement motivées, ont rendu l'alimentation des malades presque impossible, si l'on admet toutes ces prohibitions dont le rigorisme paraît souvent discutable et dont pour quelques-unes le bien-fondé n'est qu'apparent.

Linossier et Lemoine (1) n'ont-ils pas montré qu'une cuisson inégale expliquait la toxicité différente des viandes rouges et des viandes blanches? Linossier nous a appris aussi que la suralimentation azotée d'une malade qui absorbait onze œufs par jour expliquait sa colique hépatique, sans qu'il y ait lieu de faire intervenir l'action de la cholestérine (2).

L'exclusion de certains aliments m'a paru souvent, en effet, reposer sur des conclusions hâtives. Je choisirai quelques exemples : de nombreux malades disent ne pas digérer le lait et les médecins s'inclinent devant leurs dires. Or, je m'élève depuis longtemps contre cette remarque, car le lait pris à la dose maxima de 1.500 grammes, ration nécessaire et suffisante, absorbé par doses de 300 grammes toutes les trois heures, c'est-à-dire cinq fois par jour, dans les vingt-quatre heures, est toujours bien toléré, à condition que son administration ne soit pas longuement prolongée, ce qui est rarement utile et souvent nuisible.

Le lait, qui constipe les uns, provoque de la diarrhée chez d'autres, détermine des fermentations gastro-intestinales, est le lait conseillé à la dose de 2 ou 3 litres par vingt-quatre heures et absorbé à intervalles trop rapprochés.

La radioscopie explique les résultats satisfaisants de la première technique et les résultats défavorables de la seconde, tant est longue la durée de séjour du lait dans l'estomac de l'adulte, qu'il s'agisse du lait pur ou du lait coupé d'eau.

Des accidents attribués à l'anaphylaxie au lait sont souvent expliqués par les considérations qui précèdent.

Des remarques d'un même ordre s'appliquent à la digestibilité des œufs : tel malade, qui prétend ne pas supporter les œufs, les digérera lorsqu'il les

(1) *Presse médicale*, 2 mars 1910.
(2) *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, mai 1912, p. 276.

absorbe avec une *très petite* cuillère, s'ils sont peu cuits ou réduits en *poudre fine*, s'ils sont durs, car ce sont les gros coagula albumineux qui sont indigestes pour lui et non pas l'œuf lui-même.

Souvenons-nous encore que trop souvent, en thérapeutique alimentaire, nous tombons d'un excès dans un autre : une époque fut trop carnivore, la suivante sera trop végétarienne.

Evidemment, le sujet qu'une alimentation carnée excessive aura rendu malade vantera les mérites du végétarisme, qui l'a soulagé d'une partie de ses maux; mais le jour où son végétarisme, également excessif, sera devenu nuisible à certains points de vue, le malheureux ne saura plus à quel régime se vouer.

Les erreurs d'interprétation dans l'origine des symptômes morbides ont des sources diverses : la question des viandes rouges et des viandes blanches, solutionnée par Linossier et Lemoine, les arguments relatifs à la digestibilité du lait et des œufs sont des exemples qui m'ont paru assez suggestifs ; mais les erreurs les plus habituelles paraissent dues aux conditions d'observation qui ne sont pas suffisamment précises et au fait qu'il n'est pas assez tenu compte de « PETITS DÉTAILS » qui ont une importance extrême (1).

Que de fois, j'ai observé des malades m'annonçant que tel aliment avait sur eux telle ou telle influence, provoquant diarrhée ou constipation, par exemple. Or, j'ai pu souvent leur démontrer l'inexactitude de leurs remarques, leur prouver que l'aliment n'était pas responsable du symptôme, et qu'il fallait incriminer sa quantité, ou le repas hâtif, ou l'horaire du repas, suivi d'un travail excessif, ou la masse liquide ingérée au cours du repas ou un intervalle trop court entre le premier et le deuxième repas, etc.

L'analyse la plus minutieuse est parfois indispensable pour apporter un peu de lumière en ces questions difficiles. Mais le travail porte ses fruits et l'une de ses conséquences les plus intéressantes, c'est que, sans crainte de paraître trop amateur de paradoxe, je dirai qu'il n'y a pas d'aliments qui, *nécessairement*, facilitent les selles et d'autres qui, *nécessairement*, provoquent la constipation.

La conséquence pratique de cette donnée est la suivante : il est des constipés et des diarrhéiques qui bénéficient d'un même régime alimentaire, tout comme il est des constipés et des diarrhéiques pour lesquels le carbonate de bismuth est le médicament par excellence, propriétés déjà signalées par Pissavy (2).

***

Tous les ouvrages français et étrangers, qui sont consacrés à l'étude des régimes dans les maladies, étudient longuement, en des chapitres distincts, la diététique des cardiaques, des rénaux, des hépatiques, des dyspeptiques, etc.

Est-ce, en thèse générale, une division utile et logique? Ces divisions thérapeutiques ne correspondraient-elles pas simplement à des divisions cliniques? Peut-on comprendre — tout en admettant que la maladie a évidemment un point de départ variable et des symptômes dominateurs en tel ou tel appareil — peut-on comprendre qu'une atteinte car-

(1) G. LEVEN. Les petits détails qui ont une grande importance en thérapeutique gastrique, *Monde médical*, mai 1919.
(2) Soc. de thérapeutique, 25 juin 1913 — J'ai déjà signalé des faits analogues à cette même séance.

diaque ne compromet pas, par exemple, à des titres divers, le foie, le poumon, le rein, l'estomac, par des procédés variés, troubles circulatoires, accidents toxiques, altérations cellulaires, manifestations réflexes, etc.?

Peut-on comprendre que par un ensemble de procédés plus ou moins semblables, avec action prédominante des uns ou des autres, une maladie gastrique ne compromet pas le foie, le rein, le cœur, également à des titres et à des degrés divers?

Peut-on comprendre qu'une infection aiguë (fièvre typhoïde, par exemple) ou qu'une infection chronique (tuberculose) n'agit pas de même? Et, dans ces conditions, pourquoi établir des catégories si tranchées dans les régimes, pourquoi prescrire un régime tout spécial pour le tuberculeux, un autre pour le cardiaque, un troisième pour le rénal?

Ce dernier qui — sous le prétexte de laver son rein — absorbe une trop grande quantité de liquides, compromet son estomac et son cœur; le rein ne bénéficiera guère de ces troubles secondaires. D'ailleurs, Huchard et ses élèves ont mis cette question au point.

Le tuberculeux suralimenté compromet ses fonctions digestives, son foie, son rein, et l'on sait aujourd'hui, après des années d'erreur, ce qu'il faut penser de la suralimentation.

Ses partisans avaient oublié que le tuberculeux possédait, outre son poumon malade, d'autres organes qu'il fallait respecter.

*
* *

Il me reste à établir, après avoir exposé ces préliminaires indispensables pour la justification d'un *régime alimentaire général*, les notions qui m'ont guidé dans l'établissement de ce régime.

1° L'aliment est souvent plus nocif par sa quantité que par sa qualité.

Je suppose, bien entendu, que les règles relatives à la cuisson, à la mastication, etc. sont observées.

2° Les boissons sont parfois plus nocives par leur quantité que par leur qualité. Exemple : un verre de vin est moins nuisible, pour certains malades, que trois verres d'eau.

3° La variété dans le choix des aliments s'impose; elle s'imposait même avant la notion des vitamines.

Motif : notre ignorance des besoins quantitatifs des *infiniment petits chimiques*, apportés par les aliments (1).

4° Cette variété est encore motivée par la nécessité de mettre en jeu tous les groupes glandulaires du tractus gastro-intestinal.

5° Cette variété est même légitime, si la coprologie montre l'insuffisance digestive pour telle ou telle variété d'aliment. Exemple : des fibres musculaires non digérées dans les selles ne justifient pas la suppression de la viande; le travail sécrétoire ne sera pas favorisé par cette suppression, qui retarde encore la mise en jeu des suppléances fonctionnelles.

6° Un aliment réputé indigeste est parfois indigeste pour des raisons différentes de celles qui sont habituellement invoquées. Exemple : le pain grillé et le pain frais; le premier dont la mastication est laborieuse est toujours consommé en moindre quantité que le second.

(1) Astruc. Discours prononcé à la rentrée de l'Université de Montpellier, nov. 1920.

7° L'acte digestif est heureusement influencé par d'innombrables facteurs qui sont souvent méconnus; en les négligeant, on se fait une idée imparfaite de la digestibilité ou de la non-digestibilité de l'aliment.

Je veux parler de la mastication, de l'insalivation des aliments, du repos moral à table, du repos physique au cours du repas (ne pas se lever de table durant le repas), du volume et de la température des boissons, de la régularité horaire des repas, des intervalles utiles entre les repas (entre le premier et le deuxième spécialement), de l'influence fâcheuse du goûter, etc.

*
* *

Les restrictions qualitatives qui me paraissent indispensables portent sur un petit groupe d'aliments et de boissons : choux, choux-fleurs, oseille, haricots verts, carottes, crudités, salades, fruits acides; poissons gras, porc frais, pain, vin, bière, cidre, liqueurs, eaux gazeuses (1).

L'indigestibilité des uns est d'ordre chimique (exemple : choux, alcool); celle des autres est d'ordre physique (exemple : haricots verts jamais assez mastiqués, carottes jamais assez cuites); celle d'autres encore est d'ordre mécanique (eaux gazeuses chez les aérophages).

Il va, sans dire, que les restrictions sont cependant plus étendues dans les états morbides graves et qu'entre le régime où seules figurent ces interdictions et le régime sévère où, durant quelques jours, le lait est le seul aliment permis, s'interpose une série de variantes.

Je rappellerai, par exemple, que dans le régime que j'ai appelé le *régime thérapeutique d'épreuve*, toujours prescrit durant un temps très court, les aliments suivants sont seuls autorisés : œufs, poissons (merlan, limande, sole, colin); viande (mouton, veau, agneau, poulet, jambon); légumes (riz, pâtes, pommes de terre, purées de pois, de haricots, de châtaignes); dessert (fromage, crèmes cuites, biscuits, entremets au riz, au tapioca, à la semoule, gelées ou compotes de pommes) (2).

Les restrictions quantitatives, qui sont, il me semble, une des particularités les plus importantes dans la question des régimes, ne paraissent telles qu'aux gros mangeurs. Les quantités prescrites ont été établies empiriquement, par l'étude statistique de la question, en m'appuyant sur les renseignements fournis par les pesées successives de très nombreux sujets.

En pratique, il est intéressant de constater que les mêmes poids d'aliments, au bout d'un temps très court, satisfont les désirs et l'appétit des malades, les plus différents, suffisent à maintenir leur poids, à les engraisser même, s'ils sont amaigris, et leur permettent d'assurer le travail physique et intellectuel qu'exige leur genre de vie.

Toutes ces considérations, évoquées au cours de cet essai de thérapeutique alimentaire générale, m'ont conduit à utiliser le même mode d'alimentation dont les types divers ne varient pas avec la

(1) Cf. *La Dyspepsie, les régimes*. 2e édit. sous presse, Paris, G. Doin, éditeur.

(3) Types de repas : viande (50 à 70 gr.), pâtes ou légumes (180 à 250 gr.), dessert (non pesé); ou œufs, pâtes ou légumes, dessert; ou poisson (70 à 90 gr.), pâtes ou légumes, dessert. Poids des aliments pesés cuits.

variété du mal, mais seulement avec la violence de ses manifestations.

Ces régimes — *à tout faire* — m'ont paru valoir autant pour le dyspeptique que pour l'entéritique, à de très faibles variantes près, l'absolu n'existant pas en médecine, autant pour le rénal que pour le cardiaque, pour le goutteux que pour le diabétique, tant il paraît vrai, qu'il n'y a, en thèse générale, qu'un régime pour l'homme malade.

Je m'étais donné comme tâche d'exposer une technique thérapeutique alimentaire générale, qui donne des résultats très satisfaisants et qui, à cause de sa grande simplicité, mérite d'être essayée.

Je ne signalerai pas ici les idées théoriques qui m'ont conduit peu à peu à utiliser cette technique; je les ai longuement indiquées dans des publications antérieures (1).

LA THÉRAPEUTIQUE

DES

Accidents par contact du choc consécutif à l'injection des arsenobenzènes *

Par M. W. KOPACZEWSKI,
Docteur en médecine, Docteur ès sciences.

Ravaut et Weissenbach (1) avaient été frappés, dès le début des applications des arsenobenzènes en thérapeutique, par l'analogie entre les accidents de cette médication et le choc anaphylactique (1911). Danysz (2), en 1918, a également soutenu l'identité des symptômes de l'anaphylaxie avec ceux observés après l'injection de luargol. La suite ininterrompue des travaux que nous poursuivons depuis 1913 sur l'anaphylaxie (3), nous a conduit à formuler une théorie purement physique de ces phénomènes. Cette théorie considère les phénomènes de tous les chocs par contact (chocs humoraux, chocs cellulaires), comme manifestations d'une floculation des micelles colloïdal du sérum. Cette floculation a été observée par nous dans le choc humoral par injection du sérum, traité par les substances telles que la gélose, la pectine, etc. Les documents cinématographiques, obtenus grâce à l'obligeance de notre collègue et ami M. Comandon, ont été soumis en 1914 à la Société de biologie. Un matériel photographique important a été publié en 1917, en ce qui concerne le choc par l'injection du sérum de la murène. La floculation des micelles, n'étant visible qu'à l'intramicroscope, il n'y a pas lieu de la confondre avec les phénomènes de « précipitation » de deux sérums hétérologues, qui est visible à l'œil nu. Toute une série de modifications des propriétés physiques du sérum fournit une base expérimentale à cette théorie. Une confirmation thérapeutique lui a été donnée par la suppression des phénomènes du choc au moyen de substances chimiques les plus hétéroclites, mais ayant des propriétés physiques telles qu'elles s'opposent à toutes les floculations colloïdales, et, par conséquent, au choc par contact. Ces propriétés antifloculantes sont entre les autres : la *diminution de la tension superficielle* et l'*augmentation de la viscosité*.

(1) Cf. *La Dyspepsie*.

* Cette note devait être présentée à la Société des médecins des hôpitaux et a été annoncée pour la séance du 21 avril 1921.

En augmentant la viscosité (sucres, glycérine, carbonate ou bicarbonate de soude) ou en diminuant la tension superficielle (savons, alcools, éthers, hypnotiques, sels biliaires, etc.) du sérum, avant de pratiquer l'injection déchaînante, ou en mélangeant le sérum avec ces substances au moment de cette injection, nous avons supprimé les accidents produits par le sérum de la murène, en 1917; le choc humoro-cellulaire, en 1918; le choc anapyhlactique, en 1919.

Il était donc naturel d'expérimenter cette thérapeutique physique dans tous les états morbides que les cliniciens essayent de ranger parmi les phénomènes anaphylactiques, et, en particulier, dans le choc par injection des arsenobenzènes; d'autant plus que Fleig (4) a décrit dans ce choc la présence des floculés dans les poumons, le cœur, les vaisseaux et les organes.

A la suite de la suppression du choc anaphylactique par les carbonates et les bicarbonates alcalins, obtenue par nous avec A. H. Roffo en juin 1920, M. Sicard (5), après avoir vérifié nos expériences sur les animaux et confirmé le bien-fondé de nos assertions, a appliqué cette méthode pour supprimer les accidents, souvent graves, consécutifs à l'introduction intravasculaire des arsenobenzènes. Les résultats de M. Sicard ont été reconnus exact.

Ravaut (6) a essayé de supprimer les mêmes accidents au moyen de l'hyposulfite de soude, également avec succès.

Ci-dessous, nous donnons des résultats également satisfaisants, que nous avons obtenus nous-même, en employant des procédés variables et excessivement simples, en utilisant des substances d'usage journalier dans la clinique ou dans la pratique médicale.

Le procédé le plus simple consiste à verser trois-quatre gouttes d'éther dans la solution aqueuse concentrée de néoarsenobenzol et d'injecter lentement. Sur vingt-sept cas ainsi traités nous n'avons observé aucun accident même léger.

Ou bien, on peut faire la dissolution du néoarsenobenzol dans la solution de saccharose à 20 p. 100. Sur seize cas ainsi traités, nous avons eu une fois un léger frisson, dix minutes après l'injection; deux heures après une élévation de température (38.6° C.); puis, un peu de céphalée.

Les deux autres procédés consistent à faire soit, dix minutes avant l'injection intraveineuse, une injection sous-cutanée de 3 cmc. d'éther, soit, trente minutes avant, de 5 cmc. de l'huile camphrée. Nous avons traité de cette façon soixante cas, et nous n'avons observé que quatre accidents très légers (céphalée; température 38.0°, sensation de froid, etc.)

Nous donnons ces observations *à titre d'indications*. La statistique n'est pas étendue, mais nous croyons utile de signaler ces résultats pour encourager les cliniciens et les praticiens à les multiplier. Ces procédés sont, en effet, sans aucun danger et d'une grande simplicité.

Quant à l'action de ces substances, elle découle de nos travaux : l'éther et l'huile camphrée diminuent dans de fortes proportions la tension superficielle; les sucres augmentent la viscosité du sérum.

Ce test thérapeutique est de nature à renforcer l'analogie entre les chocs par arsenobenzènes et les chocs par contact.

Récemment, une autre série des faits, relatés par Pomaret (7), Rubinstein (8), Flandin et Tzanck (9), et autres, sur la floculation des arsenobenzènes par le

sérum in vitro, sur la diminution de la coagulabilité sanguine après l'injection de l'arsenobenzène, constitue des arguments de plus en faveur de la supposition de Ravaut et Weissenbach que le choc observé à la suite d'introduction intravasculaire des arsenobenzènes, soit bien le choc par contact et, en occurrence, un choc humoral.

L'identification des autres états pathologiques avec les chocs par contact doit être poursuivie de la même façon : étude des modifications physiques des humeurs d'abord, test thérapeutique, comme confirmation, ensuite.

(1) Ravaut et Weissenbach. *Gaz. des hôpit.*, 14 fév. 1911.
(2) Danysz. *Principes et évolution des mal. infectieuses*, 1918.
(3) W. Kopaczewski. *Ann. de méd.*, 1920.
(4) Fleig. *Toxicité de Salvarsan*, 1914.
(5) Sicard et Paraf. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, janv. et fév. 1921.
(6) Ravaut. *Ibid.*
(7) Pomaret. *Soc. de biol.*, 1921.
(8) Rubinstein. *Soc. de biol.*, fév. 1921.
(9) Flandin et Tzanck. *Ibid.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 MAI 1921)

Anaphylaxie alimentaire et sa thérapeutique. — M W. Kopaczewski. — On sait que l'emploi des sérums curatifs est susceptible de provoquer, dans certains cas, des accidents inquiétants. Ces accidents apparaissent surtout après la seconde injection, mais une injection première d'une dose massive, peut également, quoique plus rarement, avoir des suites pénibles.

Le Dr Kopaczewski a eu l'occasion d'observer plusieurs cas des accidents graves qui éclataient à la suite de l'injection première d'un sérum curatif (antidiphtérique). Dans tous ces cas, il s'agissait de petits malades, qui se nourrissaient presque exclusivement de viande de cheval. En compulsant les travaux de médecins russes, le Dr Kopaczewski a trouvé que des accidents graves y sont relatés régulièrement à la suite d'emploi des sérums curatifs chez les Tartares; et on sait qu'ils se nourrissent avec du lait et de la viande de cheval.

Ainsi la possibilité d'une sensibilisation par la voie digestive semble être définitivement acquise.

En dehors de cette conclusion théorique, une conclusion pratique se dégage du travail du Dr Kopaczewski, savoir : le devoir pour tout médecin de s'informer, avant de faire des injections de sérums curatifs, au sujet de la nourriture des malades, et, le cas échéant, d'appliquer une thérapeutique appropriée. Cette thérapeutique est simple et inoffensive; une injection sous-cutanée préalable d'éther, d'huile camphrée ou intraveineuse de carbonate ou de bicarbonate de soude a permis d'éviter les accidents éventuels.

Emploi de l'oxygène additionné de gaz carbonique, en injections sous-cutanées, comme traitement du mal des altitudes et de certaines dyspnées toxiques. — M. Raoul Bayeux.

Action du bismuth sur la syphilis et sur la trypanosomiase du Nagana. — MM. R. Sazerac et C. Levaditi. — Il semble résulter de l'ensemble des recherches des auteurs, que le tartro-bismuthate de potassium et de sodium exerce une action thérapeutique curative incontestable sur la syphilis expérimentale du lapin (virus dermotrope et neurotrope) et sur la spirillose spontanée de cet animal (*Spirocheta Cuniculi*). Les effets curatifs dans la trypanosomiase du Nagana, tout en étant manifestes, sont inférieurs aux précédents. Les auteurs poursuivent leurs expériences, essayant d'obtenir par l'emploi de certains autres dérivés du bismuth, des résultats analogues ou même plus satisfaisants, tout en diminuant la dose du corps actif à administrer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1921)

La pneumonie disséquante. — M. Hayem, à propos de la communication faite dans la dernière séance, sur ce sujet, par MM. Letulle et Bezançon, rapporte un cas analogue qu'il a observé, en 1874, et dont les pièces anatomiques ont été présentées à la Société anatomique. M. Hayem avait désigné cette affection sous le nom de phlegmon du poumon.

A propos de la transmission placentaire de l'encéphalite léthargique. — M. Achard fait observer que l'encéphalite léthargique présente chez la femme enceinte une gravité particulière : Ricardo Jorge évalue, en effet, la mortalité en pareil cas à 60 p. 100.

Quant à l'enfant, s'il naît vivant, il peut manifester les signes de la maladie; mais les faits de ce genre sont très peu nombreux. Dans les observations rapportées par Novaes e Souza, par Mercier, Andrieux et Mlle Bonnaud, la maladie, grave chez la mère, était atténuée chez l'enfant. Expérimentalement, la transmission placentaire a été constatée par Levaditi, Harvier et Nicolau.

Mais cette transmission n'est peut-être pas constante. Dans un cas observé par M. Achard, une femme de 25 ans, enceinte de 6 mois, fut prise de fièvre avec purpura, strabisme, myoclonies du flanc gauche, secousses convulsives du membre supérieur droit. Les spasmes cloniques abdominaux déterminaient une pause de la respiration. La mort survint au douzième jour, et, peu d'heures avant la mort, le fœtus fut expulsé.

A l'autopsie, on trouva dans le cerveau de la mère les lésions caractéristiques de l'encéphalite léthargique : périvascularite, chromatolyse des cellules nerveuses, très prédominantes dans les pédoncules cérébraux et atténuées dans le bulbe et la région sous-optique.

Quant à l'encéphale du fœtus, il n'offrait aucune lésion microscopique.

On peut, toutefois, se demander si le virus n'existait pas dans l'organisme fœtal sans avoir altéré le cerveau, comme on voit le fœtus d'une femme atteinte de fièvre typhoïde renfermer le bacille d'Eberth dans son sang et ses organes sans présenter de lésions intestinales.

Des dangers du radium. — M. André Broca, au nom de la Commission du radium, rappelle les faits qui ont été publiés, les dangers pour les opérateurs et même pour les voisins des radiographes. Il résulte de ses observations personnelles qu'on a beaucoup exagéré ces dangers. Ils sont presque nuls pour les voisins. Quant aux opérateurs, ils possèdent maintenant des moyens très efficaces de se protéger contre les émanations du radium. Il passe en revue tous les différents moyens, gants plombés, etc., et sa conclusion générale est qu'il serait regrettable qu'on s'éloignât, sous prétexte de dangers très exagérés, d'études constituant un pareil progrès et appelées à des applications des plus utiles et des plus efficaces contre certains états pathologiques et propres, dans beaucoup de cas, à faciliter des diagnostics parfois fort difficiles.

Intoxications arsenicales dans des milieux viticoles. — M. Cazeneuve qui, il y a quelques années, avait déjà appelé l'attention de l'Académie sur ces faits d'intoxications par les arséniates employés pour la culture de la vigne, rappelle que sa communication avait soulevé une discussion et que sa proposition de supprimer les sels arsenicaux dans la culture des vignes avait été repoussée à une très faible majorité.

Il revient aujourd'hui sur la même question, et, après une enquête personnelle, il apporte 7 cas de mort par intoxication arsenicale chez les viticulteurs du département de l'Aude. Il entre dans le détail des faits, et de ces sept cas de mort dûment observés et constatés. S'appuyant sur ces faits, il en appelle de nouveau à l'Académie pour qu'à son tour elle saisisse les Pouvoirs publics et s'applique à faire reviser la loi qui règle l'emploi des arséniates et surtout de l'arséniate de plomb en viticulture.

De l'emploi des petites doses de digitaline dans le traitement synergétique de l'asystolie. — M. Manquat.

Origine traumatique de certains hygromas chroniques. — M. ROCHARD a observé plusieurs cas d'hygromas de la bourse séreuse rétro-olécranienne survenus longtemps après un traumatisme (45 jours dans un cas). Dans ces faits, à la radiographie, on trouve un petit fragment osseux provenant de l'olécrâne et qui irrite la bourse séreuse de la même manière que des traumatismes répétés.

La tachycardie résiduelle. Nouveau stigmate de l'épilepsie. — MM. J. ROUBINOVITCH et J.-A. CHAVANY ont étudié le réflexe oculo-cardiaque dans les divers états épileptiques en opérant avec l'oculo-compresseur manométrique de l'un d'eux ; leurs recherches ont porté sur 80 cas.

Le réflexe lui-même, c'est-à-dire la bradycardie qui suit la compression, s'est montré très variable, tantôt franchement positif, tantôt faible, quelquefois absent, parfois inverti.

Mais l'intérêt de la question résulte dans le phénomène que les auteurs proposent d'appeler « tachycardie résiduelle » : le pouls, après la décompression, au lieu de revenir à la normale, subit une accélération de 5-10-15 pulsations par minute. Le phénomène persiste une minute environ et a été noté dans 63 p. 100 des cas.

Les auteurs attribuent à cette tachycardie résiduelle la valeur d'un stigmate épileptique, puisqu'elle semble au moins aussi fréquente que les divers stigmates de l'affection classiquement décrits jusqu'à ce jour.

Ils en font un élément de diagnostic positif des états épileptiques, l'ayant rencontré même chez des sujets porteurs d'équivalents épileptiques : migraine ophtalmique, vertiges — et chez des malades présentant des crises bravais-jacksoniennes.

Ils le considèrent comme un bon élément de diagnostic différentiel avec les états pithiatiques dans lesquels la tachycardie résiduelle n'est jamais notée.

Ce serait encore un moyen de contrôle thérapeutique, le phénomène s'atténuant sous l'influence de diverses médications actives.

Les auteurs orientent actuellement leurs recherches vers l'explication physio-pathogénique de ce phénomène.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 JUIN 1921)

Contribution à l'étude clinique de la tension veineuse périphérique. — MM. M. VILLARET, Fr. SAINT-GIRONS et GRELLETY-BOSVIEL. — Le chiffre normal établi sur vingt-cinq adultes des deux sexes est de 13 centimètres d'eau chez l'homme et de 12 centimètres chez la femme : si on élève le bras, la tension veineuse tend vers O, si on l'abaisse, elle augmente considérablement. Elle double si l'on fait passer le sujet de la position couchée à la position assise ; l'importance de ces variations démontre la nécessité de placer le sujet dans le décubitus horizontal rigoureux et à l'état de flaccidité absolue pour obtenir des chiffres comparables entre eux. Les auteurs montrent que dans les conditions où ils se sont placés, la tension veineuse est fonction de la vis à tergo, conséquence de l'impulsion cardiaque et de l'état distase dans l'oreillette droite. On peut espérer en adjoignant le chiffre de la tension veineuse aux renseignements fournis par la mesure de la pression artérielle et l'examen clinique du malade, acquérir des données plus précises sur les phénomènes circulatoires et faire un pas de plus dans leur étude.

Provocation de la crise salutaire dans les pneumopathies primitives par l'injection intraveineuse de sérum antipneumococcique et d'adrénaline. Statistique, résultats, essai d'interprétation. — M. RENAUD. Apportant la statistique des 750 cas de pneumopathies aiguës pneumococciques, grippales et saisonnières qu'il a traitées depuis février 1919, l'auteur considère que 70 cas sur 100 sont des cas bénins, et 30 des cas sérieux avec grosses lésions pulmonaires. De ceux-ci, 25 guérissent tout seuls presque sans thérapeutique. Il n'y a donc que 5 cas sur 10 dans lesquels la maladie soit grave et le malade en danger. C'est dans ces 5 cas seulement que l'auteur envisage l'opportunité de déclancher la crise salutaire par l'injection intraveineuse de 1/2 milligramme d'adrénaline et de 40 centimètres cubes de sérum antipneumococcique. Pratiqué 44 fois, le choc n'a été suivi d'aucun accident regrettable. Faite en temps opportun, entre le 7e et le 12e jour ou même parfois d'urgence chez des sujets presque agonisants, cette thérapeutique a donné les meilleurs résultats. Aucun des 750 malades n'est mort, à l'exception d'un seul chez lequel pour des raisons non médicales la thérapeutique ne fut pas appliquée. M. Renaud étudiant le mécanisme de cette crise et rappelant ses travaux sur le traitement des affections aiguës par des vaccins, montre que tout ne se ramène pas ici à un choc peptonique et à une crise colloïdoclasique, mais que l'action brutale de l'adrénaline sur le sympathique et l'action des anticorps spécifiques du sérum contribuent pour une large part à déclancher la réaction qui conduit à la crise salutaire.

Sur un cas de cancer vatérien, diagnostiqué par l'examen du liquide duodéno-pancréatique (*avec présentation de pièce*). — MM. CARNOT et LIBERT rapportent l'observation d'une malade atteinte d'ictère chronique, et chez laquelle le liquide duodéno-pancréatique dépourvu de bile contenait des ferments pancréatiques très actifs. Cette activité démontrée par les méthodes proposées par MM. Carnot et Mauban, rendait très improbable l'idée d'un néoplasme de la tête du pancréas. D'autre part, la présence de sang constatée à plusieurs reprises éliminait le diagnostic de lithiase. On était ainsi conduit à admettre l'existence d'un néoplasme vatérien dont les prolongements obstruaient et désobstruaient tour à tour la terminaison du cholédoque. L'autopsie confirme le diagnostic et montre l'existence d'un néoplasme de la région vatérienne à point de départ intestinal. Les auteurs pensent que la recherche des cellules atypiques dans ce liquide, qu'ils n'ont pu pratiquer que dans de mauvaises conditions, pourra ainsi rendre dans des cas semblables, d'importants services.

Variations de volume du ventricule droit. — MM. Ch. LAUBRY et L. MALLET. Les données fournies par l'exploration radiologique des cavités cardiaques offrent en particulier pour le ventricule gauche une précision suffisante dans la plupart des cas. Il n'en est pas de même pour le ventricule droit, et si l'augmentation du diamètre horizontal en position frontale est un précieux indice dans les fortes dilatations, tel le cœur en sabot, il n'en est pas de même au cours des distensions modérées, lorsque le ventricule droit subit du fait d'une hypertrophie du ventricule gauche un déplacement anormal qui peut prêter à confusion sur le volume respectif des cavités. Les auteurs se sont attachés à préciser les variations de volume de ce ventricule droit. Ils attirent l'attention sur un nouveau repère cardiaque qui répond à la base du ventricule droit et à l'origine de l'artère pulmonaire. Ce point d'articulation qu'ils proposent d'appeler le point A, suit toutes les variations de volume du ventricule. Il n'est pas visible en position frontale, mais se voit nettement en position oblique ; ces variations doivent être étudiées par comparaison avec le point C, le sujet restant en position strictement verticale. On compare ces deux points pris successivement, le point C en position frontale, le point A en position oblique antérieure gauche de préférence. Chez les sujets normaux, dans les conditions habituelles, les points A et C sont sur la même ligne horizontale. Au cours de distension du ventricule gauche, le point C, surplombe le point A ; c'est l'inverse lorsque le ventricule droit est dilaté. Dans le rétrécissement mitral en dehors de toute distension du ventricule droit, par suite du volume réduit du ventricule gauche, le point C est toujours au-dessous du point A. Enfin dans les hypertrophies des deux cavités, les points A et C, sont l'un et l'autre élevés.

Rétrécissement mitral et syphilis. — M. Pr. MERKLEN revenant sur la question des rapports du rétrécissement mitral avec le syphilis, insiste sur ce que pour les résoudre, il convient de s'adresser à des cas de sténose mitrale avérée. Il ne faut surtout pas s'en référer aux manifestations cardiaques des instables cardiaques lesquelles n'ont rien à voir avec la sténose. L'écueil demande d'autant plus à être évité que ce genre de malades rentre fréquemment dans le groupe des hérédo-spécifiques atteints de syphilis fonctionnelle ou miopragique, et qu'il n'y a rien d'étonnant à voir leur sang fournir un Bordet-Wassermann ou un Desmoulins positifs. Ceci posé, il paraît très vraisemblable que certains rétrécisse-

ments mitraux constituent des malformations congénitales liées à la syphilis.

L'aérophagie bloquée. — MM. F. RAMOND, JACQUELIN et BONIEN. L'air ingéré revient le plus souvent par l'œsophage sous la forme d'éructations plus ou moins bruyantes; parfois cependant, il peut y avoir fermeture des orifices gastriques, l'aérophagie est bloquée. Le bloquage porte tantôt sur le cardia, tantôt sur le cardia et le pylore; ce dernier cas étant heureusement assez rare.

L'aérophagie avec bloquage du cardia, ne s'accompagne pas de rots, il existe de la dyspnée par refoulement du poumon et gêne du diaphragme, des palpitations, des douleurs d'angine de poitrine, de la tachycardie, le tout par déplacement du cœur. L'examen radioscopique révèle une poche à air volumineuse avec remontée du diaphragme gauche; le passage du bismuth à travers la région du cardia s'effectue d'une façon anormale.

L'état névropathique, l'atonie gastro-diaphragmatique, le développement exceptionnel de la valvule de Braune jouent un certain rôle; mais la cause principale de la rétention est due soit à un spasme du cardia physiologique tels que l'ont décrit les auteurs dans une étude antérieure soit à une plicature de l'œsophage au niveau d'une de ses inflexions abdominales par suite de la remontée brusque de l'estomac (d'où parfois inconvénient du port de certaines sangles abdominales) soit enfin à une compression de l'œsophage abdominal par un foie mobile ou hypertrophié. Le traitement doit se proposer d'empêcher l'ingestion de l'air par les moyens classiques, puis de favoriser son expulsion. Dans certains cas, il ne faut pas hésiter à recourir au tubage avec la sonde d'Einhorn ou plutôt avec une sonde spéciale de petit diamètre, mais à parois assez résistantes.

Crises asthmatiques par idiosyncrasie à l'égard de la pomme de terre, choc hémoclasique et cuti-réaction. — MM. ROCH et SCHIFF.

Idiosyncrasie à l'égard de la farine de lin, choc hémoclasique et cuti-réaction. — MM. ROCH et SALOZ.

Idiosyncrasie à l'égard de l'antipyrine, choc hémoclasique et cuti-réaction. — MM. ROCH et P. GAUTIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1921)

Ostéites fibreuses. — M. MOUCHET, comme complément de la communication qu'il a faite dans la dernière séance, présente plusieurs radiographies de fractures avec ostéite fibreuse, les unes se rapportant à des malades qu'il a opérés, les autres à des malades non opérés. La consolidation s'est faite plus rapidement chez les premiers. Il n'en est pas moins vrai que les derniers sont une preuve que la consolidation peut être obtenue sans opération.

Tumeur du sein chez l'homme. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur une observation présentée par MM. G. Chevalier et Robert Brousse (de Lille). Il s'agit d'un jeune soldat de vingt-et-un ans qui avait une tumeur du sein gauche. Tout jeune, il présentait déjà de la sécrétion lactée. Survint une tumeur, avec ganglions axillaires, qui fut enlevée. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un adénome, fibro-cystique papillaire.

Perte de substance de l'extrémité supérieure du fémur. — M. HALLOPEAU rapporte une observation de M. Bréchot. Il s'agissait d'un broiement de l'extrémité supérieure du fémur : Première intervention : incision des parties molles, nettoyage, hanche ballante; deuxième intervention : suture, avec un fil de Lambotte, de la portion restante du fémur à la cavité cotyloïde, échec ; troisième intervention : ablation du fil de Lambotte, pseudarthrose, création d'une cavité dans l'os iliaque, greffe d'un morceau du péroné, d'une part à la portion restante du fémur, et d'autre part, à la cavité nouvellement creusée. Guérison complète avec 14 centimètres de raccourcissement. Des radiographies successives ont montré la persistance du fragment du péroné. Le but cherché a donc été atteint. Il s'agissait ici d'une perte de substance osseuse très étendue. La réunion s'est faite par première intention. Le fragment péronéal se maintiendra-t-il?

Suture du nerf médian. — M. LENORMANT fait deux rapports sur deux faits cliniques adressés par M. Lombard (d'Alger). Dans le premier cas, il s'agit des résultats éloignés d'une suture du médian. Il s'agissait d'une plaie nette du médian, au niveau du poignet par un instrument tranchant, chez une fillette de douze ans. Aseptie parfaite de la plaie dès le début, suture du médian, résultat fonctionnel très bon, datant aujourd'hui de huit ans et demi. Ce n'est cependant pas la restitution parfaite ad integrum. Il y a encore un certain degré d'hyperesthésie, de refroidissement de la main, de légère atrophie, mais au point de vue fonctionnel, le résultat obtenu est très satisfaisant.

Splénectomie. — Dans un second rapport, il s'agit d'une splénectomie pratiquée par M. Lombard pour une grosse tumeur de la rate chez un paludique, âgé de quarante-quatre ans. En raison de nombreuses adhérences, M. Lombard pratiqua une splénectomie sous-capsulaire. Il s'agissait d'un kyste hématique dans une rate très hypertrophiée. Guérison.

Prolapsus du rectum. — M. Pierre BAZY communique l'observation d'un homme de soixante ans qui était atteint d'un prolapsus du rectum chez lequel il pratiqua une recto-coccypexie. Il fit une incision circulaire à 1 centimètre de l'anus, sutura la partie postérieure au tissu fibreux qui entoure le coccyx, à l'aide de deux fils, et rétrécit également le sphincter avec deux autres fils. Guérison. Résultat très bon.

M. LENORMANT croit que ce qui importe surtout dans ces cas ce sont les fils sphinctériens.

M. DELBET a vu des récidives de ces prolapsus, quelqu'ait été le procédé opératoire employé. C'est le cerclage de l'anus qui lui semble donner les meilleurs résultats.

Chirurgie abdominale. — M. DE MARTEL se sert couramment de l'éclairage frontal pour les opérations abdominales, et il a eu l'ingénieuse idée d'y ajouter l'éclairage postérieur par transparence à l'aide d'une lampe électrique portée derrière l'estomac ou derrière les voies biliaires, selon la région où l'on intervient.

M. SEBILEAU, qui depuis si longtemps préconise l'éclairage frontal pour toutes les opérations dans les cavités, se félicite de voir ses collègues l'adopter de plus en plus.

Occlusion intestinale par tuberculose. — M. ROUX-BERGER rapporte l'observation d'une femme de trente-six ans, atteinte souvent de douleurs diffuses, avec vomissements, constipation invétérée. Survinrent des accidents nets d'occlusion. L'examen radioscopique montre un obstacle sur la partie terminale de l'iléon; opération d'urgence : résection de 15 centimètres d'intestin, anastomose latéro-latérale. A l'examen de la pièce, on vit qu'il s'agissait d'une ulcération unique inflammatoire, ayant déterminé une dégénérescence fibreuse sur une longueur de 15 centimètres d'intestin.

M. OKINCZYC communique également un cas de tuberculose cæcale ayant déterminé des sténoses multiples sur différents points de l'intestin. Il s'agissait d'une tuberculose hypertrophique. Résection, anastomose iléo-cæcale. Suites immédiates bonnes, mais aggravation de l'état pulmonaire.

Traitement des ulcères variqueux par l'incision circulaire. — M. PROUST au nom de M. L'Hermitte fait une intéressante communication sur les bons résultats obtenus par cette incision circulaire dans le traitement des ulcères variqueux. Les nerfs réséqués par ce procédé ont été examinés histologiquement. On les a trouvés atteints de lésions de dégénérescence (névrite parenchymateuse), mais les portions sympathiques de ces nerfs restent en bon état, et M. Proust, à la suite d'une série d'expériences qui ont été faites, se demande si ce n'est pas la section de ces nerfs sympathiques sains qui a fait disparaître tous les troubles trophiques, et, en particulier, les ulcères.

Ce serait un nouveau succès de la sympathectomie.

M. BAUDET, dont l'interne, M. de Nabias, a traité ainsi une série de malades dont il va présenter quelques exemples, tout en reconnaissant les excellents résultats immédiats obtenus, fait quelques réserves et reste quelque peu sceptique.

M. SCHWARTZ pratique cette méthode depuis quinze ans, avec succès; ses résultats se sont améliorés surtout quand, au lieu de fermer la plaie, il la laissait se réunir par seconde intention.

M. QUÉNU fait observer à M. Proust qu'il serait intéressant de pratiquer l'examen des nerfs en dehors de la zone inflammatoire. La discussion se poursuivra sur cette intéressante question.

Election. — La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. La liste de présentation porte en première ligne, par ordre alphabétique, MM. Gernez et Pauchet; en deuxième ligne, M. Bréchot.

Au premier tour, sur 62 votants, M. Gernez obtient 29 suffrages, M. Pauchet, 29 suffrages, M. Bréchot, 4.

Au deuxième tour, sur 63 votants, M. Gernez obtient 33 suffrages, M. Pauchet, 28, M. Bréchot, 1, et un bulletin blanc. En conséquence, M. Gernez est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 MAI 1921)

A propos du rhumatisme thyroïdien. — M. LANCE apporte l'observation d'une dame ayant eu, six ans avant des signes de basedowisme traité par la radiothérapie du corps thyroïde et dont elle avait guéri. Depuis cinq ans, sont apparues des douleurs dans le cou ou le haut du dos. Considérée comme atteinte de mal de Pott, cette malade présente des périostoses multiples des dernières cervicales et premières dorsales : rhumatisme chronique ankylosant dont l'origine thyroïdienne ne semble pas douteuse. — M. LÉOPOLD-LÉVI pense qu'il ne suffit pas de rencontrer chez un même sujet, un rhumatisme déformant et un syndrome ancien de Basedow pour conclure à la nature thyroïdienne du rhumatisme. Il faut la preuve thérapeutique.

Congrès d'histoire de la médecine. — M. LAIGNEL-LAVASTINE rappelle que le IIe Congrès d'histoire de la médecine, sous le haut patronage du ministre de l'Instruction publique et sur l'initiative de la Société française d'histoire de la médecine, présidé par les professeurs Jeanselme et Ménétrier, s'ouvrira le vendredi 1er juillet à la Faculté de médecine, à 9 heures, par l'inauguration du musée d'histoire de la médecine, et durera jusqu'au 6 juillet.

Du traitement opératoire des plaies de la région olécranienne (*présentation de malades*). — M. BOUVET pense que ces plaies réclament l'intervention chirurgicale précoce, à cause des complications septiques sérieuses et longues qui les accompagnent fréquemment : excision de la bourse séreuse olécranienne et suture primitive.

Pathogénie et traitement de l'obésité. — M. LECLERCQ pense que l'obésité, à la cinquantaine, résulte chez l'homme non d'un trouble de nutrition portant sur les graisses, mais d'un trouble métabolique des viandes prises en excès, ainsi que de la rétention des chlorures.

Traitement préventif du chancre syphilitique. — Rapport de M. FOUQUET et discussion du rapport.

Sur le diagnostic de la syphilis du poumon. — M. GASTOU continuant ses recherches sur les médiastinites, insiste sur la nécessité des examens radiologiques. Ceux-ci, en démontrant l'existence d'adénopathies trachéo-bronchiques hilaires ou d'adéno-cellulites médiastinales avec traînées scléreuses permettent de faire le diagnostic différentiel entre la tuberculose et la syphilis, de traiter et de guérir des altérations souvent graves dont l'origine était restée méconnue.

Examen radiologique de l'appendicite chronique (*projections*). — M. P. AIME montre les services que rend l'examen radiologique systématique dans tous les cas où les malades présentent des troubles dyspeptiques en rapport avec une appendicite chronique. C'est la meilleure façon de préciser la lésion et de localiser la situation de l'appendice avant l'intervention.

Radiumthérapie des fibromes utérins. — M. OPPERT confirme les excellents résultats hémostatiques obtenus par la curiethérapie dans les fibromes et métrites hémorragiques. La guérison des métrorragies, la régression partielle des fibromes sont obtenues en une séance de quarante-huit heures de durée et par une destruction totale de 30 milliaires moyens. Cette méthode rend de grands services dans les cas inopérables par anémie hémorragique, elle peut préparer à l'exérèse chirurgicale et paraît plus simple et plus efficace que la röntgenthérapie profonde,

La crise thermale. — M. ARMENGAUD montre qu'il existe une crise thermale qui doit être rattachée à un hyperfonctionnement des glandes endocrines.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 20 MAI 1921)

Polymastie. — M. CARRIEU présente quatre hommes atteints de glandes mammaires surnuméraires. Trois sont situées à gauche, une à droite et toutes au-dessous et en dedans des glandes normales ; elles sont peu développées.

Gale. — MM. GUEIT et PUECH présentent l'observation d'une petite malade de quatre ans et demi atteinte de gale profondément infectée, chez qui la guérison n'a pu être obtenue qu'après avoir institué la vaccinothérapie des manifestations, infections cutanées compliquant la gale.

Thromboses veineuses au cours d'une leucémie myéloïde. — Mlle M. GIRAUD. Observation d'une malade atteinte de leucémie myéloïde qui a fait une série d'oblitérations veineuses dont certaines ont paru prendre l'allure de véritables phlébites et qui ont guéri.

Il s'agit d'une femme de quarante-six ans qui a une rate énorme et dont le sang contient, avec 2 millions 770 globules rouges, 360.000 globules blancs comprenant p. 100, 46 polynucléaires, 41 myélocytes ; 8 mononucléaires, 2,5 formes de transition, et 2,5 hématies nucléées. Elle a fait successivement une oblitération de la veine saphène interne gauche avec douleur, cordon veineux volumineux, œdème ; puis, dans la veine saphène interne droite avec le même tableau ; enfin, d'une veine superficielle de la fesse qui est devenue aussi douloureuse, volumineuse et autour de laquelle est apparu un œdème notable. Toutes ces poussées d'apparence phlébitique ont apparu et évolué sans fièvre et sans aucun état général; chacune d'elles a duré environ trois semaines et disparu sans laisser de reliquat. Actuellement, la malade est dans un état précaire du fait de sa leucémie avancée, mais n'a pas eu, depuis plus de deux mois, de nouvelle thrombose.

L'auteur discute l'étiologie et l'évolution clinique de ce cas, montre que l'hypothèse de thromboses myéloïdes ayant oblitéré passagèrement des veines relativement importantes, explique seule complètement l'histoire de cette malade. Le nombre énorme de leucocytes du sang fait que celui-ci circule avec difficulté, et de cette difficulté résultent des stases leucocytiques à la faveur desquelles se produisent de véritables coagulations.

Evolution comparée de la formule cytologique et de la richesse bacillaire du liquide céphalo-rachidien, au cours d'une méningite tuberculeuse. — M. VEDEL, Mlle GIRAUD et M. GIRAUD. Le sens des réactions méningées dépend, non de la nature de l'agent agresseur, mais de l'intensité de la réaction antixénique qu'il provoque, la polynucléose exprimant les réactions puissantes, le lymphocytose, les réactions atténuées. Ces réactions sont, en général, hormis le cas de la carence antixénique, proportionnelles à l'intensité de l'agression.

Au cours d'une méningite tuberculeuse, les auteurs ont observé parallèlement et numériquement les variations du liquide céphalo-rachidien. Ils ont constaté la coïncidence dans le temps d'une baisse considérable du nombre des bacilles (comptés sur les lames après étalement du culot de centrifugation et d'après un grand nombre de champs) et de l'inversion de la formule leucocytaire qui, de polynucléaire est devenue leucocytaire.


LE PLUS
PUISSANT
DES
ANTISEPTIQUES
SUPEROL
HENRY RENAN
PHARMACIEN
33, Rue de Vaugirard
PARIS (VIe)
NI TOXIQUE
NI CAUSTIQUE
Henry Renan
Pharmacien
33 Rue de Vaugirard PARIS (VI)
TÉLÉPHONE : FLEURUS 23-01

Voici les résultats des quatre ponctions successives :

Leucocytes par millimètre cube...	49	212	200	200
Polynucléaires p. 100	70	69	74	37
Lymphocytes p. 100	30	31	26	63
Bacille de Koch pour 100 champs.	3	24	18	2
Albumine	3	3	4,5	4,5

Le passage à la lymphocytose rachidienne n'exprime d'ailleurs que l'atténuation du processus phagocytaire intraliquidien, en rapport avec la disparition des bacilles. Ces derniers ne sont points détruits, mais transportés dans l'épaisseur de la séreuse et du tissu nerveux où les coupes les ont montrés abondants.

Attitude pseudomyopathique (lordose et proéminence abdominale) d'origine névrosique. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et OLIVIER. Une femme de trente-six ans, ancienne spécifique et névropathe actuelle (crises nerveuses), a la phobie de la maternité; quelques troubles généraux d'ordre surtout vasculaire, quelques irrégularités menstruelles l'inquiètent. Elle observe son ventre, qui, effectivement, dessine une saillie de plus en plus visible.

Examinée au septième mois de ces accidents, elle ne présente ni gravidité, ni tumeur abdominale, mais une lordose marquée de la colonne lombaire, qui s'efface complètement en position assise ou couchée et se reproduit dans la position verticale. Il n'existe ni atrophie, ni atonie, ni parésie des extenseurs de la colonne, ni hypertonie des fléchisseurs. La colonne est saine, le liquide céphalo-rachidien normal.

Ni myopathie ni spondylite, mais seulement attitude psychique, que la psychothérapie a guérie. Dans sa crainte de constater une augmentation de volume de son abdomen, cette femme, inconsciemment, l'avait réalisée (au moins dans la station debout).

Un cas exceptionnel de tænias multiples. — MM. GALAVIELLE et CHRISTOL.

(SÉANCE DU 27 MAI 1921)

Absence congénitale du grand pectoral et du petit pectoral (*présentation d'un malade de 21 ans*). — MM. VINON et BERGÈS.

Du traitement des synovites à grains riziformes. Sur le traitement de la tuberculose des gaines synoviales. Le procédé du « ramonage ». — MM. ROUX et DELORD présentent une jeune malade atteinte de tuberculose des gaines synoviales à grains, à localisations multiples. Deux de ces lésions ont été traitées par la cautérisation profonde. Le résultat est médiocre, ces lésions sont peu modifiées. La troisième (gaine cubitale droite) fut traitée par le « ramonage », procédé du prof. Forgue, qui consiste dans un curage énergique de la gaine par une compresse créosotée (solution à 20 p. 100) passée sous le ligament annulaire antérieur respecté, à laquelle on imprime des mouvements énergiques de va et vient, suture sans drainage. Le résultat fut immédiat et parfait ; le procédé se recommande encore par sa simplicité et sa rapidité, et est supérieur à la synovectomie car il respecte le ligament annulaire antérieur du carpe.

Volumineux kyste de l'ovaire. Torsion de la portion isthmique de l'utérus. — MM. ROUX et DELORD.

Tuberculose bilatérale des capsules surrénales (*présentation de pièce*). — MM. VEDEL, G. GIRAUD et OLIVIER.

Mal de Pott dorsal supérieur sans pachyméningite ; paraplégie spasmotique. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et OLIVIER.

Mal de Pott dorsal pachyméningite supérieur sans paraplégie spasmotique. Absence de dissociation albuminocytologique. Autopsie. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et OLIVIER. C'est la relation d'une observation de paraplégie spastique avec impotence motrice absolue des membres inférieurs, exagération des réflexes tendineux, Babinski positif des deux côtés, désordres sphinctériens hypertoniques ; troubles de la sensibilité aux divers modes consistant dans une hypoesthésie globale de toute la partie inférieure du corps limitée au niveau du 4e espace intercostal par un plan horizontal au-dessus duquel la sensibilité est normale. Plicature rachidienne d'origine pottique au niveau de C VII et D I.

L'intérêt du cas rapporté consiste sur l'absence d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, a montré l'absence de pachyméningite compressive et la liberté de la circulation liquidienne dans les espaces sous-arachnoïdiens.

La paraplégie doit être mise sur le compte d'une élongation médullaire par plicature rachidienne.

Accidents pulmonaires pseudotuberculeux au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. DUCAMP, CARRIEU et ROUME. Trois semaines après le début d'une typhoïde typique, une malade présente une bronchopneumonie qui évolue vers la formation d'une caverne à la base gauche. Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. Guérison en un mois, absolue.

Ce syndrome se rapproche de celui que Lemière et Deschamp viennent de publier dans la *Presse médicale* (11 mai 1921).

LIVRES NOUVEAUX

Précis de bactériologie (*), par les Drs DOPTER et SACQUÉPÉE, professeurs à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Il est aujourd'hui impossible à l'étudiant aussi bien qu'au médecin de se passer des notions acquises dans le domaine de la bactériologie. Mais il ne suffit pas de savoir que tel microbe est la cause de telle maladie, il faut encore connaître le moyen de la déceler pour préciser le diagnostic. Or, cette recherche se fait de façon différente suivant la variété du germe en question, suivant l'époque de la maladie. Ces questions sont plus que jamais à l'ordre du jour, le laboratoire ayant permis de déceler certaines infections dans leurs formes frustes ou anormales et de leur opposer le traitement opportun et actif.

Elles avaient déjà été traitées dans la première édition de ce précis qui a rendu de grands services dans tous les laboratoires d'armée pendant la guerre. MM. Dopter et Sacquépée ont dû répartir en deux volumes, le texte de la deuxième édition, ce qui se comprend aisément, en raison des nombreux travaux parus ces temps derniers sur des maladies telles que le paludisme, la dysenterie, la spirochétose ictérohémorragique, la typhoïde, les streptococcies et pneumococcies. Ces chapitres ont donc été plus développés, ornés de précieuses et claires figures en noir ou en couleurs. Les auteurs les ont mis tout à fait au point, avec leur compétence si connue, en faisant profiter le lecteur de leur grande expérience personnelle.

On trouvera dans ce précis non seulement les éléments nécessaires à toutes les techniques de laboratoire, générales ou spéciales, mais encore tous les renseignements indispensables permettant de connaître la vie et les caractères de chaque germe. Chacun de ces chapitres particuliers est envisagé aussi bien du point de vue séméiologique que des points de vue diagnostique et thérapeutique ; c'est ainsi que la vaccination et la sérothérapie correspondant à tel ou tel microbe y sont résumées en quelques lignes, d'un grand intérêt.

P. PRUVOST.

ERRATUM. — N° 45, p. 716, 2e col., la note du livre de M. L. Pron (*Les Maladies de l'intestin et leur traitement en clientèle*) doit être rectifiée ainsi :

(1) In-8, 1921, 316 pages, 12 figures, 1 planche hors texte. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

(*) 2e édit., 1921, 2 vol. petit in-8, 1.100 pages avec 389 fig. — Prix ensemble : 55 fr. — Tome I : *Technique générale et technique spéciale*. Prix : 25 fr. — Tome II : *Technique spéciale*. Prix : 30 fr. — Paris, J.-B. Baillère et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 9 juin. — MM. Dumont, 17, 45; Favry, 18; Gautier, 17; Brodin, 18.

Liste des candidats admis à subir la deuxième épreuve de nomination :

MM. Gougerot, 19, 90; Troisier, 19, 81; Milhit, 19, 63; Nathan, 19, 54; Flandin, 19, 45; Salomon, 19, 27; Tinel, 19, 18; Bloch (Marcel), Heuyer et Jacquet, 19; Lévy-Valensi, Pruvost, Huber et Leblanc, 18, 45; Weil (M.-P.), 18.

Epreuve clinique. — Séance du 10 juin. — MM. Weil (M.-P.), 19, 54; Salomon, 19; Flandin, 18, 90.

Séance du 11 juin. — MM. Troisier, Bloch (Marcel) et Jacquet, 19.

— Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 5 juillet 1921, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Service du personnel de l'administration (bureau du personnel médical), de 14 heures à 17 heures, du lundi 13 juin 1921 au mercredi 22 juin inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — A la suite du concours qui vient de se terminer, MM. les Drs Fernand Petit et Maurice Périot ont été nommés médecins adjoints des hôpitaux.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Classement :

MM. Renaudier et Weill, 57; Langlois, 54; Vallée et Brétignier, 53; Deglaive, 52; Delotte et Leroy, 51; Depardieu et Couanet, 50; Regnault, 49; Francq, 46; Haguet, 45; Mme Godet et M. Savatier, 43.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — Admissibles :

MM. Bloch, 45; Boppe et de Gaudart d'Allaines, 44; Quénu, 41; Monod et Caudrelier, 40; Sénèque, 39; Fey, 38.

Physiologie. — Séance du 9 juin. — MM. Caudrelier, 10; Fey, 15; Quénu, 17; Sénèque, 16; de Gaudart d'Allaines et Boppe, 18; Monod, 16; Bloch, 18.

Chirurgie. — Séance du 11 juin. — MM. Bloch, 19; Sénèque et Monod, 17; Boppe, 18; de Gaudart d'Allaines, 17; Caudrelier, 15; Quénu, 17.

— AVIS AUX ÉTUDIANTS. — MM. les étudiants sont informés que MM. les professeurs dont les noms suivent se tiendront à leur disposition pour les guider et les conseiller en ce qui concerne leurs études, aux lieux et jours suivants :

M. Achard, de 13 h. 30 à 14 h., les lundis et vendredis, 37, rue Galilée (XVIe arr.); M. Balthazard, à 16 h., le mercredi, au laboratoire de médecine légale (école pratique); M. Bar, à 13 h., le mercredi, 122, rue La Boëtie; M. Bezançon, à 14 h. 30, le jeudi, au laboratoire de bactériologie; M. Aug. Broca, à 11 h. 1/4, le vendredi, à l'hôpital des Enfants-Malades, à l'issue de sa leçon; M. Chauffard, à 9 h., le lundi, à son cabinet, à l'hôpital Saint-Antoine; M. Couvelaire, à 15 h., le mercredi, à la clinique Baudelocque; M. de Lapersonne, à 11 h. 30, le vendredi, à l'amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu; M. J.-L. Faure, à 17 h. 30, les mardis et vendredis, 10, rue de Seine; M. Lejars, à 9 h., les lundis et mercredis, et à 11 h. le samedi, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine; M. Nicolas, de 16 à 17 h., les mardis, jeudis et samedis, au laboratoire d'anatomie; M. Pouchet, à 17 h., les mercredis et vendredis, au laboratoire de pharmacologie; M. Sebileau, de 11 à 12 h., le jeudi, à la clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière; M. Gilbert, dans l'après-midi sur demande, les lundis, mercredis et vendredis; M. Teissier, de 9 h. 1/2 à 11 h., le lundi, à l'hôpital Claude-Bernard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Des concours pour les places de chef de clinique chirurgicale, médicale, chirurgicale infantile et orthopédie, et des maladies des enfants seront ouverts : le lundi 18 juillet 1921, pour les places de chef de clinique chirurgicale et chef de clinique médicale; le jeudi 21 juillet 1921, pour les places de chef de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, et chef de clinique des maladies des enfants. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, jusqu'au mardi 12 juillet, à 16 heures. En se faisant inscrire les candidats déposeront : leur diplôme de docteur, leur acte de naissance et la notice de leurs titres et travaux scientifiques.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. Antoine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er avril au 31 juillet 1921 (durée du congé accordé à M. Thibault), d'un cours de clinique médicale.

— M. Maurice Fresnais a été nommé secrétaire de l'Ecole de médecine, en remplacement de M. Bloyard, décédé.

— CAEN. — M. Lambert, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— GRENOBLE. — M. Lestra, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1921, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— MARSEILLE. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1921-1922, des cours ci-après désignés :

MM. Audibert, pathologie générale; Brun (Marcel), clinique chirurgicale infantile; Cassoute, hygiène des maladies de la première enfance; Jacob de Cordemoy, histoire naturelle coloniale; Costa, bactériologie; Cousin, anatomie topographique; Moitessier, chimie biologique; Raybaud, hygiène et pathologie exotiques.

— Un concours pour un emploi de chef de clinique exotique s'ouvrira à l'Ecole de médecine de Marseille le lundi 18 juillet 1921.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole huit jours francs avant l'ouverture du concours.

Le candidat élu est nommé pour deux ans, à partir du 1er novembre 1921, et reçoit un traitement annuel de 2.400 fr.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier*. — M. le Dr Bichet (du Creusot).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — La médaille d'or pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le Dr Perrion, médecin inspecteur du service de la protection des enfants du premier âge de la Loire-Inférieure.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 29 juin 1921, au Cercle militaire, à 20 heures 30.

La conférence sera faite sur le sujet suivant :

« L'épidémiologie en campagne », par M. le médecin principal Dopter, professeur au Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical à 19 heures précises (tenue civile, prix : 16 fr.).

Prière de renvoyer son adhésion au secrétaire général avant le 15 juin, avec le nom et l'adresse très lisibles, si l'on veut être assuré d'un couvert.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET DE PORTS (53, avenue Trudaine, Paris). — Dans sa dernière séance, la Société a étudié le rôle du médecin dans les Sociétés de sport.

M. Diffre expose ce qui a été fait au Racing Club de Roubaix pour assurer la surveillance médicale et des sujets et des épreuves. Il montre comment les dirigeants de ce club ont été amenés à comprendre la nécessité d'une telle organisation et comment celle-ci a été réalisée.

Une discussion s'engage ensuite, d'abord sur la limitation exacte au point de vue déontologique, du rôle du médecin dans le sport, puis sur l'établissement d'un plan d'études précis au sujet de la culture physique des jeunes gens et de leur participation aux épreuves sportives.

Enfin Mme Houdré présente un spiromètre simplifié et la prochaine séance est fixée au lundi 13 juin.

ERRATUM. — N° 43, p. 678, 2e col., 5e alinéa, 5e ligne, au lieu de : leurs sécrétions *en dépôt* n'aident plus à la phagocytose, lire : leurs sécrétions *en défaut*, etc.

CONGRÈS

XXXe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (STRASBOURG, 3-5 octobre 1921, au Palais de l'Université). — *Lundi 3 octobre*. — A 9 h. 1/2 : Séance d'ouverture du Congrès. Discours de M. le prof. Jules Bœckel, président du Congrès; rapport de M. J.-L. Faure, secrétaire général; à 14 h. : Remise de la médaille offerte par souscription au prof. Jules Bœckel; à 14 h. 1/2 : Question mise à l'ordre du jour : « Traitement de l'épilepsie consécutive aux traumatismes craniens »; rapporteurs : MM. Billet (armée) et C. Lenormant (de Paris); à 21 h. : Réception officielle.

Mardi 4 octobre. — A 9 h. 1/2 : Visite de l'hôpital; à 14 h. : Question mise à l'ordre du jour : « Séro et vaccinothérapie dans les affections ostéo-articulaires »; rapporteurs : MM. Delrez (de Liège) et R. Grégoire (de Paris); à 19 h. : Banquet par souscription (à l'Hôtel de la Ville de Paris).

Mercredi 5 octobre. — A 9 h. 1/2 : Communications individuelles; à 14 h. : Assemblée générale des membres du Congrès; à 15 h. : Question mise à l'ordre du jour : « Résultats éloignés du traitement du cancer du sein »; rapporteurs : MM. Forgue (de Montpellier) et C. Walther (de Paris).

Jeudi 6 octobre. — Visite de la ville, excursions diverses.

Un comité de dames fonctionnera pendant le Congrès.

Le Congrès se tiendra au Palais de l'Université.

Une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale et d'objets de pansements sera installée dans le grand hall du rez-de-chaussée du Palais de l'Université.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (Bruxelles, 15-20 juillet). — Ce congrès se tiendra à Bruxelles du 15 au 20 juillet prochain.

Les questions à l'ordre du jour :

1° Organisation générale du Service de santé aux Armées, et rapports du Service de Santé militaire avec la Croix-Rouge.

2° Etude clinique et thérapeutique des gaz de combat employés pendant la guerre par les Empires Centraux, les séquelles de leur action sur l'organisme et leur influence sur les invalidités.

3° Lutte antituberculeuse et antivénérienne à l'armée.

4° Les enseignements de la guerre dans le traitement des fractures des membres.

5° Epuration des eaux en campagne.

Les rapports et communications pour chacune de ces questions seront rédigés en français, anglais ou italien.

La cotisation est fixée à 25 fr. belges.

Le président du Comité d'organisation est le Dr Wibin, inspecteur général du Service de santé de l'armée;

Les vice-présidents sont les Drs Depage, Nolf, Willems et Derache.

RENSEIGNEMENTS

572. — **A LOUER DE SUITE**, rez-de-chaussée 3 grandes pièces avec jardin pour clinique. — S'adresser 15, rue Calmels (XVIIIe).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SYNDROMES DOULOUREUX DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE ET DU FLANC DROIT

ACCOLEMENT DU CÆCO-COLON DROIT EN CANONS DE FUSIL (1)

Par M. Edouard ANTOINE,
Assistant de consultation spéciale à l'hôpital Saint-Antoine (service du Dr Bensaude).

Parmi les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite qui simulent ou s'ajoutent à l'appendicite chronique, une place doit être réservée à l'accolement « en canons de fusil » de l'angle colique droit.

Chez certains sujets, l'angle colique droit peut devenir très aigu, jusqu'à être entièrement fermé comme un compas dans sa boîte. Les deux branches du côlon droit sont alors au contact l'une de l'autre et parallèles. Des adhérences plus ou moins solidement organisées peuvent, dans certains cas, réunir le cæco ascendant au segment droit du transverse; ces adhérences exagèrent la fixation de l'angle droit, dont les deux branches s'accolent alors en canons de fusil (Haller, Isaacs).

Cette disposition anatomique s'observe assez fréquemment, aussi bien chez la femme que chez l'homme. Elle peut donner lieu, dans les cas où les lésions anatomiques sont très accentuées, à des troubles douloureux dans le flanc droit et à des troubles mécaniques (retard dans le transit intestinal). Il va de soi que ces troubles sont d'autant plus accentués que le degré et l'ancienneté des lésions anatomiques sont plus marqués.

I. Etude anatomique et radiologique. — L'examen radioscopique du malade peut être fait par deux procédés :

1° Le *lavement opaque* qui est de pratique facile, et qui montre le contour et le trajet du gros intestin. Cependant, c'est un procédé insuffisant et qui ne donne aucun renseignement sur le fonctionnement du gros intestin et la durée du transit.

2° L'étude du transit intestinal peut être pratiquée par le procédé des trois repas, tel qu'il est pratiqué dans le service du Dr Enriquez. Trois repas sont donnés au malade la veille de l'examen, dix-sept heures, treize heures et neuf heures avant cet examen. On peut suivre ensuite dans la journée, par plusieurs examens, la marche de la *tête de la colonne opaque*, mais aussi la marche de la *queue de cette colonne*. Si l'on compare le repas opaque à un train, on peut donc dire qu'il est aussi utile de préciser la marche de la locomotive que celle du fourgon de queue. Nulle part, on ne paraît s'intéresser à cette question, toutes les observations s'étant cantonnées à l'étude de la tête du repas, à la suite des travaux de Hertz.

Nous avons constaté que *chez l'individu normal*, le cæcum est vide complètement à partir *de la douzième à la quinzième heure*. Donc, on ne pourra affirmer une stase cæco-ascendante qu'autant qu'elle persistera au delà de quinze heures, et qu'elle ne sera conditionnée ni en amont par une lésion du grêle, ni en aval par une lésion du côlon descendant ou du rectum.

Dans plusieurs cas de canons de fusil observés, nous avons constaté que la tête de la colonne opaque marquait le pas à l'angle droit ou dans le premier tiers du transverse, plus de vingt heures après l'ingestion du repas. D'autre part, la queue de la colonne peut stagner dans le cæco-ascendant au delà de trente à trente-cinq heures; ce qui est tout à fait pathologique.

D'après les constatations anatomiques que l'on peut faire radiologiquement, nous avons pu distinguer trois types de canons de fusil du côlon droit, qui apparaissent nettement si l'on a soin d'examiner les malades successivement dans les positions debout et couchée.

A. Premier type. — *Canons de fusil spontanément réductibles en position couchée.* — En position debout, tout le côlon droit dans son ensemble apparaît ptosé dans la fosse iliaque droite; il semble plutôt, en réalité, que le gros intestin ait glissé de haut en bas, l'angle colique droit s'étant fermé; en effet, la moitié droite du transverse s'applique, étroitement et parallèlement, au cæco-ascendant et même le recouvre plus ou moins. De là, le transverse se dirige obliquement en écharpe, presque verticalement, vers l'angle splénique qui est à sa place normale.

Canons de fusil spontanément réductibles.



Fig. 1.

Mlle de B... — Canons de fusil droit et gauche réductibles spontanément. Petite stase iléale. Petit retard du transit. Cæcum bas, médian, dilaté, très peu mobile. (Position debout.)

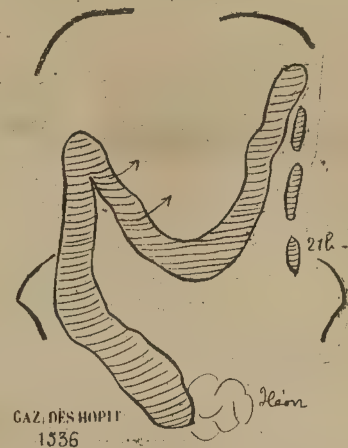


Fig. 2.

Mlle de B... en décubitus dorsal. Le cæcum remonte à peine. L'angle colique droit s'ouvre largement spontanément.

(1) Extrait d'une leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 23 avril 1921.

Quand on fait placer le malade en décubitus dorsal, sous l'écran radioscopique, le côlon droit remonte dans son ensemble ; l'*angle colique droit s'ouvre spontanément* et bien souvent jusqu'à 45°.

Nous avons vu parfois cette disposition anatomique du côlon droit associée dans certains cas à la ptose généralisée de Glénard.

B. Deuxième type. — *Canons de fusil non spontanément réductibles dans la position couchée, mais la palpation peut les séparer plus ou moins facilement.* — Dans un deuxième groupe de faits, en position debout, on observe la même disposition que dans le type précédent. Mais, quand le malade se met en décubitus dorsal, *les deux branches de l'angle colique droit ne s'écartent pas* et *le côlon ne se déplisse pas spontanément.* L'accolement en canon de fusil persiste. Toutefois, la palpation permet d'écarter les deux côlons et d'ouvrir plus ou moins parfaitement l'angle de Buy, qui tend d'ailleurs à se refermer dès que la pression cesse. Les adhérences qui peuvent exister entre les deux branches du côlon sont lâches et peu serrées. Cette manœuvre peut être plus ou moins douloureuse.

Le cæcum. qui affleure le pubis, peut rester fixé en position basse et ne pas remonter dans le décubitus dorsal.

Canons de fusil réductibles difficilement.



Fig. 3.

Obs. n° I (Mme T...). — Fausse appendicite. Canons de fusil typiques, mais réductibles par une palpation profonde seulement. (Position debout.)

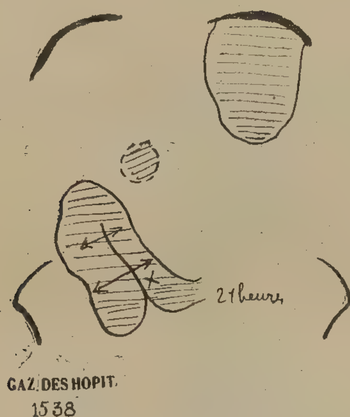


Fig. 4.

Obs. n° I (Mme T...). — Décubitus dorsal. Canons de fusil non spontanément réductibles. Retard marqué du transit intestinal. Les doubles flèches indiquent que la palpation peut écarter les deux branches du côlon.

C. Troisième type. — *Canons de fusil absolument irréductibles.* — Dans le troisième type qui est la forme complète et grave, le cæco-ascendant et la moitié droite du transverse restent étroitement unis l'un à l'autre dans les deux positions debout et couché ; il est absolument impossible, même par une palpation profonde, de les séparer l'un de l'autre. Cet accolement colique irréductible est dû à des adhérences serrées et s'étendent sur une longueur plus ou moins grande. D'autres fois, il s'agit d'une membrane de Jackson ou d'un épiploon enflammé enserrant l'angle colique droit. L'accolement peut s'étendre sur toute la longueur du bord interne du cæco-ascendant, ou bien se limiter au tiers supérieur ou aux deux tiers de ce bord.

Canons de fusil irréductibles.

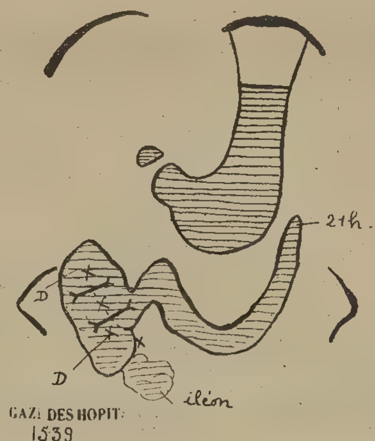
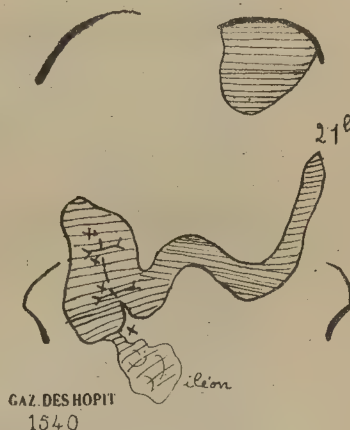


Fig. 5.

Obs. n° II (Mme Mar...). — Canons de fusil irréductibles. Petite stase iléale. Point douloureux appendiculaire. Nombreux points douloureux le long de la ligne d'accolement colique. (Position debout.)



XXX Points douloureux.

Fig. 6.

Obs. n° II (Mme Mar...). — (Position couchée.) Mobilité normale du cæcum. Retard du transit (21 h. à l'angle gauche).

Parfois, par une pression énergique, on peut ébaucher une dissociation des deux ombres coliques, qui paraissent séparées de quelques millimètres. Mais les deux ombres se rejoignent aussitôt que la pression a cessé. Il semble que dans ce cas, on chasse momentanément, *par écrasement*, la substance opaque de la lumière colique, sans toutefois écarter les parois mêmes de l'intestin solidement

fixées l'une à l'autre. Cette manœuvre est toujours *douloureuse.*

D. Quatrième type. — *Très rarement, on peut constater chez le même malade, un double canon de fusil irréductible : l'un au niveau de l'angle droit, l'autre au niveau de l'angle gauche du côlon.* — Les constatations radiologiques montrent dans ce cas deux lésions identiques au niveau des deux angles coliques droit et gauche. L'accolement du côlon est absolu et irréductible. Les troubles mécaniques qui en résultent en sont d'autant plus graves.

II. **Etude clinique.** — Les canons de fusil spontanément réductibles (type I) ne s'accompagnent en général d'aucun trouble fonctionnel. La constipation est cependant plus ou moins marquée chez ces individus, sans qu'elle s'accompagne pendant longtemps de troubles douloureux.

Déjà, les canons de fusil non spontanément réductibles constituent un degré plus grave (type II). La constipation est souvent plus marquée; un certain degré de pesanteur, de gêne dans la fosse iliaque droite indique déjà des lésions plus accentuées. Parfois, sans cause, ces malades présentent de temps à autre de petites débâcles diarrhéiques, sans gravité d'ailleurs.

Mais c'est surtout dans les canons de fusil absolument irréductibles (types III et IV) que les troubles douloureux et mécaniques sont au maximum.

Les troubles fonctionnels qui résultent de cette malformation du côlon droit (surtout dans les deux dernières variétés) consistent en *troubles douloureux de la fosse iliaque droite* et du flanc droit et *modification des selles.*

Les *troubles douloureux* sont, dans les cas légers, de la gêne, de la pesanteur dans la fosse iliaque droite pendant la station debout, la marche, la fatigue; parfois des tiraillements, du ballonnement cæcal. Les douleurs peuvent être assez aiguës pour s'accompagner de troubles gastriques réflexes : nausées, vomissements bilieux ou glaireux.

Suivant les cas, ces troubles sont plus ou moins accusés, mais existent toujours si on sait les chercher. Ils sont en général plus accentués pendant la marche et à la suite de surmenage physique. Dans la plupart des cas, il suffit que les malades se couchent en décubitus dorsal pour que les douleurs du flanc droit s'atténuent rapidement. On note alors souvent à ce niveau du gargouillement et des bruits musicaux.

Les *modifications des selles* sont fréquentes. Le plus souvent il s'agit au début de constipation : le malade ne va à la selle que tous les deux ou trois jours. Puis à la longue et à la suite de crises douloureuses, il survient des débâcles diarrhéiques pendant un jour ou deux. Ces modifications des selles peuvent entraîner à la longue un certain degré d'entéro-colite, de la stase cæcale avec dilatation du cæcum, des phénomènes de résorption toxi-infectieuse qui retentissent assez rapidement sur l'état général.

L'*examen physique* ne révèle rien en période de calme. Mais au moment des crises douloureuses, on peut percevoir un cæcum volumineux, ballonné, tendu, gargouillant. La palpation et le massage de la région amènent la progression des matières qui remplissent le cæco-ascendant : des gargouillements se produisent, le cæcum s'affaisse et la douleur disparaît.

Les deux observations suivantes montrent bien les troubles mécaniques, secondaires à l'accolement en canons de fusil du côlon gauche.

Observation I. — *Crises douloureuses pseudo-appendiculaires. Côlon droit en canons de fusil réductible seulement par la palpation en position couchée.* — Mme T..., trente-quatre ans, souffre depuis deux ans de crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. De temps à autre, à la suite d'écarts de régime, elle est prise brusquement la nuit d'une crampe douloureuse dans la région ombilicale, irradiant dans le flanc droit. Il survient en même temps trois ou quatre vomissements bilieux; il n'y a jamais de fièvre et les troubles douloureux disparaissent en quatre ou cinq heures par l'application de cataplasmes laudanisés. Avant la crise, la malade se sent nerveuse, mal à l'aise; souvent elle a de la diarrhée et fait trois à quatre selles très liquides. Cette diarrhée se continue parfois pendant la crise. Enfin la crise douloureuse se termine par une émission abondante de gaz.

En dehors de ces paroxysmes douloureux, la malade n'a aucun trouble sérieux : elle ne peut dormir sur le côté droit et se sent très nerveuse. L'examen physique est négatif; l'abdomen est mou; il y a un amaigrissement très marqué. La constipation est habituelle.

L'*examen radiologique* (fig. 3 et 4) montre un retard dans le transit : la tête de colonne opaque n'a atteint la partie moyenne du transverse que vingt-deux heures après l'ingestion du repas. On trouve un côlon droit en canons de fusil typique, non réduc- tible spontanément dans la position couchée, mais réductible toutefois par une pression suffisante. Le cœcum est dilaté, élargi, peu mobile.

Obs. II. — *Canons de fusil droit absolument irréductible. Appendicite chronique concomitante.* — Mme M..., vingt-neuf ans, nous a été envoyée par le Dr Blandamour; cette malade à la suite d'une troisième grossesse, a été prise il y a sept mois de crises d'entérite avec fièvre. Depuis l'accouchement, il persiste des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Ces douleurs (sensation de coups d'épingles, de ballonnement et de gonflement dans la fosse iliaque droite et le flanc droit) surviennent à seize heures. La malade a remarqué des gargouillements bruyants et des bruits musicaux à la suite. En général, la crise douloureuse se calme facilement par la position couchée. En réalité, cette malade nous dit n'être tout à fait bien portante que couchée dans son lit.

Il y a quinze jours elle est prise d'une crise douloureuse plus marquée. Les picotements dans tout le côté droit sont plus vifs, et durent deux ou trois jours. Depuis, elle a fréquemment des vomissements de bile ou d'aliments le matin à jeun ou dans la journée.

Les selles sont irrégulières : tantôt il y a une constipation légère (2 à 3 jours sans selles); tantôt il survient une petite crise de diarrhée; mais elle n'a jamais constaté de glaires ni de sang.

A l'examen, on trouve un côlon droit spasmé, indolore et dans la fosse iliaque droite un cæcum tendu, gonflé, volumineux et un point douloureux net dans la région de Mac Burney.

L'état général est touché : fébricule le soir : 38°. Amaigrissement de 7 kilos en deux à trois semaines; migraines fréquentes.

L'examen du sang donne les renseignements suivants :

Hémoglobine		85 %
Globules blancs		10.794
Polynucléaires		77 %
Eosinophiles		0
Grands monos	9	23 %
Moyens monos	9	
Lymphocytes	5	

Cette réaction à polynucléaires traduit la crise récente d'appendicite.

L'*examen radiologique* montre un canon de fusil droit irréductible, un retard très marqué du transit intestinal et un point appendiculaire très douloureux (fig. 5 et 6).

Cette malade est donc atteinte de troubles douloureux, d'ordre mécanique de la fosse iliaque droite : des troubles paraissent dus à l'accolement irréductible en canons de fusil du cæco-côlon droit.

Il est difficile de préciser si l'appendicite est primitive ou secondaire à cette lésion. L'opération, pratiquée par M. de Martel, montre une grande mobilité cæco-colique droite et l'existence d'une bride épiploïque qui maintenait le canon de fusil. Section de cette bride et appendicectomie.

Le **traitement** de ces lésions varie avec le degré des lésions :

Dans les *formes réductibles* des canons de fusil droit, on luttera contre la stase cæco-ascendante par du massage, de l'hydrothérapie, du repos en décubitus dorsal ou ventral, par l'emploi habituel d'huile de paraffine ou d'infusion de follicules de séné. Dans le régime, on évitera l'usage des aliments fermentés ou de conserve, gibier, charcuterie et aussi l'emploi trop fréquent des légumineuses (pois, flageolets, haricots, lentilles). Le port d'une sangle abdominale sera toujours utile avec des exercices de gymnastique régulièrement pratiqués.

Dans les *formes irréductibles*, le traitement médical a peu d'action, on doit avoir recours bien souvent à l'opération. Le traitement chirurgical doit avoir pour but de sectionner les brides, de réséquer l'épiploïte, d'enlever la membrane de Jackson ou toute autre formation anormale qui maintient le côlon dans une position anormale, et par suite à détruire l'accolement en canons de fusil.

Les suites opératoires sont très bonnes, si l'on a soin de soumettre ultérieurement le malade au traitement médical pour compléter la cure chirurgicale.

UN CAS D'ICTÈRE

AU COURS D'UN TRAITEMENT PROLONGÉ PAR LES ARSENOBENZOLS

Par le Dr M. LECONTE,

Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

La question de l'origine des ictères postarsenobenzoliques demeure ouverte : si, en effet, pour certains auteurs, tout ictère survenant chez un syphilitique traité par un arsenobenzol traduit une hépato-rechute et impose un traitement spécifique « renforcé », pour la majorité des auteurs, plus éclectiques, cette opinion, vraie dans certains cas, est fausse dans nombre d'autres où il s'agit simplement d'accidents toxiques.

L'observation suivante, que nous avons eu l'occasion de recueillir dans le service du Dr Lion, que nous avions l'honneur de remplacer, nous a paru offrir quelque intérêt en raison des conditions dans lesquelles est survenu l'ictère : nous y reviendrons après avoir résumé l'histoire de ce malade.

C..., âgé de 39 ans, entre le 10 août 1920, salle Laënnec, pour un ictère apparu depuis une douzaine de jours.

Notons dans les antécédents deux crises de rhumatisme articulaire aigu (en 1915 et 1918) qui ont laissé une insuffisance mitrale dont le malade n'éprouve, du reste, qu'une gêne minime.

En septembre 1919, le malade contracte la syphilis; il se soigne d'abord pendant trois mois « par des comprimés de mercure et d'iodure », et, le 5 janvier 1920, commence un traitement intensif, arsenical et mercuriel, qu'il poursuivra régulièrement pendant sept mois, comme on peut le voir par le résumé suivant :

Janvier : 4 injections de novarsenobenzol, $0^{g}15$, $0^{g}25$, $0^{g}30$, $0^{g}40$; 8 injections de cyanure de mercure.

Février : 4 injections de novarsenobenzol, $0^{g}45$, $0^{g}45$, $0^{g}60$, $0^{g}60$; 8 injections de cyanure.

Mars : 4 injections de novarsenobenzol, $0^{g}60$, $0^{g}60$, $0^{g}75$, $0^{g}75$; 8 injections de cyanure; 2 injections de calomel.

Avril : 5 injections de novarsenobenzol, $0^{g}75$, $0^{g}75$, $0^{g}75$, $0^{g}75$, $0^{g}15$; 4 injections de calomel- 4 injections de benzoate.

Mai : 4 injections de novarsenobenzol, $0^{g}25$, $0^{g}30$, $0^{g}40$, $0^{g}45$; 9 injections de benzoate.

Juin : 3 injections de novarsenobenzol, $0^{g}60$, $0^{g}75$, $0^{g}75$; 2 injections de 606, $0^{g}15$, $0^{g}25$; 7 injections de benzoate.

Juillet : 5 injections de 606, $0^{g}30$, $0^{g}35$, $0^{g}40$, $0^{g}45$, $0^{g}45$.

2 août : 1 injection de 606, $0^{g}50$.

Vers le 20 juillet, apparaissent des troubles digestifs : constipation, nausées, bouche sèche, haleine fétide. Le 26, ces phénomènes s'accentuent et s'accompagnent de douleurs épigastriques, de vomissements alimentaires et bilieux, il y aurait même eu une hématémèse (?) et des selles diarrhéiques foncées, « noires ». En même temps, asthénie générale marquée et apparition d'un léger ictère qui augmente brusquement le 2 août.

A l'entrée du malade, ictère franc; langue blanche, haleine fétide; région épigastrique douloureuse à la palpation, ainsi que le foie qui déborde les fausses côtes d'un travers de doigt; selles pâteuses, de coloration foncée. Cœur régulier à 76; souffle systolique d'insuffisance mitrale. Réflexes rotuliens faibles, achilléens et pupillaires normaux. Urines rares, foncées; réaction de Gmelin fortement positive. Pas de prurit. Température normale. Traitement : régime lacté; goutte à goutte sucré urotropiné à partir du 12 août.

13 août : diarrhée abondante, 12 selles. Pouls, 80. Tension artérielle, 13,5-10.

14 août : selles moins liquides et moins nombreuses; langue moins blanche; diminution de l'asthénie.

16 août : l'ictère s'éclaircit; réaction de Hay négative; réaction de Gmelin douteuse.

17 août : urines claires plus abondantes (2 litres 1/2); réaction de Gmelin négative; réflexes rotuliens toujours très faibles; pouls, 64. Dosage de l'urée urinaire, $14^{g}86$ par litre.

18 août : l'ictère a notablement diminué; urée sanguine, 0,459. Régime : lait, pâtes, purées.

20 août : grosse amélioration générale; l'ictère a presque disparu. Suppression du goutte à goutte quotidien.

24 août : pouls, 80; réflexes rotuliens plus forts qu'au début. Régime normal.

Le malade sort le 27 août.

En résumé, ictère survenu chez un syphilitique au *onzième mois de l'infection*, au *huitième mois* d'un traitement mixte *régulier* et *énergique*. Si nous insistons sur ce point c'est que M. Milian a, à plusieurs reprises, incriminé, comme cause de l'hépato-récidive, l'insuffisance du traitement, soit comme doses, soit comme nombre d'injections, soit que celles-ci fussent faites à des intervalles irréguliers.

Ici rien de pareil : le traitement a été suivi très régulièrement, comme en fait foi la fiche du malade tenue à jour dans les deux services où il fut soigné successivement. Quant aux doses, la quantité totale d'arsenic représentée par ces 32 injections s'élève à $15^{g}40$, chiffre qu'il serait difficile de juger insuffisant. (Rappelons que M. Sicard a rapporté des cas d'ictères survenus après des traitements de 10 et 12 grammes.)

Une dose totale trop forte d'arsenic et la prolongation excessive, sans interruption, du traitement nous paraissent donc avoir été les facteurs essentiels de l'ictère de notre malade : il s'agirait ainsi d'un ictère toxique, indépendant de toute reviviscence d'une infection syphilitique dont aucune manifestation n'a, du reste, traduit le réveil lors de l'apparition de l'ictère; la rapide disparition des accidents par le goutte à goutte préconisé par M. P.-E. Weil semble bien confirmer cette impression.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JUIN 1921)

Foie, plasma sanguin et sucre protéidique. — MM. H. BIERRY et F. RATHERY montrent que le plasma sanguin subit dans le foie un remaniement qualitatif et quantitatif et qu'il se fait, en particulier dans cet organe, une libération de sucre aux dépens des protéiques plasmatiques. Etant donnée la circulation intense qui se fait à travers le foie (des centaines de litres de sang par 24 heures), cette mise en liberté de sucre doit avoir un grand retentissement pour l'organisme.

Il y a là, croient les auteurs, une fonction importante du foie qui n'avait pas encore été signalée.

Tapis roulant pour l'étude de la marche et du travail. — M. J. P. LANGLOIS a installé un tapis roulant qui est un perfectionnement de l'appareil établi par Bénédict dans le laboratoire de Washington et permet de précieuses observations.

Hémoprévention et hémovaccination anti-aphteuses. — MM. H. VALLÉE et CARRÉ exposent les résultats de la méthode qu'ils étudient depuis de longues années. Il en résulte que l'hémoprévention et l'hémovaccination confèrent l'immunité aux animaux traités. Des expériences en cours établiront la durée de l'immunité ainsi conférée, sa valeur au regard des virus aphteux de races ou d'activités diverses, et s'il convient de donner la préférence à l'inoculation simultanée du sang d'animaux guéris et du virus, ou aux inoculations successives de l'un et de l'autre.

La chronaxie dans la dégénérescence Wallérienne neuromusculaire chez l'homme. — M. Georges BOURGUIGNON. Le muscle en dégénérescence totale est *homogène*, composé exclusivement de fibres lentes.

La contraction restée vive a une chronaxie ne dépassant jamais quinze fois la valeur normale. C'est ce qu'on trouve aussi bien dans le début de la dégénérescence que dans les atrophies réflexes.

Le galvanotonus a une chronaxie comprise entre quinze fois la normale et moins de $0^s,01$; elle oscille en général entre $0^s,001$ et $0^s,008$. La contraction lente a une chronaxie comprise entre $0^s,01$ et $0^s,07$.

Le muscle en dégénérescence partielle est *hétérogène*. Il n'a pas une chronaxie, mais au moins deux chronaxies, et est composé d'un mélange de fibres vives et de fibres lentes.

Le mécanisme biologique des plongeurs. — M. THOORIS. L'homme capable de séjourner sous l'eau n'immobilise que très peu de temps son appareil respiratoire, et le thorax reprend les mêmes mouvements qu'à l'air libre. Pour éviter l'introduction de liquide dans la trachée à l'inspiration, l'otarie a la faculté de fermer ses narines comme un sphincter. Faute de cette faculté, l'homme substitue à la fermeture antérieure du nez, la fermeture postérieure par la constriction du voile du palais. L'inspiration s'exécute pour ainsi dire en vase clos. Quant à l'expiration, elle nécessite un échappement d'air effectif mais économique. Le plongeur y parvient automatiquement par un mouvement de déglutition qui permet de réduire au minimum l'expulsion périodique d'air résiduel.

L'étude graphique et radioscopique faite par le Dr Thooris lui a permis de mettre au point une méthode d'enseignement théorique et pratique du procédé biologique usité instinctivement par les champions du séjour sous l'eau.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 MAI 1921)

Syndrome hémialgique pur d'origine thalamique chez un lacunaire. — MM. LHERMITTE et FUMET, présentent un malade n'ayant pour tout symptôme que la survenance de douleurs et de paresthésies du côté gauche, apparues brusquement mais sans ictus. Contrairement aux cas du syndrome thalamique de Déjerine et Roussy, il n'existe pas de modifications importantes de la sensibilité objective. Les troubles moteurs font défaut, mise à part une légère diminution de la force du côté gauche et une ébauche de marche à petits pas.

Il s'agit donc d'un syndrome thalamique réduit à sa plus simple expression, et qui témoigne de la dissociation possible de la sensibilité douloureuse d'avec tous les autres modes de la sensibilité.

Sur une forme de dysarthrie paraissant liée à une lésion du corps strié. — M. BABINSKI montre un malade atteint d'une dysarthrie surtout marquée quand le sujet est obligé de réfléchir pour répondre à une question : les muscles de la face, les peauciers, les muscles de la nuque se contractent alors énergiquement, les yeux se ferment, la tête se renverse en arrière, les deux arcades dentaires s'écartent l'une de l'autre, le sujet semble faire un effort violent, l'inspiration est saccadée et l'émission des sons qui ne commence qu'après un stade de préparation assez long, se fait avec lenteur, d'une manière souvent inintelligible. La dysarthrie est plus ou moins prononcée, suivant les sons à émettre : l'articulation des labiales est plus difficile.

Les efforts d'articulation s'accompagnent ordinairement de mouvements spasmodiques des membres supérieurs et inférieurs, principalement à droite ; certains de ces mouvements rappellent ceux qu'on observe dans l'athétose. Cette affection qui a débuté il y a sept ans, et paraît stationnaire depuis trois ans, est vraisemblablement liée à une lésion du corps strié. Il est à remarquer que dans tous les actes autres que la parole, la langue, les muscles des lèvres, du pharynx, du larynx, etc., fonctionnent à peu près normalement.

Il s'agit donc d'un spasme musculaire apparaissant exclusivement dans l'exercice d'une seule fonction. C'est donc un trouble comparable aux autres spasmes fonctionnels, comme la crampe des écrivains.

D'ailleurs, ce malade présente aussi une crampe de ce genre : il écrit avec beaucoup de difficultés, tandis qu'il se sert très facilement de ses propres mains dans l'exercice de sa profession de charpentier,

Il est permis de se demander si la crampe des écrivains vulgaire ne serait pas liée également à une perturbation du corps strié. Il y a lieu de se rappeler à ce propos la coïncidence assez fréquente de la crampe des écrivains avec le torticolis spasmodique qui, conformément à l'hypothèse émise autrefois par l'auteur, est probablement due à une altération des noyaux centraux.

Torticolis spasmodique. — M. BABINSKI présente une malade dont il a publié autrefois l'observation, et à laquelle il a fait faire, il y a quatorze ans, pour un torticolis très marqué, ayant les caractères classiques du torticolis dit mental, une section de la branche externe du spinal. Cette intervention a été suivie d'une guérison, pour ainsi dire complète, qui se maintient intégralement.

Syndrome parkinsonnien à la suite d'une encéphalite léthargique chez un enfant de dix ans. — M. BABINSKI présente ce malade en faisant ressortir l'action remarquable obtenue dans ce cas par la scopolamine. Une injection sous cutanée de ce médicament a atténué très notablement la raideur musculaire, l'aspect figé, et l'amélioration se maintient encore quatre jours après l'injection.

(SÉANCE DU 2 JUIN 1921)

Forme céphalique de la maladie de Parkinson avec tachyphémie. Troubles oculaires et sympathiques. — MM. Henri CLAUDE et DUPUY-DUTEMPS. Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans, qui vint consulter pour un larmoiement persistant depuis un an et demi. Il n'existait aucune affection des voies lacrymales dont la perméabilité est normale. En l'absence de toute lésion de la voie pyramidale ou de l'appareil cérébelleux, ainsi que de tout autre signe de maladie de Parkinson (rigidité et soudure des muscles, tremblement), on constate seulement un aspect figé de la face sans aucune paralysie motrice des divers muscles, un écoulement abondant des larmes, un clignement rare des paupières, avec fixité du

regard généralement dirigé un peu en haut. Les mouvements de latéralité des yeux sont normaux, ainsi que le mouvement d'élévation. Le mouvement de convergence et d'abaissement des globes est également nul des deux côtés. Il n'y a ni diplopie, ni nystagmus. Le malade dont l'état psychique n'est pas modifié présente nettement la tachyphémie intermittente, décrite par Claude, et distincte du bégaiement. Ce phénomène observé déjà deux fois dans des syndromes parkinsonniens, consiste en répétition successive, plusieurs fois, d'une phrase ou d'un membre de phrase, ou en une accélération subite et passagère du débit dans la conversation ou le récit allant jusqu'au bredouillement inintelligible. Il semble que dans ce cas, les phénomènes d'hypertonie caractéristique du syndrome parkinsonnien, soient limités à la musculature de la face et des yeux, et s'accompagnent d'une hypersécrétion lacrymale, de nature sympathique puisqu'aucune cause d'irritation locale ou réflexe ne peut être invoquée.

Syndrome parkinsonnien consécutif à l'encéphalite léthargique. — Mme Athanassio Benisty.

Atrophie musculaire progressive due à une encéphalite léthargique et très améliorée par les injections prolongées d'urotropine. — M. Froment.

Sur un cas de syringomyélie à forme mutilante. — MM. A. Coyon, J. Lhermitte et F. Larrouy, rapportent le cas d'un malade de cinquante-six ans, chez lequel depuis douze ans, évoluent des troubles trophiques des doigts avec nécrose et exfoliation des phalanges et où la symptomatologie de la gliomatose demeure des plus frustes. Il n'existe, en effet, aucun trouble moteur, aucune perturbation de la réflectivité tendineuse et cutanée et les troubles de la sensibilité se limitent à une légère hypoalgésie du membre supérieur et de la face du côté droit. On relève, en outre, l'existence de troubles vaso-moteurs unilatéraux avec microsphygmie après l'épreuve du bain chaud. Cette syringomyélie presque monosymptomatique témoigne de la finesse de dissociation des fonctions spinales que peut atteindre le processus gliomateux. Contre cè dernier, les auteurs emploient la radiothérapie et montrent avec preuves anatomiques ce que l'on est en droit d'attendre d'un traitement radiothérapique intensif dans la syringomyélie.

La laminectomie dans la lumbarthrie chronique. — MM. Sicard et Forestier montrent les résultats thérapeutiques très favorables et qui paraissent définitifs de la laminectomie simple lombaire dans la lumbarthrie chronique. Quatre sujets immobilisés par leurs douleurs lombaires depuis des années ont pu reprendre leur vie active, après laminectomie pratiquée par Robineau. Au cours de l'opération, on a noté des adhérences de l'espace épidural postérieur avec brides, donnant au fourreau dure-mérien une apparence de renflements étagés. Cette opération, bien supportée, ne s'applique qu'aux cas d'arthrite simple localisée à la région lombaire, à chronicité prolongée, sans tendance extensive aux régions supérieures, et irréductible aux différents traitements médicaux.

Sympathectomie dans le syndrome asphyxique de Raynaud. — MM. Sicard et Forestier, présentent un cas de syndrome asphyxique des extrémités supérieures avec tendance sclérodermique, au cours duquel une sympathectomie péri-artérielle et une ablation du ganglion cervico-dorsal furent pratiquées. L'amélioration ne fut que partielle et transitoire. La récidive se reproduisit rapidement.

Chorée persistante à début brusque et à localisation monoplégique crurale. — MM. G. Roussy et L. Cornil présentent une malade atteinte de chorée localisée au membre inférieur gauche.

Les mouvements choréiques sont apparus brusquement, il y a deux ans, sans épisode fébrile permettant d'incriminer l'encéphalite épidémique.

Les auteurs insistent sur plusieurs points particuliers : tout d'abord l'exagération dans l'intensité des mouvements est provoquée par les diverses épreuves de recherche des syncinésies, et, en particulier, par l'épreuve de la parole récemment décrite par M. Babinski, chez certains hémiplégiques.

En second lieu, ils précisent les caractères de la dysmétrie transitoire et de l'hypotonie du côté atteint.

Enfin les auteurs, discutant la pathogénie de tels troubles croient devoir les rapporter, en raison de l'âge de la malade, du début brusque, de l'absence de régression et d'extension, à un foyer de ramollissement siégeant dans le striatum.

Hémiclonie chez une malade atteinte d'un syndrome parkinsonnien consécutif à une encéphalite épidémique. — MM. Krebs et Béthoux se sont attachés à dégager de l'aspect même et de l'allure des secousses myocloniques, des signes d'organicité : ils les trouvent dans l'absence de certaines synergies musculaires normales, dans la présence de synergies paradoxales, enfin dans les modifications que font subir aux myoclonies les différences d'attitudes du sujet.

Syndrome cérébelleux dissocié (déséquilibration), unilatéral. Paralysie du nerf moteur oculaire commun correspondant. Hémianesthésie croisée au cours d'un syndrome d'hypertension cérébrale. — MM. Forgue (de Montpellier) et J. Jumentié. Le malade dont les auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique, âgé de quarante-deux ans, avait en quelques mois présenté un syndrome d'hypertension cérébrale : baisse progressive de l'audition et de la vue avec stase papillaire intense, céphalées, vomissements, ralentissement du pouls.

Au quatrième mois de sa maladie, apparurent des troubles de la marche, qui était incertaine ; les jambes devaient être tenues écartées pour maintenir l'équilibre, le corps étant entraîné en arrière et à gauche, le tronc présentait une incurvation postérieure, presque en opisthotonos ; la tête avait toujours tendance à se renverser en arrière en même temps qu'elle s'inclinait sur l'épaule gauche.

A côté de ces symptômes cérébelleux portant sur l'équilibration, il n'existait ni tremblement, ni adiadococinésie ; les derniers jours, seulement, le malade présenta des mouvements démesurés du membre supérieur gauche. A noter une tendance à conserver les attitudes.

Il existait, en outre, une paralysie du moteur oculaire commun gauche, une très légère paralysie faciale gauche, une diminution de la sensibilité cornéenne du même côté, de la surdité bilatérale et, dans les derniers temps, de la cécité presque complète par stase.

Aucune paralysie des membres. Affaiblissement des réflexes tendineux.

Enfin, toute la moitié opposée du corps était le siège d'une anesthésie presque complète portant sur tous les modes.

Une intervention chirurgicale (décompression) ne put améliorer l'état du malade qui mourait peu après.

A l'autopsie, on trouvait une tumeur, visible extérieurement en écartant les lèvres de la fente de Bichat gauche, au niveau de la portion supéro-antérieure du lobe quadrilatère gauche du cervelet au contact du vermis, mais très étendue dans la profondeur, elle remplissait la partie postérieure du tronc cérébral gauche depuis la région sous-optique jusqu'à la partie moyenne de la protubérance.

L'aqueduc de Sylvius et la partie supérieure du 4e ventricule étaient réduites à une fente virtuelle ; le 3e ventricule était dilaté.

La tumeur était développée aux dépens des plexus choroïdes de la fente de Bichat.

Fausse griffe cubitale due à une lésion dissociée du nerf radial. — M. J. Jumentié montre une femme de soixante-quatorze ans qui, depuis deux mois, a constaté une chute progressive de l'auriculaire de la main gauche, puis de l'annulaire voisin. Aucune douleur. Aucun traumatisme au début de cette paralysie. En même temps, une tuméfaction par gonflement des gaines synoviales des extenseurs apparaissait à la face dorsale du carpe.

Aucune faiblesse dans l'extension des trois premiers doigts, ni dans la contraction du cubital postérieur.

La partie interne du groupe des muscles extenseurs est atrophiée et inexcitable par la percussion au marteau et par les courants faradiques et galvaniques, sans la moindre hypoexcitabilité de la portion restante de ce muscle, ni des autres muscles innervés par le nerf radial.

Pas de troubles de la sensibilité.

En somme, lésion dissociée exceptionnelle du nerf radial portant sur le rameau destiné à l'extenseur propre du cinquième doigt, sur un filet se rendant à un fascicule de l'extenseur commun, probablement différencié dans ce cas et destiné à l'annulaire et touchant probablement la portion de la branche postérieure (nerf interosseux), puisqu'il y a tumeur dorsale du carpe.

La cause de cette paralysie, de date récente et d'allure progressive, a échappé jusqu'ici. Une radiographie n'a pu être encore pratiquée.

Deux cas d'atrophie de l'éminence thénar gauche, consécutive à une côte cervicale courte chez des enfants de quatorze et sept ans. — M. MOUCHET, Mme ATHANASSIO BÉNISTY et M. GAYET.

Hématome enkysté de la dure-mère, dans un cas de pachyméningite hémorragique. — M. Henri FRANÇAIS présente le cerveau d'une femme de soixante ans, ayant succombé à une double pachyméningite hémorragique, se présentant sous l'aspect suivant : à droite, hématome diffus en nappe; à gauche, volumineux hématome enkysté formant tumeur, comprimant la face externe de l'hémisphère correspondant, qui s'est déprimé en une excavation qui se moule sur la convexité du kyste constitué par l'hématome. L'affection a évolué en moins de deux mois et s'est manifestée cliniquement par une symptomatologie très analogue à celle d'une tumeur cérébrale, avec paraplégie spasmodique des quatre membres.

Moelle bifide (double moelle lombo-sacrée). — MM. C. TRÉTIAKOFF et V. RAMOS présentent un cas de moelle bifide qui constitue une trouvaille d'autopsie.

La division porte exclusivement sur la région lombo-sacrée. Elle est complète dans la région sacrée. Chacune des petites moelles a une structure macroscopiquement complète, avec les quatre cornes grises et ses cordons antérieurs, latéraux et postérieurs normalement disposés. De plus, il existe une racine supplémentaire, qui s'échappe par le sillon postérieur. Au-dessous de la division, le cône terminal paraît normal, au-dessus, on observe une accentuation des sillons antérieurs et portérieurs jusqu'à L^4. Plus haut, la moelle est normalement constituée, mais il existe une myélite transverse par compression pottique au niveau de la région dorsale de la maille, accompagnée de la dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux.

Microscopiquement : Dans chacune des moelles jumelles, on trouve une corne antérieure et postérieure d'aspect normal, qui fait suite aux cornes du même nom de la partie normale de la moelle, une corne antérieure et postérieure supplémentaires, dont la postérieure est normalement constituée, l'antérieure, au contraire, ne contient que des rares cellules de type radiculaire, au milieu de nombreuses cellules polymorphes. Sur les coupes en série, ces cornes semblent se développer aux dépens de la commissure grise. Quant aux cordons blancs, la malformation est bien moins importante.

Le cordon postérieur de chaque moelle jumelle est formée par une moitié du cordon postérieur normal. Le cordon antéro-latéral d'un côté fait suite au cordon du même nom de la moelle normale, seul le cordon antéro-latéral de l'autre côté est formé aux dépens des fibres d'origine inconnue, d'une part, et d'autre part, aux dépens des cordons antérieurs normaux.

Ainsi, tandis que la substance grise constitue de véritables organes supplémentaires, les fibres blanches subissent surtout une simple division.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1921)

Technique simplifiée de la réaction du benjoin colloïdal pour le diagnostic de la syphilis du névraxe. — MM. Georges GUILLAIN, Guy LAROCHE et LÉCHELLE proposent une réaction très simplifiée de la réaction du benjoin colloïdal qui ne comporte que l'usage de cinq tubes à hémolyse et ne nécessite que 1 centimètre cube du liquide céphalo-rachidien.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE ILLÉGAL DE L'ART DENTAIRE

ALGÉRIE

L'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 dispose que le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes du 1er janvier 1892. Ce texte est contenu dans le titre VI de la loi, relatif aux dispositions transitoires.

Pour l'application de la loi à l'Algérie, il est intervenu un décret portant règlement d'administration publique à la date du 7 août 1896; ce décret admet les dentistes non diplômés à continuer en Algérie l'exercice de l'art dentaire, s'ils sont inscrits au rôle des patentes du 1er janvier 1896. Cette inscription au 1er janvier 1896 constitue une condition essentielle de la faveur accordée par le décret; si elle n'est pas remplie, des poursuites peuvent être exercées utilement pour exercice illégal de l'art dentaire; peu importe l'existence d'une inscription antérieure.

La Cour de Cassation (Chambre criminelle) qui avait déjà appliqué ces principes (voir notamment arrêt du 9 novembre 1899, D. 1900-5-30), en a fait une nouvelle application dans un arrêt du 18 juin 1920.

Un dentiste avait formé un pourvoi contre un arrêt de la Cour d'appel d'Alger du 13 février 1920, qui l'avait déclaré coupable de l'exercice illégal de l'art dentaire, quoiqu'il justifiât de son inscription sur le rôle des patentes au 1er janvier 1892, dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892; le dentiste faisait valoir que cette loi était seule applicable, l'inscription à cette date conférant irrévocablement les mêmes droits que le diplôme.

Voici l'arrêt rendu :

« Attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt et du jugement dont les motifs ont été adoptés, qu'en 1896, A..., de son propre aveu, n'exerçait pas la profession de dentiste en Algérie, où il habitait depuis plusieurs années déjà et qu'il n'y était inscrit à aucune patente; que, de ces constatations, la Cour d'appel a déduit avec raison que le demandeur qui n'est muni d'aucun diplôme, ne pouvait se prévaloir de la disposition transitoire du décret du 7 août 1896 portant qu'en Algérie « le droit d'exercer l'art dentaire dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1896 »;

Attendu, en outre, que, pour repousser la prétention du demandeur, tendant à suppléer à l'inscription en Algérie au rôle des patentes, exigée par le décret de 1896, par celle qu'il alléguait avoir obtenue à Marseille avant le 1er janvier 1892, la Cour d'appel a déclaré que la circonstance ainsi invoquée, à la supposer exacte, était sans valeur légale;

Attendu, en effet, que la loi du 30 novembre 1892 n'a été rendue applicable à l'Algérie que sous réserve des dispositions édictées par le décret du 7 août 1896, lequel n'accorde, par exception, le droit de continuer l'exercice de leur profession qu'aux seuls praticiens non diplômés qui, à la date du 1er janvier 1896, pouvaient justifier d'inscription en qualité de dentistes au rôle des patentes en Algérie; qu'il suit de là que la circonstance qu'A..., aurait été inscrit le 1er janvier 1892, au rôle des patentes de Marseille, si elle pouvait lui conférer la faveur de continuer à exercer en France la profession de dentiste, est en tout cas inopérante en ce qui concerne l'application du décret du 7 août 1896, sur l'exercice de l'art dentaire en Algérie où, contrairement aux prescriptions formelles de ce décret, le demandeur n'était pas inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1896; qu'ainsi le moyen n'est pas fondé;

Par ces motifs,

Rejette... »

La disposition contenue dans l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 et celle contenue dans le décret du 7 août 1896, sont restrictives : l'inscription au rôle des patentes doit avoir lieu aux dates que ces textes indiquent si le praticien en l'absence de diplôme veut exercer l'art dentaire soit en

France (1er janvier 1892), soit en Algérie (1er janvier 1896); autrement le délit d'exercice illégal de l'art dentaire existe.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOMINATION DES CHEFS DE TRAVAUX DANS LES FACULTÉS

M. Queuille, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique, s'il ne serait pas possible de faire cesser, enfin, l'irrégularité qui fait nommer pour une seule année scolaire (donc à titre temporaire) les chefs de travaux de Faculté de médecine classés au tableau en exécution de la loi du 6 octobre 1919 et des décrets du 12 janvier 1912 et des 28 et 30 décembre 1919, ajoutant que ce classement implique pour ces fonctionnaires une situation définitive. (*Question du 4 juin 1921.*)

Réponse. — La question posée est particulièrement difficile à résoudre. Les chefs de travaux demandent à être nommés à titre définitif. La Faculté de médecine, invoquant des raisons de bonne organisation de l'enseignement, insiste pour que la plupart des chefs de travaux n'aient qu'une nomination annuelle. Une réorganisation du personnel des chefs de travaux et des préparateurs dans les Facultés de médecine et des sciences est actuellement à l'étude. Elle permettra d'apporter une solution. (*J. O.*, 10 juin 1921.)

LA LOI DES PENSIONS ET LE RÈGLEMENT DES FRAIS PHARMACEUTIQUES

M. Dugueyt, député, demande à M. le ministre des pensions à quel moment pourront être réglées aux pharmaciens les fournitures faites aux mutilés en vertu de la loi sur les pensions. (*Question du 12 avril 1921.*)

Réponse. — L'arrêté du 28 mai 1921 (*Journal officiel* du 31 mai), pris en exécution de l'article 7 du décret du 9 mars 1921, a fixé les conditions du remboursement aux pharmaciens des fournitures faites en vertu de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. En conséquence, les crédits nécessaires au règlement des mémoires vont être incessamment délégués aux préfets. (*J. O.*, 10 juin 1921.)

— M. Robic, député, demande à M. le ministre des pensions, quelles mesures il compte prendre pour mettre un terme à l'incertitude dans laquelle sont laissés les pharmaciens qui fournissent des médicaments aux victimes de la guerre et qui ne peuvent encore, à l'heure actuelle, connaître le tarif auquel seront payés ces médicaments, le règlement d'administration publique prévu par l'article 54 de la loi de finances du 31 décembre 1920 et rendu le 9 mars 1921 n'ayant rien décidé à ce sujet. (*Question du 21 avril 1921.*)

Réponse. — L'honorable député est prié de bien vouloir se reporter à la réponse faite à la question précédente insérée ce jour. (*J. O.*, 10 juin 1921.)

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. Tome XXX : **Thérapeutique.** *Tome II :* **Bactériothérapie, vaccinothérapie; sérothérapie.** Formulaire de thérapeutique. Notions de pharmacologie, par P. PRUVOST, CARRION.

Le tome II de la partie thérapeutique annexée à la collection est divisé en deux parties.

La première partie, qui traite de la bactériothérapie, de la vaccinothérapie, de la séro et de l'hémothérapie, a été confiée à M. Pierre Pruvost, ancien interne des hôpitaux, qui, en sa qualité de chef de laboratoire, rompu aux études bactériologiques, sérologiques, était particulièrement désigné pour écrire ces différents chapitres. C'est que, en effet, les méthodes actuellement employées contre les affections bactériennes nécessitent la détermination microbienne de la maladie en cours et un mode de traitement spécifique. Il s'agit des procédés curatifs particulièrement importants à connaître puisqu'ils s'adressent à la cause même de la maladie. Toutefois, on sait maintenant, après de nombreuses recherches que les méthodes ne bornent pas leur action à des affections strictement spécifiques. Elles déterminent dans leur application de profondes modifications de la composition chimico-physique du sang, parfois très favorables à la bonne évolution de la maladie, quels que soient le vaccin, le sérum ou même la matière injectée; c'est ce qui explique que leurs indications aient été étendues bien au delà d'une infection spécifique bien déterminée. Ces notions nouvelles ont été clairement exposées dans ce livre. Elles sont complétées par la description des différents procédés opératoires dont la connaissance importe tout particulièrement au praticien, qui trouvera ainsi dans ce volume non seulement les indications chimiques de la méthode, mais encore ses modes d'application et sa posologie au lit du malade. La critique ne perd jamais ses droits; aussi les différentes méthodes décrites sont-elles rangées en trois groupes, groupe des traitements ayant fait leurs preuves, groupe de ceux qui, tout en étant efficaces, donnent des résultats inconstants, groupe enfin des sérothérapies et vaccinothérapies qui appartiennent encore à la période des recherches scientifiques, mais qui sont susceptibles de devenir d'un usage rationnel. On trouvera dressée la liste des différentes maladies auxquelles ressortit la forme thérapeutique dont elles peuvent bénéficier.

M. Carrion a bien voulu écrire pour ce traité un formulaire de thérapeutique et donner les notions de pharmacologie indispensables au médecin. On connaît sa compétence toute spéciale en la matière. Les voies d'introduction des médicaments, leur mode d'élimination, leur tolérance et intolérance, les antagonismes et incompatibilité médicamenteuses, leurs formes pharmacologiques et pharmaceutiques, la manière dont on fait l'ordonnance, les lois et décrets concernant l'application des substances toxiques, font l'objet d'une description à la fois complète, brève et très claire. Le lecteur ne sera pas rebuté par l'ingratitude de textes confus et obscurs. Ceux-ci ont, en effet, été résumés et réduits à l'essentiel. Ces premiers chapitres sont suivis d'un formulaire. On n'y trouvera pas les médicaments rares ou d'usage périmé, seulement ceux qu'il importe de connaître et dont l'efficacité est reconnue Chacun d'eux comprend ses indications, son action thérapeutique, sa préparation et sa posologie, la manière dont il doit être formulé, tant pour l'adulte que pour l'enfant. Enfin, dans un dernier chapitre, sont décrits les produits de régime, bouillons divers, laits modifiés, aliments spéciaux, pains pour diabétiques, brightiques, etc. Les injections diverses, hypodermiques, intraveineuses, intrarachidiennes en un mot, tous les procédés d'intervention médicale sont minutieusement décrits.

Cet ouvrage renseigne le médecin sur tous les procédés thérapeutiques modernes, les plus compliqués comme les plus simples. Il est utile au débutant parfois embarrassé dans les premiers temps de sa pratique lorsqu'il se trouve livré à ses propres forces; il est utile aussi au médecin averti qui se trouvera mis au courant, sans grand effort, des applications des recherches médicales scientifiques modernes.

L. G.

(1) In-8, 1921, 36 figures. — Prix : 28 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

HOPITAL TENON. — Le Dr F. Rathery, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, commencera une série de conférences sur les maladies de la nutrition, à l'hôpital Tenon (amphithéâtre des cours), le samedi 18 juin 1921, à 10 h. 30 et les continuera les mardi, mercredi et samedi suivants à la même heure.

Sujet des conférences. — Comment examiner un diabétique? — Le diabète simple. — Le diabète consomptif. — Le coma diabétique. — Le sucre protéidique. — Les hydrates de carbone, les graisses et les albuminoïdes dans le régime des diabétiques. — La cure de jeûne.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAUSES, SIGNES ET DIAGNOSTIC DES ORCHITES AIGUËS

Il est pratiquement impossible de séparer l'étude des orchites de celle des épididymites, et sous le nom d'orchites ou plutôt d'orchi-épididymites aiguës, il faut comprendre toutes les inflammations aiguës du testicule et de l'épididyme.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — La cause de beaucoup la plus fréquente est l'*infection* d'origine *urétrale, vasculaire sanguine* ou plus rarement *lymphatique*..

Beaucoup plus rarement, il s'agit d'une *intoxication* autogène ou hétérogène.

Enfin, il faut signaler le *traumatisme* dont nous discuterons le rôle.

A. **Orchi-épididymites infectieuses.** — Elles constituent le groupe le plus important. D'après la voie suivie par l'agent pathogène, on les divise en plusieurs groupes :

I. ORCHI-ÉPIDIDYMITES D'ORIGINE URÉTRALE dans lesquelles l'infection suit la voie urétro-déférentielle, ce qui explique la *prédominance de l'épididymite.* Elles comprennent l'orchite blennorragique et l'orchite des urinaires.

a. *Orchite blennorragique.* — Elle est très fréquente; d'après Fournier, elle complique 1/9 des blennorragies. Sa fréquence serait cependant moindre depuis qu'on traite mieux la blennorragie.

Rare au cours de la première semaine, elle survient surtout de la *deuxième à la quatrième semaine de la blennorragie.* Mais elle peut apparaître aussi à la phase chronique de la goutte militaire.

On a signalé des *causes prédisposantes* telles que : hernie, varicocèle, ectopie testiculaire, inversion du testicule.

Plus importantes sont les *causes occasionnelles* qui ont une influence incontestable : les efforts, les mouvements brusques, l'équitation, l'abus de l'alcool, un *traitement intempestif* de la blennorragie.

L'*agent pathogène* est le *gonocoque,* et l'infection se fait par la *voie urétrale.* En effet, lorsqu'une épidimyte blennorragique se déclare, l'urètre postérieur, la prostate, les vésicules séminales, le déférent sont toujours depuis quelque temps envahis par l'infection gonococcique. Le point de départ est donc dans le carrefour prostato-génital d'où l'infection atteint l'épididyme par la voie des muqueuses, gagnant de proche en proche les canaux éjaculateurs, la vésicule séminale, le canal déférent et enfin l'épididyme.

b. *Orchite du cathétérisme : orchite des urinaires, des prostatiques.* — Elle survient à la suite du passage de sondes, de bougies, du lithotriteur et surtout après les *sondes à demeure.* Il s'agit, soit d'une infection par une sonde malpropre, soit de la propagation d'une infection voisine chez les rétrécis et les vieux prostatiques, le rôle du cathétérisme étant purement occasionnel. En effet, autrefois 1/15 des rétrécis, 1/10 des prostatiques en étaient atteints. Ces proportions ont été réduites de moitié depuis qu'on pratique mieux l'asepsie.

L'agent pathogène est habituellement le *coli-bacille.*

II. ORCHITES D'ORIGINE VASCULAIRE SANGUINE. — Elles peuvent survenir au cours de toutes les infections ; mais la plus fréquente est l'*orchite des oreillons.*

a. *Orchite ourlienne :* très fréquente, elle survient, en général, du *troisième au cinquième jour après le début de la parotidite;* mais elle peut être tardive ou bien, au contraire, précéder la parotidite ; elle constitue même parfois, à elle seule, tout le syndrome ourlien.

Elle est beaucoup plus fréquente chez l'*adulte* que chez l'enfant ou le vieillard.

Sa fréquence est variable suivant les épidémies.

L'agent pathogène est inconnu.

On peut donc, au point de vue pathogénique, opposer l'une à l'autre, l'orchite ourlienne et l'orchite gonococcique. Pourtant certains auteurs ne maintiennent pas cette distinction :

D'après certains, il n'est pas prouvé que l'*orchite blennorragique* soit due à une infection ascendante. Ils pensent que du moins dans quelques cas, elle est d'*origine vasculaire sanguine,* et ils donnent des arguments :

D'ordre clinique : L'infection gonococcique peut atteindre tous les organes de l'économie;

D'ordre bactériologique : (gonocoque trouvé dans le sang par hémoculture);

D'ordre expérimental : (orchites par inoculations gonococciques).

D'après d'autres auteurs, au contraire, l'orchite ourlienne et surtout l'orchite des autres infections ne sont pas d'origine vasculaire sanguine. Chez ces malades, il y aurait toujours une urétrorrhée plus ou moins latente due aux microbes saprophytes de l'urètre qui, à la faveur d'une dépression de l'organisme, deviendraient virulents. Leur argument est, notamment dans les oreillons et la fièvre typhoïde, la constatation d'une urétrorrhée précédant et accompagnant l'orchite.

Cependant, il faut savoir que dans la *blennorragie,* l'organe le premier et le plus atteint est l'*épididyme,* tandis que le *testicule* surtout est pris dans l'*orchite ourlienne.* Ce fait semble bien devoir faire admettre la distinction entre l'origine urétrale et l'origine vasculaire sanguine.

b. *Orchite tuberculeuse* due à la localisation du bacille de Koch sur l'épididyme et le testicule.

On a admis que le bacille peut être apporté du péritoine dans le cas de persistance du canal vaginéo-péritonéal. Il peut venir aussi des voies urinaires au cours d'une pyélonéphrite tuberculeuse (Cayla) ou des voies séminales (prostatite et vésiculite tuberculeuses précédant l'épididymite). La prédominance des lésions sur l'épididyme est un argument en faveur de l'origine urétrale de l'infection.

Mais il est plus vraisemblable que l'orchi-épididymite tuberculeuse, dans l'immense majorité des cas, est une infection par *voie sanguine* et il faut incriminer des foyers latents ou mal éteints de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire.

c. *Orchite variolique :* Serait fréquente ; mais elle passe souvent inaperçue, perdue dans le tableau clinique grave de la variole.

d. *Orchite scarlatineuse* : Rare.

e. *Orchite typhique :* Plus fréquente. Elle survient du quinzième au vingtième jour de la maladie.

f. Autres causes très rares : amygdalite, paludisme, syphilis.

III. ORCHITES D'ORIGINE PHLÉBITIQUE : Beaucoup plus rares et de pathogénie discutée.

Elles surviennent surtout à la suite des infections prostatiques et vésicales.

IV. ORCHITES D'ORIGINE LYMPHATIQUE. — Cette voie d'infection peut être invoquée dans certains cas d'orchites suraiguës blennorragiques où on constate de la périvésiculite, de la périfuniculite, de l'œdème des parois des canaux génitaux (Delbet-Chevassu).

Mais la plus importante et la mieux connue est l'*orchite filarienne,* lymphangite parasitaire causée par la filaire et qui donne une orchite interstitielle coïncidant ordinairement avec l'éléphantiasis du scrotum.

V. Enfin, il faut signaler les orchites dans lesquelles l'infection s'est faite de PROCHE EN PROCHE : très rares, elles sont consécutives à un phlegmon des bourses, à un abcès du scrotum et la plupart des observations de ce genre ont été relevées chez les *diabétiques.*

B. **Orchi-épididymites toxiques.** — I. ORCHITE GOUTTEUSE. — Elle constitue le type des orchites diathésiques des anciens auteurs. Elle suit une attaque de goutte ou alterne avec les crises goutteuses.

Des recherches plus précises ont montré qu'en dehors de la tuméfaction très douloureuse et très passagère du testicule au cours des coliques néphrétiques, l'orchite goutteuse est due à une infection latente ou méconnue chez un goutteux.

II. ORCHITE SATURNINE. — Très rare; considérée autrefois comme toxique, elle est due, en réalité à une infection microbienne. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 juin. — MM. Heuyer, 18; Tinel, 19, 09; Huber, 19.

— DÉCISION DE LA COMMISSION DE CLASSEMENT DES CANDIDATS A L'EMPLOI D'ASSISTANT D'ÉLECTRORADIOLOGIE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Séance du 13 juin. — Candidats admis :

MM. Auclair, Bisson, Blot, Bloileau, Gassan, Charpy, Chaufour, Colanéri, Coliez, Colombier, David, Dechy, Delapchie, Descouts, Dimier, Dogny, Gally, Jean, Joulia, Kahn, Lagarenne, Léon Kindberg, Mousard, Natan, Quivy, Tribout, Truchot.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LE HAVRE. — Après concours :

M. le Dr Tulasne a été nommé médecin suppléant des hôpitaux.

M. le Dr Percot a été nommé ophtalmologiste suppléant.

M. le Dr Drunois a été nommé accoucheur suppléant.

— LYON. — Après concours, MM. Goyet et Nové-Josserand ont été nommés médecins des hôpitaux.

— MONTPELLIER. — A la suite du concours de juin 1921, ont été nommés :

Internes titulaires en médecine : MM. Puech, Sicard, Pagès et Mourgue.

Internes provisoires : MM. Villa, Coll de Carrera, Guibal et Marican.

Ecrit. — Questions posées : « Fractures du col du fémur. — Des embolies pulmonaires. »

Questions restées dans l'urne : « Formes cliniques du diabète sucré. — Formes cliniques des leucémies. Des pyonéphroses. »

Anatomie (oral). — Question posée : « Corps thyroïde et ses fonctions. »

Questions restées dans l'urne : « Pancréas et ses fonctions. — Vessie. Anatomie. Physiologie. »

Pathologie interne (oral). — Question posée : « Formes cliniques de la tuberculose intestinale. »

Questions restées dans l'urne : « Les dysenteries. — Symphyse du péricarde. »

Pathologie externe. — Question posée : « Hémothorax traumatique. »

Questions restées dans l'urne : « Ruptures traumatiques de l'urètre. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Séance du 14 juin. — MM. Quénu, 28; Boppe, 27; de Gaudart d'Allaines, 26; Sénèque et Monod, 23; Bloch, 24.

Epreuve de dissection. — MM. Bloch, 29; Boppe, 28; de Gaudart d'Allaines et Quénu, 27; Monod, 28; Sénèque, 26.

Sont nommés prosecteurs : MM. Bloch et Boppe.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — M. Thouvenin, chef de travaux à la Faculté des sciences et professeur, est admis, sur sa demande et pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir sesdroits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1921, et nommé professeur honoraire.

— POITIERS. — M. Roblin, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicales.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Sont nommés assistants en médecine des asiles d'aliénés de la Seine : MM. Pruvost, Boutet, Gouriou, Brousseau et Borel.

Sont nommés internes titulaires des asiles publics d'aliénés de la Seine : MM. Codet, Perrussel, Martimor, Cenac, Leyritz, Guillerm, Furet, Mlle Bernard, M. Godart, Mlle Serin.

Sont mis à la disposition de M. le Préfet de police pour le service de l'infirmerie spéciale des aliénés : MM. Santenoise et Bernadou, internes.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — SOCIÉTÉ CENTRALE. — La plupart des sociétés locales composant l'Association générale des médecins de France viennent d'élever leur cotisation.

A la suite d'un récent referendum, la Société centrale a

décidé, à une forte majorité, que la cotisation annuelle serait, à partir de 1922, portée de 20 à 30 francs.

Toutefois, les sociétaires désireux de se libérer de leurs versements ultérieurs peuvent encore, jusqu'au 31 décembre 1921, perpétuer leur cotisation au taux de 20 francs en versant à M. le trésorier de la Société centrale, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe), une somme de 350 francs destinés à l'achat d'un titre de rente nominatif.

BANQUET ANNUEL DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le banquet annuel aura lieu le 29 juin, à 7 h. 1/2, au café Voltaire, 1, place de l'Odéon. — Le prix est de 25 francs. — Envoyer les adhésions à M. le Dr Le Fur, 14, rue Vaneau (VIIe).

LE SYNDICAT DES CHIRURGIENS D'URGENCE (28, rue Serpente, à Paris), nous communique la note suivante :

« La loi du 25 octobre 1919, sur les maladies professionnelles, entrée en vigueur depuis le 27 janvier 1921, contient un article qui traduit l'émotion unanime du Parlement, en face des abus occasionnés par la loi de 1898 sur les accidents du travail. Cet article punit d'amende et même de prison « toute personne qui, par menaces, dons ou promesses d'argent, ristournes sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des accidentés du travail, à des chefs d'entreprises ou à des Syndicats, à des assureurs ou à toute autre personne, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin. »

Certains médecins ont cru pouvoir considérer comme inapplicable ce texte de loi, et continué à attirer les blessés du travail par des primes diverses. Ils sont, heureusement, peu nombreux, et notre Syndicat a déclanché contre eux une action judiciaire suivie.

De leur côté, les Compagnies d'Assurances ont revendiqué le droit *exclusif*, de donner aux seuls ouvriers qui se font soigner par leurs médecins, de larges frais de déplacement, constituant en fait une ristourne déguisée. Elles ont produit à l'appui de cette prétention, des consultations juridiques assez adroites. Notre Syndicat s'est immédiatement ému de eette situation, et après avoir obtenu l'appui efficace de l'Union des Syndicats médicaux de France et de la Confédération générale du travail, il a pu faire solutionner cette importante question par le ministère du Travail.

Voici le résultat de cette campagne :

Les deux Commissions des frais médicaux et des maladies professionnelles réunies ensemble pour ce fait au ministère du Travail, le 27 mai 1921, ont décidé que *le remboursement des frais de déplacement était interdit aussi bien aux patrons et aux assureurs qu'aux médecins*, ce remboursement ne pouvant être licite qu'en des cas tout à fait exceptionnels laissés à l'appréciation du Juge de paix (transport de blessés graves dans une clinique ou chez un spécialiste, domicile du blessé éloigné de tout médecin).

Les Compagnies devront donc cesser de donner des frais de déplacement aux seuls blessés qui consentent à se laisser soigner par leurs médecins.

Ce premier résultat renforce considérablement le libre choix du médecin par les victimes d'accidents du travail, et écarte tout prétexte de primes et dons déguisés; il nous permet de renforcer notre action et les poursuites judiciaires déjà engagées. Notre jeune Syndicat y puisera des forces nouvelles pour continuer l'œuvre d'épuration entamée, et pour laquelle il a besoin de l'appui de tous les médecins indépendants. »

LIGUE D'HYGIÈNE MENTALE. — La séance solennelle de la Ligue d'hygiène mentale a eu lieu le 1er juin dernier à la Sorbonne, à l'amphithéâtre Richelieu.

M. Desmars, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, représentant le ministre empêché, a, dans un langage qui a conquis l'assemblée, présenté la Ligue au public et l'a assurée de la sympathie du gouvernement.

Le Dr Toulouse, président de la Ligue, a fait une causerie, lue par M. Charles Boyer, du théâtre Antoine, sur « la Folie, maladie curable et évitable et l'hygiène mentale ». Les arguments, les chiffres, les suggestions ont paru faire sur l'auditoire une vive impression.

M. Justin Godart, ancien sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, président d'honneur de la Ligue, a éloquemment défendu le droit à l'assistance pour les psychopathes libres et s'est engagé à déposer une proposition de loi dans ce sens.

M. le prof. Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, a demandé la création de dispensaires pour psychopathes.

Le Dr Williams, directeur de la fondation Rockfeller en France, a montré que les Etats-Unis, en appliquant souvent des idées et des travaux scientifiques français, développaient largement la prophylaxie des troubles mentaux avec les méthodes employées contre la tuberculose.

Enfin, Mme Jane Mieme, directrice de *La Française*, a adressé un appel aux femmes.

Une partie artistique a terminé la réunion : M. Gémier, directeur du théâtre Antoine, qui a joué, d'une manière saisissante, un conte d'Edgar Poë, Mme Moreno, de la Comédie-Française, Mlle Mary Marquet, du théâtre Antoine, et M. Pierre Blanchard, de l'Odéon.

Nous sommes heureux de saluer le succès de cette première manifestation de la Ligue d'hygiène mentale avec le grand public. Il s'agit d'une œuvre de grand avenir ; car le progrès social est lié au psychisme des individus, qu'on doit sauvegarder par l'hygiène mentale individuelle, et le traitement précoce des psychopathes légers ou graves ; et aussi par la sélection psycho-physiologique des écoliers et des travailleurs.

La cotisation de membre actif de la Ligue d'hygiène mentale est de 10 fr. par an. Envoyer les demandes d'adhésion au Dr Genil-Perrin, secrétaire de la Ligue, avenue de la Bourdonnais, 99, Paris, 7e arr. (tél. Saxe 39-11).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Jean Fabre, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine, et Puech (de Soulac).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — Une démonstration de schémas anatomiques rapides, s'adressant particulièrement aux candidats à l'internat et à l'externat, sera faite par M. le Dr F.-M. Cadenat, chirurgien des hôpitaux, le mercredi 22 juin 1921, à 17 heures.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — COURS DE PERFECTIONNEMENT DU PROF. MOURE. — Ce cours qui aura lieu du lundi 18 au samedi 31 juillet 1921 sera fait par M. le prof. Moure avec la collaboration de MM. Carles, Petges, Mauriac, Réchou, professeurs agrégés et Georges Portmann, chef de clinique.

Il comprendra en dehors des leçons et des examens cliniques, une mise au point des questions d'actualité, des séances opératoires, des opérations sur le cadavre auxquelles les médecins qui suivront le cours seront individuellement exercés, des travaux pratiques de laboratoire.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine.

Droit d'inscription : 150 francs.

RENSEIGNEMENTS

573. — **BON POSTE MÉDICAL DANS GRANDE BANLIEUE** à céder de suite pour raisons de santé. Fixes, touchés en 1920, 25.000 francs. Pays agréable, jolie maison, matériel complet, auto. — Ecrire au journal qui transmettra.

574. — **ÉTUDIANT EN MÉDECINE UKRAINIEN** cherche emploi comme infirmier dans maison de santé ou clinique. — Ecrire à la Mission ukrainienne, 139, rue de Longchamp, Paris (XVIe).

REVUE GÉNÉRALE

LES SYNDROMES PARKINSONNIENS
DEVANT LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Par le Dr FERNAND LÉVY.

La Réunion annuelle de la Société de neurologie a eu lieu les 3 et 4 juin.

Le sujet proposé à l'étude et dont M. Souques était rapporteur, est l'importante question, toute brûlante d'actualité, des syndromes parkinsonniens.

Au lieu de reproduire littéralement le rapport, suivi de la discussion et des opinions des divers orateurs, nous avons incorporé le tout. Nos lecteurs pourront de la sorte avoir une idée d'ensemble de la question.

On ne peut, d'après M. SOUQUES, et il semble, qu'à part les réserves de Lhermitte, ce soit l'opinion de la majorité, on ne peut opposer maladie de Parkinson et syndromes parkinsonniens.

La paralysie agitante n'est point une entité morbide, mais « un syndrome commun à des causes différentes qui agissent sur une même région cérébrale ».

Anatomie pathologique. — Si la cause et la nature de la lésion ne manquent pas d'intérêt, c'est surtout la détermination de son siège qui importe.

Nous ne ferons que signaler les théories pathogéniques rapportant les syndromes parkinsonniens à des lésions du système musculaire (Blocq) et des glandes endocrines (thyroparathyroïdes). Elles ont vécu.

Aujourd'hui, on est unanime à penser que seules des lésions du système nerveux central sont capables d'expliquer les symptômes observés. Mais où siègent-elles? On est d'accord aujourd'hui pour les situer, soit dans les noyaux gris centraux, soit dans la région sous-optique.

1. LE SYNDROME PARKINSONNIEN EST UNE AFFECTION DES NOYAUX GRIS CENTRAUX. — Pour R. Hunt, le substratum anatomique du syndrome parkinsonnien est une lésion du corps strié et plus particulièrement du système pallidal (partie interne du corps strié).

« La seule lésion apparente, dit R. Hunt, cité par M. Souques, est une atrophie étendue et une disparition des cellules du système pallidal. Je regarde donc cette affection comme une atrophie progressive des cellules motrices du système pallidal, et ce système comme le système moteur essentiel du système de projection du corps strié. »

2. LE SYNDROME PARKINSONNIEN EST UNE AFFECTION DE LA RÉGION SOUS-OPTIQUE ET DU PÉDONCULE CÉRÉBRAL. — Trétiakoff établit une relation de cause à effet entre les symptômes parkinsonniens et les lésions si constantes du *locus niger*. Il s'agit de l'atrophie et de la dégénérescence des cellules nerveuses.

M. K. Wilson fait remarquer la fréquence des lésions du *noyau rouge*.

Y a-t-il au fond tant de discordance entre les deux opinions? Non, si l'on se rallie à l'opinion de Mirto « qui considère le locus niger comme un groupe cellulaire détaché du globus pallidus, au cours du développement phylogénique ». Lhermitte, tout en admettant l'existence incontestable de lésions du locus niger (diminution du nombre des cellules, disparition de la mélanine) comme de l'écorce du lobe frontal, croit plus importantes les lésions microscopiques du globus pallidus et des fibres de projection du système pallidal.

Pour Foix, il s'agirait surtout de lésions diffuses sous-optiques, avec atteinte du corps strié entier, mais non prépondérantes au pallidum.

S'il est une question bien tranchée, c'est que le syndrome parkinsonnien ne peut plus être considéré comme une névrose. On ne peut préciser davantage. On ne peut encore affirmer que cette affection organique soit plutôt une maladie de système qu'une maladie de région. Les recherches les plus récentes confirment que les lésions siègent dans les régions optostriées ou pédonculaires.

« En résumé, conclut M. Souques, la paralysie agitante apparaît comme un *syndrome* dû à des lésions de même siège, mais de nature différente. Elle est déterminée exceptionnellement par des lésions macroscopiques (tumeurs, foyers de ramollissement ou d'hémorragie), et communément par des lésions microscopiques d'ordre infectieux, toxique, ischémique, etc. Dans le premier, comme dans le second cas, il faut que ces lésions intéressent le corps strié ou le locus niger — l'avenir décidera entre ces deux régions — et amènent une destruction plus ou moins grande des centres du tonus. »

Etiologie. — La maladie de Parkinson n'étant plus, de l'avis unanime, une névrose, il semblerait inutile de discuter longuement l'influence de l'émotion.

L'*émotion* paraissait à certains si évidente que Potain disait de la paralysie agitante qu'elle était une « peur figée ».

Le rôle de l'émotion est sujet à caution. Il faut se demander si elle n'intervient pas comme révélateur d'un tremblement antérieur qui avait passé inaperçu. Pour les observations anciennes, tout contrôle est impossible. Pour les observations modernes, on peut rechercher dans quelles conditions le tremblement est apparu, s'il a suivi immédiatement le choc émotionnel, s'il n'existait point auparavant. Il faut aussi faire la critique des récits du malade ou de son entourage dont la tendance est de donner à l'émotion une influence étiologique primordiale. C'est le même état d'esprit qui consiste à faire dominer l'étiologie du cancer du sein par un coup antérieurement reçu.

M. Souques fait remarquer qu'on conçoit assez mal un tremblement émotif restant localisé à un membre, et qui longtemps après se généralise. Il dit aussi avoir enquêté, mais sans résultat, pour mettre en évidence, pendant la guerre, chez les combattants des tranchées, des syndromes parkinsonniens. M. Crocq n'est pas de son avis et signale des maladies de Parkinson qui seraient survenues chez des sujets que les Allemands avaient mis au mur et menacé de fusiller.

M. Lépine fait jouer un rôle prédisposant, non seulement à l'émotion, mais à l'état antérieur du système nerveux taré, soit héréditairement, soit sous l'influence d'un surmenage quelconque.

L'émotion donc ne conditionne pas, elle peut, dans certains cas rares, être la cause *occasionnelle* d'un syndrome parkinsonnien.

Le rôle du *traumatisme* n'est pas prouvé davantage. Pas plus que le choc émotionnel, le choc commotionnel qui, lui, s'accompagne de lésions cérébrales incontestables, ne saurait être incriminé avec certitude. M. Souques qui a vu pendant la guerre des centaines de traumatismes craniens, longtemps

après l'accident, n'a pas observé un seul cas de paralysie agitante consécutive. C'est aussi l'avis de M. Guillain. Même constatation à la suite des blessures ou contusions des nerfs périphériques.

L'*infection*, au contraire, est une des causes les mieux établies du syndrome parkinsonnien.

Avant l'épidémie actuelle d'encéphalite, l'influence des maladies infectieuses était passée inaperçue. Cependant, en dépouillant les observations anciennes, on trouve des cas signalés à la suite de *rougeole* (Bernhardt, Launois), de *fièvre typhoïde* (Franck R. Fry), de *scarlatine* (Crespin), de *rhumatisme articulaire* (Vesselle, Rouvillois). Les infections chroniques ont, elles aussi, été incriminées : *paludisme* (Romberg, Leroux), *syphilis*, encore que son action semble toute de coïncidence.

Le rôle des *intoxications*, en particulier de l'arthritisme ? (Dana), semble plus discutable, de même que l'artériosclérose des artères cérébrales (Maillard).

L'*encéphalite épidémique*, surtout dans ses formes oculo-léthargiques, a fait surgir un grand nombre de syndromes parkinsonniens. On l'observerait plutôt dans les formes bénignes, d'intensité moyenne, et dans les variétés frustes (P. Marie et Mlle Lévy). M. Souques en a vu et suivi 26 cas détaillés tout au long dans la très intéressante thèse de son élève Ernst. A quelle époque de la maladie surviennent les signes parkinsonniens? Tantôt dans les premières périodes, au cours du premier mois, tantôt quand l'affection est en apparence terminée. Aussi convient-il de se demander si le syndrome parkinsonnien doit être classé comme un symptôme de l'encéphalite ou comme une complication évoluant indépendamment d'elle. Etant donné que l'encéphalite est une maladie à longue évolution, à rémissions et à rechutes, les signes parkinsonniens semblent plutôt faire partie intégrante des symptômes de la maladie.

Le syndrome parkinsonnien s'observe d'une manière à peu près égale dans les deux sexes. Il semble plus fréquent de 40 à 60 ans (type présénile ou sénile), mais peut également se montrer dans l'enfance (type infantile, dès l'âge de trois ans).

Symptomes. — Les symptômes essentiels sont la *rigidité* avec perte des mouvements automatiques et le *tremblement*.

La *rigidité musculaire* est le phénomène le plus constant. Elle débute lentement, insidieusement, soit au niveau d'un membre (forme monoplégique), soit sur toute une moitié du corps (forme hémiplégique). C'est elle qui commande les attitudes si spéciales des parkinsonniens. « Les muscles raccourcis et durs dessinent en saillies distinctes, non seulement leurs contours globaux, mais parfois leurs faisceaux constituants » (Souques). Elle est totale, affectant tous les muscles striés, et non pas certains groupes comme la contracture de l'hémiplégie et de la paraplégie.

La résistance éprouvée porte aussi bien sur les fléchisseurs que sur les extenseurs : agonistes et antagonistes sont également touchés.

Les mouvements passifs s'opèrent par à-coups, par saccades (signe de la roue dentée) ; la résistance qu'on constate est continuelle et identique (Babinski et Jarkowski).

Les mouvements actifs sont particulièrement lents, difficiles, incomplets, retardés et fatigants.

On conçoit que, dans ces conditions, les actes de la vie courante deviennent pénibles. La marche est entravée : elle se fait à petits pas, les pieds traînant au sol. « Lorsque la rigidité a envahi tous les muscles du corps, l'aspect du parkinsonnien est caractéristique : penché en avant, les jambes demi-fléchies, la tête relevée, le malade s'avance lentement et ne peut qu'avec peine changer de situation. A une période plus avancée, le parkinsonnien est incapable de se lever, de s'habiller, de manger seul » (Lhermitte).

La rigidité engendre la *perte des mouvements automatiques*. Les mouvements associés et synergiques font défaut ou sont insuffisants. M. Souques le démontre facilement :

1° Par la *marche rapide* pendant laquelle les bras ne se balancent pas, ou se balancent moins que normalement;

2° Par la *manœuvre du moulinet* où le membre ne présente pas d'oscillations;

3° Par le *renversement du tronc en arrière*. Le sujet étant assis sur une chaise, dos collé au dossier, on le renverse brusquement en arrière. Chez l'individu normal, les jambes, après avoir quitté le sol, s'étendent, ce qui ne se produit pas ou peu chez le parkinsonnien.

M. Souques ne croit pas que, dans tous les cas, la perte des mouvements automatiques dépende de la rigidité musculaire. Au début de la maladie, l'hypertonie semblant faire défaut, on peut constater nettement une diminution des mouvements automatiques. L'état des *réflexes tendineux* est discuté. La rigidité musculaire s'oppose, du reste, à leur observation facile. Pour M. Souques, ils sont vifs et forts, mais non exagérés; ils ne coexistent jamais avec le clonus et le signe de Babinski si fréquents dans les états spasmodiques d'origine pyramidale.

Le *tremblement* a été si longtemps considéré comme un des éléments symptomatiques capitaux qu'on l'a introduit dans la dénomination de l'affection (paralysie agitante). C'est un tremblement au repos, prédominant aux extrémités, fin, menu, avec quatre à six oscillations par seconde. Aux mains, il se manifeste sous forme de mouvements rythmiques du pouce et de l'index (émiettement, action de compter la monnaie); au pied, c'est ordinairement un mouvement de pédale. Il n'est pas, dans tous les cas, continu. Pour M. Souques, les mouvements ont une action suspensive momentanée sur le tremblement, mais ce fait n'est pas constant.

En dehors du tremblement de l'extrémité des membres, on a signalé beaucoup plus rarement le tremblement de la tête, de la mâchoire inférieure, des muscles de la face, des lèvres, de la langue et même des cordes vocales.

La tête est souvent fléchie, le masque sans expression, les lèvres immobiles sont parfois entr'ouvertes. Seuls les yeux sont vivants dans la physionomie : le regard est tantôt fixe, tantôt vif et mobile. P. Marie et Barré ont signalé de la diplopie assez fréquente quand on la recherche, Duverger et Barré, de Velter, la paralysie de certains mouvements associés (insuffisance de la convergence).

Les progrès de la rigidité musculaire, liés aux troubles de l'automatisme et au tremblement, arrivent à entraver plus ou moins complètement les actes habituels de la vie. La parole, l'alimentation sont gênées. La marche, de plus en plus difficile, se fait par saccades; on constate de l'anté et de la rétropulsion.

Cependant, par moments, la lenteur de la marche

semble régresser, et les malades sont susceptibles même de courir (progression métadromique). Même observation pour la parole qui, souvent embarrassée, se déclanche parfois étonnamment (tachyphémie stéréotypique de Claude).

Les *douleurs* sont relativement fréquentes, puisqu'on les retrouve dans 1/6 des cas. Leur siège est tantôt articulaire, tantôt diaphysaire. Dans les formes unilatérales, elles se limitent au côté atteint. Elles procèdent souvent par crises. Pour Roussy, elles ont une origine centrale. Elles sont parfois associées à un rhumatisme noueux déformant progressif. Aussi Sicard, après Brissaud, Achard, se demande-t-il s'il n'existe pas certains points de ressemblance entre le syndrome parkinsonnien et le rhumatisme chronique.

Les *troubles vaso-moteurs* sont fréquents. Le plus constant est la sensation de chaleur excessive, permanente ou paroxystique, qui survient indépendamment de toute élévation de la température périphérique. Souvent on observe des sueurs concomitantes, parfois de la sialorrhée.

L'*intelligence* paraît intacte, encore que son extériorisation soit gênée (inexpression du visage, lenteur et difficulté de la parole).

Formes cliniques. — Le syndrome parkinsonnien ne se présente pas toujours au complet. A côté de la forme typique, on a décrit des *formes frustes* ou anormales.

1° Forme fruste avec *rigidité sans tremblement.*

2° Forme fruste avec *tremblement sans rigidité.*

D'après l'âge, il existe :

1. Le *syndrome parkinsonnien présénile et sénile* qui répond aux descriptions classiques de la paralysie agitante. Débutant après 40 ans, insidieusement, sans cause connue, la rigidité et le tremblement frappent d'abord une moitié du corps. Le type de flexion est le plus souvent observé.

2. Le *syndrome parkinsonnien juvénile* apparaît avant trente ans. Cette forme semble se caractériser par une rigidité peu intense et un tremblement très vif.

« Rien ne permet, dit Souques, de la séparer de la forme sénile. Le début dans la première moitié de la vie, la généralisation et l'évolution plus rapide, l'atteinte plus précoce des muscles bulbaires, la rareté des troubles subjectifs sont intéressants à noter, mais restent sans valeur nosographique. »

Il semble évident que d'assez nombreuses causes soient susceptibles d'engendrer un syndrome parkinsonnien. Parmi ces éléments étiologiques, deux sont surtout à retenir :

L'artériosclérose cérébrale ;

L'encéphalite épidémique.

a. *Syndrome parkinsonnien des lacunaires.* — Il n'est pas rare, on le sait, de trouver à l'autopsie dans le cerveau des vieillards de petits foyers de destruction lacunaire ou hémorragique. Ils se rencontrent surtout dans les corps optostriés (couche optique, noyaux lenticulaire et caudé).

Leur expression clinique est celle d'une hémiplégie ou de paralysie pseudo-bulbaire. Comme le fait remarquer Lhermitte, on observe parfois un mélange de symptômes pseudo-bulbaires et parkinsonniens sur lesquels Brissaud avait dès longtemps attiré l'attention. On observe également des individus qui paraissent des parkinsonniens rigides sans tremblement et chez lesquels se retrouvent les troubles de la série pseudo-bulbaire, pleurer et rire spasmodique, dysphagie avec salivation, anarthrie, associés aux signes pyramidaux (exagération des réflexes tendineux, abolition des réflexes cutanés, signe de Babinski). Lhermitte, qui a insisté sur ces cas, attire l'attention sur la stabilité de ces syndromes qui n'offrent pas l'allure progressive de la paralysie agitante.

b. *Syndrome parkinsonnien des encéphalitiques.* — Quand débuta l'épidémie d'encéphalite, tous les médecins, en particulier les Anglais, indiquèrent la présence de symptômes rappelant à s'y méprendre la maladie de Parkinson.

S'ils apparaissent au début de l'encéphalite, à la phase aiguë, leur début est rapide et la rigidité, par exemple, survient souvent généralisée d'emblée.

« Cette rigidité, malgré des phases d'accentuation et de rémission, progresse le plus souvent à mesure que s'éteignent et disparaissent la somnolence et la diplopie. » (Ernst.)

Lorsque le syndrome parkinsonnien se manifeste au cours du déclin de l'encéphalite, ou même après une période de guérison apparente, son allure est plus lente. Avant la rigidité, il existe des phénomènes douloureux dans les régions mêmes qui seront ultérieurement enraidies. A cette phase, on constate, si on la recherche, la diminution des mouvements automatiques. « C'est un signe très précoce qui annonce presque la rigidité, et, en tout cas, la décèle souvent dans des cas où, très légère, elle est encore ignorée du malade. » (Ernst.)

Il est plus rare de voir le tremblement au premier rang du tableau morbide.

Quoiqu'il en soit, l'allure clinique de ces syndromes est identique à celle de la paralysie agitante classique.

Cependant, certains auteurs essaient de les en distinguer. Ni l'âge, ni le début fébrile, ni le mode d'apparition de la rigidité, ni les caractères du tremblement n'autorisent une distinction nette (Souques, Ernst). L'évolution permet-elle la discrimination? Le syndrome parkinsonnien des encéphalitiques est-il une complication ou ne représente-t-il qu'une manifestation de l'encéphalite à évolution chronique? Si le syndrome parkinsonnien des encéphalitiques est curable, il n'a rien à voir avec la maladie de Parkinson. Si son évolution est aussi fatale, comment différencier les deux processus? L'anatomie pathologique ne nous a pas encore fourni des éléments de différenciation très nets.

Diagnostic. — Faut-il insister sur le diagnostic? « Quiconque a vu quelques malades de ce genre est capable de reconnaître aisément du premier coup, et à distance, la paralysie agitante typique. » (Souques.)

On peut seulement se tromper au début de l'affection ou dans les cas frustes.

A la période où le syndrome parkinsonnien est encore limité à une moitié du corps, on pourra penser à une *hémiplégie avec contracture.* Mais, outre que celle-ci aura été précédée d'une phase de flaccidité, on notera des signes d'irritation pyramidale : exagération des réflexes tendineux, clonus, signe de Babinski.

Le tremblement prédomine-t-il, le diagnostic, même dans ce cas, est peu difficile.

On éliminera aisément, par l'interrogatoire et la recherche des antécédents, les tremblements *héréditaire ou familial, toxique, basedowien, hystérique.* M. Souques se refuse à différencier le tremblement

sénile qui, pour lui, est inexistant et relève d'une autre cause.

Si la rigidité est le seul symptôme observé, il faudra distinguer le syndrome parkinsonnien de la *paralysie des lacunaires et des pseudo-bulbaires*. Le diagnostic sera particulièrement délicat dans la variété centrale (troubles de la mimique expressive de la mastication, de la déglutition).

Traitement. — Un mot pour signaler l'insuccès des *traitements chirurgicaux* qui tous, du reste, ont porté sur le système nerveux périphérique (radicotomie, élongation des nerfs).

Le *traitement médical* a été, jusqu'en ces dernières années, symptomatique.

Les agents physiques amènent une certaine atténuation des symptômes : bains prolongés, massage, mobilisation des jointures.

Contre la contracture, c'est la *scopolamine* qui paraît avoir donné les meilleurs résultats, sous forme d'injections, en débutant par un quart de milligramme, sans ordinairement dépasser 1 milligramme par jour. Ce traitement dangereux, et qui devra être surveillé, sera interrompu de temps en temps.

Le même effet est recherché par l'injection de certains *arsenicaux* (cacodylate de soude, arrhénal) à haute dose, et de préférence par voie intraveineuse. Les résultats obtenus ont été incertains. Il en fut de même avec le luminal et le gardénal.

En ces derniers temps, eu égard à l'étiologie de certains syndromes parkinsonniens postencéphalitiques, on a préconisé la médication *pathogénique* antiinfectieuse, couramment employée, l'*urotropine*, en injections intraveineuses à 0,25 par centimètre cube. Cette médication devra être prolongée. Il faut attendre, avant de conclure, la publication de résultats à longue échéance.

FAITS CLINIQUES

FRACTURE COMMINUTIVE DU RACHIS. COMPRESSION DE LA MOELLE. TRAITEMENT CHIRURGICAL. GUÉRISON SANS INFIRMITÉ,

Par le Dr LOP (de Marseille).

I

Le 25 avril 1919, à midi, le matelot V... du vapeur « Breton » des Messageries Maritimes, fait une chute du haut de la mâture de ce bateau; il heurte, avec la violence que l'on devine, la grille de la chambre des machines.

Relevé aussitôt, il est conduit à ma clinique, une demi-heure après. Malgré la gravité de ses blessures, il n'a pas perdu connaissance et cause avec ses camarades leur recommandant de ramasser ses effets et de fermer son coffre.

Il est aussitôt examiné par mon assistant, qui constate les blessures suivantes : 1° fracture comminutive de la jambe droite avec une très légère plaie; 2° une fracture comminutive de l'extrémité supérieure du radius; 3° une fracture du rachis au niveau de la 10e-12e dorsale et des contusions multiples, sans gravité.

La fracture de jambe mise dans un Scultet, celle du coude dans une gouttière métallique et le blessé est couché dans un lit dur sans traversin en attendant mon arrivée pour l'application de la gouttière de Bonnet.

Le Dr Butner est hésitant quant à l'existence certaine de la fracture du rachis. En effet, à ce moment, il n'existe aucun signe de paraplégie et le blessé a vidé sa vessie quelques minutes après son entrée à la clinique.

A mon arrivée, un nouvel examen ne permet plus le moindre doute sur l'existence d'une fracture du rachis, siégeant entre la 9e et la 12e dorsale sans phénomène et compression apparente. Avec toutes les précautions désirables, on installe le blessé dans une gouttière de Bonnet.

A 6 heures du soir, le blessé n'a pas uriné, mais la vessie percutée paraît à peu près vide.

A minuit, il se plaint de douleurs abdominales assez vives. Appelée, la surveillante constate que la vessie est pleine, elle recommande au blessé d'uriner. Après un quart d'heure d'efforts inutiles, on vide la vessie avec une sonde de Nélaton, a peu près un litre.

V... se plaint d'engourdissement dans le bras gauche et ne peut remuer la jambe gauche, celle-ci soulevée retombe inerte. Le lendemain matin à 8 heures, le malade n'ayant toujours pas uriné, nouveau cathétérisme.

La monoplégie a gagné tout le membre inférieur gauche, je dis monoplégie car sûrement, à droite, l'impotence doit être semblable, mais je rappelle que celle-ci étant gravement fracturée, je juge inutile de rechercher les troubles de la motilité, d'origine médullaire, certain de leur existence.

D'ailleurs, la sensibilité est aussi très atténuée tant à droite qu'à gauche, au point que la fracture est absolument indolore. L'engourdissement du membre supérieur droit s'est accentué et les troubles de la sensibilité remontent jusqu'à la région sous-ombilicale.

Il existe en outre de l'inégalité pupillaire, d'origine sympathique; pas plus qu'à son entrée le malade n'accuse le moindre symptôme intracraniens.

Intelligence très éveillée, pas la moindre douleur de tête.

Le diagnostic de compression médullaire ne faisait aucun doute. Je propose au malade d'intervenir aussitôt, il accepte, à midi il est conduit à la salle d'opération.

Anesthésie au Schleich avec l'appareil de Gautier. Incision convexe de 25 cm. Au niveau de la dépression traumatique, il existe un vaste hématome sous-cutané, dont on se débarrasse avec soin. Les muscles prévertébraux sont soigneusement décollés à la rugine et reclinés. J'arrive sur le foyer de la fracture recouvert par un deuxième hématome non moins abondant que le premier, causé par une fracture de l'arc postérieur de la 10e dorsale, entièrement détaché et dont les lames sont réduites en bouillie. L'arc postérieur de la 11e est aussi fracturé, mais en deux portions bien conservées, l'antérieure a basculé dans le canal rachidien aplatissant ainsi la moelle.

Comme il n'est pas possible de conserver l'arc de la 10e vertèbre je l'enlève, puis non sans peine et avec les précautions et la préoccupation que l'on devine, je relève la partie antérieure de l'arc de la 11e enclavée (coincée serait plus exact) dans le canal vertébral et la recline en dehors.

Je la confie à mon aide en le priant de conserver précieusement les débris de périoste qui la retiennent encore au fragment inférieur. Ceci fait, je débarrasse toute la cavité rachidienne des caillots et multiples petites esquilles qui l'encombrent. Les méninges sont intactes, mais au point de compression sur une étendue de près de 0,04, il existe une ecchymose assez colorée.

Après quelques instants de réflexion, j'estime qu'une exploration de la moelle ne serait peut-être pas inutile. Une incision prudente des méninges sur une étendue dépassant de 0,02 en haut et en bas le foyer de compression sur une étendue de près de 0,04, il existe une ecchymose assez colorée.

Il n'y a pas la moindre trace d'hématomyélie, le liquide céphalo-rachidien est légèrement hémorragique.

Je referme aussitôt les méninges par un surjet au catgut fin, et après un nouvel examen du champ opératoire et une toilette définitive, je remets en place et coapte de mon mieux les deux fragments de la 11e dorsale que je maintiens en place par une double ligature avec un gros catgut; le plan musculaire est suturé au catgut et le plan cutané au crin, sous lequel je passe comme drain, (par précaution) un faisceau de crins de Florence.

Le malade est remis dans la gouttière de Bonnet et conduit dans sa chambre.

II

Les suites locales opératoires ont été parfaites, apyrexie totale. Le sixième jour, j'enlève le drainage capillaire et le neuvième les points de suture.

Quant au résultat recherché, je ne pense pas qu'il soit possible d'être plus satisfait que je ne l'ai été.

L'engourdissement du bras droit et les troubles de la sensibilité disparaissent graduellement dès le lendemain soir. Le quatrième jour de l'opération la sensibilité est redevenue normale.

Le troisième jour le malade urinait tout seul, avec assez de difficulté, mais suffisamment pour qu'on n'eût plus besoin de le sonder.

Le huitième jour, le malade remuait sa jambe et parvenait par de petits mouvements de reptation à appuyer le talon sur le fond de sa gouttière. Les mouvements allèrent en progressant chaque jour, et le 13e jour en arrivant près de lui, le blessé de s'écrier : « docteur, j'ai relevé ma jambe en l'air; oh! si je pouvais en faire autant de ma jambe droite. »

Seuls, les troubles oculo-pupillaires persistèrent longtemps réduits seulement à de l'inégalité pupillaire qui existait encore deux mois après l'accident.

Le trentième jour, le blessé était sorti de la gouttière de Bonnet, dans laquelle il se tenait, d'ailleurs très indocilement, profitant de l'instant où le personnel avait le dos tourné pour se faire asseoir par ses camarades.

Le quarante-cinquième jour, il se levait avec des béquilles, qu'il quitta le cinquante-neuvième jour pour marcher avec une canne, qu'il abandonna complètement à son départ de la clinique, le soixante-dix-septième jour après son accident.

Depuis il s'est marié en Corse et, en m'annonçant cette nouvelle, il m'apprenait qu'il avait dansé toute la journée de cet heureux jour.

III

Cette observation montre, qu'en présence de l'insuffisance des différentes méthodes de traitement appliquées jusqu'à ce jour aux traumatismes rachidiens, le traitement chirurgical immédiat peut donner et donne des résultats inespérés.

Il me semble même, tout au moins dans la pratique hospitalière, que toute fracture de la colonne vertébrale doit être ouverte, surtout quand elle s'accompagne de complications médullaires, que la fracture soit fermée ou ouverte et, même dans ce dernier cas, j'estime qu'il n'y a pas place à la moindre hésitation.

Dans ma pratique déjà bien longue des accidents de toutes sortes, je n'ai vu que trois fractures du rachis (1), l'une n'a fait que passer dans mon service pour les premiers secours et a été évacuée à l'hôpital, je n'en ai plus eu de nouvelles.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un homme de 45 ans qui avait une fracture par écrasement des trois dernières dorsales, déterminée par la chute du mât de charge d'un navire. J'intervins immédiatement, il s'agissait malheureusement d'un cas exceptionnellement grave et la mœlle était partiellement sectionnée sur une hauteur d'au moins 2 cm.

Malgré la gravité de cet accident notre homme commençait à s'améliorer, lorsque le vingtième jour après l'intervention les assureurs responsables se refusèrent à continuer l'hospitalisation dans une clinique privée et le firent admettre à l'hôpital, où j'appris sa mort quelques semaines après!!

---

(1) Chose curieuse, dans le mois d'avril dernier, j'ai reçu en moins d'une semaine deux autres fractures du rachis. L'un des deux blessés, marin japonais, est mort le jour même (fracture région cervicale); pas d'intervention possible. Le deuxième blessé, marin anglais, a été opéré avec succès opératoire, avec amélioration très notable de sa paralysie et retour de la sensibilité. Décédé malheureusement le vingt-septième jour d'infection urinaire avec hématuries incoercibles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1921)

Opothérapie cardiaque. — M. A. Martinet. L'augmentation de la puissance de réserve du cœur, par action cardiosthénique vraie, directe sur le myocarde, est un des problèmes principaux de la cardiothérapie.

La plupart de nos agents cardiotoniques ne sont que des agents cardiosthéniques indirects. Ils agissent le plus souvent par voie nerveuse sur le rythme cardiaque ou le tonus vasomoteur. Tel est le cas de la digitale, le strophantus, la strychnine, l'adrénaline, l'huile camphrée, pour ne citer que les plus usités.

Seules, la myothérapie, et peut-être les solutions glucosées hypertoniques, semblent susceptibles d'exercer une action directe sur le trophisme et la puissance contractile du myocarde. Une expérience clinique de plus de trois ans permet à l'auteur d'affirmer que l'opothérapie cardiaque agit dans le même sens.

Le tissu myocardique est un tissu hautement différencié histologiquement, physiologiquement (systole spécifique), chimiquement (tenue élevée en phosphore organique, faible en azote dianimé), pharmacodynamiquement (réactions électives).

Il y a donc lieu de penser que cette spécificité tissulaire est l'indice de l'existence de quelque substance encore inconnue dont l'action serait élective sur la trophicité et la contractilité myocardique.

M. Martinet a expérimenté trois ordres de préparations :

1° Macération à froid, de préférence en glacière, de cœur de bœuf (ou de cheval) haché dans une quantité équivalente de sérum artificiel.

2° Extrait liquide préparé comme ci-dessus, mais avec une posologie plus rigoureuse et des précautions d'asepsie plus strictes. L'extrait correspondant à la moitié de son poids de substance fraîche et sa conservation assurée par l'addition de 1/300 de fluorure de sodium.

3° Extraits secs en poudre, ordinaire ou peptonisé soluble, préparés par concentration dans le vide et correspondant en poids à sept fois le poids d'organe frais.

Ces préparations étaient administrées de préférence par voie rectale, en lavement, additionnées au besoin de quelques gouttes de laudanum de Sydenham pour assurer la tolérance.

Les doses moyennes correspondaient à 40, à 100 grammes d'organe frais.

Le rythme d'administration a été variable suivant les indications, trois fois par semaine, dix jours par mois ont été les périodes les plus ordinairement adoptées.

Pour les préparations sèches, la peptone de cœur a été parfois administrée par voie buccale à la dose de 1 à 3 cuillères à café par jour.

D'une façon générale, l'auteur a obtenu des résultats extrêmement encourageants, tant dans les insuffisances cardiaques constitutionnelles (débiles cardiaques, dystrophiques, hyposphyxiques) que dans les insuffisances cardiaques subaiguës ou chroniques, myocardites dégénératives, postinfectieuses et toxiques.

L'action favorable se traduisait à l'ordinaire dans les cas favorables, trois quarts des cas, par le relèvement de la pression différentielle avec abaissement de la minima, l'augmentation de la puissance de réserve myocardique attestée par l'épreuve fonctionnelle d'effort, l'augmentation de la diurèse, la réduction ou la disparition progressive des œdèmes, de la dyspnée, la réduction ou la dilatation cardiaque constatée à l'orthodiagraphie, l'atténuation, voire la disparition des phénomènes d'angor.

A noter, pour les préparations liquides, parfois une intolérance intestinale qui a fait décidément donner la préférence aux extraits secs; très exceptionnellement, une intolérance cardiaque se traduisant par des palpitations, de la tachycardie qui oblige à réduire les doses ou à supprimer la médication.

Conclusions. — L'opothérapie cardiaque s'est révélée

comme un agent éprouvé de la débilité myocardique constitutionnelle et de la dégénérescence myocardique acquise. Elle semble agir surtout comme agent trophique susceptible d'accroître de façon effective la puissance de réserve du cœur.

Elle trouve ses indications dans tous les cas de défaillance ou de dégénérescence aiguë ou chronique du muscle cardiaque, étant bien entendu qu'elle sera combinée, s'il y a lieu, aux agents médicamenteux adéquats : digitale dans l'asystolie, traitement spécifique dans les dégénérescences syphilitiques, myotérapie dans les hyposphyxies, etc.

Les myocardites syphilitiques déshabitées. — M. Lenoble (de Brest), étudie sous ce nom une variété spéciale d'altération du myocarde souvent associée à de l'aortite, et qui résulte de l'atteinte directe du muscle cardiaque. Les signes objectifs sont ceux des myocardites ordinaires. L'auteur signale un cas curieux d'intrication d'extrasystoles simulant l'arythmie complète, l'alternance du cœur, où l'apposition d'ondes anormales traduisait la gêne de fonctionnement du cœur. Elles sont rares, la statistique de l'auteur la signale une fois sur 3 cas d'aortite. Elles se caractérisent cliniquement par le début brusque des accidents, par la précarité des cures, la rapidité et la fréquence des récidives, l'apparition de douleurs précordiales souvent prématurées, la mort subite.

Anatomiquement, il en distingue 2 formes : une variété interstitielle avec parfois endovascularite : une variété parenchymateuse avec myolyse plus ou moins étendue. Cette dernière est très spéciale.

Elles peuvent être localisées à l'oreillette droite. Le tréponème ne s'y rencontre jamais. Elles sont donc « déshabitées ». La réaction de Bordet souligne leur nature comme leur association avec d'autres manifestations syphilitiques.

Elles paraissent déterminées par des toxines issues des capillaires et entraînant des altérations paravasculaires, peut-être à la faveur d'une association avec un facteur mécanique.

Importance de l'examen direct extemporané des crachats, après lavage, pour l'étude des infections secondaires ou associées des tuberculeux. — M. Fernand Bezançon (en collaboration avec M. A. Biros). — La constatation dans un crachat de bacilles de Koch, a une valeur absolue, quelles que soient les conditions de l'examen de ce crachat.

La question des infections secondaires ou associées à la tuberculose, ne peut se résoudre au contraire par l'examen des crachats dans les conditions où il est fait habituellement. La plupart des analyses bactériologiques, même les plus consciencieusement faites, sont entachées d'une erreur fondamentale qui leur enlève toute valeur. Les crachats, en effet, sont toujours plus ou moins enrobés de salive ou de mucus venant des voies respiratoires supérieures, salive et mucus extrêmement riches en microbes saprophytes de la cavité bucco-pharyngée.

Pour ne pas attribuer à l'expectoration venant des parties profondes, les microbes venant exclusivement des voies respiratoires supérieures, il faut, renouvelant une technique proposée autrefois déjà par Kitasato pour la culture des microbes des voies respiratoires, faire un lavage méticuleux du crachat dans du sérum physiologique. L'examen du crachat fait dans ces conditions, montre toujours une diminution des germes saprophytes; mais souvent ceux-ci persistent en assez grand nombre, sans qu'on soit autorisé à affirmer qu'ils ont joué un rôle dans l'évolution de la maladie.

C'est qu'en effet, il est une autre cause d'erreur, que nos expériences ont mis nettement en évidence; le crachat se laisse rapidement pénétrer par les bactéries qui se trouvent dans la salive qui l'enrobe; il se fait une véritable infection de crachoir. Le lavage des crachats ne suffit donc pas pour mettre l'observateur dans de bonnes conditions de technique. Il faut en plus, faire porter l'examen sur un crachat fraîchement recueilli et reçu dans une boîte de Petri, ou un vase stérilisé.

L'examen de 87 crachats pelotonnés et provenant de cavernes tuberculeuses, dans 18 cas de tuberculose ulcéro-caséeuse, a montré qu'on ne trouvait exclusivement que des bacilles tuberculeux, si on fait l'examen sur le crachat aussitôt après son expulsion et après lavage de la partie périphérique.

Par contre, dans 33 examens de crachats, provenant de 6 cas concernant des formes bronchitiques ou des incidents aigus broncho-pneumoniques, M. Bezançon a vu que les microbes existaient déjà dans le crachat au moment de l'expulsion, et persistaient malgré le lavage. D'autre part, il a fait le contrôle de la technique sur des crachats de pneumoniques, de broncho-pneumoniques, de gangrène pulmonaire, et il a vu que, dans ces conditions, malgré le lavage, les microbes agents de l'infection pouvaient être facilement décelés.

Dans la plupart des cas de tuberculose, comme l'avait déjà vu Straus, en particulier, le bacille de Koch joue seul un rôle dans l'évolution du processus; dans 8 cas de fièvre hectique chez des cavitaires, il existait seul dans les crachats; par contre, il faut faire jouer un rôle important aux microbes saprophytiques des voies respiratoires, tels que le pneumocoque, dans le réveil des lésions tuberculeuses latentes; dans ces cas, tantôt la lésion tuberculeuse passera rapidement au premier plan, tantôt au contraire, il n'y aura qu'un réveil passager, on ne trouvera de bacilles qu'en petit nombre et momentanément, et la lésion évoluera au point de vue clinique bien plus comme une pneumococcie que comme une lésion tuberculeuse; tantôt enfin, il y aura évolution simultanée d'une lésion tuberculeuse et d'une lésion pneumococcique.

La recherche méthodique simultanée du bacille de Koch et des microbes saprophytes des voies respiratoires faite dans les conditions de technique rappelées plus haut, doit entrer dans la pratique courante et permettre au clinicien, dans de nombreux cas, de mieux se rendre compte des singularités de l'évolution de la maladie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 10 juin 1921)

Le traitement de l'affection dite « lymphogranulomatose subaiguë » par le chlorhydrate d'émétine. — M. Paul Ravaut, ainsi qu'il l'a déjà signalé dans une communication précédente, a été frappé par la fréquence de cette affection au cours de cet hiver, puisqu'il en a observé 14 cas. Chez presque tous les malades, il a fallu recourir à l'opération pour les débarrasser de masses ganglionnaires, grosses, suppurées, fistulisées sans tendance à la guérison. Ayant constaté chez le dernier de ces malades, la présence dans le pus de corps amibiens, il l'a traité par le chlorydrate d'émétine.

En 17 jours, il a obtenu la disparition presque complète des ganglions et l'assèchement complet de fistules qui duraient depuis plusieurs mois; depuis trois semaines, la guérison se maintient et le malade a repris son travail. Chez trois autres malades présentant depuis longtemps des lésions analogues et qui hésitaient à se faire opérer, les résultats ont été aussi bons dans deux cas; en 12 jours de traitement, des fistules qui coulaient depuis de longues semaines, se sont taries et les ganglions ont presque complètement disparu.

Il conseille l'essai de ce traitement pour les bubons dits climatiques et d'autres adénopathies.

Syndrome de Basedow causé par une petite tumeur thyroïdienne avec métastase osseuse. — MM. Léon Tixier et Henri Duval présentent une femme de soixante-sept ans, considérablement amaigrie, présentant un tremblement très accusé et une tachycardie importante.

L'exophtalmie fait défaut. C'est la constatation d'une métastase humérale qui permet de considérer comme une tumeur maligne, le petit goitre mobile que cette malade présentait au niveau du lobe gauche du corps thyroïde. Les auteurs soulignent l'importance de l'examen du squelette et l'absence d'exophtalmie pour préciser le diagnostic et le pronostic des syndromes basedowiens atypiques.

Intérêt du tubage duodénal. — MM. Rathery et Cambessédès rapportent un cas démonstratif au sujet de l'intérêt du tubage duodénal préconisé par M. Carnot. Chez leur malade, atteinte d'ictère chronique par rétention, trois examens du liquide duodénal ont montré un liquide toujours normal, au point de vue des ferments pancréatiques, mais coloré de façon intermittente par la bile.

L'intervention a montré qu'il s'agissait bien d'un néoplasme du hile du foie comprimant les voies biliaires.

Guérison rapide par colloïdoclasie bactérienne sous-cutanée d'un cas extrêmement grave d'infection aiguë de cause indéterminée. — MM. P. MERKLEN, P. P. LÉVY et Ch. MALET rapportent l'histoire d'une femme de trente-six ans, atteinte d'une infection aiguë, probablement septicémique, mais dont il fut impossible d'isoler le germe causal, en dépit d'hémocultures répétées. La maladie fut d'une gravité extrême, du vingtième au trentième jour, au point que tout espoir sembla, un moment, perdu. Toutes les médications étaient restées inefficaces, collargol, abcès de fixation, sérothérapie antipneumococcique, etc. Un hétérovaccin formé de pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, bacilles de Pfeiffer, provoqua un succès rapide et durable; quatre injections amenèrent la chute de la fièvre et la disparition des autres accidents morbides.

Il ne saurait évidemment s'agir d'une action spécifique. La guérison fut, en effet, pour ainsi dire instantanée. Dans le choix des microbes, en l'absence d'hémocultures positives, les auteurs se sont laissé guider par un empirisme raisonné. Ils ont eu l'heureuse chance de provoquer, au moment favorable, un choc protéinothérapique qui a redressé l'équilibre instable de l'organisme. Ce cas prouve que l'injection sous-cutanée de vaccin peut se montrer suffisante et que l'injection intraveineuse, plus redoutable dans ses conséquences, n'est à employer qu'avec de grandes réserves surtout chez les sujets affaiblis et de minime résistance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1921)

Obstruction intestinale par calculs biliaires. — M. MATHIEU communique l'observation d'une femme de soixante-six ans, ayant un passé gastro-hépatique, arrivant à l'hôpital Boucicaut avec des symptômes d'obstruction intestinale incomplète. Cinq heures après le début des accidents, laparotomie, extériorisation du grêle, présence d'un calcul qui n'obstruait pas complètement la lumière de l'intestin, malgré son gros volume; M. Mathieu refoule le calcul en haut, en amont, l'extrait et suture la brèche intestinale. Suites immédiates un peu troublantes par l'élévation du pouls; le lendemain, état satisfaisant, suites simples, guérison. Le succès, dans ce cas, peut s'expliquer par ces faits que l'intervention a pu être très précoce et que l'obstruction n'était pas complète.

M. ROUX-BERGER apporte un cas adressé par M. François (de Versailles) : Femme de 78 ans, obstruction par calcul biliaire, extraction, suture en deux plans, guérison.

Chirurgie intestinale. — M. SOULIGOUX, à propos d'une récente communication de M. Duval qui concluait à la supériorité de l'anastomose termino-terminale sur l'anastomose latéro-latérale, et d'une communication de M. Brun relative à un cas d'anastomose iléo-latéro-transversale, vient plaider en faveur de l'anastomose latéro-latérale. Après fermeture des deux bouts de l'intestin, M. Souligoux accole les deux anses latéralement. Il a obtenu, par ce procédé, de très bons résultats, dont l'un date actuellement de dix-neuf ans.

Sur cinq cas, trois guérisons sans drainage. Dans un quatrième cas, mort, et dans le cinquième, mort éloignée avec anus artificiel.

Tuberculose intestinale. — M. Louis BAZY, à propos de la communication de M. Roux-Berger, rapporte l'observation d'un homme de 45 ans, atteint d'une hernie inguinale droite étranglée, réduite en masse avec l'étranglement.

Rachianesthésie, laparatomie, ventre plein de pus, de gaz et de matières fécales, perforation intestinale, suture de la perforation, obstruction supérieure, ulcération.

Dans un second cas, homme de quarante ans, hernie inguinale étranglée, irréductible, péritonite généralisée. Laparotomie, anse grêle perforée, pus, matières fécales, invagination, mort. A l'autopsie, M. Paul constata une perforation unique. Pas de tuberculose, ni de cancer.

Greffes tendineuses. — La discussion reprend sur ce sujet, discussion à laquelle prennent part MM. TUFFIER, SAVARIAUD, BROCA, AUVRAY. Il résulte de cette discussion qu'il y a tout avantage à suturer les sections tendineuses récentes.

Ostéite de la tubérosité antérieure du tibia. — M. MOUCHET apporte, à la discussion pendante, trois cas personnels, calqués les uns sur les autres; même conduite dans les trois cas : incision, ablation d'un fragment osseux. Guérison. Dans ces cas, pas de traumatismes, sauf chez un officier du génie, blessé de guerre; il s'agit, dans les autres cas, d'ostéite de croissance.

M. Louis BAZY signale un cas analogue également d'origine inflammatoire et non traumatique.

Fracture du pubis, rupture de la vessie par un fragment osseux. — M. MATHIEU rapporte l'observation d'un homme qui fit une chute sur le dos, renversé par un poids très lourd qui lui tomba sur le ventre. Le cathétérisme vésical amena du sang. Il y avait évidemment une rupture de la vessie. La radioscopie montra une double fracture du pubis. M. Mathieu pratiqua aussitôt une laparotomie médiane; il trouva un énorme bloc vésical; il y avait un vaste épanchement uro-hématique. Il fit une incision prévésicale, une cystostomie, fit pénétrer de l'air dans la vessie, trouva une brèche osseuse qu'il refoula et remit en sa place, ferma la vessie en partie, en laissant une cystostomie pour drainage, isola le foyer périvésical en suturant à la paroi, les bords de la fistule vésicale. L'épanchement uro-hématique se résorba. La sonde fut supprimée après quelques jours et remplacée par une sonde uréthrale. Le malade guérit.

M. MARION félicite M. Mathieu de la conduite qu'il a suivie dans ce cas et qui doit être imitée, à l'occasion. Il le félicite surtout d'avoir isolé le foyer en suturant les bords de la cystostomie à la paroi pariétale.

De l'application du radium dans les cancers utérins inopérables. — M. PROUST vient répondre à cette question : Comment appliquer le radium, par voie abdominale, dans les cancers utérins inopérables? Voici comment on procédait. On pratiquait la laparotomie, on introduisait dans les ligaments larges, de chaque côté, des aiguilles ou des tubes de radium, selon la méthode préconisée par M. Anselme Schwartz. M. Proust a modifié cette technique de la façon suivante : Il pratique d'abord la ligature des deux hypogastriques dans le but d'enrayer les hémorragies. Puis, il fait une petite incision péritonéale, au niveau des hypogastriques, écarte les uretères, les porte en dehors, lie les deux hypogastriques, décolle de haut en bas, obtient ainsi un tunnel, sans hémorragie, dans lequel il introduit les tubes de radium enfermés dans un long tube en caoutchouc sortant en dehors du ventre refermé et qui servira pour retirer ces tubes. M. Proust fait également en avant une incision d'un petit repli péritonéal qui lui permettra de placer trois tubes de radium, soit en tout 20 milligrammes en quatre jours. Les suites sont simples. Le mérite de ce procédé revient à M. Anselme Schwartz qui l'a, le premier, préconisé.

La ponction exploratrice du péritoine. — M. SAVARIAUD préconise les ponctions exploratrices dans les contusions de l'abdomen. Dans les cas où une laparotomie immédiate s'imposerait et où on serait empêché de la faire par le malade ou son entourage; que l'on fasse une ponction exploratrice avec l'aiguille qui sert pour les rachianesthésies; s'il vient du sang, la laparotomie s'impose. M. Savariaud apporte plusieurs exemples à l'appui :

Premier exemple : contusion abdominale, ponction exploratrice, présence de sang dans le péritoine, laparotomie immédiate, plaie du foie, suture, guérison.

Second exemple : une femme de soixante-douze ans est renversée par un auto à 11 heures du matin; à midi, à Beaujon, la malade n'est pas mal, seulement très agitée, à 3 heures, on croit pouvoir encore attendre; à 9 heures du soir, l'état s'aggrave très rapidement, M. Savariaud est rappelé, il fait la laparotomie, il trouva une rate en bouillie. S'il avait fait, chez cette malade, la ponction exploratrice, il fût intervenu beaucoup plus tôt et peut-être aurait-il pu sauver cette malade.

Ce n'est pas l'avis de MM. LENORMANT et DUJARRIER, qui préfèrent l'incision à la ponction exploratrice. M. FAURE admet très bien, chez la femme, la ponction vaginale.

Récidive de cancer du sein. — M. Tuffier présente une malade qui avait été opérée d'un cancer du sein, récidive dans l'aisselle, compression des vaisseaux, éléphantiasis du bras, douleurs intolérables. M. Tuffier pratique la désarticulation de l'épaule, cessation des douleurs, guérison apparente.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 11 juin 1921)

Spirochétose spontanée du lapin ressemblant à la syphilis. — MM. Levaditi, A. Marie et Isaïac, ont étudié une infection spontanée du lapin provoquée par un spirochète ressemblant au tréponème pâle. Les lésions sont localisées au nez et aux organes génitaux. Elles consistent en une prolifération papillomateuse de l'épiderme due à une multiplication intense du spirochète au niveau de la couche germinative et en une réaction mononucléaire du derme.

Les parasites entourent de tous côtés les cellules épithéliales et semblent même pénétrer dans leur protoplasma. Les spirochètes s'éliminent au dehors par les follocules pileux.

L'infection se propage par contact simple et par contact sexuel. Le système pileux paraît jouer un rôle important dans la contamination, les poils constituant la principale porte d'entrée des spirochètes.

Le parasite n'est pathogène que pour le lapin ; le singe se montre réfractaire. Les auteurs ont recherché sa virulence sur l'homme afin de préciser si cette pseudo-syphilis du lapin est contagieuse pour l'espèce humaine, et si, le cas échéant, on ne pourrait pas l'utiliser comme vaccin contre la syphilis. Levaditi et Nicolau se sont inoculé à la peau de l'avant-bras des produits riches en spirochètes du lapin. Aucune réaction, ni locale ni générale (Wassermann négatif depuis trois mois). Le spirochète du lapin n'est donc pas pathogène pour l'homme.

Des dialysats de sérum équilibrés in vitro. Le rôle compensateur des chlorures. — MM. Mestrezat et Suz. Ledebt. L'étude de la partie non colloïde du plasma a, généralement, été abordée par celle des « filtrats » de sérum sur collodion (Cushny). En réalité, la rupture de l'équilibre complexe que doit amener la suppression des colloïdes d'un milieu appelle des phénomènes compensateurs, si le filtrat est mis dans la possibilité de s'équilibrer complètement avec le milieu générateur. Le cas se présentera avec la plupart des humeurs organiques non produites par des glandes différenciées.

MM. Mestrezat et Ledebt ont en effet, trouvé, que les *dialysats équilibrés* sont entièrement différents des *filtrats* simples de sérum. Le fait le plus frappant est l'augmentation des chlorures, qui peut amener dans le milieu cristalloïde une richesse en chlore (exprimé en NaCl) supérieure de plus d'un gramme à celle du sérum utilisé. C'est la première démonstration expérimentale du rôle compensateur des chlorures.

Le calcium, le magnésium, l'acide phosphorique participent aussi, mais à un degré moindre, au rétablissement de l'équilibre.

L'étude de la composition des *dialysats équilibrés* est étroitement liée à nos connaissances sur la nature du liquide céphalo-rachidien et de l'humeur aqueuse.

La très grande similitude de composition des *dialysats équilibrés* avec les humeurs précédentes est un nouvel argument en faveur de la nature purement dialysée de celles-ci.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 8 juin 1921)

Hoquet incoercible guéri par l'aspirine. — M. Piedallu a obtenu la guérison immédiate d'un hoquet incessant durant cinq jours et cinq nuits, avec l'aspirine déjà conseillée, à cet effet, par M. Petges (de Bordeaux).

De la solubilité du soufre et sur ses applications cliniques. — M. R. Huerre montre que les solutions sulfo-carboniques de soufre doivent être préparées avec du soufre précipité et non avec du soufre sublimé qui peut contenir 10 p. 100 de soufre insoluble. On obtiendra des solutions soufrées à 6 p. 100 centimètres cubes par mélange, en proportion convenable, de tétrachlorure et de sulfure de carbure, diminuant ainsi, considérablement, les inconvénients de l'emploi du sulfure.

Blennorragie aiguë et chronique traitée par le permanganate d'argent. — M. H. Bourges confirme l'intérêt de cette thérapeutique, signalée par M. Paul Gallois, qui a utilisé les solutions étendues.

Opothérapie et petit basedowisme. — M. A. Marie présente dix observations de jeunes filles et femmes traitées à la suite de petit basedowisme en apparence postcommotionnel, mais, en réalité, lié à des troubles anciens dysendocriniens.

L'opothérapie le confirme en les améliorant.

Vomissements gravidiques et opothérapie thyroovarienne. — M. Naamé (de Tunis) prescrit trois ou quatre cachets par jour, puis une heure avant les repas, ainsi formulés : thyroïdine 0g05 ; ovarine, 0g10.

Tartrates borico-potassique et borico-sodique. — M. Auguste Lumière (de Lyon) conseille l'emploi du tartrate borico-sodique qui ne présente pas les inconvénients du premier et dont la pureté est plus facile à réaliser. Ce tartrate sodique donne le maximum d'effet utile de la médication borée.

Une thérapeutique alimentaire générale. — M. G. Leven propose un régime alimentaire général, applicable à tous les états pathologiques (maladies de la nutrition, de l'estomac, de l'intestin, du foie, du cœur, etc.). Les variantes de ce régime général sont conditionnées par la gravité du mal et non par sa nature.

Il étudie longuement les données sur lesquelles il base ces conclusions.

M. Leven a exposé en détail cette question dans une Revue générale de la *Gazette des hôpitaux* (n° 46, 11 juin 1921).

VARIÉTÉS

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE PHILADELPHIE

Le Collège des médecins de Philadelphie, qui a certainement pour prototype le Collège royal des médecins de Londres, est une des plus illustres sociétés savantes des Etats-Unis.

En 1783, quelques médecins américains qui terminaient leurs études à Edimbourg revinrent aux Etats-Unis et commencèrent les démarches d'où il sortit; mais sa naissance ne remonte officiellement qu'au 2 janvier 1787. Le premier président fut John Redman.

Ce fut dès le début une « association de collègues » unis pour « le progrès de la science médicale, dont l'objet était de diminuer la misère humaine en étudiant les maladies et les remèdes qui sont particuliers au pays, en observant les effets des différentes saisons, des climats et des situations sur le corps humain, en observant les changements qui sont produits dans les maladies par les progrès de l'agriculture, des métiers, de la population et des mœurs, en recherchant des médicaments dans nos bois, nos eaux et les entrailles de la terre, en élargissant le champ des connaissances par les découvertes et les publications des pays étrangers; par des séances fixes de discussions et de lectures, par la pratique de l'ordre et de l'uniformité dans l'exercice de la profession médicale ».

Ainsi s'exprime l'acte constitutif du Collège, revêtu du sceau de l'Association dont la belle devise est : « Non sibi, sed toti. »

Le Collège, composé à l'origine de 12 membres et d'un nombre illimité d'associés, est la plus ancienne société médicale des Etats-Unis; son activité ne s'est jamais ralentie, elle est liée à l'histoire de la Pensylvanie et de tous les autres Etats.

Cette Association a rendu les plus grands services dans la lutte victorieuse contre la fièvre jaune, et plus tard contre le choléra et l'alcoolisme; elle a obtenu les meilleurs résultats par ses campagnes en faveur de l'hygiène, puis du maintien de la vivisection pour les études scientifiques, de l'établisse-

ment de la déclaration de la tuberculose et des mesures destinées à prévenir le développement des maladies contagieuses.

Le Collège occupa successivement des locaux de mieux en mieux appropriés à ses besoins : en 1787, 1791, 1854, 1863, 1883, et enfin en 1909 où il s'installa dans une construction remarquable d'un style anglais du XVIIe siècle très pur.



Fig. 1 (*). — *Première maison du Collège des médecins dans le vieux Collège de l'Université de Pensylvanie.*

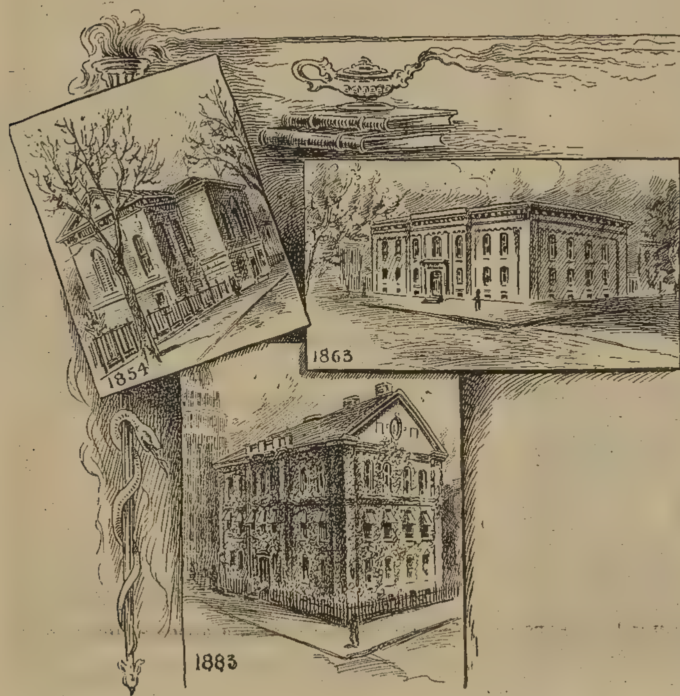


Fig. 2. — *Anciennes installations du Collège.*

Ce bâtiment, particulièrement élégant, est également conçu d'une façon pratique, il contient de nombreuses salles de réunion et une bibliothèque médicale qui est un modèle.

Cette bibliothèque est fort riche, puisque, seule en Amérique, celle du Corps de santé militaire, à Washington, possède plus de livres.

La bibliothèque du Collège des médecins de Philadelphie contient plus de 125.000 volumes, près de 10.000 thèses et plus de 110.000 imprimés; elle reçoit 1.200 journaux et fait des échanges avec un grand nombre d'universités; elle dispose de fondations nombreuses s'élevant à plus de 375.000 dollars lui ayant permis de faire en 1920 pour plus de 25.000 dollars d'acquisitions; 6.000 lecteurs l'ont fréquentée cette année et y ont consulté 19.000 volumes; 3.600 volumes ont été prêtés.

Une des particularités les plus remarquables de la bibliothèque est l'aménagement de 12 bureaux destinés aux membres du Collège qui se livrent à d'importants travaux devant les absorber un mois, un an, ou plus. Ces bureaux sont isolés, il est possible de dicter à haute voix sans troubler les autres travailleurs, on peut y conserver à demeure les livres nécessaires.



Fig. 3. — *Le nouvel hôtel du Collège des médecins, 1909.*

En moyenne, 6 de ces bureaux ont été quotidiennement employés en 1920, et chaque jour 127 livres ont été mis à la disposition de leurs occupants.

Quelles sont les bibliothèques en France — et même en Europe — qui offrent de semblables commodités aux travailleurs?

Cette bibliothèque n'est pas seulement un instrument de travail pour les besoins courants de la profession médicale; elle est mieux encore et contient un grand nombre de manuscrits précieux et de livres rares ou uniques parmi lesquels 290 incunables.



Fig. 4. — *La bibliothèque.*

A côté de la bibliothèque, se trouve un musée où sont pieusement conservés des souvenirs des grands hommes qui ont le plus illustré notre profession.

Ces souvenirs sont peu nombreux, cinq seulement, mais ils sont particulièrement précieux, car ils ont été la propriété personnelle de cinq illustrations, et il n'est pas possible de les considérer sans une vive émotion :

C'est d'abord, par ordre chronologique, la montre de Benjamin Rush qui fut le type achevé de l'homme de science, de dévouement et de dignité. Ami de Washington, de Franklin, de La Fayette, il fut l'un des signataires de la déclaration de l'indépendance des Etats-Unis d'Amérique.

(*) Ces figures sont extraites de l' « Historique du Collège des médecins de Philadelphie ». par G. E. de Schweinitz, AM. M.D., président du Collège (*International Clinics*, vol. I, twenty second series), que nous devons à l'aimable obligeance de M. le professeur W. W. Keen.

Puis, l'encrier de Jenner, qui lui servit, sans doute, lorsqu'il écrivit ses longs mémoires pour obtenir la reconnaissance du principe de la vaccination.

On voit, ensuite, une boîte d'instruments de lord Lister, précieuse relique, car tout ce que l'on conserve de lui forme, en Angleterre, un musée spécial; cette boîte a été donnée au collège de Philadelphie par Sir Rickman Godlee dont la femme était nièce de Joseph Lister.

A côté se trouve un cristal de tartre, extrait du vin par le grand Pasteur, monté par lui-même, et qu'il utilisa dans ses travaux.

Enfin, le premier appareil construit par Pierre Curie pour mesurer la radioactivité du radium, appareil dont Mme Curie fit don le 1er mars dernier. R. L.

LIVRES NOUVEAUX

De l'Anaphylaxie à l'immunité (1), par Maurice ARTHUS, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne.

Dans la conclusion de son livre, M. M. Arthus rapporte une conversation qu'il eut, en 1891, avec Kühne et dans laquelle le physiologiste d'Heidelberg mettait en opposition la méthode d'exposition allemande qui rapporte tout, le bon, l'inutile et le mauvais, pêle-mêle, afin d'être complète, avec la méthode latine qui se borne à ne retenir que les faits nécessaires et les opinions qui valent comme tremplins d'idées; et, naturellement, Kühne donnait la préférence à la méthode germanique, cette vieille méthode qui prétend à fournir des renseignements complets, sans doute pour s'excuser d'omettre, avec une particulière obstination, les travaux français. M. M. Arthus a eu mille fois raison de rester fidèle à la méthode latine qui est bien pour quelque chose dans la valeur et la juste renommée de ses autres ouvrages et de ses nombreux mémoires. En tout cas, elle était ici, plus que partout ailleurs, utile, en raison de l'obscurité des questions traitées, quand on les aborde sans ce souci de précision, d'exactitude et de clarté qui est le propre de l'auteur. Il m'est impossible de faire une analyse, même sommaire, de ce livre bourré de faits. Il faut le lire et c'est seulement à cette condition que l'on arrivera à discerner ce qu'est l'anaphylaxie et de quelle sorte sont ses relations avec l'immunité. Je ne ferai qu'un reproche, qui est encore un éloge, à M. M. Arthus, c'est que, parlant uniquement en physiologiste, il a laissé de côté la question physique qui est à la base du problème. J. L.

Le Forage de la prostate. Méthode de Luys (2), par le Dr Louis ESCANDE.

Le Dr Louis Escande vient de publier une très intéressante thèse sur le forage de la prostate. Illustrée de nombreuses et belles figures, accompagnée de nombreuses observations, cette thèse constitue un véritable traité de la méthode de Luys. En voici les conclusions :

Le forage de la prostate est une opération qui consiste à creuser, par les voies naturelles, dans toute la traversée prostatique, un tunnel permettant le libre cours de l'urine aux dépens des obstacles qui empêchent la miction.

Cette opération se différencie essentiellement de tout ce qui a été fait jusqu'ici, parce qu'elle permet de détruire, sous le contrôle de la vue, les obstacles qui empêchent la miction.

La destruction de ces obstacles s'obtient par l'électrocoagulation ou la galvano-cautérisation, appliquée au moyen du cystoscope à vision directe de Luys.

Cette méthode, qui ne doit être appliquée que dans les cas de petites et de moyennes prostates, est tout à fait contre-indiquée dans les énormes hypertrophies.

Ses avantages incontestables sont les suivants :

1° Le forage de la prostate est une opération bénigne, n'entraînant jamais la mort, puisque sur 63 cas, nous n'avons jamais relevé un seul cas de mort opératoire;

2° Elle ne nécessite pas, le plus souvent, l'alitement du malade;

3° Elle donne aux sujets en déficience rénale le bénéfice d'une intervention qui autrement lui serait refusée;

4° Elle est la seule pouvant être pratiquée chez les prostatiques jeunes en état de rétention, puisque c'est une opération non mutilante.

En effet, ses conséquences au point de vue génital sont tout à fait favorables, puisqu'elle respecte les canaux éjaculateurs et que, de ce fait, les rapports sexuels continuent à s'effectuer d'une façon normale.

C'est en raison de la bénignité du pronostic opératoire et des résultats excellents qu'il donne, tant d'une façon immédiate que par ses résultats éloignés, puisqu'il fournit 90 p. 100 de guérisons, que le forage de la prostate doit constituer un procédé opératoire qui doit être retenu et inspirer la confiance, et c'est à juste titre que cette méthode opératoire doit porter le nom de « Méthode de Luys ». L. G.

Les Médications biologiques (1), par A. DARIER.

Ce petit volume n'est point une compilation, mais une étude critique des sérums, des vaccins, des métaux colloïdaux, des extraits d'organes, du lait, des protéines en injection, de l'autosérothérapie et de l'hémothérapie. L'auteur, qui a lui-même pratiqué à maintes reprises ces divers procédés et en avait donné antérieurement une bonne étude (*Sérums, vaccins et ferments dans la pratique journalière*, Doin, 1913), insiste sur la sérothérapie paraspécifique, c'est-à-dire sur les effets diaphylactiques obtenus par des injections de diverses substances, sérums ou autres, non spécifiques pour l'infection considérée. Ce travail n'est qu'un chapitre d'un Traité complet de thérapeutique oculaire générale et spéciale, mais M. A. Darier a cru, avec raison, qu'il présentait un intérêt particulier pour tous les praticiens et c'est pourquoi il le présente aujourd'hui sous une forme indépendante au médecin non spécialiste. J. L.

Traité de pharmacie galénique ()2, par A. ASTRUC, docteur ès sciences, professeur à l'Université de Montpellier.

Ce livre considérable et d'une facture très soignée est, bien entendu, destiné surtout aux pharmaciens qui y trouveront tous les renseignements — et les plus récents — que réclame l'exercice de leur profession. Mais je pense qu'il peut être également fort utile aux médecins, aux médecins praticiens, qui ont besoin de savoir comment doivent être exécutées leurs formules magistrales pour en apprécier et surveiller constamment les effets. Et c'est pourquoi, je me permets d'appeler leur attention sur l'ouvrage de M. Astruc dont la réputation méritée trouve de nouveau ici sa justification. J. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 21 juin. — Jury : MM. Marfan, président; Teissier, Bezançon et Carnot. — M. THIBAULT (Laurent). L'allaitement du nourrisson normal. — M. RICQUEBOURG (Henri). De la pénétration du bacille de Yersin dans le sang. — M. MOISSY (Georges). L'alcoolisme chez la femme en Basse-Normandie. — M. COIRRE (Jean). Recherche sur la localisation et le neurotropisme de Brown.

Jury : MM. Chauffard, président; Jeanselme, Laignel-Lavastine et Guillain. — M. GUIOLLOT (André). Contribution à l'étude des anémies pernicieuses d'origine tuberculeuse. — M. GERVAIS (Jean). L'ostéoarthropathie vertébrale tabétique. — M. BRUANT (Robert). L'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie.

Jeudi 23 juin. — Jury : MM. Duval, président; Letulle, Bar et Philibert. — M. HUMBEBT (Gabriel). De l'éruption prématurée des dents temporaires. — M. EVRARD. Traitement des colites rebelles.

(1) In-8 broché. — Paris, Masson.
(2) *Thèse de Mulhouse*, 1921, — Mulhouse, S. A. des établissements d'imprimerie A. Herbelin.

(1) In-8. — Paris, Jouve.
(2) Deux volumes petit in-8 carré, 1190 pages. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ


FERMENTEROL
MILAN

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 juin. — MM. Gougerot, 20; Nathan, 19; Milhit, 20.

Sont nommés les trois candidats dont les noms suivent : MM. Gougerot, 19.90 + 20. 39.90; Milhit, 19.63 + 20. 39.63; Troisier, 19.81 + 19. 38.81.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour neuf places d'internes titulaires s'ouvrira le 4 octobre 1921, à 8 heures du matin. Les externes sont inscrits de droit comme candidats. Ils doivent déposer au plus tard la veille du concours, avant midi, au bureau du contrôleur général de l'hôpital Saint-André :

1° Un certificat d'exactitude et de bonne conduite délivré par leurs chefs de service;

2° Une attestation du contrôleur déclarant qu'ils ont fait leur service de garde et le service des vacances avec régularité.

— Un concours pour cinquante places d'externes s'ouvrira le 3 octobre 1921, à 4 heures du soir. Sont admis à concourir tous les élèves en médecine ayant quatre inscriptions.

S'inscrire, avant le 15 juillet, à l'hôpital Saint-André.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Un concours s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph, le mercredi 6 juillet, à 8 h. 45, pour 10 places d'internes titulaires et plusieurs places d'internes provisoires.

Pour les inscriptions et tous renseignements, écrire à M. l'Administrateur délégué de l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse, Paris, 14e.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés membres du Conseil supérieur de la natalité et de la protection de l'enfance :

MM. le prof. Léon Bernard; les Drs Bertillon, Georges Paul-Boncour, Calmette, Dron, Gilbert Laurent; le prof. Langlois; le Dr Merlin; les prof. Pinard, Richet; les Drs Roubinovitch, Variot.

MINISTÈRE DES PENSIONS ET ALLOCATIONS DE GUERRE. — Le ministre des Pensions, Primes et Allocations de guerre,

Arrête :

Article premier. — Est instituée, sous la présidence du ministre des Pensions, une Commission chargée d'étudier les conditions dans lesquelles doivent être donnés les soins médicaux prévus par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Art. 2. — Cette Commission comprend : *a.* des représentants du ministère des Pensions et du ministère des Finances; *b.* des représentants des mutilés et réformés de la guerre; *c.* des représentants du corps médical.

— Parmi les membres désignés pour faire partie de cette Commission, nous relevons les noms de :

Pour le ministère des Pensions : MM. les Drs Pierre, inspecteur général des services extérieurs; Vallat, chef du service des expertises médicales, et Palopue, chef du service des soins gratuits et de l'appareillage.

Pour les mutilés et réformés de la guerre : M. le Dr Weiss, administrateur de la Fédération nationale des mutilés, réformés et victimes de la guerre.

Pour le corps médical : MM. les Drs Barbanneau, Cunéo, Michon, Quivy, Noir, Decourt, Le Für, Humbel.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, organisé sous les auspices de la Faculté de médecine de Paris et de la Commission Rockefeller de préservation contre la tuberculose, par le Dr Emile Sergent, avec la collaboration de MM. les Drs Babonneix, Bertier, Brissaud, Cottenot, Courcoux, Génévrier, Gimbert, Guinon, d'Heucqueville, G. Küss, G. Laurens, Louste, Méry, Pruvost, Ribadeau-Dumas et Rolland, du 27 juin au 23 juillet 1921.

Programme. — I. *Conférences théoriques.* Tous les soirs à la Charité, à 5 heures ou 5 h. 1/2 (suivant les jours), du 27 juin au 23 juillet.

II. *Exercices pratiques.* Tous les soirs, de 2 h. 1/2 à 4 h. 1/2, par équipes réparties successivement dans les divers services.

III. *Examen des malades hospitalisés dans les salles. Policliniques.* Tous les matins, de 9 heures à midi, par équipes réparties successivement dans les divers services.

IV. *Visites des sanatoriums et des préventoriums.*

V. *Films éducateurs et de propagande* (mission Rockefeller).

N. B. — Les exercices pratiques, le stage dans les services hospitaliers, les visites au sanatorium de Bligny et au préventorium de Plessis-Robinson, ainsi que les conférences faites au siège de la mission Rockefeller, seront exclusivement réservés aux boursiers de la mission Rockefeller et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Le nombre de ces élèves est limité. Les conférences théoriques de l'après-midi seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés les jeudis et samedis à la Faculté de médecine (guichet n° 3).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

UN MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UN SANATORIUM SE LIVRE-T-IL A UNE PROFESSION PUREMENT LIBÉRALE?

La solution de cette question présente un intérêt important au point de vue de l'application de la législation des accidents du travail à l'établissement que dirige le médecin et à son personnel. La Cour d'appel de Pau, dans un arrêt du 1er février 1921 rendu sur l'appel d'un jugement du tribunal de Bayonne, a décidé que la loi du 9 avril 1898 n'était pas applicable.

Voici sa décision, dont les *attendus* indiquent clairement les circonstances de fait :

« La Cour :

Attendu que le Dr D..., appelant, dirige à Cambo une maison de santé où il reçoit des malades qu'il soigne exclusivement en sa qualité de médecin;

Que son établissement, plus spécialement approprié pour les soins à donner aux tuberculeux, comporte des installations et des aménagements conformes à une hygiène rigoureuse et qui les distinguent des hôtelleries ou pensions de famille ordinaires;

Que les malades y sont, en outre. l'objet de la part du médecin traitant, d'une surveillance constante et soumis, par lui, à un régime soit alimentaire, soit hygiénique, nécessité par leur état; que si, indépendamment de ce traitement médical, but principal de l'entreprise créée et organisée par l'appelant, ce dernier fournit à ses clients le logement et la nourriture, on ne saurait voir dans ces fournitures accessoires que le complément indispensable des soins médicaux qu'il prodigue à ses malades, au profit desquels il peut ainsi exercer son art plus facilement et plus utilement;

Attendu que, dans ces conditions le Dr D.., ne cesse pas d'exercer dans le sanatorium dont il a la direction et qui constitue pour le praticien un véritable instrument de travail, *la profession libérale de médecin au regard des malades*, qui n'ont en vue que le souci de recourir à son expérience en s'hospitalisant dans son établissement;

Attendu, dès lors, qu'on ne peut considérer celui-ci comme affecté à une exploitation commerciale ou industrielle assujettie aux lois des 9 avril 1898 et 12 avril 1906;

Par ces motifs,

Réformant le jugement du tribunal de Bayonne du 25 mai 1920 et procédant à nouveau,

Dit et juge que le Dr D..., exerçant la médecine dans son sanatorium de Cambo, où il donne à ses malades les soins de son art, *se livre à une profession libérale; que, par suite, il n'est pas commerçant* et que la législation relative aux accidents du travail n'est applicable ni à son établissement ni au personnel qu'il y emploie,

Déclare en conséquence l'intimé irrecevable dans son action, l'en déboute et le condamne aux dépens. »

Le tribunal de Bayonne avait rendu un jugement en faveur de l'application, dans l'espèce envisagée, de la législation des accidents du travail. La Cour de Pau a fait justement observer que la création et l'organisation d'un sanatorium ne changeaient pas le caractère de la profession du médecin qui est une profession libérale; comme telle, elle échappe à la loi de 1898. En effet, en allant dans ce sanatorium, le malade sait qu'il reçoit des soins médicaux nécessaires à son état et donnés dans des conditions plus favorables. Il n'y a rien là d'une exploitation commerciale à proprement parler; le logement et la nourriture ne sont que des accessoires.

L'arrêt ci-dessus rapporté est conforme à la théorie de la jurisprudence qui n'applique pas la loi sur les accidents du travail aux professions libérales (C. de Paris, 13 juillet 1902. *Le Droit*, 17 juillet 1902. — Trib. civ. Seine, 22 juillet 1918. *Rec. Gaz. des tribunaux*, 1919-2-339).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (Bruxelles, 15-20 juillet 1921). — QUESTIONS MISES A L'ÉTUDE. — 1° Organisation générale du Service de santé aux armées et rapports du Service de santé militaire avec la Croix-Rouge; rapporteur belge : Dr Vandersmissen.

2° Étude clinique et thérapeutique des gaz de combat employés pendant la guerre par les Empires centraux, les séquelles de leur action sur l'organisme et leur influence sur les invalidités ; rapporteur belge : Dr Fredericq.

3° Lutte antituberculeuse et antivénérienne à l'armée ; rapporteurs belges : *a.* antituberculose : Drs Colard et Spehl; *b.* antivénérienne : Drs Glibert et Dejardin.

4° Les enseignements de la guerre dans le traitement des fractures des membres; rapporteurs belges : Drs Derache et de Marneffe.

5° Epuration des eaux en campagne; rapporteur belge : pharmacien Erculisse.

PROGRAMME PROVISOIRE. — *Vendredi 15 juillet.* — A 20 h. : Ouverture du Congrès; discours de M. l'inspecteur général du Service de santé Wibin, président du Congrès; allocutions des délégations étrangères; réception intime.

Samedi 16 juillet. — A 9 h. : Organisation générale du Service de santé aux armées et rapports du Service de santé militaire avec Croix-Rouge; — à 2 h. 1/2 : Etude clinique et thérapeutique des gaz de combat employés pendant la guerre par les Empires centraux, les séquelles de leur action sur l'organisme et leur influence sur les invalidités.

Dimanche 17 juillet. — Excursion à Spa; réception par les autorités locales et par la Compagnie fermière des eaux.

Lundi 18 juillet. — A 9 h. : Lutte antituberculeuse à l'armée; — à 2 h. 1/2 : lutte antivénérienne à l'armée; à 19 h. : banquet.

Mardi 19 juillet. — A 9 h. : Les enseignements de la guerre dans le traitement des fractures des membres; après-midi : visite de l'hôpital militaire d'Anvers et de la pharmacie centrale de l'armée.

Mercredi 20 juillet. — A 9 h. : Epuration des eaux en campagne.

RENSEIGNEMENTS

575. — **EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS**, 8 inscriptions, ayant fait stage obstétrical, remplacerait interne d'hôpital de province en août. — Ecrire A. B..., au Journal.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

A. GÉNÉRALITÉS

Rétrécissement traumatique de l'urètre chez les enfants et les jeunes sujets, avec remarques concernant le traitement immédiat de l'urètre rompu. (Ralph THOMSON. *Brit. Journ. of Child. dis.*, avril-juin 1920, nos 196-198, p. 70-79.) — Voici les conclusions de ce travail : 1° les rétrécissements traumatiques sont, chez les jeunes sujets, une conséquence des ruptures urétrales; 2° la cystotomie suprapubienne est vivement recommandée comme favorisant grandement le traitement convenable de la rupture urétrale ; 3° le pronostic des rétrécissements traumatiques est réellement grave; 4° le traitement par cathétérisme peut être tenté, mais il peut échouer, et l'excision de la stricture devenir indiquée; 5° il faut surtout, dans ce cas : 1. préserver l'urètre intact; 2. enlever le plus de tissu fibreux possible; 3. enfouir profondément l'urètre suturé dans les tissus voisins.

L. BABONNEIX.

La rétention lactée. (Ch. PORCHER. *Arch. de méd. des enf.*, oct. et nov. 1920, nos 10 et 11.) — Pour qualifier un lait, il y a un mot dont on abuse, et qui est sans signification quand il est employé seul, c'est le mot *riche*. On peut lire souvent : « Nous savons que le lait du début de la traite est toujours moins riche que celui de la fin. » Moins « riche » en matière grasse, oui; mais il ne faut pas oublier de le dire, car il est aussi riche en extrait dégraissé quand on a fait subir à l'extrait dégraissé toute la rectification nécessaire. « Dire d'un lait qu'il est plus ou moins riche qu'un autre n'a de réelle signification que si on dit par rapport à quel élément : la matière grasse ou l'extrait dégraissé. »

G. BLECHMANN.

Fragilité osseuse avec sclérotiques bleues. (CHISHOLM. *Brit. Journ. of Child. dis.*, oct.-déc. 1920, p. 201.) — Une fillette de 8 ans, présentée par Mme Cath. Chisholm à la Royal Society of Medicine, présente des sclérotiques bleues et les traces de sept fractures, une au bras droit et les autres aux membres inférieurs. Il n'y avait ni otosclérose, ni déformation cranienne, ni antécédents familiaux; toutefois, la mère avait, pendant la grossesse, souffert de troubles digestifs. Au début, il existait des signes physiques et mentaux d'insuffisance thyroïdienne. Le traitement, qui consista en administration de thyroïdine, de préparations calciques et d'huile de foie de morue, en applications électriques et en massages, donna d'excellents résultats. L. BABONNEIX.

Infantilisme rénal (BOSDIN LAACH. *Brit. Journ. of Child. dis.*, oct.-déc. 1920, p. 201.) — Une fillette de 16 ans a toujours été de petite taille; elle était moins grande à 5 ans qu'une nièce âgée de 2 ans. Ses jambes étaient raides jusqu'à ce qu'elle eut atteint 13 ans. Depuis, s'est développé un double genu valgum. L'urine qui contenait beaucoup d'albumine, il y a 4 mois, n'en contient plus maintenant qu'une trace. La pression artérielle est juste au-dessous de 100 mm. de Hg. Le développement mental est un peu en retard.

L. BABONNEIX.

Trois cas d'infantilisme rénal associé à de curieuses modifications osseuses. (PATERSON. *Brit. Journ. of Child. dis.*, juillet-sept. 1920, p. 148.) — Le premier cas concerne un garçon de 11 ans, admis à l'hôpital pour déformations des membres et incapacité de marcher, phénomènes durant depuis 4 ans. Ses antécédents, héréditaires ou personnels, ne présentaient rien de spécial. A 10 ans, maladie aiguë accompagnée de fièvre et de vomissements, à la suite de laquelle ses jambes commencèrent à se fléchir et un genu valgum à s'installer. On le traita pour rachitisme jusqu'au jour où on lui découvrit une affection des reins. Quand on l'admit à l'hôpital, c'était un enfant pâle, petit, chétif. Les jambes étaient déformées d'une manière marquée, et il existait, de plus, une atrophie musculaire intense. Une double ostéotomie des tibias fut suivie d'urémie mortelle. A l'autopsie, reins extrêmement petits, avec lésions kystiques et fibreuses, dilatation cardiaque. — Deuxième cas. Un enfant de 1 an et 9 mois, souffrant, depuis plusieurs mois, de déformations osseuses, entre à l'hôpital. Chute de poids considérable après une maladie aiguë. Lors de son admission, on constata les phénomènes suivants : infantilisme, déformations osseuses multiples, tuméfaction spléno-hépatique, mains d'accoucheur, sans autres signes de tétanie. Au bout de quelques jours, mort par urémie. A l'autopsie, rein gauche extrêmement petit, cirrhotique, rein droit un peu plus volumineux, mais également anormal, avec traces de lésions inflammatoires et adhérences capsulaires; augmentation de volume des surrénales; lésions osseuses de type rachitique. — Troisième cas. Une fillette de 7 ans 1/2 présente, depuis la naissance, des déformations des membres. C'est une prématurée, qui n'a jamais marché, et à laquelle on a dû, lorsqu'elle avait 3 ans, faire une ténotomie. A l'admission, on constate de multiples déformations portant sur les omoplates, les clavicules, l'humérus, les os de l'avant-bras, le squelette du thorax, les os des membres inférieurs (avec tibia en lame de sabre). L'urine contenait des traces d'albumine, mais non des cylindres. Le développement intellectuel était insuffisant. A l'épreuve de la phénolphtaléine, grand retard de l'élimination. La réaction de Bordet-Wassermann se montra négative. Quelques jours avant la mort, une forte albuminurie apparut, de même qu'un tremblement des mains. L'urée (sanguine?) étant de 3 p. 100, le nitrogène éliminé comme ammoniaque urinaire par rapport à celui éliminé comme urée dans le rapport de 1 à 10. L'urine contenait 8 mmgr. de créatinine pour 10 cc., le liquide céphalo-rachidien, un excès d'urée. La mort survint dans le coma. A l'autopsie, reins pesant chacun 12 drachmes, surrénales, 2 drachmes chacune. Ces reins étaient scléreux, kystiques ; leur capsule était adhérente. Les altérations osseuses différaient assez de celles du rachitisme.

A la même séance, M. MORLEY FLETCHER présente un autre cas d'infantilisme rénal chez une fillette de 14 ans qui avait, depuis sa plus tendre enfance, souffert de polyurie. Elle était petite, pâle, chétive, mais intelligente, et donnant, physiquement, l'impression d'une enfant de 6 ans. On constatait, chez elle, les symptômes suivants : hypertrophie du ventricule gauche, accentuation du deuxième bruit aortique, petitesse du pouls, léger genu valgum, présence, dans les urines, d'albumine et de quelques cylindres hyalins, névrite optique. L'auteur fait remarquer que l'on ignore encore la nature des relations qui unissent lésions rénales et osseuses. La seule chose certaine c'est que les premières débutent de très bonne heure.

Dans la discussion provoquée par ces présentations, CAMERON rappelle que le premier cas de ce genre a été publié par D. Colley en 1880 sous ce titre : Nanisme et déformations extrêmes. Lui-même a rapporté un fait du même ordre, MM. Hutinel et Harvier, également. Barber a insisté sur les dangers que font courir les opérations à de tels malades qui, peu après, succombent à l'urémie. L. BABONNEIX.

Les purpuras de la première enfance. (P. NOBÉCOURT et R. MATHIEU. *Paris méd.*, 4 déc. 1920, n° 49.) — **Le purpura dans les pneumococcies des nourrissons.** (Id., *Arch. de méd. des enf.*, déc. 1920, n° 12.) — Si chez les nourrissons un peu grands, le purpura revêt plusieurs des modalités qui se ren-

contrent chez des enfants plus âgés, chez le *nouveau-né*, il ne revêt pas une individualité bien nette. Il constitue un des symptômes de la maladie hémorragique; il est assez rare, d'ailleurs, au cours de cette dernière, et son apparition n'aggrave pas cette affection dont le pronostic est toujours sérieux par lui-même.

La cause la plus fréquente du purpura comme des hémorragies chez les nouveau-nés est l'*hérédo-syphilis*.

G. BLECHMANN.

Les acquisitions récentes en pédiatrie. (P. Lassablière. *La médecine*, n° 11, août 1920.) — Il convient de protester avec P. Lassablière contre les règles d'allaitement artificiel « que des hommes de laboratoire tirent exclusivement d'expériences effectuées sur des cobayes ou sur des rats ». Ne voyons-nous pas R. E. Barnes et E. M. Hume dans un travail sur la valeur comparée en vitamines du lait de vache frais, du lait desséché et du lait chauffé (*The Biochemical Journ.*, vol. XIII, n° 8, nov. 1919), conclure d'expériences effectuées sur des cobayes et des singes à l'efficacité de tel ou tel lait dans l'allaitement artificiel des nourrissons? « Sans aller jusqu'à contester les expériences initiales d'Eykmann et de Funck qui ont été jugées si sévèrement, notamment par Ide (*Journ. de Pharm. de Belgique*, 1er juin 1919), faisons connaître que tout récemment Hess et Leister, Unger (*Journ. Amer. med. assoc.*, 24 janv. 1920) ont conclu à l'insuffisance » des données fournies par la connaissance des avitaminoses pour admettre l'origine alimentaire du rachitisme. G. BLECHMANN.

Natalité et mortalité infantile. (P. Nobécourt et G. Schreiber. *Arch. de méd. des enf.*, n° 7, juil. et n° 8, août 1920.) — Dans la ville champêtre de Letchworth, en Angleterre, où chaque maison possède un jardin, la mortalité du jeune âge en 1910, a été de 54,5 p. 1000 contre 144 p. 1000 à Londres et 145 p. 1000 dans 25 cités les plus populeuses d'Angleterre. Dans Hampstead, faubourg de Londres, construit dans les mêmes conditions, la mortalité ne dépasse pas 66 p. 1000.

L'alcoolisme joue un rôle notable dans la mortalité infantile. Dans le Pas-de-Calais, par exemple, la mortalité infantile est en relation directe avec le nombre des cabarets : la mortalité était de 5,1 p. 100 à Lens qui n'avait qu'un cabaret par 49 habitants; elle atteint 18,6 p. 100 à Crenay, où on compte un cabaret par 15 habitants. G. BLECHMANN.

B. INFECTIONS

Méthodes nouvelles de diagnostic biologique et de traitement de la syphilis héréditaire. (A. Lafaye. *Th. de Paris*, 1920.) — **Traitement de la syphilis héréditaire chez le nourrisson par les injections intraveineuses de novarsenobenzol.** (J. Renault, *Soc. de Pédiatrie*, 15 juin 1920 et Mme Fr. de Rio Branco, *Th. de Paris*, 1920.) — C'est en 1913 que G. Blechmann fit connaître sa méthode des injections dans les veines jugulaires et épicraniennes chez l'enfant du premier âge. Il préconisa alors le traitement de l'hérédo-syphilis par cette voie en utilisant le novarsenobenzol en solution concentrée. Depuis, la méthode de Blechmann a eu la bonne fortune d'être adoptée avec peu de variations par la plupart des pédiatres, et nous-même, nous avons pu constater à l'Hôpital Trousseau, l'inocuité du traitement et sa rapidité d'action. Quant à la difficulté de technique, elle est rapidement vaincue avec un peu de pratique.

Dans la syphilis héréditaire, l'action du mercure est souvent peu efficace ou inconstante; son administration par la voie cutanée ou buccale complique les désordres cutanés ou digestifs si fréquents chez les hérédos, même en dehors de l'athrepsie; malgré des traitements répétés, il est à peu près impossible d'obtenir une réaction de Bordet-Wassermann négative. Donc chaque fois qu'on le pourra, on traitera d'emblée comme le fait maintenant M. Jules Renault par les injections arsenicales, ne réservant le mercure que dans les intervalles du traitement.

M. Lafaye qui a fait sa thèse dans le service du Prof. Marfan, insiste sur l'action eutrophique du novar qui transforme en quelques semaines la courbe de poids, et dont l'effet se réalise au maximum dans la syphilis compliquée de tuberculose. Il insiste sur l'évolution de la réaction de Bordet-Wassermann qu'il est possible de réactiver par la cure arsénicale et de rendre négative par une seule série d'injections. A la suite de M. J. Renault, Mme de Rio Branco montre qu'il est possible d'injecter *d'emblée* la dose maxima de novarsenobenzol, grand avantage chez le nourrisson, en général si infecté, c'est-à-dire 1 cgr. 1/3 par kilogramme de poids (à raison de séries de 6 à 9 injections hebdomadaires, séparées par 1 à 3 mois de repos). Avec ces doses d'emblée, l'influence du traitement, dit l'auteur, sur les accidents cutanés et muqueux *est extraordinaire*.

Nous pensons que cette méthode se généralisera rapidement, et permettra de guérir ou de rendre silencieux bien des cas d'hérédo-syphilis, véritable « marée montante » depuis la guerre. L. BABONNEIX.

Un cas de paludisme autochtone chez un nourrisson de 4 mois. (L. Tixier et Ch. Bidot, *La Pédiatrie prat.*, n° 1, 5 avril 1920.) — La mère de ce nourrisson aurait eu en Vendée vers l'âge de 8 ans des fièvres intermittentes, mais aucun accès depuis cette époque. Elle met au monde un enfant de 3 kgr., le 22 septembre 1919, dans une clinique du XIVe arrondissement à Paris, puis ses couches terminées, rentre chez elle dans le quartier de l'Ecole Militaire : elle ne remarque pas à cette époque la présence insolite de moustiques. Or, vers le 15 décembre, on constate que l'enfant a des accès de fièvre qui surviennent assez régulièrement tous les 3 jours, entre 13 heures et 23 heures, sans signes prémonitoires, mais avec agitation, puis abattement, sudation, vomissements, diarrhée noirâtre, soif intense ($\theta = 39°5$). A l'examen (20 janvier 1920), le Prof. Hutinel constate que les téguments sont pâles, cireux, et que la rate est hypertrophiée : il porte le diagnostic de paludisme, confirmé par l'examen du sang : G. R. : 2.440.000. G. B. : 6.200. Hémogl. = 40 p. 100; recherche des hématozoaires : rosaces de plasmodium vivax. Traitement : 5 injections intramusculaires quotidiennes de 0,05 cgr. de formiate de quinine, puis tous les 2 ou 3 jours. Les accès s'éteignent, les corps en rosaces, puis les gamètes disparaissent, la diarrhée guérit et la rate diminue considérablement, ainsi que l'anémie.

Il est problable que cette enfant a été infectée par un moustique dans un quartier comme celui de l'Ecole Militaire où les porteurs d'hématozoaires ne doivent pas être exceptionnels.

G. BLECHMANN.

Le sokodu chez les enfants. (J. Comby, *Arch. de méd. des enfants*, n° 7, juil. 1920.) — Une fillette de 17 mois, habitant un petit logement, infesté de rats, est trouvée ensanglantée avec une petite plaie au front. On ne constate rien de plus pendant 2 jours. Au 3e jour, un gonflement rouge avec œdème apparaît, et au bout de 15 jours, l'enfant présente de la fièvre, des ganglions durs et douloureux sous-maxillaires; ces phénomènes locaux s'atténuent : au bout de 8 jours, recrudescence, gonflement ganglionnaire, accalmie nouvelle et reprise... En somme, marche très irrégulière avec fièvre intermittente. Guérison.

Le Dr Escolano Sabater qui rapporte ce cas (*Archivos Espanoles de Pediatria*, août 1919) rappelle que le *sokodu* (mot japonais, *so*, rat; *kodu*, venin) n'a pas de remède spécifique.

G. BLECHMANN.

Tuberculose verruqueuse du pied. (T. Mc Cririck. *The British Journ. of Children's Disease*, nos 193-195, vol. XVII, janv.-mars 1920, p. 26-27 (1 fig., bibliogr.) — Il s'agit, dans ce cas, d'une tuberculose verruqueuse localisée à la face plantaire du pied gauche, et développée chez un garçon de 12 ans. Probablement, celui-ci a été contagionné par une sœur, morte à 19 ans, après avoir souffert d'ulcères tuberculeux cutanés. La localisation particulière du mal, chez ce garçon, tient à ce qu'il avait l'habitude de se promener nu-pieds. Les attouchements à la teinture d'iode étant restés inefficaces, l'auteur se proposa de recourir au traitement conseillé par Ellis. L. BABONNEIX.

Etude sur la cuti-réaction à la tuberculine dans l'enfance. (Germaine Mioche. *Th. de Paris*, 1919 et *Le Nourrisson*, janv. 1920, n° 1.) — La cuti-réaction étant un procédé très fidèle pour dépister la tuberculose, on peut s'appuyer sur elle pour étudier la fréquence de l'infection bacillaire aux différentes périodes de la vie. Nous rapprochons les pourcentages des cuti-réactions positives, suivant l'âge, notés

respectivement par Mlle Mioche (2.784 cuti-réactions pratiquées dans le service du Prof. Marfan) et par M. Jeanneret (de Lausanne), *en dehors du milieu hospitalier.*

	Statistique G. Mioche	Statistique Jeanneret — Campagne et milieux aisés	Statistique Jeanneret — Milieux ouvriers
0 à 1 an...	10,5 %	—	—
1 à 2 — ..	24	—	—
2 à 3 — ..	33	3 à 6 %	8 à 15 %
3 à 4 — ..	45	6 à 12	15 à 20
4 à 5 — ..	49	12 à 15	20 à 35
5 à 6 — ..	54	15 à 20	35 à 50
6 à 7 — ..	58	20 à 30	50 à 60
7 à 8 — ..	62	30 à 35	60 à 65
8 à 9 — ..	73	35 à 40	65 à 70
9 à 10 — ..	72	40 à 45	70 à 75
10 à 11 — ..	71	45 à 50	75 à 80
11 à 12 — ..	86	50 à 55	
12 à 13 — ..	88	55 à 65	
13 à 14 — ..	84	65 à 70	80 à 85
14 à 15 — ..	80	70 à 75	85

Une cuti-réaction a pu être donnée par Mlle G. Mioche, chez un nourrisson âgé de moins de 1 mois, dans un cas où il s'agissait, semble-t-il bien, d'une tuberculose acquise et non congénitale. Un minimum de 15 à 20 jours est donc suffisant pour que l'organisme réagisse à une infection tuberculeuse récente. G. BLECHMANN.

Zona ophtalmique chez un enfant de 3 ans. (G. W. ROLL. *Roy. Soc. Med.* (*Section of ophtalmologie*), 9 juin 1920, in *The British Journ. of Children's Disease*, nos 202-204, oct.-déc. 1920, p. 209.) — L'auteur a constaté simultanément chez un enfant de 3 ans, une éruption généralisée de varicelle et un zona ophtalmique typique avec des éléments sur le nez et des lésions de la cornée : pas de paralysie oculaire. Basner a déjà signalé un fait analogue chez un enfant de 6 ans. Au cours de la discussion, M. W. T. Holmes Spicer a rappelé des observations personnelles du même ordre, et M. J. H. Fisher a cité le cas d'une famille, chez laquelle l'un des membres avait la varicelle et un autre un zona ophtalmique. Il a eu l'occasion d'observer un zona ophtalmique chez un nourrisson âgé d'un an, sans atteinte de l'état général, malgré la sévérité des localisations cutanées et oculaires. (M. A. Netter a relaté récemment des cas identiques à ceux de MM. Roll et Fisher). G. BLECHMANN.

C. APPAREIL CIRCULATOIRE

Les affections congénitales du cœur. (APERT. *Le Nourrisson*, n° 6, nov. 1920.) — La *lésion de la cloison interventriculaire* dans la maladie de Roger est différente à tous points de vue de ce qu'elle est dans la maladie de Fallot : le nom de perforation est très justifié dans la maladie de Roger et c'est un vrai trou, en plein dans la partie membraneuse, la portion faible de la cloison. *Ce n'est donc pas un inachèvement de la cloison*, mais bien véritablement une perforation. Lésion isolée, troubles subjectifs nuls, surprise d'auscultation, bénignité du pronostic, ainsi s'oppose la maladie de Roger, à la cyanose, à la dyspnée, à la vie précaire des sujets porteurs d'une maladie (tétralogie) de Fallot. G. BLECHMANN.

Cardio-cirrhose d'Hutinel (contribution casuistique). (J. C. NAVARRO [de Buenos-Aires]. *Arch. de méd. des enf.*, avril 1921, n° 4.) — M. Hutinel avait déjà signalé la possibilité que d'autres causes que la tuberculose (notamment la syphilis) pussent déterminer l'apparition du syndrome auquel il a donné son nom. Chez un malade observé par le Dr Navarro, on se trouvait en présence d'une maladie à évolution lente, caractérisée par un gros foie et des phénomènes d'asystolie. La tuberculose put être éliminée par deux cuti-réactions et une intradermo-réaction à la tuberculose négatives. La réaction de Bordet-Wassermann était également négative, mais le petit malade présentait « une perforation circulaire typique de la cloison nasale, un palais ogival, des dents d'Hutchinson ». G. BLECHMANN.

D. NEUROLOGIE

Observations sur le traitement médical de la paralysie infantile. (Ch. MACKAY. *Brit. Journ. of Child. Dis.*, nos 193-195, vol. XVII, janv.-mars 1920, p. 1-9 [bibliographie]). — Jadis, on considérait la paralysie infantile comme une affection non contagieuse, localisée au système nerveux, et caractérisée, anatomiquement, par la destruction d'un certain nombre de grandes cellules radiculaires, cliniquement, par les troubles moteurs correspondants : paralysies et atrophies. Les recherches modernes ont fait justice de ces conceptions par trop simplistes, et montré que l'on a affaire à une infection générale, contagieuse, épidémique, qui peut ou non, selon les cas, se compliquer de paralysies. Son traitement ? Préventif, il vise à supprimer la contagion par l'isolement, la déclaration obligatoire et la désinfection, les quatre premières semaines de la maladie, des excrétas, surtout nasopharyngés. Curatif, il utilise, à la phase aiguë, la ponction lombaire (Batten), et s'efforce de lutter contre les troubles paralytiques : au début, par le repos absolu (zéro-position de Mackensie), puis quand la fièvre, les douleurs et l'hyperesthésie ont disparu, par la rééducation musculaire ; plus tard, encore, par l'application des moyens orthopédiques habituels, faite avec autant de soin que s'il s'agissait de fracture. A l'exception des simples ténotomies, les opérations chirurgicales ne doivent jamais être effectuées qu'au bout de deux ans. Jusqu'alors, et souvent bien longtemps après, il faut compter sur les améliorations spontanées, dont le mécanisme reste obscur (persistance de quelques cellules saines, rétrocession de certaines lésions cellulaires, utilisation pour l'influx cérébral, de nouvelles voies), mais dont la fréquence indéniable contribue, pour beaucoup, à améliorer, le pronostic. L. BABONNEIX.

Encéphalite aiguë à forme myoclonique chez l'enfant. (P. LEREBOULLET et A. FOUCART. *Soc. méd. hôpit.*, séance du 12 mars 1920.) — Une fillette de 13 ans, après 48 heures de sensations vagues dans une fosse sous-épineuse, est prise de douleurs particulièrement intenses, occupant la face postérieure des bras et des mains : apyrexie, mais pouls à 112. Le lendemain, l'enfant perd momentanément connaissance, puis présente une crise convulsive courte, de la rachialgie et l'on note quelques *secousses abdomino-diaphragmatiques*. Au 3e jour, syndrome mental avec délire, hallucination, agitation ; les secousses myocloniques abdomino-diaphragmatiques vont en s'accentuant ; la fièvre s'allume progressivement, s'accompagnant d'une tachycardie assez prononcée, sans signes méningés. Toutefois, les réflexes pupillaires sont paresseux et des troubles sphinctériens apparaissent. La ponction lombaire montre un liquide à peu près normal avec une proportion de sucre un peu élevée. L'enfant meurt dans le coma au 9e jour de la maladie avec des secousses myocloniques des membres inférieurs.

Ce cas se rapproche étroitement des observations d'encéphalite aiguë à forme myoclonique rapportées par MM. Sicard et Kudelski et superposables à la description de la chorée électrique de Dubini. G. BLECHMANN.

Rôle de l'hérédosyphilis en neuro-pathologie. (L. BABONNEIX. *Monde méd.*, n° 574, août 1920.) — On rattache actuellement à l'hérédosyphilis nerveuse les affections suivantes : 1. *Affections oculaires :* paralysies de la musculature extrinsèque, intrinsèque, strabisme, névrite optique ; 2. *Agénésies :* anen, pseuden, hémi, porencéphalie, malformations, certaines maladies de Friedreich, etc. ; 3. *Encéphalopathies infantiles* : méningites, méningo-encéphalites, convulsions, épilepsie, hémiplégie infantile, diplégies, Little, idiotie, imbécillité, débilité mentale, hydrocéphalie, paralysie générale infantile ; 4. *Myélopathies* : tabes, amyotrophies aiguës du premier âge, paralysie spasmodique des grands enfants ; 5. *Syndromes d'origine uni ou pluriglandulaire* : acromégalie, gigantisme, diabète, infantilisme, Basedow, maladie de Raynaud, nanisme, obésité, etc. ; 6. *Syndromes divers* : chorée, myopathies, tétanie, incontinence d'urine, démence précoce, etc.

On recherchera dans chaque cas les arguments : étiologiques, cliniques, anatomiques, biologiques, thérapeutiques. Malheureusement, la notion de syphilis parentale manque le plus souvent, et il est bien rare que les arguments d'ordre clinique, anatomique et thérapeutique entraînent la conviction. Restent les arguments d'ordre biologique. On ne peut retenir habituellement que la réaction de fixation : on doit attribuer à la réaction de Bordet-Wassermann, une valeur presque absolue lorsqu'elle est + *pour le liquide céphalo-rachidien*,

les résultats de la réaction étant des plus variables pour le sang.

Le traitement curatif de l'hérédosyphilis échoue bien souvent; on s'adressera donc à la thérapeutique préventive. M. Babonneix conseille :

1° De rechercher la réaction de Bordet-Wassermann chez toute femme entrant dans une maternité;

2° De traiter les parents (dès qu'une enquête aura abouti à des résultats positifs) préconceptionnellement, et la mère en cas de grossesse (frictions Hg et injections intraveineuses de salvarsan). G. BLECHMANN.

Les mensonges de l'enfant normal et pathologique. Leurs conséquences judiciaires. (Mlle Marie REVON. *Th. de Paris*, 1920.) — Les enfants mentent avec une extrême fréquence, à cause de leur ignorance, de leurs défauts; la faiblesse de leurs jugements, qui entraîne une extrême suggestibilité, permet de leur faire dire *à peu près ce que l'on veut*. On ne doit donc jamais accepter leurs témoignages sans s'efforcer de les contrôler avec rigueur. (Hystérique : mythomanie vaniteuse; débile intellectuel : mensonge négateur; pervers : mensonge utilitaire ou calomnieux). G. BLECHMANN.

Le traitement combiné des manifestations spasmophiles par le chlorure de calcium et l'huile de foie de morue phosphorée. (P. BONNER [de Strasbourg] et P. VONDERWEIDT. *Le Nourrisson*, n° 2, mars 1921.) — Pour traiter les manifestations spasmophiles de la tétanie (convulsions éclamptiques, laryngospasmes, contractures tétaniques, ainsi que l'hyperexcitabilité galvanique et mécanique), il faut procéder ainsi : s'il y a urgence, on donnera heure par heure 1 gr de $CaCl^2$ jusqu'à ce que l'effet de la médication se fasse sentir (après 6 heures), pendant ce temps, on administrera un narcotique (chloral). Au bout de 6 heures, on continuera avec 6 gr. de $CaCl^2$ par jour, en ajoutant matin et soir, 5 gr. d'huile de foie de morue phosphorée. En règle générale, tous les symptômes disparaîtront dès le second jour; on risque cependant de les voir reparaître si on cesse d'administrer le calcium avant le 10e ou le 12e jour. (Les auteurs ont traité par cette méthode 12 nourrissons âgés pour la plupart de 6, 8 et 10 mois). G. BLECHMANN.

Idiotie curable par insuffisance parathyroïde. (J. COMBY. *Arch. de méd. des enf.*, mai 1921, n° 5.) — Deux intéressantes observations de G. Herbert Clark (an undescribed condition of infancy and its treatment, *The Glasgow medical Journal*, oct. 1920) permettent de décrire une nouvelle variété d'idiotie infantile curable : à côté de l'idiotie myxœdémateuse ou *idiotie thyroïdienne*, une *idiotie* non myxœdémateuse, *parathyroïdienne*. Celle-ci se distingue de la précédente par l'absence de ces masses pseudo-lipomateuses, de ce gros ventre, de ces cheveux rares et durs, de ce facies spécial qui caractérisent le crétinisme sporadique. L'*idiotie parathyroïdienne* n'est pas congénitale, mais acquise dans les premiers mois ou les premières années de la vie. Outre la débilité mentale, elle se caractérise par des secousses motrices, des tremblements fibrillaires, des convulsions, etc. Enfin, on ne trouve pas, chez elle, cet arrêt de croissance qui est un des traits principaux du myxœdème. Tandis que ce dernier s'améliore et guérit par l'opothérapie thyroïdienne, l'autre guérit plus rapidement encore par l'opothérapie parathyroïdienne (chez une enfant de 2 ans 1/2, traitement à peu près continu pendant 6 mois, par tablettes de glandes parathyroïdes, 6 mmg. trois fois par jour).

Dans les deux cas, pas de phénomène de Trousseau ou de Chvostek : rien qui rappelle la tétanie vraie. G. BLECHMANN.

Chorée électrique de Hénoch-Bergeron. (Ch. ACHARD et L. RAMOND. *Arch. de méd. des enf.*, oct. 1920, n° 10.) — La connaissance de l'encéphalite léthargique est venue apporter à l'étiologie des *chorées* des notions nouvelles. Cette maladie est vraisemblablement l'origine de certaines *myoclonies choréiformes*; elle paraît avoir avec certaines formes de la *chorée de Sydenham* des rapports étroits, et l'on doit lui rapporter un certain nombre de cas de *chorée aiguë*. M. Sicard a identifié complètement avec elle la *chorée électrique de Dubini*.

Il est encore une autre maladie à laquelle a été donné le nom de chorée électrique et qu'il est bon de connaître actuellement : c'est la maladie de Hénoch-Bergeron, bien différente de la maladie de Dubini. Dans le cas relaté, elle débute brusquement, chez un garçon de 14 ans, à la suite d'une peur, et se manifeste par une seule sorte de symptômes : des myoclonies généralisées d'emblée, sans douleurs préalables et sans fièvre. Jamais les paroxysmes, même les plus violents ne sont douloureux; ils sont perçus par le malade avec les mêmes caractères qne les contractions volontaires; ils sont prévus par lui quelques secondes avant qu'ils se produisent. Le malade, en contractant ses antagonistes, arrive à diminuer dans une large mesure l'amplitude de ces mouvements spasmodiques. Sous l'influence du repos, de l'hydrothérapie et d'un peu de suggestion, l'état du petit malade s'améliore et il quitte l'hôpital. L'origine pithiatique est manifeste; c'est d'ailleurs à l'hystérie que la chorée électrique de Hénoch-Bergeron est rattachée par Pitres et Janowicz. G. BLECHMANN.

E. APPAREIL DIGESTIF

Les vomissements périodiques avec acétonémie. (A. B. MARFAN. *Arch. de méd. des enf.*, nos 1 et 2, janv. et fév. 1921.) — L'observation fournit trois données importantes sur les conditions dans lesquelles apparaissent les vomissements périodiques, affection propre à l'enfance.

Premier fait : les enfants qui souffrent de vomissements périodiques appartiennent presque toujours à une famille d'arthritiques. On relève chez les ascendants ou collatéraux une ou plusieurs des affections qui constituent la *diathèse arthritique ou neuro-arthritique* : goutte, migraine, asthme, certaines formes d'eczéma, lithiases, hémorroïdes, obésité, diabète. Ces enfants souffrent eux-mêmes parfois de prurigo, d'urticaire, d'asthme; M. Hutinel a vu un petit garçon de 6 ans dont chaque accès de vomissements périodiques débutait par une crise d'asthme.

Second fait : cette prédisposition des hérédo-arthritiques est parfois exagérée par un *régime alimentaire habituellement riche en corps gras* : beurre, huile, graisse, ces corps sont la principale source des composés cétoniques et on s'explique l'action favorisante de l'abus des graisses, qui n'est pas la seule cause (E. Holt) des vomissements périodiques, car beaucoup d'enfants atteints n'ont pas subi son influence.

Troisième fait : si la prédisposition déterminée par l'hérédité arthritique semble suffire pour que l'accès des vomissements périodiques éclate spontanément, au moins en apparence, l'observation apprend qu'elle peut être provoquée par *diverses causes occasionnelles* : éruption dentaire, surmenage intellectuel, repas riche en corps gras, phase de constipation, administration d'un purgatif, particulièrement de calomel, surtout début de maladies aiguës fébriles (fièvres éruptives, pneumonie, méningite tuberculeuse, appendicite). Tels sont les seuls faits bien établis en ce qui concerne l'étiologie des vomissements périodiques. Quelques chirurgiens et même quelques médecins, ont avancé que les accès de « vomissements périodiques » sont dus à des poussées aiguës d'*appendicite*, épisodes d'une appendicite chronique. « Depuis que cette manière de voir a été soutenue, nous n'avons cessé de la combattre en montrant que *les vomissements périodiques peuvent survenir chez des enfants à qui l'appendice a été enlevé.* » G. BLECHMANN.

MALADIES DES NOURRISSONS

QUESTIONS D'ALLAITEMENT

Alimentation des nourrissons par le lait de chienne. (A. LEGRAND. *Le Nourrisson*, n° 4, juillet 1920.) — Dans trois cas (une fois chez 2 jumeaux), M. A. Legrand a pu observer des nourrissons allaités par une chienne qui, chaque fois, « remplit consciencieusement son rôle de nourrice ». Deux de ces enfants ont pu être suivis quelque temps et ont bien profité de ce mode d'allaitement qui, théoriquement, pourrait durer de 4 à 6 mois.

D'après le prof. Pouchet, « le lait de chienne est celui dont la composition se rapproche le plus de celle du lait de femme. » G. BLECHMANN.

De l'inaptitude du nouveau-né à la succion. (Paul BALARD. *Le Nourrisson*, n° 5, sept. 1920.) — En dehors des cas d'*inaptitude passagère* à la succion, liés aux refroidissements ou d'origine chloroformique, on peut observer quelquefois des cas d'*inaptitude permanente* à la succion du sein, tenant à

ce que l'enfant n'exécute pas *correctement* le mouvement de succion : il se contente de lécher le mamelon et de le mâchonner. Il ne s'agit pas d'enfants paresseux, car tous les stimulants employés n'arrivent pas à leur faire prendre le sein, si bien que la nourrice ne tarde pas à perdre son lait. S'agit-il d'une tare névropathique ou d'une lésion nerveuse ? « C'est une supposition que nous émettons et que l'observation et le temps peuvent seuls confirmer... Il semble difficile de porter remède aux faits que nous venons de signaler, il en faudrait d'abord connaître la cause et elle nous échappe entièrement. »

G. BLECHMANN.

Les états de dénutrition dans la première enfance. L'hypothrepsie et l'athrepsie. (A. B. MARFAN. *Le Nourrisson*, n° 1, janv. 1921.) — La dénutrition est fréquente dans le premier âge et elle y revêt souvent des formes graves. L'athrepsie de Parrot est un état bien défini, qui ne comprend que le degré le plus élevé, le plus saisissant des états de dénutrition. Le Prof. Marfan désigne les degrés les moins élevés sous le nom d'hypothrepsie.

L'*alimentation inappropriée*, c'est-à-dire la privation du sein maternel durant les six premiers mois de la vie, est une grande cause de dénutrition. Chez l'enfant à la mamelle, l'hypothrepsie est relativement rare ; elle est ordinairement légère ; elle n'atteint pour ainsi dire jamais le dernier degré ; elle n'arrive pas à l'athrepsie. Chez le nourrisson privé du sein, chez celui qui est nourri de lait de vache, même si ce lait est de bonne qualité et convenablement administré ; chez celui qui reçoit trop tôt une alimentation surtout farineuse, l'hypothrepsie est fréquente et sérieuse ; et si l'enfant est âgé de moins de 4 mois, elle arrive souvent à l'athrepsie.

G. BLECHMANN.

Fautes communes, fautes graves au cours de l'allaitement au sein. (Germain BLECHMANN. *L'Hôpital*, nov., n° 34.) — La constipation *habituelle* du nourrisson au sein — quand elle n'est pas due au mégacôlon congénital — ne constitue pas une maladie, mais tout au plus une infirmité. C'est une faute grave que d'en prendre prétexte pour donner au nourrisson une substance purgative (huile de ricin, calomel).

Pour les familles, le terme d'*entérite* semble résumer la pathologie du nourrisson. Quand on a adorné un jeune enfant de ce diagnostic, on est dispensé de rechercher la syphilis, l'asthme, l'adénoïdite.

La diarrhée de l'enfant exclusivement au sein ne présente jamais de gravité et ne nécessite jamais la cessation de l'allaitement.

La meilleure façon de provoquer la montée du lait est de faire téter l'enfant : la répétition des succions constitue le stimulant le plus efficace de la fonction galactogène.

L. BABONNEIX.

Pour l'allaitement maternel. (J. COMBY. *Arch. de méd. des enfants*, n° 10, oct. 1920.) — Le Dr C. Ulysses Moore (de Portland, Orégon) préconise dans *Archives of pediatrics* (Re-establissment and development of breast milk, déc. 1919) l'*expression manuelle* pour rétablir la lactation chez les femmes qui se croient inaptes et ont renoncé à nourrir leurs enfants. Cette *expression manuelle* (méthode de Sedgwich) est supérieure aux médicaments, régime, massage, dit l'auteur, et elle est simple, à la portée de toutes les mères et matrones.

Nous nous permettrons de faire remarquer que cette méthode est loin d'être nouvelle et qu'elle est recommandée — depuis l'antique ! — par la plupart des pédiatres et des accoucheurs français. Maintenant qu'elle a retraversé l'Océan, il se peut qu'elle obtienne un regain de succès parmi le public médical... et surtout en dehors de lui.

G. BLECHMANN.

Physiologie normale et pathologique du nourrisson. (E. LESNÉ et Léon BINET. 297 pages, avec préface de Charles RICHET, chez Masson.) — Les auteurs abordent le fonctionnement normal et pathologique des divers appareils chez le nourrisson, en y ajoutant la physiologie du prématuré. On y lit les chapitres suivants : sang, mécanique circulatoire, respiratoire, digestion et nutrition, sécrétion urinaire, glandes à sécrétion interne, glandes mammaires et génitales, peau, thermométrie et calorimétrie, croissance, système nerveux, système musculaire, mouvements, organes des sens, composition chimique du corps et moyens de défense de l'organisme chez le nourrisson ; ces divers chapitres comprennent des données bibliographiques et les recherches personnelles des auteurs sur le nourrisson et le très jeune animal.

L'étude du *sang* a montré aux auteurs que, parallèlement à l'augmentation de la densité du sang observée aux premiers jours de la vie, se produit une augmentation de la résistivité électique du sang ; ainsi, chez l'homme adulte, la résistivité du sang exprimée en ohms centimètres, est égale à 20° ; au contraire, au deuxième jour de la naissance, elle est de 450 et oscille, durant tout le premier mois, entre 300 et 350 pour arriver, au deuxième mois, au chiffre normal de l'adulte. Au point de vue histologique, MM. E. Lesné et Léon Binet ont trouvé chez les nourrissons normaux, un chiffre de 4.000.000 de globules rouges par millimètre cube et 9.000 globules blancs ; ils ont noté un taux d'hémoglobine qui répond au chiffre 80 de l'échelle colorimétrique ; une glycémie variant entre 0gr80 et 1 gr. de sucre par litre de sang. La coagulation du sang est très rapide durant les trois premiers jours de la vie pour arriver à un chiffre normal au début de la deuxième semaine.

L'étude de la *tension artérielle* a été effectuée à l'aide de l'oscillomètre de Pachon, mais en utilisant un petit brassard ; les auteurs étudient successivement l'effet de l'âge, de la tétée, du cri, du sommeil sur la mécanique circulatoire et envisagent les modifications dues aux divers états pathologiques.

Dès les premières semaines de la vie, le type *respiratoire* varie suivant qu'on étudie un garçon ou une fillette qui crie : au cours du cri, la respiration se fait suivant un type abdominal chez le petit garçon, suivant un type costal chez la fillette. La méthode graphique a permis aux auteurs d'étudier de près la respiration du nourrisson au cours de la tétée et du cri, et surtout au cours des états pathologiques. MM. Lesné et L. Binet rapportent un tracé respiratoire, puis au cours de la méningite tuberculeuse (respiration périodique et avec inspirations profondes et plainte expiratoire) et au cours de la broncho-pneumonie (dyspnée expiratrice, caractérisée d'après les auteurs par une « expiration en marche d'escalier ».

L'étude du lait est faite longuement ; les auteurs proposent une méthode personnelle permettant de mesurer la *coagulabilité des laits;* il existe un seuil de coagulabilité du lait, variable avec les laits des diverses espèces animales et, pour un lait donné, avec les manipulations subies par ce lait.

Les *sécrétions digestives* sont étudiées successivement, mais les auteurs insistent surtout sur la composition chimique des selles ; ils montrent que les selles « mastic », répondant au syndrome d'acholie pigmentaire, contiennent des pigments biliaires et ils insistent sur la recherche de l'albumine soluble dans les selles par la méthode de Marcel Labbé, sa constatation étant d'un pronostic funeste. La traversée digestive a été étudiée chez 127 nourrissons ; MM. E. Lesné et Léon Binet en étudient les facteurs de variations et décrivent « l'intermittence » de l'élimination du carmin, notée dans les entérites graves avec ulcérations intestinales.

Dans l'étude de la *sécrétion urinaire*, les auteurs envisagent les variations de Δ et étudient les diverses substances contenues dans les urines, en donnant des documents personnels sur les corps créatiniques et l'acide glycuronique.

Viennent ensuite les chapitres consacrés aux glandes génitales, à la thermométrie et colorimétrie avec des faits expérimentaux nouveaux sur la régulation thermique, au début de la vie. La croissance, en général, puis la croissance des tissus sont analysées.

Dans l'étude du système neuro-musculaire, les auteurs développent l'insuffisance pyramidale physiologique du nourrisson, « être spinal » avec rigidité musculaire, exagération des réflexes rotuliens, Babinski en extension.

Les auteurs terminent par une étude des *moyens de défense* du nourrisson ; il est peu résistant au froid et au chaud, à l'inanition, à l'hémorragie, à certaines ingestions et à certaines intoxications ; mais, dans sa lutte contre certains poisons, le nourrisson est assez puissant et dans ce sens, la phrase de Claude Bernard mérite d'être retenue : « Un petit être exige plus de poison pour mourir comme il exige plus d'oxygène pour vivre. »

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAUSES. SIGNES ET DIAGNOSTIC DES

ORCHITES AIGUËS[1]

C. **Orchi-épididymites traumatiques.** — I. ORCHITES CONSÉCUTIVES AUX PLAIES DU TESTICULE. — Les plaies contuses sont particulièrement graves.

II. ORCHITES CONSÉCUTIVES A UNE CONTUSION :

Chute à califourchon; coup de pied; pression du testicule; torsion du cordon spermatique.

III. ORCHITE PAR EFFORT : ne serait qu'une variété de l'orchite par choc direct.

D'abord admise sans discussion, elle a été niée totalement (Sébileau).

On a tendance, actuellement, à en admettre la possibilité, mais on la considère comme très rare.

D'après Tillaux, le crémaster attire en haut le testicule qui se contusionne contre le pubis.

Pour d'autres auteurs (Terrillon), c'est le crémaster qui agit, mais en produisant une torsion du cordon.

Parfois le crémaster rompt une veine, il y a épanchement sanguin autour de l'épididyme, mais l'inflammation ne se produit que s'il y a infection des organes voisins.

En réalité, toute orchite d'effort doit être tenue pour suspecte; elle survient ordinairement au cours d'une inflammation chronique, le plus souvent blennorragique; de l'urètre, et le traumatisme ne joue que le rôle d'une cause occasionnelle déterminant sur le testicule une localisation d'une infection urétrale plus ou moins latente.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les deux grands types d'orchi-épididymites aiguës autour desquelles on peut grouper les diverses formes cliniques sont : l'orchite gonococcique et l'orchite ourlienne.

A. **Orchi-épididymite blennorragique.** — DÉBUT. — Peut être *brusque*, se caractérisant par une vive douleur à la région inguinale et au niveau des bourses, rapidement suivie de gonflement et de signes généraux (fièvre).

Le plus souvent le début est *plus lent et plus progressif*: un matin le sujet ressent une sensation de lourdeur dans l'aine et le scrotum. Puis survient un certain malaise général. La queue de l'épididyme présente un gonflement douloureux.

Ce début coïncide souvent avec une *diminution de l'écoulement urétral*.

En 2 à 3 jours, le malade arrive à la période d'état.

PÉRIODE D'ÉTAT. — *Signes fonctionnels*. — Le sujet accuse une *douleur* vive, presque nulle au repos, mais réveillée par les mouvements, la marche, la palpation. Souvent elle empêche le malade de marcher.

Elle siège dans toute une moitié du scrotum avec *irradiations* : soit vers le rein, l'hypogastre ou même l'épigastre; soit dans la sphère des nerfs sciatique et crural.

Elle s'accompagne souvent d'une sensation de pesanteur douloureuse de la prostate.

Il existe fréquemment des érections et des pollutions nocturnes indiquant une inflammation de tout l'appareil prostato-vésiculo-déférentiel.

L'urétrite a diminué; parfois même l'urétrite et l'épididymite subissent des poussées en sens inverse (*épididymites à bascule* de Ricord).

Parfois hémospermie.

Signes physiques. — Toute une moitié du scrotum est rouge, luisante, augmentée de volume pouvant atteindre le volume du poing.

La palpation est très douloureuse. Elle permet de constater que la tuméfaction est composée de deux parties.

L'une antérieure, petite, lisse, souple : c'est le *testicule* qui habituellement est indemne; l'autre postérieure et supérieure, beaucoup plus volumineuse, allongée, coiffant le testicule comme un « cimier » ; elle est dure, irrégulière, très douloureuse à la pression même légère : c'est l'*épididyme* très augmenté de volume. Le gonflement parti de la queue de l'épididyme envahit tout le corps.

La *vaginale* est toujours intéressée; il existe, en effet, un léger épanchement qu'on peut mettre en évidence en le refoulant en avant du testicule.

Dans certains cas de forte poussée de vaginalite aiguë, on peut observer un véritable hydrocèle constituant une tumeur ovoïde, régulière, tendue.

Le *cordon* et le *canal déférent* doivent être toujours minutieusement examinés ; ils sont très fréquemment et les premiers atteints. Le canal déférent est douloureux, dur, gros comme un crayon, « en tuyau de pipe ».

Parfois tous les éléments du cordon sont fondus en une seule masse du volume du doigt.

Le *toucher rectal* révèle presque toujours une légère tuméfaction diffuse de la prostate, parfois même de la vésicule séminale et de la portion pelvienne du canal déférent; tous ces organes sont augmentés de volume et empâtés, parfois sensibles ou douloureux.

Signes généraux. — Ils sont caractérisés ordinairement par de la *fièvre* (39°), des frissons, de l'agitation, un léger état gastrique, une sensation de fatigue générale.

Ces signes généraux disparaissent assez rapidement (au bout de 2 à 3 jours).

Evolution. — La marche de l'orchi-épididymite blennorragique est assez régulière. Dès la deuxième semaine, les signes fonctionnels et les signes physiques rétrocèdent, pour disparaître dans le courant de la troisième semaine, et il ne reste plus bientôt qu'une induration indolente de la queue de l'épididyme. Ce reliquat inflammatoire peut persister longtemps. Il peut, au contraire, disparaître ou du moins diminuer suffisamment pour rétablir la perméabilité de l'épididyme après des mois ou des années.

Les rechutes sont relativement fréquentes (épididymites à répétition) dues à la persistance d'un foyer d'infection dans les voies spermatiques.

Variétés cliniques. — On peut observer de nombreuses variétés cliniques de l'orchi-épididymite blennorragique.

Epididymite bilatérale : S'observe 1 fois sur 10 d'après Fournier; elle est grave car elle entraîne souvent l'agoospermie.

Orchi-épididymite suraiguë avec grands symptômes généraux : hyperthermie (40°-41°), vomissements, délire, simulant souvent une péritonite.

Forme douloureuse (*orchite névralgique* de Gosselin et Verneuil) avec irradiations lombo-abdominales, crurales et sciatiques.

Forme bénigne, subaiguë avec peu de signes fonctionnels et une fièvre modérée.

Forme indolente ou froide difficile à distinguer de la tuberculose. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 47, p. 751.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de biologie générale, par Etienne RABAUD, professeur de biologie expérimentale à la Faculté des sciences de Paris. 1 vol. in-8 de 442 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, F. Alcan.

Les Maladies de l'intestin et leur traitement en clientèle, par L. PRON. In-8, 316 pages, 12 figures, 1 planche hors texte. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les Vomissements périodiques avec acétonémie, par A.-B. MARFAN, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice des Enfants assistés, membre de l'Académie de médecine. — Prix : 4 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Contribution à l'étude des sympathomes embryonnaires, par le Dr André QUIRIN. Thèse de Strasbourg. — Strasbourg, Imprimerie Dusch.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve de sélection.* — Le jury est composé de MM. Brulé, Foix, Faure-Beaulieu, Bréchot, Picot, Levant.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Caen. — Un concours pour quatre places d'internes titulaires en médecine et trois places d'internes provisoires aura lieu le lundi 4 juillet 1921, à l'hôpital de Caen, à 9 heures du matin.

Le concours comprend trois épreuves : une épreuve écrite, une épreuve orale et une épreuve de clinique; elles porteront sur l'anatomie, la pathologie interne et externe dans les limites du programme que les candidats pourront réclamer au secrétariat des hospices.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices de Caen, avant le 2 juillet prochain, à midi. (Passé ce délai, toute inscription sera refusée.)

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination à une place de chef de laboratoire à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 18 juillet 1921, à 9 heures du matin, dans la salle des opérations de la clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 heures à midi, jusqu'au lundi 4 juillet 1921, à midi.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Service de santé des troupes coloniales. — Des concours pour les nominations aux emplois d'aides-majors de 2e classe des troupes coloniales, à admettre à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales de Marseille, à compter du 1er janvier 1922, en vue du stage réglementaire à y accomplir, avant leur admission définitive dans les corps, s'ouvriront :

1° Le 7 novembre 1921, à 9 h. du matin, à l'hôpital militaire de Strasbourg;

2° Le 14 novembre 1921, à 9 h. du matin, à la Faculté de médecine de Bordeaux;

3° Le 21 novembre 1921, à 9 h. du matin, à l'hôpital Desgenettes, à Lyon;

4° Le 28 novembre 1921, à 9 h. du matin, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris;

5° Le 5 décembre 1921, à 9 h. du matin, à l'hôpital Michel-Lévy, à Marseille.

L'avis et l'instruction, relatifs à ces concours, sont insérés au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre, imprimé par M. Henri-Charles Lavauzelle, éditeur militaire, 10, rue Danton et boulevard Saint-Germain, 118, à Paris.

Ces documents, complétés d'affiches appropriées et d'une courte notice, destinée à renseigner les candidats éventuels à ces concours, sur la situation qui leur est faite et les avantages auxquels ils peuvent prétendre, ont été adressés aux diverses facultés et écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, ainsi qu'aux directions de l'assistance publique, où ils pourront être aisément consultés.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Composition du jury de concours pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1921 :

Ligne médicale. — Président : M. le médecin général de 2e classe Valence; membres : M. le médecin en chef de 2e classe Averous; M. le médecin principal Barthe; membre suppléant : M. le médecin principal Dufour.

Ligne pharmaceutique. — Président : M. le médecin général de 2e classe Valence; M. le pharmacien chimiste en chef de 1re classe Gautret; M. le pharmacien chimiste principal Foerster; membre suppléant : M. le pharmacien chimiste principal Schluty.

L'ANCIENNETÉ DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le *Journal officiel* du 16 juin publie un décret, en date du 10 juin, dont voici les principales dispositions :

« Les élèves de l'Ecole principale du Service de santé de la marine provenant du concours d'admission de 1919 et versés dans les troupes coloniales seront nommés au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe à compter du jour où la promotion d'origine dont ils font partie à ladite

École aurait dû être nommée dans les conditions normales.

Toutefois, ceux de ces élèves qui, par suite d'option, auront été versés, à titre définitif, dans le corps de santé des troupes coloniales, sans attendre le classement de leur promotion, seront rattachés à la promotion avec laquelle ils entreront à l'École d'application.

Cette rétroactivité de prise de rang sera limitée de manière que ces aides-majors ne puissent être classés dans le corps de santé des troupes coloniales avant leurs camarades provenant des concours d'admission d'avant-guerre.

Elle ne comportera pas de rappel de solde.

École d'application du service de santé des troupes coloniales. — Réouverture de l'école. — Par décision du ministre de la Guerre en date du 27 mai 1921, l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales, fermée à la mobilisation, est ouverte à nouveau, à compter du 1er octobre 1921.

Les stages commenceront à la date du 1er janvier 1922.

Tous les élèves de la première promotion d'après-guerre, sortis de l'école du recrutement de Bordeaux, au titre du corps de santé des troupes coloniales, en fin 1921, ainsi que les aides-majors des troupes coloniales, nommés à la suite du concours annuel de 1921, pour le recrutement latéral, seront, obligatoirement, admis à l'école d'application de Marseille, à dater du 1er janvier 1922.

Il sera procédé, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur, pour la nomination de l'état-major et du personnel enseignant de l'école.

Toutefois, en vue de suppléer à l'absence de conseil de perfectionnement de l'école, le choix du ministre de la Guerre, pour la nomination des premiers titulaires des chaires d'enseignement, actuellement vacantes, s'exercera, exceptionnellement, d'après les indications de deux listes établies :

L'une, par la direction des troupes coloniales :

L'autre, par une commission composée : d'un médecin inspecteur général, président; du directeur du Service de santé du corps d'armée colonial; du nouveau directeur de l'école de Marseille.

Pour le choix du professeur de chimie, le directeur du Service de santé du corps d'armée colonial, sera remplacé, dans la Commission sus-indiquée, par le pharmacien principal de 1re classe des troupes coloniales, membre du conseil supérieur de santé des colonies.

Les professeurs adjoints (chefs de travaux et de clinique) continueront à être nommés au concours, comme par le passé.

Concours annuel. — En prévision de la prochaine réouverture de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales, le concours annuel, prévu par l'instruction du 15 juin 1909 (*B. O. P. R.*, p. 1077), modifiée par celle du 3 décembre 1913 (*B. O. P. R.*, p. 1074), pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à ladite école, aura lieu à Paris (hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce), dans la première quinzaine de novembre, à une date qui sera ultérieurement précisée, dans les conditions prévues par les instructions précitées et par la circulaire du 7 mars 1913 (*B. O. G. P. R.*, p. 230).

En exécution de l'article 11 du décret du 7 mai 1908, les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe seront seuls admis à concourir.

Les demandes, formulées par les candidats, en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours, seront revêtues de l'avis motivé de leur chef hiérarchique et adressées au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) ; elles devront indiquer le ou les emplois pour lesquels ils désirent concourir, et parvenir avant le 1er novembre prochain.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de destination coloniale au 25 octobre 1921. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France en vue de subir les épreuves du concours.

En raison des vacances à prévoir au 1er janvier 1922, du fait de la reprise, à compter de cette date, du stage d'application réglementaire, à accomplir par les aides-majors des troupes coloniales, en exécution de l'article 3 du décret du 21 juin 1906, interrompu par la mobilisation, il sera procédé à la suite du concours dont il s'agit, à la nomination d'un professeur adjoint, pour chacune des chaires suivantes :

1° Clinique interne et maladies des pays chauds ;

2° Clinique externe. — Maladies spéciales. — Chirurgie d'armée, bandage et appareils.

3° Bactériologie. — Parasitologie. — Hygiène militaire et coloniale. — Police sanitaire et épidémiologie ;

4° Anatomie chirurgicale et médecine opératoire ;

5° Chimie et toxicologie. — Pharmacie. — Matière médicale coloniale.

J.-L. MARTIN

C'est avec un vif regret que nous apprenons la mort de J.-L. Martin, ancien rédacteur du *Bulletin de l'Académie de médecine*, ancien directeur des services d'hygiène à la Préfecture de la Seine, officier de la Légion d'honneur.

Durant son long séjour à la Préfecture de la Seine, il a rendu d'éminents services en créant de toutes pièces la désinfection municipale, en faisant des conférences dans les mairies dans le but de propager des règles d'hygiène qui s'imposaient.

Nous avons connu Martin alors qu'il collaborait à la *Gazette hebdomadaire* sous la direction de Dechambre, puis de Lereboullet. Martin était un travailleur consciencieux, d'un esprit cultivé, d'un caractère loyal ; c'était un confrère bienveillant. Sous une apparence un peu froide, un peu distante, il cachait une grande bonté, et son amitié était sûre et fidèle.

Il est mort dans cet appartement qu'il occupait depuis plus de quarante ans, au n° 3 de la rue Gay-Lussac. Les dernières années de sa vie ont été très attristées par la perte d'un enfant qu'il adorait, par de grandes déceptions qu'il a dû, croyons-nous, subir à la fin de sa carrière administrative, souffrances morales auxquelles se joignaient des souffrances physiques. Mais c'était un résigné qui supportait très dignement ses maux.

Bien qu'il ne fût pas membre de l'Académie de médecine, le président, M. Richelot, a eu la bonne pensée de lui consacrer quelques paroles de regret qui ont été unanimement approuvées.

A. BROCHIN.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Services automobiles de la route thermale d'Auvergne : Vichy, Chatel-Guyon, Royat, Saint-Nectaire, Le Mont-Dore, La Bourboule. — Pour faciliter les déplacements dans la région, les Compagnies des chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée et de Paris-Orléans mettront en marche, chaque jour, à partir du 25 juin, un service automobile rapide entre Vichy, le Mont-Dore et La Bourboule.

Ce service, qui comportera un voyage aller et retour dans chaque sens, passera :

A l'aller, par Châtel-Guyon, Clermont-Ferrand, Royat, Saint-Nectaire, ou vice versa;

Au retour, par Châtel-Guyon et Pontgibaud, ou vice versa.

Indépendamment du service rapide, il sera mis en marche trois fois par semaine, à dater du 15 juillet :

Les mardi, jeudi et samedi, au départ de Vichy, les lundi, mercredi et vendredi, au départ de La Bourboule, un service omnibus qui circulera, dans les deux sens, par Châtel-Guyon, Clermont-Ferrand, Royat, Saint-Nectaire, Le Mont-Dore.

Ce service ne comportera pas d'aller et retour dans la même journée ; il sera quotidien (dimanche excepté) pendant la période du 1er août au 10 septembre.


PANSEMENTS
Établissements FUMOUZE
OVULES CHAUMEL
VAGINAUX
78, Faubg St-Denis, PARIS
à la glycérine solidifiée
Et aux
principaux médicaments


CONSTIPATION
Établissements FUMOUZE
SUPPOSITOIRES CHAUMEL
VOIE RECTALE
78, Faubourg St-Denis, PARIS
EXIGER LA MARQUE
Triangulaire
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
à la Glycérine Solidifiée

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAFIC DE LA COCAÏNE

D'APRÈS LES DOCUMENTS JUDICIAIRES RÉCENTS

SON EXTENSION ET SA RÉPRESSION INSUFFISANTE

ÉTUDE D'HYGIÈNE SOCIALE (1)

Par MM. COURTOIS-SUFFIT,
Médecin des hôpitaux de Paris, Expert près les tribunaux,
et RENÉ GIROUX,
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans un premier travail, paru en 1918 (2), nous avons dénoncé, après une minutieuse enquête, le trafic de la cocaïne ; nous avons décrit les troubles graves causés par l'intoxication cocaïnique et fait suivre notre étude de considérations médico-légales. Dès cette époque, nous formulions des craintes sur l'efficacité de la nouvelle législation et nos conclusions pessimistes laissaient entrevoir l'extension du trafic.

Grâce à la bienveillance de M. le Garde des Sceaux et de M. le Procureur de la République, nous avons pu nous livrer à une nouvelle enquête et nous nous sommes rendu compte, très vite que nos prévisions étaient, malheureusement, trop justifiées. L'analyse des dossiers que nous avons compulsés, et ils sont très nombreux, montre, à n'en pas douter, que le trafic s'est étendu et que la législation actuelle est loin d'atteindre le but que le législateur s'était fixé.

Dans notre première étude, nous insistions sur le trafic important de la drogue, dont Paris était le centre. Nous dénoncions les cabarets et les dancings de Montmartre, lieux de rendez-vous des adeptes de la « coco » ; le quartier latin où la jeunesse, soit par bravade, soit par snobisme, glisse volontiers, sur la pente dangereuse qu'on ne remonte guère ; enfin, nous signalions les réunions mondaines de la Porte-Maillot et des Champs-Elysées où les fervents de la « poudre folle » se réunissent encore pour jouir en commun des effets artificiels de la prise de « coco ». Somme toute, pour des mobiles divers, le vice se glissait dans toutes les classes sociales : *aujourd'hui, les centres de trafic se multiplient, le vice s'étend et envahit la province.*

L'*extension* du trafic s'explique aisément par la facilité avec laquelle le trafiquant peut dissimuler le poison, et l'appât des bénéfices qu'en procure le commerce.

Il n'est pas besoin d'insister sur la facilité du trafic d'un toxique peu volumineux, comme la cocaïne. Nous avons décrit déjà les nombreuses ruses, parfois curieuses et amusantes, des trafiquants et de leurs victimes. Pour ne rappeler que deux exemples, comment dépister cet amputé de cuisse qui se sert de son pilon pour y cacher la drogue, et ce détenteur de poison qui le dissimule dans un pot, sur lequel un superbe angora a pris l'habitude de dormir.

Il est quelquefois bon de réveiller le chat qui dort, surtout, quand il sommeille sur 4.000 francs de « coco » !

(1) Travail lu à l'Académie de médecine le 21 juin 1921.

(2) COURTOIS-SUFFIT et René GIROUX. *La cocaïne. Etude d'hygiène sociale et de médecine légale*, Paris, 1918, Masson et Cie.

Ces jours derniers encore, la Police arrêtait à Montmartre un musicien ambulant qui n'était qu'un professionnel du trafic. Il dissimulait la drogue dans le « jambonneau » d'une mandoline, parcourait les bars où, après avoir chanté une romance, il offrait aux priseurs de « coco » les paquets et petits flacons. Il pouvait ainsi avoir à portée de sa main 1 kilogramme de toxique.

Les circonstances actuelles ont aidé à l'extension du vice. Nous avons constaté, en effet, qu'en dehors des trafiquants de métier, nos troupes d'occupation, au lendemain de l'armistice, ont fourni un moyen tout simple et trop efficace de diffusion de la drogue. Ce fait curieux est très fréquent : des soldats français et alliés deviennent trafiquants par l'appât du gain que les Allemands ont fait miroiter à leurs yeux. Dans les nombreux dossiers que nous avons analysés, ce sont tantôt des Américains qui, sans malveillance, on peut le dire, sont venus écouler à Paris ou dans leurs camps de permissionnaires, la drogue qu'on leur avait vendue avec tant d'insistance, tantôt des « poilus » français, démobilisés ou permissionnaires qui rapportent, dans leurs foyers, des doses énormes de toxique qui se chiffrent par kilogrammes. Dès leur retour, ils se mettent en rapport avec des intermédiaires, visitent les bars renommés, les dépôts nouvellement créés dans certains quartiers de Paris où une clientèle assidue vient acheter la poudre si recherchée et si bien vendue, et ils écoulent très rapidement leur marchandise.

L'extension du trafic tient aussi à ce fait, que la fraude est facilitée par la confiance toute naturelle que la tenue militaire inspire à la douane. L'*avion*, aussi, est devenu un moyen courant de trafic. L'aviateur trafiquant échappe à tout contrôle ; il peut, en toute sécurité, remettre à des intermédiaires des quantités importantes de stupéfiant, il peut, par des voyages fréquents, devenir un pourvoyeur précieux.

Du reste, les bandes organisées que nous dénoncions dans notre première étude, continuent leurs manœuvres louches. Elles parcourent les pays neutres : Belgique, Suisse, Espagne ; la Suisse, surtout, où les trafiquants se rendent périodiquement pour en rapporter la cocaïne allemande. Pénétrant en France de tous côtés, la « coco » se répand ici et là. Ceci explique, en partie, la multiplication des centres de trafic.

Enfin, certains pharmaciens peu scrupuleux, des garçons de laboratoire contribuent comme par le passé à l'extension du trafic, en débitant couramment le toxique. Ils livrent la drogue, soit en s'associant aux trafiquants de métier, soit en fabriquant eux-mêmes de fausses ordonnances, soit encore en délivrant le poison à tout intoxiqué, lorsque celui-ci leur est présenté par un client connu et de bon rapport. Certains même, à l'exemple des grands pourvoyeurs, ont plusieurs domiciles et, avec l'aide d'intoxiqués, distribuent la « poudre qui grise », sans aucune recommandation, à qui la réclame et la paye très cher. Parmi les nombreux dossiers concernant les pharmaciens indélicats, nous n'en retiendrons que deux ; ils montrent assez que cette forme de vente est parfois florissante.

Les *bénéfices* réalisés par la vente de la cocaïne ont encouragé dans une certaine mesure, l'extension du trafic. Par suite de l'état actuel du change, les trafiquants et les toxicomanes trouvent, en effet, dans leur triste métier, la source d'importants

revenus. Quand on songe qu'un kilogramme de drogue, payé en Allemagne 600 francs, est vendu en France, au prix moyen de 10, 12 et 15.000 francs, on ne peut s'étonner que le nombre des intermédiaires augmente chaque jour et qu'ils déployent un zèle tout particulier pour se la procurer.

Mais, dans ces cas, il ne s'agit que de la vente en gros. Les petits détaillants réalisent, à leur tour, d'importants bénéfices, en offrant dans les dancings, les bars, les restaurants de nuit, les petits paquets de « coco » élégamment présentés. Ils vont même jusqu'à falsifier la poudre avec des produits inoffensifs : acide borique, sucre en poudre, lactose, bicarbonate de soude, etc., afin d'en augmenter le poids et, d'accroître par là, les bénéfices de la vente au détail. Ils savent que le toxicomane dépourvu de son excitant est prêt à tous les sacrifices pour s'en procurer. Les prix les plus excessifs sont acceptés et quand l'intoxiqué est sans argent, il n'hésite pas à vendre ce qu'il possède, plutôt que de vivre sans « coco ». La prise nasale est devenue son besoin le plus indispensable.

On voit ainsi des demi-mondaines, réduites à la misère, échanger contre la « poudre qui grise », leurs bijoux et leurs fourrures, ou devenir des professionnelles du trafic.

Chose plus étonnante encore, la loi de 1916 elle-même, dont nous signalons plus loin, les défectuosités, a eu, entre autres effets, celui d'étendre le mal. Il n'est pas douteux qu'elle a provoqué une surveillance plus attentive à Paris et favorisé la création de dépôts importants en province. Traqués par la police, les trafiquants ont parcouru les villes, et ici et là ont établi des centres de commerce, certains que la vente de la drogue y resterait longtemps ignorée.

En dehors des dépôts d'importance secondaire qui se multiplient dans toute la France, en particulier dans le Centre et le Midi, il y a lieu de signaler les trafiquants nombreux qui vivent à Nice, Monte-Carlo, Toulon, Biarritz, Marseille, Cannes, Montpellier, etc. Dans ces villes cosmopolites qui abritent une certaine catégorie d'individus à allures et mœurs spéciales, on comprend que le commerce batte son plein, et que, trafiquants et intoxiqués fassent, chaque jour, de nouvelles victimes. D'ailleurs, la bienveillance de la police, qui est particulière à ces villes, y encourage encore le vice.

Les trafiquants ont déployé, à ce propos, une grande habileté. Ils ont constitué spontanément une manière « d'argot technique », qui leur sert dans la conversation et la correspondance. Les exemples suivants sont tout à fait démonstratifs. Ils sont la copie de lettres trouvées dans les dossiers qui nous ont été confiés.

Première lettre :

Mon cher Jean,

Tu as dû recevoir une lettre accompagnée d'un paquet, le colis n'était *pas gros*... ! mais *utile* pour toi. Ne crois pas à mon abandon. Martin est tous les soirs au *bar calmant*, rue L..., et il attend ton arrivée avec des *bas à varices* et *une cuiller à café* dans les doigts. J'espère que tu seras content de cette lettre. Bonjour *aux gradés*. Tu sais que le *calicot* que l'on servait à la Cité, vaut maintenant 10 à 12 francs le mètre... !

Chez Léon, même compagnie...! Je pense acheter de la *mousseline*. Ecris-moi pour me dire si tu as reçu le petit paquet. Pour l'*aspirine*, je fais l'impossible pour t'en procurer, mais la fièvre est plutôt calmée par la *quinine*. J'attends ta réponse.

CORDIAL MÉDOC.

Deuxième lettre :

Mon vieux Nénesse,

Je n'ai plus de *calicot*. Procure m'en rapidement quelques mètres. Va au bar que tu sais, *le calicot n'y est pas truqué*. A défaut, adresse-moi un peu de *mousseline*, mais tu connais mes préférences. Ne t'inquiète pas du prix.

LOUFTINGUETTE.

Troisième lettre :

Ma petite Diane.

Envoie rapidement *de la marchandise* car la clientèle ne manque pas. Tu peux acheter *un kilogramme de cerises* de bonne qualité (10-12). Merci.

GABY.

Pour ceux qui connaissent le langage des intoxiqués et des trafiquants, cette correspondance est significative. D'après l'interrogatoire des inculpés, nous nous sommes rendu compte qu'un vocabulaire spécial a été imaginé pour éviter les indiscrétions. Pour ne retenir que les principales expressions : calicot, cerises, calmant marchandise, quinine, etc., sont synonymes de « coco ». De même les noms de mousseline, aspirine sont substitués à celui de morphine. Enfin le terme de « cuiller à café » désigne la petite pelle employée par les cocaïnomanes, pour les prises nasales et les chiffres 10-12, le prix d'achat d'un gramme de drogue.

Cette correspondance laisse aussi deviner les traces de cette étroite solidarité qui caractérise les intoxiqués et leurs pourvoyeurs. Les toxicomanes en effet, voient se créer entre eux un lien que renforce la conscience d'être hors la loi et hors la morale. Ils ne se trahissent pas entre eux, ils trahissent moins encore leurs pourvoyeurs. Et ceux-ci, sachant les dangers qui les menacent, constituent une police de surveillance capable de faire échec pendant un certain laps de temps, à la police régulière.

Ajoutons à toutes ces raisons, ce besoin de détente, cette vague de paresse dont on a tant parlé après la guerre; il est facile de reconnaître dans le développement des dancings et l'extension du trafic de la cocaïne qui lui est parallèle, deux manifestations de cet état d'esprit. Et dans les villes de fête où la vie est luxueuse et facile comme à Biarritz, Monte-Carlo, Nice, en particulier, on a pu voir se renouveler les scènes parisiennes. Les parties de « coco » y sont à la mode, sous les yeux d'une police insuffisamment éclairée.

*
* *

Il serait fastidieux et sans intérêt de rapporter les trop nombreux faits contenus dans les dossiers que nous avons consultés; ce que nous en avons dit dégage l'impression générale qu'on en retire. Néanmoins, nous croyons utile de résumer quelques affaires qui confirment en tous points nos affirmations et permettent de se faire une idée assez exacte de l'importance du trafic.

AFFAIRE I. — Xe Chambre correctionnelle :

B..., directeur d'un concert artistique, est signalé à la Police, depuis plusieurs mois, comme important trafiquant de cocaïne.

Pour écouler aisément la drogue, à l'abri des yeux indiscrets de la Brigade mondaine, il avait loué un *hôtel particulier*.

Dans cette somptueuse demeure, transformée à dessein en un *dancing clandestin*, se rassemblait une clientèle spéciale après la fermeture des établissements de Montmartre.

B... fut arrêté un matin vers 4 heures, au moment où il quittait son hôtel. Il était porteur de *200 flacons* de cocaïne portant l'étiquette « Merck Darmstadt ».

Tous les habitués du dancing ont été reconnus toxicomanes.

B... fut, dans la suite, condamné à 3 mois de prison et 1.000 francs d'amende.

Affaire II. — Xe Chambre correctionnelle :

R..., vingt-cinq ans, *démobilisé* le 17 août 1919 à Creusmark, avoue avoir rencontré un Allemand, qui lui a proposé *1 kilogramme* de cocaïne, au prix de 600 francs.

Sachant qu'à son retour en France, il revendrait facilement la drogue 8 à 10.000 francs, R... n'hésite pas à acheter la « coco ». Dès son arrivée à Paris, il entre en rapport avec un garçon de restaurant qui s'offre aussitôt comme intermédiaire. Un amateur est rapidement trouvé, il se rend acquéreur du stupéfiant pour la somme de 13.000 francs.

Mais au moment de la livraison du toxique, R... est inquiété par la Police. Arrêté, il est trouvé porteur d'une boite métallique contenant 1 kilogramme de cocaïne, et sur l'étiquette on pouvait lire la mention « Cocaïn hypochloric-Merck Darmstadt ».

Ainsi, sans l'intervention de deux inspecteurs de police, R... réalisait, avec son lamentable commerce, un bénéfice de 12.400 francs.

L'affaire s'est terminée par la condamnation de R..., à la faible peine de 3 mois de prison avec sursis.

Affaire III. — XIe Chambre correctionnelle :

B..., grand trafiquant de cocaïne, est appréhendé par deux inspecteurs, rue de Londres, au moment où il sortait d'un hôtel. Une perquisition effectuée aussitôt dans la chambre qu'il occupait depuis deux jours, permit de découvrir *14 kilogrammes de drogue*.

B... employait sa maîtresse comme intermédiaire dans la vente, et pour écarter les soupçons de la police, il possédait deux domiciles à Paris où à heures fixes, intoxiqués et trafiquants pouvaient acheter la « coco ».

Il avait installé en outre en province (Loir-et-Cher), un bar qui était devenu le lieu de rendez-vous de nombreux repris de justice. Ceux-ci parcouraient de grandes villes et offraient à bon compte la drogue. Peu surveillés, ils pouvaient écouler de grosses doses de stupéfiant.

A l'instruction, B... avoua qu'il tenait la drogue d'un *sergent américain,* et que cette dernière était pour la plus grande part de provenance allemande (cocaïne de Merck). Le reste était de provenance américaine.

Un dépôt existait également à Amiens, mais là, d'après les renseignements fournis par l'interrogatoire de l'inculpé, le commerce y était peu florissant.

B... réalisait de gros bénéfices, la drogue achetée *200 francs* le kilogramme, était revendue 10 à 12 francs le gramme. Malgré l'importance du trafic, B... fut jugé avec bienveillance et condamné à la peine dérisoire de 8 mois de prison et 5.000 francs d'amende.

En supposant qu'il ait pu se débarrasser de son stock, B... aurait, en quelques semaines, acquis un capital de 150.000 francs environ.

Affaire IV. — Xe Chambre correctionnelle :

D..., trafiquant, installe *en banlieue*, un dépôt de cocaïne. Il se procurait la poudre, soit directement en Allemagne, soit par l'intermédiaire de garçons de laboratoire ou à l'aide de fausses ordonnances quand la drogue manquait.

Arrêté, il fait des aveux complets et est condamné à la peine de 15 jours de prison et 500 fr. d'amende.

Affaire V. — Xe Chambre correctionnelle :

Une bande de trafiquants parcourait les bars de nuit à Montmartre. Certains voyageaient et vendaient la drogue en province. L'un des trafiquants est appréhendé à Paris, et dans la valise qui ne le quittait jamais, une perquisition permit de découvrir 500 grammes de cocaïne et 450 grammes de morphine.

D'après les renseignements fournis par l'enquête judiciaire, les 950 grammes de toxique, achetés 1.000 francs étaient revendus 4.250 francs. Les intermédiaires avaient pour mission de l'offrir aux prix les plus élevés possibles. Ils touchaient une commission de 500 francs.

Cinq trafiquants purent être arrêtés et condamnés chacun à 4 mois de prison et 1.000 francs d'amende.

Affaire VI. — XIe Chambre correctionnelle :

Ch..., qui se qualifie d'*antiquaire*, est un des plus importants trafiquants de stupéfiants de Paris. Il est l'aboutissant d'une association dont les ramifications s'étendraient jusqu'en Chine.

Parti à Marseille dès sa démobilisation, il fut surveillé et bientôt arrêté à son retour à Paris, alors qu'il était porteur de *4 kilogrammes* de drogue.

Il se voit condamné à la peine de 8 mois de prison et 3.000 francs d'amende.

Affaire VII. — Xe Chambre correctionnelle :

Un *pharmacien* de banlieue se procurait de la cocaïne en Allemagne et la cédait après un gros bénéfice à des trafiquants de métier. Achetée 1.000 francs le kilogramme, la drogue était revendue suivant l'importance de la vente, 6.000, 7.000 et 8.000 francs le kilogramme. Les tractations portaient uniquement *sur des quantités supérieures à 1 kilogramme*.

Un dépôt clandestin fut découvert aux abords du Palais-Royal. Il était très fréquenté par les intoxiqués qui venaient à jour fixe chercher le poison. Une perquisition faite dans ce dépôt permit de découvrir, caché dans une armoire, un sac contenant 750 grammes de cocaïne de Knoll et Cie, Ludwigshafen.

M..., arrêté, reconnaît son délit et est seulement condamné à la faible peine de trois mois de prison, avec *sursis*, et 200 francs d'amende.

Affaire VIII. — Xe Chambre correctionnelle :

N..., *pharmacien*, condamné plusieurs fois pour trafic de stupéfiant, est mêlé à une histoire importante de commerce de « coco ». Il s'est adjoint, pour le trafic, un commissionnaire en produits chimiques.

Un agent du pharmacien, P..., est arrêté rue de Turin au moment où il se disposait à livrer de la cocaïne à domicile, chez un de ses clients. Il venait apporter, pour la deuxième fois, 5 grammes de drogue.

Cette cocaïne était vendue par N..., et celui-ci prétend qu'il ignorait le commerce de P...

Je donne, dit notre célèbre pharmacien, par quantité de 2 à 3 grammes de toxique à P... pour sa consommation personnelle. J'en vends aussi parce que mes affaires sont loin d'être prospères. N..., pour dissimuler son trafic, avait pris soin de cacher dans un coffre-fort, au Crédit Lyonnais, quatre boîtes de « coco ». Cette cachette, pensait-il, lui éviterait de se compromettre.

La cocaïne lui était fournie par un placier d'une grande maison de produits chimiques et pharmaceutiqnes. Ce dernier était harcelé depuis longtemps par N... pour obtenir la drogue. Le pharmacien avait acheté une première fois, à bon compte, 1 kilogramme de « coco ». Satisfait de son achat avantageux, il se procurait encore, à deux reprises, 500 grammes de cocaïne par le même procédé. Il était donc en possession de 2 kilogrammes de drogue qu'il se proposait de distribuer à sa nombreuse clientèle en réalisant un gros bénéfice. Heureusement il était arrêté avant d'avoir entièrement mis son projet à exécution.

N... fut condamné à quatre mois de prison et 3.000 francs d'amende. La fermeture de l'officine fut, en outre, ordonnée. Mais si on songe aux désastres dont ce pharmacien fut l'artisan, on ne peut s'empêcher de considérer ce jugement comme bien doux encore.

Affaire IX. — Xe Chambre correctionnelle :

L... est arrêté pour trafic de stupéfiant. Lors de son arrestation, il est trouvé porteur de 250 grammes de drogue dissimulés dans la doublure de son pardessus.

L'enquête a permis de reconnaître que L... faisait la navette entre Paris et la province pour écouler le toxique.

L... est condamné pour son trafic à quatre mois de prison et 100 francs d'amende.

Affaire X. — Xe Chambre correctionnelle :

C..., trente-huit ans, a pour mission d'acheter à Bruxelles la cocaïne nécessaire pour alimenter une bande d'intoxiqués. Surpris dans ses manœuvres louches, il est arrêté au cours d'un voyage. Trouvé détenteur de 127 grammes de drogue, il prétend l'avoir achetée pour son usage personnel.

C... est condamné à trois mois de prison et 1.000 francs d'amende.

Affaire XI. — Xe Chambre correctionnelle :

M..., trafiquant dans les bars de Montmartre, est arrêté alors qu'il était porteur de *200 grammes* de cocaïne.

Il se procurait la drogue par l'intermédiaire d'un *matelot de Toulon*. L'enquête a montré que M... concluait de nombreux marchés en taxi-automobiles et qu'il se procurait le poison par correspondance.

Une lettre trouvée sur lui au moment de son arrestation prouve qu'il avait réclamé récemment à Toulon *1 kilogramme de « cerises »* pour un intermédiaire connu sous le surnom de « Nénesse ».

M... est condamné à six mois de prison et 500 francs d'amende.

Affaire XII. — Xe Chambre correctionnelle :

Trafic par correspondance, et l'enquête a permis de constater que la drogue venait d'Allemagne par l'aide coupable de *permissionnaires* d'un bataillon d'Afrique. Elle était vendue par une femme, professionnelle du trafic, Mlle D..., qui recevait chez elle de nombreux toxicomanes. Elle attirait, en outre, à son domicile, les marchands de drogue, et là on discutait le prix courant de la « coco » et on y prenait les commandes.

D... fut condamnée à six mois de prison et 500 francs d'amende.

Affaire XIII. — Xe Chambre correctionnelle :

Le T..., dit « Louis », vingt-neuf ans, est en relation permanente avec des pensionnaires de maisons de prostitution et leur vend la « coco ». Celle-ci lui est procurée *par un Américain* qui la tient d'Allemagne.

Le T... est arrêté et trouvé porteur de 398 paquets de drogue. Il est condamné pour son délit à deux mois de prison *avec sursis* et 1.000 francs d'amende.

Affaire XIV. — Xe Chambre correctionnelle :

Tout récemment des inspecteurs de la police judiciaire en surveillance aux abords d'un café du boulevard de Clichy, connu comme lieu de rendez-vous de nombreux trafiquants, arrêtèrent T..., qui venait de vendre cinq paquets de cocaïne pour la somme de 60 francs.

T... avoua aussitôt tenir la drogue d'un trafiquant, lequel était un intermédiaire du pharmacien H...

Une descente de police a révélé le formidable trafic auquel se livrait H... Celui-ci possédait à cette intention un dépôt dans le quartier du Panthéon. Une perquisition permit de découvrir dans l'entrepôt **187** *caisses de stupéfiants*, provenant des stocks américains et *pesant plusieurs tonnes*.

L'enquête a révélé que 5 *camions avaient été nécessaires* pour enlever la marchandise composée de cocaïne, de morphine et d'héroïne.

Sept trafiquants ont été inculpés dans cette importante affaire.

La bienveillance du Tribunal est particulièrement frappante, comme on peut en juger par les condamnations qui furent prononcées. Pour six trafiquants en effet, la peine de prison bien que très légère ne fut pas accompagnée d'amende. H..., propriétaire du stock, et pourvoyeur de la bande, qui méritait le maximum des pénalités avec application sévère de l'article 4 de la loi de 1916, c'est-à-dire fermeture définitive de l'officine, s'en est tiré avec une condamnation vraiment encourageante pour ceux qui se livrent au trafic en gros.

Condamnations :

V..., trafiquant.......	2 mois de prison
T..., —	12 mois de prison
C..., —	12 mois de prison
M..., —	12 mois de prison
J..., —	13 mois de prison
M..., pharmacien.....	3.000 francs d'amende
H..., —	*15 mois de prison* avec fermeture de son officine pendant la durée de son emprisonnement.

— Nous pourrions multiplier ces exemples qui sont la preuve manifeste de l'extension inquiétante qu'a pris ces derniers mois l'usage des stupéfiants. La loi n'a donc pas exercé sur les trafiquants habituels et sur leurs malheureuses victimes cet effet de crainte qui pouvait être pour eux le commencement de la sagesse.

L'expérience de cinq années et les statistiques qui nous ont été communiquées établissent, au contraire, d'une façon indiscutable non seulement que le nombre des trafiquants n'a pas diminué, mais qu'il augmente de jour en jour.

* * *

A quelles causes faut-il donc attribuer cet échec de la nouvelle législation?

Certes, les conditions particulières que nous avons signalées précédemment, notamment l'introduction en France, par les troupes d'occupation, de stupéfiants que les Allemands étaient trop heureux de pouvoir, sans risques, écouler par leur entremise; l'état moral spécial qui suit fatalement les grandes crises sociales ou les longues guerres ont contribué à l'extension du trafic. Mais celle-ci tient surtout et avant tout à ce que la loi n'est pas rigoureusement appliquée et que les pénalités dont elle dispose ne sont pas assez sévères. En un mot, l'extension du trafic résulte d'une *répression insuffisante*.

Il faut reconnaître, en effet, que, dans la loi de 1916, il existe un oubli véritablement inexplicable de la part du législateur. Alors que de nombreux articles du Code pénal avaient ajouté aux peines principales la peine accessoire de l'interdiction de séjour, la loi sur les stupéfiants est restée muette sur ce point. Cependant, l'article 317 du Code pénal aurait pu fournir au législateur une heureuse inspiration. Le paragraphe 3 de cet article est ainsi conçu :

« Celui qui aura occasionné à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel en lui administrant volontairement (1), de quelque manière que ce soit, des substances qui, sans être de nature à donner la mort, sont nuisibles à la santé, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans; il pourra, de plus, être renvoyé sous la surveillance de la haute police (2) pendant deux ans au moins et dix ans au plus. »

Nous avons été étonnés, en compulsant nos documents, de constater que certains trafiquants, et non des moindres, à peine sortis de prison, reprenaient immédiatement l'exercice de leur malfaisante industrie. A la suite des observations qui ont été faites par certains magistrats clairvoyants et avisés, le gouvernement s'est décidé à combler cette lacune en déposant un projet de loi qui tend à compléter, sur ce point, l'article 2 de la loi de 1916. Ce projet constate d'ailleurs, ainsi que nous l'avons fait nous-mêmes, que les « mesures législatives nouvelles n'ont pas eu toute l'efficacité qu'on en attendait ». Et bien que l'exposé des motifs paraisse viser uniquement les fumeries d'opium, il n'est pas douteux que le texte qui sera soumis aux discussions du Parlement et qui, nous l'espérons, ne tardera pas à être voté, atteindra tous les trafiquants de stupéfiants. Il est ainsi conçu :

« ARTICLE PREMIER. — L'article 2 de la loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses, modifié par la loi du 12 juillet 1916, est complété comme suit :

« Les tribunaux pourront prononcer l'interdiction de séjour, pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, contre les individus reconnus coupables d'avoir facilité à autrui l'usage desdites substances, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen. »

Nous signalons, en passant, que la dernière partie de ce texte « soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen » pourrait être supprimée sans inconvénient. La nouvelle disposition aurait, semble-t-il, un caractère plus général et ne paraîtrait pas s'appliquer seulement aux fumeries d'opium.

Puisque le Parlement va être appelé à apporter à la loi une modification dont la nécessité se faisait vraiment sentir, il devrait profiter de cette occasion pour la modifier aussi en tenant compte des critiques qui ont été formulées, notamment en substituant pour l'article 3 le mot « détenteur » au mot « porteur ». Il devrait aussi voter un article ordonnant que les médecins pourront prescrire, en cas de maladie chronique et incurable, les toxiques pour un laps de temps supérieur à sept jours. La législation actuelle met, en effet, les malades indigents dans l'obligation de faire renouveler trop fréquemment leurs ordonnances et leur porte un préjudice injustifié. Le trafic par fausses ordonnances médicales, que le législateur avait voulu viser, ne serait certainement pas pour cela plus étendu. D'ailleurs, au moindre soupçon, une enquête demandée par le pharmacien pourrait facilement établir si l'ordonnance concerne un malade incurable, ou mieux encore un certificat médical dûment légalisé pourrait être joint à l'ordonnance.

La révision de la loi de 1916 s'impose encore en ce qui concerne les pénalités qu'elle comprend.

Nous pensons que la peine de prison au lieu d'être limitée à deux ans, devrait être portée *à cinq ans*, ainsi qu'elle l'a été dans le paragraphe 3 de l'article 317 du Code pénal que nous avons rappelé et qui s'applique à un délit absolument identique.

Quant aux amendes inscrites dans l'article 2 (1.000 à 10.000 francs), bien qu'elles paraissent très élevées, elles ne correspondent pas aux bénéfices énormes qu'un trafiquant de haute envergure peut réaliser dans son commerce. Celui, en effet, dont le trafic se chiffre par plusieurs kilogrammes de drogue, réalise un bénéfice en général supérieur à l'amende maximum prévue par la loi. Nous avons vu qu'un seul kilogramme de cocaïne, venant directement d'Allemagne, permet d'obtenir un gain d'au moins 10.000 francs. On comprend alors que le grand trafiquant se soucie peu de la peine qui risque de le frapper. Nous estimons qu'à ce point de vue, il y aurait lieu d'ordonner la restitution au fisc de la somme obtenue par la vente du stupéfiant.

Nous croyons utile enfin de signaler que l'article 4 de la loi du 12 juillet 1916, doit être sévèrement appliqué. Le magistrat doit ordonner la fermeture de plein droit de l'officine pharmaceutique ou de l'établissement clandestin où le délit aura été constaté. D'après notre enquête, cette pénalité n'a jusqu'à présent été appliquée qu'exceptionnellement, en ce qui concerne le trafic de la cocaïne. Elle ne figure, à notre connaissance, que dans l'importante affaire de trafic d'un pharmacien récidiviste, que nous avons résumée précédemment, et dans celle, concernant un stock de plusieurs tonnes de stupéfiants, qui a été jugée ces jours-ci. Il y a lieu de faire remarquer que dans cette récente histoire de trafic la fermeture de l'officine a été limitée à tort au temps de l'emprisonnement.

(1) La jurisprudence considère que le fait matériel, dans l'administration des substances nuisibles, est réalisé par la remise consciente de cette substance à la personne qui doit en faire usage. (Garçon. *Code pénal annoté*, art. 317, § 76.)

(2) La loi du 27 mai 1885 a supprimé « la surveillance de la haute police » et l'a remplacée par la *peine d'interdiction de séjour*.

Nous nous permettons à ce propos de demander à MM. les magistrats, dont la tâche est certes, difficile et délicate, de se montrer moins bienveillants et d'appliquer toujours sévèrement, au cas de trafic important et suivi, les pénalités maxima. Il faut qu'ils se souviennent que le cocaïnisme n'est pas un vice individuel, et que chaque intoxiqué devient un centre de contagion. Ils doivent donc frapper le toxicomane comme le trafiquant.

Tout récemment encore nous avons été étonnés par la faiblesse de la répression, Il s'agissait de juger deux importantes affaires de trafic dans lesquelles un certain nombre d'étrangers étaient inculpés. Dans l'une, le trafic portait sur 7 *kilogrammes de cocaïne* et le Tribunal s'est contenté d'appliquer des peines s'élevant a 3 et 4 mois de prison avec bénéfice du sursis. Dans l'autre, un sujet espagnol cherchait à écouler 1 kilogramme de drogue, avec la complicité de quatre intermédiaires. Ils furent condamnés aux peines dérisoires de 3 mois de prison avec sursis et 500 francs d'amende. De pareilles décisions sont manifestement de nature à encourager les trafiquants.

Pour compléter l'action d'une loi sévère et rigoureusement appliquée, il faut enfin, exercer une surveillance toute spéciale aux douanes, en province comme à Paris, là où le vice s'étend.

* * *

Nous espérions trouver dans le « Compte Rendu de la Justice criminelle en France » une statistique s'appliquant à la loi sur les stupéfiants, mais cette publication interrompue en 1914, ne semble pas avoir été reprise. A défaut de ce document, nous sommes en mesure, grâce à la complaisance de M. le Procureur de la République, auquel nous adressons nos sincères remerciements, de résumer dans le tableau suivant le nombre des arrestations effectuées à Paris par la Brigade mondaine, pendant les cinq dernières années. Il est véritablement édifiant puisqu'il permet de constater que les ARRESTATIONS ONT TRIPLÉ si l'on compare les années 1916 et 1920.

ARRESTATIONS EFFECTUÉES A PARIS

Année 1916	53	arrestations
— 1917	42	—
— 1918	67	—
— 1719	59	—
— 1920	151	—

On doit ajouter que les quantités de cocaïne saisies, tant sur les délinquants qu'au cours des perquisitions opérées à leur domicile, s'élèvent pour l'année 1920 au chiffre de 25k325.

En possession de ce tableau, nous avons cru intéressant de rechercher le nombre des arrestations pratiquées pendant les cinq premiers mois de l'année 1921. *Il dépasse aujourd'hui la centaine*, si bien que l'extension du trafic, pour Paris, paraît avoir considérablement augmenté, depuis l'année dernière. Si l'on se souvient, par ailleurs, que la province qui semblait, en dehors de quelques ports, avoir échappé jusqu'ici à la contagion, a été atteinte, dans ces derniers mois, on peut imaginer par ces chiffres, quelle est, pour la France, l'importance de l'odieux trafic, et combien notre cri d'alarme est justifié. Le danger que nous signalions en 1918 est de plus en plus menaçant; il est de toute urgence que législateurs, magistrats, médecins s'associent pour enrayer le mal que nous qualifiions, à juste titre, dès notre premier travail, de péril toxique.

Mais, même avec une loi sévère, aussi parfaite que possible, et une application rigoureuse des pénalités qu'elle contient, nous devons avouer en terminant, que nos inquiétudes ne seront pas complètement dissipées. Le vice est, en effet, trop profond pour être arrêté par une législation simplement répressive. La loi n'a que l'efficacité de la médecine qui vient quelquefois trop tard, et nous répétons, volontiers, le vieil adage hippocratique, que M. le professeur Dupré inscrivait en tête de notre première étude :

« Principiis obsta, sero medecina paratur. »

Il faut remonter à la source du poison et la tarir. Le cocaïnisme comme toute toxicomanie est, avant tout, une question d'hygiène sociale et de morale. Il faut instruire la jeunesse et mettre le « toxicomane de demain » en face des dangers qui l'attendent, lui montrer la vanité des rêves qu'il cherche, la déchéance qu'il se prépare. En un mot, il faut l'éclairer : qu'il sache et ne rêve plus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1921)

Sur l'opothérapie cardiaque. (*A l'occasion du procès-verbal.*) — M. RÉNON utilise l'opothérapie cardiaque depuis dix ans, en se servant de poudre de muscle ventriculaire de bœuf, desséché dans le vide, à la dose de 50 centigrammes par jour. Il la donne par périodes mensuelles de vingt jours, pendant de longs mois, chez des malades atteints d'insuffisance cardiaque, surtout d'insuffisance ventriculaire gauche avec arythmie extra-systolique. Ce traitement, associé comme médication d'appoint aux autres médications cardiaques, donne de bons résultats, ce qui confirme les idées émises à la dernière séance par M. Martinet.

M. FIESSINGER a recours également à l'opothérapie cardiaque, comme M. Rénon. Mais après de nombreux essais, il a cru reconnaître qu'il n'en obtenait aucun résultat. Peut-être la confiance qu'inspirait aux malades ce nouveau moyen, contribuait-elle, dans une certaine mesure, à améliorer momentanément leur état.

Les ulcérations et les perforations de l'intestin grêle au cours du cancer du rectum. — MM. L. RÉNON et P. BLAMOUTIER rapportent un cas de cette bizarre et rare affection dont il n'existe que deux observations dans la littérature médicale. Elle n'est jusqu'ici qu'une surprise d'autopsie et n'a encore ni histoire clinique, ni histoire thérapeutique. Il n'en sera probablement plus de même dans l'avenir, quand elle sera mieux connue.

Un homme de quarante ans présente tous les signes d'une occlusion intestinale avec perte de sang par le rectum. La rectoscopie n'ayant donné aucun renseignement sur la cause de l'occlusion, on pratique la laparotomie et un anus cæcal. Quatre jours après l'opération, le malade succombe dans le collapsus, avec vomissements et dyspnée. L'autopsie fit découvrir un squirrhe recto-sigmoïdien et une perforation située sur une anse grêle à 3 mètres au-dessus de l'angle iléo-cæcal. Cette perforation s'était produite au niveau d'une des ulcérations qui existaient au nombre d'une vingtaine sur ce segment de l'intestin grêle. L'examen histologique montre qu'il n'y avait aucun rapport entre le squirrhe et les ulcérations.

Ces ulcérations paraissent dues à une stase veineuse favorisant l'action de la flore microbienne par un processus mécanique et infectieux. A l'avenir, il sera nécessaire de

rechercher, dans les selles et dans les lésions, le bacille de Morgan, parasite exclusif de l'intestin grêle, qui, expérimentalement, donne des lésions ecchymotiques analogues d'aspect à celles rapportées par les auteurs.

Le trafic de la cocaïne d'après les documents judiciaires récents. Son extension et sa répression insuffisante. Etude d'hygiène sociale. — MM. COURTOIS-SUFFIT et René GIROUX. (Voir plus haut, p. 789.)

Élections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

La liste de présentation portait en première ligne, M. Rochard; en deuxième ligne, M. Lejars; en troisième ligne, MM. J.-L. Faure, Legueu, Mauclaire, Potherat. Au premier tour, sur 81 votants, majorité 41, M. Rochard obtient 63 suffrages; M. Lejars, 16; M. J.-L. Faure, 1; et M. Legueu, 1. En conséquence, M. Rochard est proclamé élu.

Nous sommes heureux d'adresser à notre sympathique confrère nos sincères félicitations.

— L'Académie élit ensuite M. Kinnosuke Miura (de Tokio) correspondant étranger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JUIN 1921)

Sur une forme particulière de la dysostose cléido-crânienne de Pierre Marie et Sainton. Forme cléido-cranio-pelvienne. — MM. CROUZON et BOUTTIER présentent un malade âgé de dix-huit ans qui mesure 1m37 et qui est atteint des signes classiques de la dysostose cléido-cranienne héréditaire, syndrome individualisé, en 1897, par MM. Pierre Marie et Sainton. On retrouve, en effet, chez lui l'augmentation de volume du crâne portant sur les principaux diamètres et en particulier sur le diamètre bipariétal; la persistance des fontanelles antérieure et postérieure, l'absence de soudure des clavicules dont on perçoit les deux rudiments parasternal et paracromial séparés par un intervalle libre. De ces troubles résulte la possibilité de mouvements anormaux. Mais l'intérêt tout particulier de cette observation réside dans l'existence de mouvements anormaux qui se passent au niveau de la symphyse pubienne et de l'articulation coxo-fémorale. La mobilité des articulations est extrême et permet des mouvements anormaux des membres inférieurs qui sont très amples et très variés. La radiographie rend compte de ces anomalies, elle montre une absence d'ossification de la symphyse pubienne, une agenésie des branches ischio et ilio-pubiennes. Ainsi, il existe au niveau de la ceinture pelvienne une dystrophie osseuse tout à fait comparable à celle qu'on observe chez ce malade au niveau du crâne et de la ceinture scapulaire. Le deuxième point intéressant de cette observation consiste en l'existence de crises d'épilepsie. Aussi les auteurs discutent-ils le rôle possible de l'hydrocéphalie dans la pathogénie des accidents comitiaux. En restant sur le terrain strictement clinique, les auteurs proposent de décrire sous le nom de forme cléido-cranio-pelvienne cette variété clinique très spéciale du syndrome de Pierre Marie et Sainton.

Granulie pleuro-pulmonaire à allure de typho-bacillose chez un diabétique. — MM. CAUSSADE et DOUMER rapportent un cas de granulie caractérisée cliniquement par les symptômes classiques de la typho-bacillose de Landouzy, c'est-à-dire par une fièvre rémittente (38°, 39°5), par une dissociation du pouls (90) et de la température, par une leucopénie prononcée (1.500), par un fléchissement de la courbe thermique vers le vingt-quatrième jour, fléchissement coïncidant avec l'apparition d'un petit et double épanchement pleural à prédominance de lymphocytes et avec légère ascite; et par une hypertrophie notable de la rate. La glycosurie (15 à 20 grammes) et la névralgie paresthésique dont était atteint le malade disparaissaient à la période d'état. L'infection tuberculeuse fut d'un mois environ et s'est terminée par la mort. A l'autopsie, les auteurs n'ont pas trouvé les lésions caractéristiques de la typho-bacillose (granulations très rares et follicules ébauchés; faux tubercules provenant d'endocapillarité considérés comme des formations transitoires), mais des granulations qui, bien que nombreuses, étaient néanmoins cantonnées dans des régions limitées de la plèvre et du péritoine. Il semble qu'il y ait eu, secondairement, ensemencement, mais des poumons seulement.

Histologiquement, les granulations étaient atypiques, sans cellules géantes avec une zone épithélioïde peu prononcée, manquant même dans certaines granulations. Le centre de certaines granulations était nécrosé. Une infiltration lymphoïde assez marquée, constituait essentiellement les granulations. Dans le parenchyme pulmonaire, cette infiltration s'accompagnait d'alvéolite banale assez prononcée. Les bacilles de Koch étaient peu abondants, mais ils furent trouvés aussi bien dans le poumon que dans les plèvres. En terminant, les auteurs insistent sur l'infiltration lymphoïde qui, dans leur cas, arrive à constituer des granulations atypiques se rapprochant des formations nodulaires qu'on a de la tendance à considérer comme étant de formation pneumonique.

Myosite syphilitique secondaire et gommes syphilitiques des muscles du mollet. — MM. A. LEMIERRE et R.-J. WEISSENBACH rapprochent une observation de myosite syphilitique survenue à la période secondaire et une observation de gommes des muscles jumeaux et péroniers latéraux. Dans les deux cas, la syphilis était ignorée; le diagnostic fut facilité par la coexistence d'autres lésions syphilitiques et le traitement amena rapidement la guérison. Le point intéressant de la première observation est l'acuité des symptômes qui ont marqué l'apparition de la myosite; la malade a été prise brusquement, pendant la marche, de douleurs intenses dans le mollet gauche et de contracture du triceps sural qui l'ont immédiatement immobilisée. Dans la deuxième observation, outre la longue durée de la maladie qui a évolué pendant plusieurs années sans provoquer de gêne notable, il faut noter la coexistence d'une périostite du tibia correspondant et la tendance qu'à eue la syphilis à frapper le tissu musculaire, alors que le système nerveux et les viscères étaient intacts, il existait en effet, indépendamment de trois gommes dans les muscles du mollet, une gomme dans l'épaisseur des muscles épicondyliens droits et une cicatrice de gomme du grand pectoral gauche.

A propos de la publicité du « Bulletin de la Société ». M. MILIAN regrette qu'on puisse lire dans le *Bulletin* une annonce dont la rédaction pourrait faire croire à des médecins non avertis qu'il existe des préparations d'arsénobenzol dépourvues de tout danger.

Linite gastrique à évolution régressive spontanée. — MM. ENRIQUEZ et DURAND rapportent l'observation d'une malade, suivie depuis onze ans, chez qui ils ont vu une linite gastrique totale (vérifiée par la laparotomie exploratrice), regresser spontanément jusqu'au stade actuel où cliniquement et radioscopiquement, l'affection présente les signes d'une sténose large du pylore.

Contribution à l'étude clinique de la tension veineuse périphérique. Résultats dans les affections cardio-vasculaires. — MM. VILLARET, SAINT-GIRONS et GRELLETY-BOSVIEL concluent de leurs recherches sur 36 sujets que : 1° la pression veineuse dans les cardiopathies bien compensées suit de très près, comme chez les sujets normaux, la tension artérielle maxima, le même chiffre les mesure toutes deux en centimètres d'eau pour la pression veineuse, en centimètres de mercure pour la tension artérielle ; 2° cela s'élève chez les asystoliques et dépasse la maxima artérielle, d'autant plus que le cas est plus grave. A ce point de vue, les malades atteints de maladie de Corrigan se comportent comme des asystoliques et présentent, précocement, sans autre signe d'insuffisance cardiaque, une élévation de la pression veineuse ; 3° elle s'élève parallèlement à la maxima artérielle chez les hypertendus, sauf le cas où des lésions d'artériosclérose constituent un barrage qui empêche la vis à tergo de se transmettre intégralement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1921)

La ponction exploratrice dans les cas de contusion abdominale. — M. SAVARIAUD complète la communication qu'il a faite sur ce sujet dans la dernière séance. Au point de vue technique, la ponction doit être faite en un point déclive, en un point où la matité est très nette. Il reconnaît que la ponction vaginale est aussi un très bon procédé, surtout pour les épanchements dans le douglas. M. Dujarrier a dit qu'il préférait la laparotomie exploratrice à la ponction. Il faut reconnaître, cependant, que la ponction est un procédé infiniment plus simple, qui peut être pratiqué au lit du malade. Quand la ponction est négative, M. Savariaud la pratique dans un autre point. Il persiste donc à considérer ce moyen comme pouvant être utile dans les cas de contusion abdominale.

La radiumthérapie dans le cancer de l'utérus. — M. DESCOMPS, à propos de la communication de M. Proust, dont il partage l'opinion, insiste sur ce fait qu'il y a lieu de bien régler les doses à employer. La dose de 6 milligrammes paraît être celle qu'il y a lieu d'adopter.

M. Descomps, dans d'assez nombreux cas, a eu recours aux injections sous-cutanées de sels de bromure de mésothorium.

Il en a obtenu de très bons résultats, en ce sens que ces injections relèvent les forces des malades, améliorent sensiblement l'état général, diminuent l'état cachectique, augmentent le poids. Il procède par série de dix injections. Il recommande cette pratique qui lui a donné de très bons résultats, datant déjà chez plusieurs malades de plus de six mois.

Calculs biliaires dans l'intestin. — M. MATHIEU communique une observation de M. Lenotre, dans laquelle il s'agit d'une femme de soixante-dix ans qui, après l'ablation du calcul intestinal, a succombé le quarantième jour à une gangrène du membre inférieur.

Greffes tendineuses. — M. AUVRAY répond à M. Savariaud qui s'est montré bien pessimiste à l'égard de ces greffes. M. Auvray reconnaît, cependant, avec lui, que les résultats sont nuls dans les cas de plaies récentes. Il apporte deux observations dans lesquelles il est intervenu très peu de temps après la blessure, dans lesquelles il a trouvé facilement les deux bouts et a pu les suturer. Résultat fonctionnel nul.

Récidive axillaire des cancers du sein, désarticulation de l'épaule. — M. MOCQUOT, à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Tuffier, apporte un fait superposable.

Tumeur du sein droit, ablation; récidive sous forme de noyaux axillaires, ablation, récidive axillaire, éléphantiasis du bras, douleurs intolérables, large désarticulation de l'épaule, guérison qui se maintient depuis huit mois.

La radiumthérapie du cancer utérin par voie abdominale. — M. Anselme SCHWARTZ, à l'occasion de la communication de M. Proust, communique ses observations personnelles dans lesquelles il a eu recours à cette méthode de traitement. Premier cas : cancer inopérable du col utérin, infiltration du cul-de-sac latéral gauche; laparotomie, application d'aiguilles de radium dans les noyaux épithéliaux, dans les ganglions pendant cent vingt heures. Amélioration remarquable, coloration presque immédiate du visage, augmentation de poids de 3 kilogrammes; un mois après, nouvelle laparotomie pour tenter l'ablation reconnue impossible, le ventre est refermé. Deuxième cas, bloc néoplasique transversal; incision du cul-de-sac rétro-utérin, application de tubes de radium. Dans le troisième cas, même technique que précédemment. Mort dix jours après. Enfin, dans le quatrième cas, l'intervention a dû être pratiquée en deux temps, un premier temps par la voie vaginale, un second temps par la voie abdominale, hystérectomie totale; application d'aiguilles de radium dans les tissus néoplasiques, dans les téguments larges, dans les ganglions.

M. Schwartz se demande si, dans ces cas, le ventre étant ouvert, il ne vaudrait pas mieux enlever, le plus possible, de tissu néoplasique, et recourir plus souvent, aux deux voies, la voie vaginale et la voie abdominale. C'est ce qu'a fait M. Schwartz dans sa dernière observation.

M. PROUST condamne les aiguilles d'émanation de radium qui ne peuvent pas être stérilisées. Il préfère les tubes de radium parfaitement stérilisables.

Il n'est pas non plus partisan des ponctions faites avec ces aiguilles; il croit qu'il vaut mieux appliquer simplement les tubes contre les tissus malades. Il se méfierait des ponctions, après lesquelles on voit, parfois, des récidives foudroyantes ou une extrême rapidité des métastases.

La ponction n'est donc pas à recommander; l'application contre le tissu néoplasique, à la limite du tissu sain, est préférable. Le tube doit être enveloppé d'un tube de caoutchouc à l'aide duquel il est retiré.

M. Proust n'est pas partisan des ablations partielles dont a parlé M. Schwartz. Il faut tout enlever ou ne rien enlever. L'association du radium et de l'exérèse, dans le même temps, n'est pas à recommander.

M. J.-L. FAURE a écouté avec un vif intérêt les communications de MM. Schwartz et Proust. Il rappelle, toutefois, que tous les chirurgiens ont eu de très bons résultats de l'application du radium par la voie vaginale. Est-il bien nécessaire de recourir à la laparotomie? M. Faure ne le pense pas et il rappelle un cas, datant aujourd'hui de sept ans, dans lequel une application de radium par la voie vaginale a amené la disparition complète d'un cancer inopérable de l'utérus. Cette malade avait eu 30 centigrammes de radium pendant vingt-quatre heures. M. Faure estime qu'on n'emploie pas de doses assez fortes.

M. SAVARIAUD, à l'appui de l'opinion de M. Faure, apporte trois cas de radiumthérapie par la voie vaginale pour cancers inopérables de l'utérus avec des survies, sans récidives, datant de quatre, cinq et même six ans.

M. TUFFIER pense qu'on peut toujours commencer les applications de radium par la voie vaginale, quitte à recourir ultérieurement à la voie abdominale.

M. SOULIGOUX a fait, chez une malade, une laparotomie dans le but de tenter l'ablation d'un cancer utérin. Elle était impossible, il a refermé le ventre et fait appliquer ensuite du radium par la voie vaginale. Cette malade vit encore sans récidive, et il y a sept ans qu'elle a été traitée par le radium. M. Souligoux, avant l'application du radium, fait injecter quelques gouttes de formol dans la cavité utérine. Doit-on se comporter de même pour le sarcome que pour l'épithéliome?

M. ROUX-BERGER, tout en appréciant les bons résultats obtenus par la voie vaginale, estime qu'il faut féliciter M. Schwartz d'avoir proposé la voie abdominale qui constitue un réel progrès pour le traitement des cancers utérins inopérables haut situés.

M. CHEVRIER, comme M. Faure, préconise les hautes doses.

M. ALGLAVE a perdu une malade en trois jours après une application de radium qui a déterminé un sphacèle total du petit bassin. Le radiographe a pensé qu'il avait été trop loin.

Vaccinothérapie. — Suit une intéressante communication de M. LAMBRET (de Lille), sur l'emploi d'un auto-vaccin qui, dans un cas de pleurésie purulente, a permis de stériliser la cavité pleurale, puis de recourir à une décortication pulmonaire qui a donné un très bon résultat. Dans un autre cas de pleurésie après une plaie pulmonaire par balle de revolver, même bon résultat avec le bouillon de Delbet.

M. Lambret a été frappé de la fréquence des complications pulmonaires après des interventions de chirurgie gastrique. En collaboration avec M. Breton de l'Institut Pasteur de Lille, M. Lambret s'est livré à une série d'études et d'expériences bactériologiques qui lui ont permis d'isoler certains microbes, de recourir à l'intradermo-réaction et d'arriver ainsi à pratiquer chez les malades devant subir une opération gastrique, une véritable vaccinothérapie préventive.

M. SOULIGOUX observe bien moins fréquemment des accidents pulmonaires chez les opérés gastriques depuis qu'il les fait lever, après l'opération, dès le troisième jour.

M. GRÉGOIRE rappelle que le lavage préalable de l'estomac à l'eau iodée est également un bon moyen préventif.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1921)

Hyperimmunisation des animaux contre la peste bovine. — MM. NICOLAS et RINJARD communiquent les résultats qu'ils ont obtenus dans l'hyperimmunisation par la voie veineuse des bovidés vaccinés contre la peste bovine. Les injections intraveineuses de sang virulent citraté homologue ne sont pas sans danger et demandent à être faites avec prudence. D'autre part, le sérum des animaux ainsi hyperimmunisés s'est montré d'une activité inférieure à celle du sérum obtenu par la méthode habituelle des injections sous-cutanées de virus.

Un nouveau dispositif pour la méthode de radio-puncture. — M. TCHAHOTINE.

La chronaxie chez le nouveau-né. — MM. G. BANU, G. BOURGUIGNON et A. LAUGIER ont étudié la chronaxie au point moteur du muscle chez le nouveau-né de quatre jours à un mois.

Chez le nouveau-né, la chronaxie est plus grande que chez l'adulte, et ce sont les muscles dont la chronaxie est la plus petite chez l'adulte, qui ont, chez le nouveau-né, la chronaxie la plus différente de celle de l'adulte.

Ainsi, les fléchisseurs aux bras ont une chronaxie moyenne de 0^s0011, les fléchisseurs à l'avant-bras, une chronaxie moyenne de 0^s0005, et les extenseurs à l'avant-bras, une chronaxie moyenne de 0^s0007, alors que chez l'adulte les fléchisseurs aux bras ont une chronaxie moyenne de 0^s0001, les fléchisseurs à l'avant-bras, une chronaxie moyenne de 0^s00025 et les extenseurs à l'avant-bras, une chronaxie moyenne de 0^s00055, d'après les recherches de G. Bourguignon.

De ce fait, il résulte que l'écart de chronaxie entre les muscles antérieurs et postérieurs est moindre chez le nouveau-né que chez l'adulte, et que les muscles du segment proximal des membres sont plus différents de ceux de l'adulte que ceux du segment distal.

Chez le nouveau-né, les muscles ont une rapidité fonctionnelle et les fonctions musculaires, une différenciation moindre que chez l'adulte.

Ces résultats sont d'accord avec ceux de E. Meyt, Soltmann, Weiss, etc., qui ont montré que la courbe de la contraction musculaire des nouveau-nés est plus allongée dans tous ses éléments que celle des muscles de l'adulte.

Mais la sensibilité des mesures d'excitabilité par la chronaxie permettra de suivre l'évolution du développement musculaire de l'enfant, étude qu'il était difficile de faire par la mesure beaucoup moins précise de la durée de la contraction.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPNÉE TOXI-ALIMENTAIRE

Régime lacté exclusif (3 litres à 3 litres 1/2 de lait par jour jusqu'à la disparition de la dyspnée).

Alterner ensuite :

1° Pendant 8 jours, régime lacté absolu et médication iodurée.

2° Pendant 8 autres jours, régime lacté mitigé (2 litres de lait, légumes, quelques œufs, fruits, pas ou peu de viande) et 2 cachets pro die de $0^{g}50$ de Théosalvose pure ou phosphatée.

Et ainsi de suite pendant quelques mois jusqu'à ce que la dyspnée ait été définitivement vaincue.

LIVRES NOUVEAUX

L'Aliénation mentale chez les employés de chemin de fer (1), par P. VERNET.

Il est inutile de souligner l'importance pratique du sujet. Combien d'accidents de la plus haute gravité seraient évités si l'examen psychiatrique était systématiquement pratiqué chez des sujets chargés d'un service qui intéresse directement la sécurité des voyageurs (mécaniciens et employés à la manœuvre d'aiguilles ou de signaux). Trop fréquemment des employés ont été laissés en fonction alors qu'ils étaient déjà manifestement atteints de troubles mentaux. Il est urgent que des mesures précautionnelles soient prises.

L'examen mental, la connaissance des antécédents héréditaires et personnels, la recherche de la syphilis, la notion d'abus alcooliques chez les postulants à un emploi ferroviaire ne sont certes pas moins importants que l'étude de l'acuité visuelle. Des visites médicales périodiques devraient être faites chez tous les employés chargés de services dans lesquels les moindres négligences pourraient avoir des conséquences fâcheuses. Tout agent ayant fait un séjour dans un asile d'aliénés, ayant eu des troubles mentaux manifestes ne pourrait avoir à son retour à la Compagnie qu'un poste ne l'exposant pas à devenir dangereux pour lui-même ou pour autrui, en cas de rechute rapide ou brusque.

Les médecins de Compagnies devraient posséder des connaissances spéciales de médecine mentale et être aidés à l'occasion par des médecins aliénistes consultants dans chaque région.

P. CAMUS.

(1) *Th. de Nancy*, 1919.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 28 juin. — Jury : MM. Marfan, président; Bezançon, Nobécourt et Vaquez. — Mme SOREL (Germaine). Rôle de la radiologie dans les affections cardio-vasculaires. — M. TISSOT (Jean). Les bronchites hémoptoïques de la syphilis. — M. DUVAL-ARNOULD (H.). De la transmission des bruits pulmonaires. — M. ROUQUET (Jean). Une application nouvelle de la phonendoscopie pulmonaire. — M. SALÈS (G.) Etude clinique sur l'étiologie du choléra infantile. — M. DELHINGER. Projet de transformation de la crèche des hôpitaux du Havre. — M. MORIN. Du diagnostic des épanchements péricardiques rhumatismaux.

Jury : MM. Chauffard, président; Teissier, Jeanselme et Balthazard. — M. GUILLERMET (Louis). Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. — M. MONMIGNON (J.). Contribution à l'étude de la sérothérapie antityphique. — M. CHAMPION (Jean). Contribution à l'étude de l'isobromyl. — M. CLÉMENT (Jean). Pronostic sphygmométrique de la pression artérielle. — M. DUPRET (Paul). Les accidents de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle.

Vendredi 1er juillet. — Jury : MM. Roger, président; Legueu, Couvelaire et Duvoir. — M. ALLARD (Marcel). Contribution à l'étude du syndrome choréique, pendant la gestation. — Mme DEVILLE (Thérèse). De l'utilité de l'injection intramusculaire de sérums dans le traitement de la diphtérie. — M. LABURTHE-TOBRA. Contribution à l'étude des enchondromes associés aux exostoses.

Samedi 2 juillet. — Jury : MM. Bernard, président; Nobécourt, Lecène et Metzger. — M. LIMOUSIN (Henri). La lutte antituberculeuse aux États-Unis. — M. LEROY (Paul). Contribution à l'étude de la scoliose des adolescents. — M. DUFRAISSE (Jean). La bifidité des apophyses épineuses des vertèbres dorso-lombaires. — M. LEBRUN (Jean). Les abcès froids sous-cutanés et leur traitement. — M. LÉGER (Georges). Mœurs et coutumes concernant les nourrissons en Bretagne.

Jury : MM. Bezançon, président; Jeanselme, Carnot et Rénon. — M. DURAND (Emile). Etude physiologique et clinique du diéthylisovaleriamide. — M. COULAUDON (Jean). Quelques considérations sur la pathogénie de la maladie de Raynaud. — Mlle VINCENT (Léonce). L'amaigrissement rapide au cours du traitement arsenobenzolique. — M. MERVILLE (René). Valeur diagnostique des dystrophies dentaires dans la syphilis. — M. BIROS (Albert). Importance de l'examen des crachats chez les tuberculeux. — M. SCHWARTZ (A.). L'abortion de la syphilis.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Funck-Brentano, Walther, qui acceptent; Couvelaire, Cathala, Bar qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Brulé, Picot, Levant qui acceptent; Foix, Faure-Beaulieu, Bréchot qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — *Concours d'externat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Falgayrolles, Lapeyrie, Mlle Drouet, M. Toubert, Mlle Gaussel, M. Cabanes, Mlle Roux, MM. Comte, Vidal, Vallet, Estor, Gontier, Chardonneau, Chaptal, Mayras.

Externes provisoires : MM. Sacaze, Viallefont, Girard, Lenormand, Bénazet, Jaulmes, Marchand, Dantan, Martin, Enjalbert, Audema, Bonnet, Gondard, Izard.

Vingt-trois candidats n'ont pas été classés.

Questions posées : Ecrit : « Astragale et ses articulations. »

Oral : *Petite chirurgie.* — « Appareils plâtrés et silicatés. Technique générale et indications réciproques. — Sondes urétrales. Leur stérilisation. »

Séméiologie. — « Vomissements. Variétés. Interprétation. — Diagnostic différentiel entre l'hystérie et l'épilepsie. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux a fixé de la façon suivante les concours des prix pour 1921 :

Prix Godard de 2.000 francs. — Quatre prix sont mis au concours, un pour chacune des sections : médecine, chirurgie et accouchement, anatomie et physiologie, sciences physiques et naturelles. En outre, deux prix non distribués en 1920 serviront, s'il y a lieu, à récompenser en 1921, deux mémoires qui, en sus de ceux présentés, seraient en raison de leur réelle valeur retenus par la Commission. La limite d'âge des candidats est portée à trente-neuf ans.

Prix triennal Gintrac. — Les deux prix disponibles seront mis au concours en 1921.

Prix de la Société d'hygiène publique de Bordeaux. — Les trois prix disponibles seront mis au concours.

Prix de médecine coloniale et d'études exotiques. — Seront admis les travaux publiés du 15 juillet 1917 au 15 juillet 1921.

Prix Costes. — Ce prix doit être attribué tous les deux ans « à un élève de pathologie externe ».

— Le concours de clinique médicale générale s'est terminé par la nomination de M. Secousse.

— Le concours de clinique médicale infantile s'est terminé par la nomination de M. Boisserie-Lacroix, chef de clinique, et de M. Belot, chef de clinique adjoint.

— Toulouse. — *Prix de thèses.* — Prix Lasserre : MM. Belloc, Claverie, Lefebvre, Riser, Giron et Roucaud.

Autres prix : MM. Cavaille, Abelly, Manvielle, Mlle Dumont, MM. Quercy, Saint-Martin, Cazal, Reygasse, Martimos, Auban.

Prix Maury : Troix prix de 1.000 francs sont partagés entre MM. Laurentie, Rigaud, Roques, Giron, Riser, Lefebvre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira le lundi 11 juillet 1921.

— Un concours pour une place de chef de clinique exotique s'ouvrira le lundi 18 juillet 1921.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont inscrits aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur pour compter du 30 avril 1921 :

Marine. — (Active.) *Pour commandeur.* — M. le médecin général de 2e classe Negretti.

Pour officier. — MM. les médecins en chef de 2e classe Hervé, Denis, Dubois, Viguier, Merleau-Ponty.

MM. les médecins principaux Le Floch, Brunet, Lancelin.

Pour chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Auguste, Hamet, Lejeune, Yver, Adrien, Coureaud, Esquier, Arraud, Courtier.

MM. les médecins de 2e classe Souloumiac, Jobard.

MM. les médecins de 2e classe auxiliaires Le Querré, Le Moine, Malvy, Suignard, Boisseau, Guillerm, Girard, Raynal, Le Janne, Duga.

M. le pharmacien de 1re classe Merlin.

(Réserve.) *Pour officier.* — M. le médecin en chef de 2e classe Mottin.

M. le médecin principal Ruban.

(Rayés des cadres.) *Pour officier.* — MM. les médecins en chef de 2e classe Alix, Hervé.

LE SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE ayant décidé d'organiser un banquet annuel, le premier de ces banquets aura lieu le 29 juin, à 7 h. 3/4, au café Voltaire, 1, place de l'Odéon.

LIGUE FRANÇAISE DE PROPHYLAXIE ET D'HYGIÈNE MENTALES. — En avril 1920, le ministère de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale instituait un « Comité d'hygiène mentale ».

Pour renforcer l'action de ce comité officiel, l'initiative privée a organisé une « Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales » dont l'idée première revient à son président, le Dr Toulouse.

Cette Ligue se propose d'étudier toutes les questions relatives à la prévention des troubles mentaux et à la conservation de l'équilibre psychique chez les individus et dans les collectivités.

Son champ d'action s'étend donc bien au delà des limites de la simple assistance psychiatrique.

La Ligue cherche tout d'abord à améliorer cette assistance. Considérant que les psychopathes lucides et inoffensifs ne trouvent pas, dans l'état de choses actuel, le mode d'assistance qui leur convient, et désireuse de leur éviter la tare de l'internement, la « Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales » poursuit la création de services ouverts dans les asiles d'aliénés, mesure à laquelle ne s'opposent ni nos lois, ni nos organisations administratives.

Des vœux ont déjà été adressés dans ce sens au Conseil général de la Seine par le bureau de la Ligue, et il est à prévoir que ces vœux recevront un accueil favorable.

La question de l'enfance anormale retient aussi l'attention de la Ligue, à l'instigation du Dr Roubinovitch. Un vœu a été adressé aux pouvoirs publics, relativement à l'application de la loi du 15 avril 1909. Cette loi bienfaisante qui prévoit la création de sections scolaires spéciales pour les anormaux éducables n'a été, jusqu'à présent, appliquée que de façon timide.

Il est à prévoir que l'action de la Ligue lui donnera une impulsion nouvelle.

La Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales aborde enfin, avec le concours de sociologues éminents et de spécialistes avertis, les questions d'orientation professionnelle et de sélection psychophysiologique des travailleurs. La guerre a mis la France en retard sur ce point. La Ligue le rappelle aux pouvoirs publics, et, de ses propositions pourrait surgir une meilleure organisation du travail professionnel.

La Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales demande le concours de toutes les bonnes volontés.

Les membres actifs ne se recrutent pas, exclusivement, parmi les médecins, mais, bien parmi toutes les personnes soucieuses de progrès social. Les magistrats, les membres de l'enseignement, du barreau, de l'armée, des grandes administrations, les industriels, tous les travailleurs intellectuels trouveront intérêt à en faire partie et la Ligue aura avantage à s'assurer leur collaboration.

La Ligue française de prophylaxie et d'hygiène mentales serait particulièrement heureuse d'entrer en rapport avec les organismes étrangers qui s'occupent de questions psychiatriques et de questions sociales, de pédagogie, de criminologie, d'assistance.

Elle tient à s'assurer le concours de correspondants étrangers, car l'organisation de l'hygiène mentale, comme celle de toute stratégie hygiénique et sanitaire, doit être internationale.

La Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales mérite d'être secourue et encouragée. Elle entreprend une œuvre grande, et contribuera à la reconstitution du capital intellectuel des peuples civilisés, compromis par cinq années de guerre.

Adresser les adhésions au Dr Genil-Perrin, secrétaire de la Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales, 99, avenue de la Bourdonnais, Paris, 7e (tél. Saxe 39-11).

CONGRÈS

CONGRÈS MÉDICAL FRANCO-POLONAIS DE VARSOVIE. — Le Congrès médical franco-polonais, que les circonstances exceptionnelles ont empêché d'avoir lieu l'année dernière, se tiendra à Varsovie, les 3, 4, 5 et 6 septembre prochain. Il est dû à l'initiative de la Société médicale polono-française de Varsovie.

Le Congrès de Varsovie a pour but de mettre en contact personnel les médecins et savants français et le monde médical polonais, de faire connaître aux médecins français la Pologne, tant au point de vue de la nature du pays que de son histoire et de sa culture, de propager parmi les médecins polonais la science médicale française.

La partie scientifique du Congrès comprendra des conférences et des communications médicales de médecins français et polonais.

Les congressistes visiteront les villes de Varsovie, Cracovie et Poznair, et les stations balnéaires et climatiques telles que Lakopane, Krynica et Cicchocinek.

Le Gouvernement polonais accorde aux congressistes la gratuité du visa des passeports, il est probable que la gratuité de transport sera accordée sur les chemins de fer polonais.

Etant donné la crise de logement en Pologne, les confrères polonais, offrent de loger les congressistes, des chambres d'hôtel seront réservées par les soins du Comité du Congrès, pour ceux qui en exprimeraient le désir.

Le prix approximatif du voyage en Pologne, dont la durée totale sera de 11 jours, sera de 600 fr. en 2e, de 800 fr. en 1re, de 1.500 fr. en sleeping, aller et retour, tous frais compris. Un service régulier d'avion fonctionne entre Paris et Varsovie. Le prix d'un trajet est de 800 fr.

Les adhésions et communications, ainsi que toutes demandes de renseignements, doivent être adressées jusqu'au 10 juillet, au secrétaire général du Comité médical franco-polonais, le Dr Hufnagel, 41, rue Poussin, à Paris.

RENSEIGNEMENTS

576. — **LA CORTI** (Société coopérative et organisme de retraites du travail intellectuel), rue Taitbout, 24, (boul. Haussmann), vient d'ouvrir un bureau d'exposition de modèles et de prises de commandes. Elle vous engage à venir le visiter et à vous rendre compte par vous-même qu'elle peut vous fournir ce dont vous avez besoin, notamment en épicerie, liqueurs, chaussures, vêtements, lingerie, parfumerie, mobilier, mieux et moins cher que n'importe quel magasin de détail.

Pour tous renseignements, écrire à M. Xanrof, administrateur-délégué, 3, rue Chanez, 16e arr., ou le voir le mardi ou le jeudi, de 5 à 7 h., 24, rue Taitbout.


ANÉMIE
HÉMOGLOBINE
CONSOMPTION
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
NEURASTHÉNIE
DESCHIENS
CONVALESCENCES

DE LA DOULEUR LOMBAIRE
CHEZ LES UTÉRINES

Par Paul DALCHÉ,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

La *douleur lombaire* est un symptôme des plus fréquents chez les *utérines*, *vraies ou fausses*. Il est peu de femmes qui ne se plaignent de leurs reins, tout au moins au moment de leurs règles, et ces souffrances pendant certaines affections génitales, et surtout pendant l'accouchement, prennent une intensité qui approche celle des coliques de la matrice.

Mais la nature de ces douleurs, leur véritable cause restent des plus variables; leur diversité est telle qu'elles se trouvent à l'origine de quelques erreurs de diagnostic préjudiciables pour les *indications du traitement*.

Du reste, ce diagnostic est quelquefois des plus délicats; car si une utérine ressent des douleurs lombaires tenant à son système génital, elle est susceptible, comme toute autre femme, d'éprouver des sensations très analogues qui n'ont aucune relation avec l'état de sa matrice, et sur le même sujet les deux causes peuvent se superposer, rendant bien difficile de rapporter à chacune d'elles ce qui lui revient.

*
* *

Observation. — J'ai été appelé à donner des soins à une jeune fille de 24 ans, de belle apparence, quoique paraissant un peu anémiée, et qui ne présentait rien de suspect dans ses antécédents héréditaires ou personnels, sauf un peu de lymphatisme de la première enfance.

Elle fut, à sa façon, une victime de la guerre. Des préoccupations de toute nature, le départ de son fiancé pour le front, altérèrent sa santé; elle perdit l'appétit et le sommeil, s'anémia, le nervosisme prit le dessus, si bien qu'elle présenta les symptômes d'une névrose d'angoisse.

Au bout de quelques mois, les fonctions menstruelles, très régulières jusque-là, se troublèrent à leur tour. Les règles devinrent douloureuses s'accompagnant de caillots et perdirent leur périodicité; une leucorrhée intermenstruelle s'établit très abondante, au point qu'elle simulait une hydrorrhée, et à la longue l'écoulement des règles se prolongea dans l'espace intercalaire sous forme de suintement mélangé aux pertes blanches. A la dysménorrhée succédait une sensibilité pendant tout le reste du mois.

Il s'était installé de la *congestion utérine*.

Mais un symptôme surgit, devenant extrêmement inquiétant, une *douleur lombaire*.

Continuelle, avec paroxysmes et élancements, elle contribuait à chasser le sommeil, gênait la station verticale et même la position assise et se réveillait à la moindre pression.

Elle s'accompagnait d'une faiblesse des jambes qui empêchait la marche et ne permettait que quelques pas.

Une radiographie montra, paraît-il, un point suspect le long de la colonne vertébrale, si bien que la malade fut placée dans un appareil plâtré et immobilisée pendant longtemps.

Je vis cette jeune fille pour la première fois 18 mois environ après le début des accidents et comme on venait de la sortir de son corset plâtré.

Je fus frappé par sa grande émotivité, les bouffées subites de chaleur et de rougeur qui lui montaient à la face, par un tremblement rythmique et menu, non seulement des mains et des bras, mais des cuisses et des jambes. Elle accusait quelques sensations de strangulation, des crises de pleurs accompagnées de battements de cœur, je constatai une diminution de la sensibilité cutanée du côté gauche et une névralgie lombo-abdominale avec méralgie paresthésique du même côté. Le point le plus douloureux siégeait au milieu de la crête iliaque; quant à la douleur lombaire, elle était diffuse, nullement plus marquée au niveau de la colonne vertébrale, exagérée, il est vrai, par la pression, et je n'hésitai pas à la considérer comme une plaque lombaire de nature névropathique se continuant du reste avec une plaque sacrée, et non comme dépendant d'une altération vertébrale. La marche était paresseuse; c'était une extrême lassitude et non une paralysie, elle permettait à la malade de s'asseoir, de se mettre à genoux et de se relever spontanément, mais avec lenteur. De plus, il existait au-dessus du pubis, dans la région médiane, une zone de sensibilité spontanée et à la pression, correspondant à l'état de la matrice.

Les réflexes rotuliens étaient exagérés. Mais ce qui dominait, c'était l'angoisse de la malade, son obsession, la terreur que lui inspiraient son état et l'éventualité d'un nouvel appareil plâtré.

Je lui fis cesser tout traitement, je m'efforçai de lui rendre confiance en elle-même, et conseillant à sa famille une psychothérapie discrète, j'autorisai des promenades, puis un petit voyage.

La guérison survint rapidement et ne s'est pas démentie.

*
* *

Quel *diagnostic* avais-je donc à discuter?

A mon avis, la malade a été atteinte de cette manifestation névropathique que l'on a appelée l'*angoisse de guerre*.

Son appareil génital parfaitement régulier jusque-là a subi le contre-coup de l'ébranlement nerveux et a présenté de l'*instabilité ovarienne*, de la *dysovarie*, puis de la *congestion sexuelle*, accidents des plus fréquents au cours de la névrose d'angoisse. Par une bizarre coïncidence, ce n'est pas le seul cas que j'ai observé chez des jeunes filles ayant perdu leur fiancé à la guerre ou ayant dû concevoir les plus vives inquiétudes à son sujet; on peut se demander si, à l'insu de la femme la plus chaste, certaines préoccupations ne tendent pas à orienter les suites de ses idées dans un sens déterminé, en particulier sur le système utéro-ovarien.

La congestion utérine, la *dysménorrhée* ont donné naissance à une *névralgie* iléo-lombaire, à une méralgie paresthésique avec des *algies* abdominales et lombo-sacrées. La névropathie, les douleurs, les phénomènes génitaux ont provoqué de la *lassitude*, et sous l'empire de l'auto et de l'hétéro-*suggestion* il s'est développé une *paresse* des membres inférieurs rappelant de loin les paralysies hystériques.

La douleur lombaire reconnaissait pour cause la congestion utérine, la névralgie et surtout cette algie que l'on a appelée *plaque lombaire* et *sacrée* des neurasthéniques, des anxieuses et des hystériques; peut-être encore, comme nous le discuterons plus loin, fallait-il invoquer pour une part un *trouble surrénalique* qui aurait, en outre, contribué à la lassitude et à l'asthénie.

La seule *exagération des réflexes* ne doit pas toujours suffire à diagnostiquer une compression de la moelle et d'un mal de Pott. L'exagération de la réflectivité tendineuse peut être l'indice d'une imminence de contracture.

*
* *

Etude étiologique et clinique. — *Affections génitales.* — La *congestion utérine* est une cause très habituelle de douleur lombaire, et bien des femmes, qui même ne portent aucune altération génitale, ne peuvent simplement avoir leurs *règles* sans souffrir des reins.

Cette *congestion menstruelle* s'accompagne de sensations qui vont de la sensibilité à des élance-

ments répétés. Le plus souvent, c'est une sensation de lassitude, de brisement, de pesanteur, de tiraillements qui rendent pénibles la station debout et la marche; la pression est gênante ou douloureuse. Mais toute colique utérine retentit au niveau des reins, et il est des malades pour lesquelles cette douleur lombaire devient une obsession, car si elle atteint son paroxysme au moment des règles, elle persiste après leur cessation pour reprendre à l'époque suivante. Elle se combine alors avec la céphalée et bien d'autres misères qui assaillent les malheureuses aux périodes cataméniales.

Cette douleur lombaire est d'autant plus facile à s'installer qu'il existe des conditions favorisant les poussées fluxionnaires. C'est ainsi qu'elle est fréquente à la ménopause; les femmes qui éprouvent les troubles menstruels de l'âge critique se plaignent de pesanteurs, qui vont jusqu'à la souffrance, au niveau des reins, des régions sacrées, du périnée, du bas-ventre, des cuisses. J'ai vu d'éternelles fatiguées n'accuser alors que la persistance des douleurs lombaires.

Pendant la vie génitale, au cours d'instabilités ovariennes caractérisées par des phases entremêlées d'insuffisance et d'hyperactivité, d'aménorrhée et de congestion, les mêmes malaises persécutent la malade.

Les *indications du traitement* varient alors avec les causes qui sont multiples.

S'agit-il d'une congestion de l'*axe rachidien*? C'est possible et nous retrouverons cette hypothèse lorsque nous exposerons un peu plus loin l'étiologie nerveuse; nous retrouverons surtout les *névralgies*, cause beaucoup plus indiscutable.

La douleur *musculaire*, le lumbago peuvent être incriminés parfois, sans qu'il soit bien facile d'expliquer comment. Qu'il s'agisse d'action réflexe, de fluxion pure, ou pour tout autre motif, le muscle est sensible parfois. La myalgie toutefois s'observe chez les neurasthéniques et les anxieuses.

Les sensations attribuables à la fluxion cataméniale du *rein* lui-même ne sont pas douteuses; toute femme ou presque présente une légère albuminurie qui précède le travail des règles. A la ménopause, les crises répétées de congestion rénale finissent par entraîner un état permanent qui mène à la petite urémie. Lorsque la poussée menstruelle se porte sur un rein légèrement déplacé ou ballottant, elle devient, avec d'autant plus de facilité, l'occasion de crises qui atteignent, pour le véritable rein flottant, des paroxysmes rentrant dans la classe des accidents connus sous le nom de « rein étranglé ». Suivant les cas, les phénomènes vont de la simple sensibilité aux accès d'étranglement.

C'est, en effet, la *viscéroptosique* qui souffre le plus de ses reins au moment des règles. A toutes les causes, se joint chez elle le *tiraillement ligamentaire*. L'utérus et tout l'appareil sexuel gonflés pèsent et tirent plus lourdement sur les ligaments. Le prolapsus abdominal, l'entéroptose qui accompagnent si fréquemment les déviations et prolapsus génitaux, pèsent à leur tour sur le mésentère dont le sommet tronqué, pédicule du mésentère, s'étend de la 2e vertèbre lombaire à l'articulation sacro-iliaque droite; les filets nerveux sympathico-vagues sont tiraillés, la région lombaire ne peut manquer d'être endolorie.

Mais les *capsules surrénales* jouent le plus grand rôle, à mon avis, dans ces manifestations menstruelles douloureuses de la région lombaire. Les relations qui unissent l'ovaire et la surrénale sont suffisamment démontrées; au point de vue embryologique, histologique, histochimique, les deux glandes sont unies par des rapports très serrés, leur physiologie et leur pathologie affectent une interdépendance plus grande encore qu'avec les autres endocrines. Bien des lassitudes, des asthénies, des céphalées menstruelles sont d'origine surrénalique, comme aussi des pigmentations menstruelles, pigmentations des paupières, etc. De nombreuses douleurs lombaires de l'époque des règles trouvent leur véritable cause dans la surrénale et sont analogues aux lumbalgies de la maladie d'Addisson.

Non seulement les douleurs, les phénomènes asthéniques et psychasthéniques relèvent de cette association de la surrénale à l'ovaire, mais nous pouvons lui attribuer encore des phénomènes d'intoxications que je dois me borner à signaler ici.

Ces diverses causes interviennent d'une manière d'autant plus active que la malade portait au préalable une altération du rein ou de la surrénale, qu'elle était déjà une dysovarique ou une utérine.

Du reste, toutes les congestions utérines ne sont pas d'origine menstruelle, et celles qui, en dehors de tout travail des règles, compliquent une affection génitale, métrite, déviation, tubo-ovarite, etc., provoquent des douleurs lombaires par un des processus que nous avons décrit ou l'un de ceux que nous allons étudier.

La *métrite*, après la congestion utérine, est un des principaux facteurs de douleurs lombaires. Mêmes sensations contusives, mêmes pesanteurs et tiraillements avec accès d'exaspération à propos des règles, d'une fatigue, d'une circonstance accessoire.

La métrite du col surtout s'accompagne d'une sensibilité au niveau des reins, attribuée le plus souvent à une névralgie dont on a voulu chercher la raison dans une déchirure (Emmet) englobant des filets nerveux au milieu d'un tissu cicatriciel. C'est une exagération, car les diverses causes énumérées se retrouvent au sujet de la métrite, surtout le tiraillement ligamentaire lorsqu'il s'agit de gros utérus mous, engorgés et lourds.

Nous constatons alors les associations de la lumbalgie avec toutes les algies abdominales, avec l'épigastralgie et même la névralgie intercostale et d'autres névralgies.

Les *déviations*, les *prolapsus* à leur tour réunissent ces nombreux motifs de congestion utérine, métrite, névralgie, etc. Mais, c'est la laxité ligamentaire qui prend pour eux une place importante, avec les tiraillements sur les filets nerveux et les associations si fréquentes de viscéroptose et de traction sur le pédicule mésentérique.

Le prolapsus de l'ovaire intervient surtout par des phénomènes qui tiennent beaucoup moins à son poids qu'à des accidents d'hyperesthésie, de névralgies, ressortissant à des tractions douloureuses sur son pédicule vasculo-nerveux.

A toutes ces causes, le *fibrome* ajoute les phénomènes de compression, comme le *cancer* qui, de plus se complique de propagations.

Je n'insisterai pas sur les *salpingites*.

Mais la *dysovarie* doit nous arrêter. C'est surtout l'*insuffisance ovarienne* qui provoque des douleurs lombaires tenaces, pénibles, incessantes, dont quelques-unes accompagnent la céphalée des *hypo-ovariques*, tandis que d'autres se montrent isolément. Certaines de ces céphalalgies et lumbalgies

reconnaissent une cause toxique, menstruelle ou endocrinienne et alors souvent surrénalique ; je les ai comparées dans un autre travail à la rachialgie des syphilitiques. Il faut les distinguer de celles qui sont d'origine congestive et que nous retrouvons, par exemple, chez certaines *hyperovariques* fluxionnaires.

Un grand nombre, enfin, se manifestent sous des influences nerveuses.

***

Causes nerveuses. — En première ligne, vient la *névralgie lombo-abdominale* avec ses points lombaires, ses complications de méralgie paresthésique, de sciatique, d'épigastralgie, de névralgie intercostale, d'algies abdominales multiples, etc.

La *paraplégie douloureuse* donne naissance à des souffrances horribles. Consécutive à un cancer utérin qui se propage aux filets nerveux, aux ganglions, gagne la colonne vertébrale et la moelle, elle provoque des douleurs lombaires qui s'étendent en cercle autour de l'abdomen, irradient dans les membres inférieurs, le bassin, le thorax même. Spontanées et des plus intenses, elles sont exaltées par la moindre pression, la station debout et la marche qui deviennent impossibles.

Quand les vertèbres sont prises, la lésion peut se traduire par tous les signes d'une compression de la moelle avec exagération des réflexes, et même, on voit survenir l'effondrement d'un corps vertébral. Si le cancer a surtout gagné les ganglions et les zones périvertébrales, et que les racines seules restent atteintes, les douleurs ne sont pas moins atroces, mais on ne constate pas les signes d'un mal de Pott.

Les *paraplégies menstruelles* ont été bien discutées. Bon nombre relèvent du nervosisme, mais dans quelques cas, leur origine fluxionnaire, admise par Hallopeau, Jaccoud, Niemeyer, Peter, semble démontrée par la guérison qui arrive avec l'apparition ou la terminaison des règles. Cette congestion, que l'on a observée aussi à propos de règles déviées ou supplémentaires, est caractérisée par des fourmillements, des engourdissements, puis des *douleurs rachidiennes*, irradiant vers le tronc et les membres inférieurs. Le tableau se complète d'une paraplégie qui respecte les sphincters.

Ces faits sont rares, je tendrais volontiers à penser que souvent un élément névropathique se greffe sur une poussée fluxionnaire, mais des observations indiscutables d'hématorachis et d'hématomyélie ne permettent pas de les nier. Il est probable que ces accidents sont favorisés par des altérations antérieures de la moelle ou des méninges.

Mais le simple *nervosisme* est bien souvent le seul responsable.

Les malades atteintes de *neurasthénie*, de *névrose d'angoisse*, les *hystériques* même souffrent de *lumbalgies* qui n'ont rien d'organique et comparables à la plaque sacrée. Elles éprouvent au niveau des reins une sensation de lassitude douloureuse, de contusion à siège assez imprécis, dont la persistance est pénible ; cette douleur s'accompagne d'une faiblesse qui gêne la station debout, la marche, le moindre effort et est accrue par la pression. Il existe même, parfois, une sorte d'hyperesthésie de la région qui devient trompeuse pour le diagnostic exact, surtout chez les asthéniques pour lesquelles tout mouvement est une fatigue. En proie à l'*obsession*, à la crainte, la nerveuse *topoalgise* ; la difficulté de la marche, quelques troubles vésicaux ou coccygodyniques, comme on en voit chez ces prédisposées, achèvent de donner le change.

Si le nervosisme suffit à créer de toutes pièces des lumbalgies que nous ne pouvons attribuer à aucune origine organique, nous rencontrons aussi des cas d'étiologie associée. Les prolapsus, par exemple, s'accompagnent de souffrances qui tendent à se fixer sur la région lombaire, mais le prolapsus de l'ovaire, en particulier, est une cause fréquente de symptômes asthéniques, psychasthéniques, anxieux. Les malaises incessants dus à la chute proprement dite qu'il occasionne, se compliquent d'une topoalgie psychique et il est parfois difficile de démêler ce qui revient au nervosisme et ce qui appartient aux tiraillements.

L'*utérine* neurasthénique, anxieuse n'est pas non plus à l'abri, bien au contraire, de névralgie lombo-abdominale, de troubles surrénaliques qui compliquent la lumbalgie. J'ai vu l'association de ces douleurs avec des fissures à l'anus, du vaginisme, des sacro-coxalgies et des coxalgies franchement hystériques.

Et pour faire éclater ces accidents, les *troubles menstruels* jouent le plus grand rôle.

D'autres fois, il suffit d'une crise *hémorroïdaire*, d'un accès de *constipation* chez une *entérocolitique*. Enfin l'utérine peut être *syphilitique*, et la douleur lombaire alors reconnaît une étiologie complexe. Or la spécificité intervient, tant par action directe que par l'intermédiaire d'un trouble ovaro-utérin ou névropathique.

Enfin, en dernier lieu, l'utérine quoique nerveuse, peut être atteinte en même temps d'un véritable *mal de Pott*.

***

Mais avant d'admettre le *diagnostic* de *mal de Pott*, il faut songer à toutes les hypothèses que je viens d'énumérer, il faut aussi examiner la douleur lombaire suivant qu'elle est isolée ou combinée à d'autres souffrances et à d'autres symptômes.

Le *pronostic* varie avec chacune d'elles et elles fournissent des indications de *traitement* fort différentes.

Contre la douleur elle-même, les douches d'air chaud, les applications d'un sac d'eau chaude alternant avec des badigeonnages d'une mixture à l'*ichtyol* ou au *thigénol*. Je conseille, volontiers, la pommade suivante dont j'ai souvent donné la formule :

Extrait de datura stramonium....	*àà* : deux grammes
Ichtyol........................	
Extrait de belladonne...........	
Extrait de jusquiame	
Onguent populeum.............	soixante grammes

ou bien encore des onctions avec :

Salicylate de méthyle...............	dix grammes
Huile de vaseline.......	vingt grammes

D'autres fois des sinapismes, des ventouses et même des ventouses scarifiées dans la congestion utérine ou rénale (petite urémie) agissent efficacement. Quand il s'agit d'une pure névralgie, le pyramidon, l'aspirine, l'antipyrine, etc.

Mais, très souvent la prescription importante est le choix d'une bonne ceinture abdominale qui sou-

tienne bien le ventre, empêche les tiraillements, sans comprimer un point douloureux, une algie risquant toujours de devenir une topoalgie.

D'autres fois, c'est un pessaire qui est indispensable.

Ce traitement local se combinera avec une thérapeutique plus générale, psychothérapie chez la névropathe, traitement des accidents utérins et menstruels, vie calme et sans fatigue. Souvent, je conseille l'*extrait surrénal* en cachets, tous les toniques, l'hydrothérapie tiède ou chaude.

Le repos à la campagne suffit pour quelques malades; pour d'autres, les indications très différentes, tirées d'une foule de circonstances concomitantes, varient depuis une cure marine à un séjour dans la montagne, ou à un traitement à Néris, à Luxeuil, à Aix, au Fayet-Saint-Gervais, à Divonne, à Saint-Sauveur, etc.

Il ne saurait être posé de règle fixe.

ACCIDENTS ASPHYXIQUES RAPIDEMENT MORTELS

SURVENUS AU COURS D'UNE HÉMOPTYSIE CHEZ UN TUBERCULEUX SOUMIS A LA COLLAPSOTHÉRAPIE

Par M. le Dr MOLLE,
Médecin traitant de l'hôpital civil d'Oran,

et M. MAC NAB,
Interne de l'hôpital civil d'Oran.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire commune par le pneumothorax artificiel commence seulement à se généraliser, et les documents se rapportant aux incidents divers observés au cours de ce genre d'intervention méritent d'être signalés et commentés. C'est ce qui nous a engagés à publier le cas qui fait l'objet de la présente note, car, ainsi qu'on pourra le voir, il comporte un certain nombre d'enseignements.

Observation. — Pons François, âgé de 19 ans, garçon boulanger, entre le 27 octobre 1921, à l'hôpital civil d'Oran, où il occupe le lit n° 9 du pavillon 10, affecté exclusivement aux tuberculeux et dont nous assurons le service.

A son entrée, ce malade présente un état général précaire; il est fébricitant; la toux est violente.

Son observation a été relevée suivant les règles auxquelles nous nous conformons depuis de nombreuses années, c'est-à-dire en tenant compte de la systématisation de troubles hyperesthésiques siégeant au niveau de certains muscles, et en rapprochant la distribution de ces manifestations nerveuses de la topographie des lésions pulmonaires (1).

L'observation ainsi prise a été schématisée dans les figures ci-jointes et dont nous allons rapidement donner la signification.

Fig. 1. — Le sujet doit être classé hémihyperesthésique droit. Il présente, en effet, à droite une zone dorsale, une zone iliaque, et enfin une zone abdominale, sièges d'une sensibilité musculaire nettement supérieure à celle relevée sur les zones symétriques du côté gauche.

En outre, un pincement un peu vigoureux pratiqué au niveau du bord inférieur du pectoral, dans l'épaisseur de la paroi antérieure du creux de l'aisselle, détermine une réaction douloureuse infiniment plus marquée, à égalité de pression, qu'au niveau du point symétrique opposé, douleur enregistrée par une dilatation pupillaire appréciable.

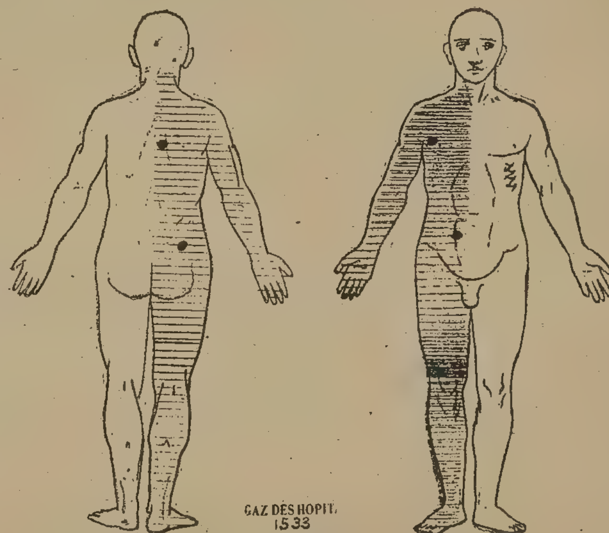


Fig. 1.

Fig. 2. — Cette figure représente une coupe grossièrement schématique des deux sommets. Les lésions du sommet droit sont transfixantes avec prédominance antérieure. Cette conception est justifiée par la symptomatologie ci-après : La fosse sous-clavière présente de la matité avec exagération des vibrations thoraciques; on y constate, en outre, de gros craquements humides avec râles bulleux et des craquements secs. Dans les fosses sus et sous-épineuses, il existe de la respiration soufflante avec légère exagération des vibrations et des craquements secs accompagnés de gros râles confluents de bronchite, mais il n'a pu être perçu de craquements humides.

Le sommet gauche présente simplement un léger degré de respiration soufflante dans la fosse sus-épineuse avec confluence de râles à ce niveau.

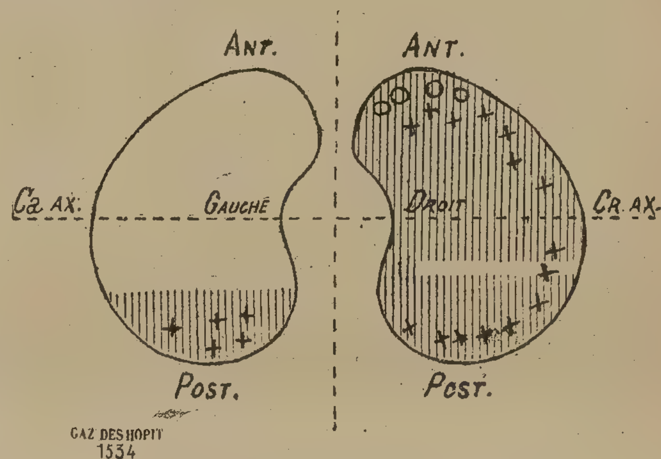


Fig. 2.

Le malade fut mis en observation et soumis au traitement symptomatique habituel. Le repos et une nourriture relativement abondante ayant déterminé une amélioration de l'état général, il fut décidé de procéder à l'établissement d'un pneumothorax artificiel au niveau de l'hémithorax droit, et cela malgré la constatation de lésions de début dans la partie postérieure du sommet gauche.

Le 15 novembre 1920, la première injection d'azote fut pratiquée. Il fut procédé successivement à une douzaine d'insufflations, sous le contrôle de la radioscopie; et, à la date du 4 avril, la tension de l'épanchement était devenue positive et l'écran permettait d'apprécier la disparition presque totale du poumon correspondant avec un gros moignon épaissi collé vers le hile.

Entre temps, le malade avait présenté une série d'incidents. Tout d'abord des adhérences du sommet s'étaient décelées par des douleurs très marquées, localisées dans la région

(1) On trouvera la bibliographie se référant à ce genre d'exploration dans la thèse de Didier : Contribution à l'étude des hyperesthésies neuro-musculaires systématisées dans la tuberculose pulmonaire (*Th. d'Alger*, 1912), et dans un travail de Chirent : Les lois de systématisation des lésions dans la tuberculose pulmonaire commune (*Presse méd.*, 24 janv. 1914).

sous-clavière droite. Ces accidents cédèrent brusquement à la suite d'un traumatisme léger, glissade, subi par le malade. Toutefois, l'état général était nettement amélioré, l'appétit satisfaisant, mais une toux persistante subsistait.

L'auscultation confirmait les indications de l'écran, en ce qui concernait l'hémithorax droit. A gauche, elle permettait de reconnaître une réaction bronchique banale généralisée, avec persistance, mais sans aggravation, des signes spécifiques déjà mentionnés au niveau de la fosse sus-épineuse.

Or, le 24 avril dernier, dans la soirée, le malade fut pris brusquement d'une violente hémoptysie qui céda à l'administration par voie sous-cutanée d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le 25, au matin, le malade fut ausculté minutieusement et il fut impossible de reconnaître le point de départ de l'hémorragie; d'autre part, il n'existait pas trace de dyspnée, en tous cas le poumon gauche ne présentait aucun symptôme plus particulier. Le reste de la journée est passé dans d'excellentes conditions.

Le 26, vers 8 heures du soir, après une journée normale, le malade est repris d'une nouvelle et abondante hémoptysie. Il est à noter que, dès ce moment, un état dyspnéique intense avec cyanose très marquée s'installa. On procéda comme précédemment à l'administration d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine. L'hémoptysie fut jugulée, mais les symptômes asphyxiques persistèrent en s'aggravant et le malade succombait vers 4 heures du matin, c'est-à-dire 8 heures après le début des accidents.

Autopsie. — Elle fut pratiquée le 27, à 10 heures du matin. Nous relèverons seulement l'état des organes thoraciques.

Hémithorax droit. — Les données de l'auscultation et de la radioscopie sont confirmées. Le lobe supérieur, fortement contracté et de consistance cicatricielle, est accolé à la région hilaire. A la coupe antéro-postérieure, on note la présence de quelques cavernules au niveau de la partie antérieure correspondant à la fosse sous-clavière, la partie postérieure, au contraire, ne présente pas de ramollissement vrai et est simplement farcie de tubercules en voie de crétification. Cette disposition semble donc justifier l'hypothèse de la plus grande ancienneté des lésions en avant et de leur ensemencement primitif à ce niveau. Les deux lobes inférieurs sont à peu près indemnes de lésions spécifiques; ils sont fortement diminués de volume et accolés également le long de la colonne. La coupe du parenchyme et celle des grosses bronches a permis de reconnaître l'absence de toute manifestation hémorragique dans le territoire du poumon en état de collapsus.

Hémithorax gauche. — L'apex présente des cicatrices indurées assez visibles avec rétraction du parenchyme. A la coupe antéro-postérieure de la région du sommet, il apparaît nettement que les lésions bacillaires ont débuté en arrière; quelques tubercules en voie de ramollissement sont, en effet, localisés dans la région correspondant à la fosse sous-épineuse; la région antérieure étant, au contraire, relativement respectée. Ces lésions n'occupent pas, d'ailleurs, une large surface, et, étant donné le tissu scléreux au milieu duquel elles sont englobées, on peut penser à une tuberculose en voie de régression.

Au point de vue de l'origine de l'hémorragie, l'examen le plus minutieux du parenchyme n'a pas permis de trouver un point précis. Toutefois, les grosses bronches ont paru encombrées de caillots noirâtres et l'on est autorisé à supposer que l'obstruction partielle des grosses ramifications bronchiques de l'unique poumon susceptible d'assurer les fonctions respiratoires, a déterminé les accidents asphyxiques si rapidement mortels qui ont été observés.

Il nous sera permis de présenter les observations suivantes :

1° Il ne paraît pas y avoir de contre-indication absolue à la colapsothérapie, en cas de lésions pulmonaires bilatérales, à la condition, toutefois, que les lésions ne soient pas trop étendues dans l'un des deux poumons.

Dans le cas présent, on a eu l'impression que les lésions du sommet gauche n'ont pas subi une aggravation appréciable du fait du surmenage auquel était soumis le poumon correspondant. Il a bien été relevé une sorte de réaction consécutive à la suractivité de l'organe, mais il s'agissait d'une réaction catarrhale banale, se traduisant parfois par une véritable bronchorrhée, et il est même permis de se demander si ce genre de manifestation ne constituerait pas une sorte de défense contre la lésion bacillaire concomitante.

2° Si la contre-indication à la colapsothérapie chez les tuberculeux atteints de lésions bilatérales n'est pas absolue, du moins faut-il s'attendre en ce cas à ce que certains accidents survenant au niveau du poumon libre prennent une gravité exceptionnelle; et, parmi ces accidents, une hémoptysie tant soit peu abondante doit formellement figurer.

ACTUALITÉS

LE POT-AU-FEU ANAPHYLACTIQUE

Je crois que l'antianaphylaxie commence à entrer dans une voie vraiment pratique, ou plutôt, comme on le verra, à y rentrer. Ce n'est pas que, pour empêcher ou réduire le choc anaphylactique, les moyens manquent. Il y en a beaucoup et je les ai énumérés en partie dans un article précédent (*Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 6). Mais ces moyens demeuraient un peu compliqués, car, presque toujours, il fallait recourir à de petites injections préventives de substances d'ailleurs variées. Déjà cependant, MM. Pagniez, Vallery-Radot et Nast avaient, du moins en ce qui concerne l'anaphylaxie alimentaire, simplifié le procédé, puisqu'ils conseillaient d'avaler, une heure environ avant le repas, un cachet de 0g50 de peptone pour couper court à la migraine due au choc. On ne devait plus, du reste, s'arrêter en si beau chemin; il est maintenant courant de prescrire, avant de se mettre à table, aux personnes qui font de l'éruption ortiée, de l'érythème ou de l'asthme après avoir mangé des crustacés, des moules ou des fraises, quelques grammes de l'aliment vis-à-vis duquel elles sont sensibilisées; cela suffit, paraît-il, à les préserver de tout trouble, agréable perspective pour celles qui sont un peu portées sur leur ventre.

*
* *

Si perfectionné qu'il soit, ce procédé laissait encore à désirer. Quand vous êtes invité à dîner, vous ne connaissez pas d'ordinaire le menu et ne pouvez, en conséquence, prendre d'avance vos précautions. D'un autre côté, il ne serait pas très correct d'aller, sitôt arrivé chez vos hôtes, faire un tour à la cuisine pour savoir ce qu'on va manger, et prier le maître d'hôtel de vous donner gros comme une noix de ce homard à l'américaine ou une queue de ces écrevisses en buisson. Alors comment faire?

C'est un jeune confrère, le Dr Compagnon, qui a résolu le problème et de la manière à la fois la plus élégante et la plus scientifique. M. Compagnon, dont la thèse fort intéressante a été faite sous les auspices du prof. Billiard, s'est avisé de trois choses : 1° Que, dans les aliments incriminés, c'est une de leurs albumines de constitution qui, passant sans modification dans le sang, devient anaphylactisante; 2° que, pour se protéger contre le choc, il n'y a pas besoin d'utiliser l'albumine spécifique elle-même,

puisque M. Pagniez emploie dans ce but, avec succès, les peptones commerciales; 3° que le bon bouillon de viande renferme des albumoses et des peptones en proportion appréciable et de première qualité. La conclusion s'imposait d'elle-même, et c'est pourquoi M. Compagnon a tenté de traiter des migraineux en leur faisant prendre, une demi-heure avant le repas, une tasse du bouillon de la viande dont ils allaient manger, et il a réussi dans cet ingénieux essai d'antianaphylaxie, à ce point que des malades, auxquels le cachet de peptone n'avait procuré aucun soulagement réel, ont été guéris par quelques préférables gorgées de bouillon du pot-au-feu.

*
* *

Evidemment, cette découverte est précieuse, d'autant que le procédé qu'elle met en œuvre se recommande par sa commodité. Néanmoins, elle a besoin d'être complétée. Il faut savoir si les gens qui, au lieu de migraine, souffrent d'urticaire peuvent en tirer le même profit et ce qu'il convient de faire quand on est sensible à la crevette, à l'œuf, à la fraise ou au melon. En outre, est-on toujours bien sûr qu'il s'agisse, dans tous les cas, de sensibilisation vraie et de choc anaphylactique? Voilà le point délicat. Parmi les observations, maintenant fort nombreuses, qui ont été publiées à ce sujet, très peu me paraissent réellement convaincantes. Je me refuse, pour ma part, d'accord en cela avec tous les biologistes, à voir de l'anaphylaxie dans les accidents toxiques, diarrhée, vomissements, urticaire, fièvre, etc., d'un enfant qui a mangé des moules pour la première fois de sa vie, et dont les parents ne sont sensibles ni aux moules, ni à d'autres mollusques. Je me refuse également à voir de l'anaphylaxie dans les troubles d'une personne qui, après avoir mangé un nombre incalculable de fois de la langouste, est prise, un beau jour, de malaises après qu'elle a consommé un peu de ce crustacé. L'hypothèse de la sensibilisation par accumulation, admise aujourd'hui pourtant comme un dogme, me semble insoutenable, physiquement, si l'on admet qu'il s'agit de réactions colloïdales, et on ne peut pas faire autrement puisqu'il est bien prouvé qu'il n'y a pas de poison spécifique en cause, les substances les plus diverses étant, à l'occasion, antianaphylactisantes. Du reste, ici même, j'ai exposé maintes fois mes idées à ce sujet et je ne crois pas nécessaire d'y revenir. Hémoclasie, colloïdoclasie dans ces accidents, oui; parfois même, on trouve à leur origine une déficience protéopexique du foie, comme l'a montré M. F. Widal, c'est incontestable. Mais, tous ces phénomènes existent en dehors de l'anaphylaxie, et ce n'est pas parce qu'on les observe à la suite de l'ingestion de certains aliments et dans certaines circonstances, que le clinicien malheureusement néglige souvent de préciser, qu'on a le droit de les qualifier d'anaphylaxie, réaction rare et qu'il est tout à fait exceptionnel d'observer spontanément, même chez les carnassiers.

Mais, à l'appui de l'interprétation par l'anaphylaxie, les auteurs apportent un argument : le succès thérapeutique. Comment expliquer que le cachet de peptone ou la tasse de bouillon guérisse la migraine si celle-ci n'est pas d'origine anaphylactique? Qu'on me permette de poser une autre question : Comment se fait-il que la migraine d'origine anaphylactique soit guérie par un cachet de peptone ou une tasse de bouillon? On n'en sait rien. Nous ne connaissons pas la substance qui sensibilise ou qui déclenche le choc, ni ses relations avec la peptone; nous ignorons ce que devient cette peptone, si elle est dédoublée dans l'intestin ou passe inaltérée dans la circulation. Nous constatons que quelquefois, pas toujours, certaines migraines sont améliorées ou guéries par la peptone, comme d'autres par l'aspirine, le pyramidon, les hypotenseurs, la désintoxication, l'électricité ou le régime, mais nous ne sommes nullement autorisés à tirer logiquement de ce fait la conclusion que la migraine guérie par la peptone est et ne peut être que d'origine anaphylactique, attendu que la peptone jouit de propriétés analeptiques qui lui sont propres et est parfaitement capable, surtout chez les dyspeptiques, de déterminer des modifications favorables, nutritives ou même sanguines, qui n'ont rien à voir avec l'anaphylaxie.

*
* *

Ce qu'il y a à retenir de cette discussion, c'est que, abstraction faite de toute théorie, une tasse de bouillon peut soulager de pauvres migraineux. Et ceci amène quelques réflexions. Qui, plus que le bouillon de viande, a connu des fortunes opposées : tantôt eupeptique de choix, grand excitant de la sécrétion gastrique et reminéralisateur puissant; tantôt solution de poisons dont l'homme qui veut vivre vieux doit soigneusement s'abstenir; tantôt enfin bienfaisant remède contre le mal de tête. Est-ce son dernier avatar? Il est probable que non. De tels changements d'opinion nous incitent à la prudence. Comme toutes choses en ce monde, le bouillon a des avantages et des inconvénients; il n'est bon ni de méconnaître les uns, ni de négliger les autres. Dans cette affaire, les plus sages sans doute furent encore nos pères, qui ne s'embarrassaient point de système préconçu. Pour préparer le pot-au-feu coutumier, ils associaient au plat de côtes ou au gîte à la noix, des abats de poule et d'abondants légumes frais, de telle sorte que l'assiettée de ce potage leur ouvrait l'appétit, facilitait la digestion gastrique sans trop tendre leurs artères, leur permettait de savourer en toute tranquillité la tranche de bœuf saignant et la salade de volaille et, par dessus le marché, les protégeait contre cette migraine anaphylactique dont souffrent tant quelques-uns de leurs descendants. Après tout, que fait M. Compagnon, sinon nous conseiller par des voies un peu austères, de revenir à cette tradition culinaire? N'est-ce pas le cas de répéter qu'un peu de science éloigne du pot-au-feu, mais que beaucoup de science y ramène?

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 JUIN 1921)

Virulence pour l'homme du spirochète de la spirillose spontanée du lapin. — MM. C. Levaditi, A. Marie et S. Nicolau ont étudié au point de vue microbiologique, histologique et pathogénique, une maladie spirochétienne du lapin, caractérisée par des lésions papulo-croûteuses intéressant les organes génitaux et les narines. Cette maladie avait été signalée en Autriche, en Allemagne et en Hollande, par Arzt et Kerl, Schereschewsky, Jacobsthal et Klarenbeck. Elle est

provoquée par un spirochète ressemblant morphologiquement au *Treponema pallidum.*

Les recherches histologiques et les données concernant le mode de transmission de cette maladie ont fait l'objet d'une note présentée à la Société de biologie du 11 juin 1921, par MM. LEVADITI, MARIE, et ISAICU.

Aujourd'hui il s'agit de la virulence du *Spirocheta cuniculi* (Jacobsthal), pour l'homme.

Il résulte des expériences des auteurs, que le spirochète n'est pas pathogène pour l'homme.

— M. Fernand Widal a été désigné pour faire partie de la commission supérieure des maladies professionnelles, en remplacement de M. A. Laveran, démissionnaire.

(SÉANCE DU 20 JUIN 1921)

Les alternances entre l'accoutumance et l'anaphylaxie. Etudes sur le ferment lactique. — M. Charles RICHET, Mlle Eudoxie BACHRACH et M. Henry CARDOT, ont déjà montré par l'étude méthodique du ferment lactique cultivé pendant plusieurs générations en milieux légèrement toxiques, qu'on peut, suivant les conditions, observer soit l'accoutumance, soit l'anaphylaxie.

Ces conditions sont extrêmement variables. En effet, elles paraissent dépendre, même si l'on ne s'adresse qu'à une seule espèce microbienne, *a.* de la dose du poison, *b.* de la nature du poison, *c.* du nombre des cultures successives, autrement dit de la durée de l'intoxication.

Les expériences des auteurs montrent qu'il existe au moins deux phases successives extrêmement variables comme durée suivant la nature ou la quantité du poison (et sans doute aussi, suivant l'espèce microbienne); c'est, d'abord, l'accoutumance, puis l'anaphylaxie.

Mais, ainsi que le font justement remarquer, M. Richet et ses collaborateurs, ce sont là, des études trop nouvelles pour qu'on puisse prétendre, d'après quelques exemples seulement, affirmer quelque loi générale. Il est très possible qu'avec d'autres toxiques et d'autres espèces microbiennes, les résultats diffèrent notablement. Il n'en résulte pas moins un fait certain; c'est la mobilité des caractéristiques biologiques d'un microbe dans une série d'ensemencements successifs en présence d'un poison, une sorte de polymorphisme fonctionnel.

Sur le « second souffle » des coureurs. — MM. P. CHAILLEY-BERT, R. FAILLIE et J. P. LANGLOIS. On observe souvent, chez les coureurs et les rameurs principalement, après une première apparition de l'essoufflement, une amélioration remarquable de la respiration, le rythme se ralentit, le malaise initial disparaît. C'est le « second wind » des sportifs anglais. On en a donné des explications diverses. D'après Lagrange, le second souffle serait amené par une meilleure utilisation de l'appareil pulmonaire; un certain nombre d'alvéoles, non ou mal utilisées, seraient dilatées par une plus grande ampliation de la cage thoracique et le champ de l'hématose se trouverait ainsi augmenté. Les modifications de l'auscultation chez les coureurs sont en faveur de cette explication.

Une autre théorie a été proposée : le centre respiratoire bulbaire présente, au cours du travail, des variations d'excitabilité, surtout au début. Ces variations sont presque toujours dans le sens d'une hyperexcitabilité provoquant une ventilation plus énergique, mais on peut admettre qu'il peut se produire également de l'hypoexcitabilité par intervention des centres supérieurs.

L'étude poursuivie sur des coureurs marchant sur le tapis roulant avec des vitesses variables permet d'éliminer ces deux hypothèses.

Les expériences exposées par MM. Chailley-Bert, Faillie et Langlois montrent que l'apparition du second vent est amené par une diminution des échanges et que cette diminution, le travail restant constant, est le résultat d'une meilleure adaptation du sujet, d'une amélioration de rendement de la machine humaine.

Observations sur la culture du bacille pyocyanique sur milieux artificiels. — MM. A. GORIS et A. LIOT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 JUIN 1921)

Inefficacité du nitrite de soude dans le traitement de l'hypotension. — M. MÉNIÈRE a constaté sur lui-même et avec expérience de laboratoire à l'appui que le nitrite de soude très employé actuellement comme hypotenseur était dénué de toute action thérapeutique : les acides gastriques le décomposent instantanément, et les réactifs les plus sensibles, même en forçant la dose ingérée, n'en décèlent pas trace dans les urines. M. GAULTIER est du même avis et rappelle l'action hypotensive du gui de chêne, qu'il a préconisé en thérapeutique et dont les effets sont toujours réguliers, durables, sans altération du sang.

Technique d'exploration du tube digestif. — M. GAULTIER présente une nouvelle édition de son précis, reflet de quinze ans d'études et de pratique; précis tenu à jour, embrassant toute la pathologie à propos des maladies gastro-intestinales et qui peut être un guide utile pour le praticien.

Pleurésie purulente guérie par ourlage de la plèvre. — M. PERAIRE présente deux fillettes guéries de pleurésie purulente grave par son procédé d'ourlage de la plèvre à la peau, après résection costale large et très déclive. Anesthésie locale, suppression du drainage en 48 heures, guérison sans fistule. Il faut faire rapidement lever et marcher les malades et commencer de bonne heure la gymnastique respiratoire.

Auto-hétéro-vaccin antigonococcique. — M. MINET indique le mode de préparation et la technique de l'application d'un vaccin antigonococcique composé par parties égales d'une source hétérogène et des gonocoques du malade, qui s'est montré efficace contre des métrites anciennes et rebelles, et décrit le mode d'application qui évite les réactions générales et locales.

Kyste intraligamentaire. Conservation utéro-annexielle, réfection de la trompe. — M. DARTIGUES montre un beau cas de chirurgie conservatrice : une femme de vingt-sept ans, présentait un kyste multiloculaire intraligamentaire gauche remontant sous le foie; malgré la difficulté, il fit l'ablation du kyste, conserva l'utérus et les annexes à droite et refit un pavillon tubaire sur la trompe droite fermée. Cette conduite plus conforme à la restitution anatomique et physiologique doit être le but de la thérapeutique chirurgicale.

Soins préopératoires. Rôle du médecin dans le pronostic des opérations. — M. PAUCHET montre que le succès opératoire dépend de la technique, d'un diagnostic bien posé, des soins préopératoires et post-opératoires. Il faut examiner le sang, doser l'urée (fibromes utérins), examiner les urines, le cœur et l'aorte (Rayons X), le système nerveux, l'appareil respiratoire, le tube digestif, l'aspect général, laver le foie chez les hépatiques, faire du sérum si l'on prévoit des hémorragies.

Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. — Pour endormir les opérés sans danger, M. DUPUY DE FRENELLE utilise le chlorure d'éthyle qu'il fait respirer goutte à goutte. Il obtient ainsi le minimum de danger et le minimum d'intoxication; les doses massives seules sont dangereuses. Le débit des gouttes doit être réglé sur le rythme de la respiration.

Encéphalite léthargique expérimentale. — Dans une conférence fort intéressante et très documentée, M. LEVADITI, de l'Institut Pasteur, expose les résultats des recherches entreprises avec M. Harvier sur l'encéphalite léthargique; son virus est un germe filtrant, invisible, qui se conserve longtemps dans la glycérine et à l'état sec. La maladie se propage par les sécrétions nasopharyngées. Il existe des porteurs de germes qui propagent la maladie; qui peut aussi se transmettre par les objets inertes et certaines substances alimentaires. Le virus peut passer de la mère au fœtus.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 3 JUIN 1921)

Du choix des anesthésiques en chirurgie. — M. H. BRODIER, à propos des anesthésiques et à propos de quatre cas de mort auxquels il a assisté, étudie les causes de la mort au début ou au cours de la chloroformisation. Les conditions qui semblent devoir faire redouter les accidents graves ou mortels sont la persistance du thymus, les altérations du corps thyroïde, l'état lymphatique, l'insuffisance surrénale, l'insuffisance ovarienne. Il existe un état d'équilibre fonctionnel interglandulaire analogue à l'état d'équilibre circulatoire et en rapport avec lui. La mort par chloroforme semble être causée par une altération anatomique ou par une déviation physiologique d'une ou de plusieurs glandes closes de l'économie. La dégénérescence mono ou pluro-glandulaire entraîne la rupture de l'équilibre fonctionnel interglandulaire. La rupture peut être brusque et la mort initiale s'ensuit, la rupture peut être lente et causer des accidents auxquels il est possible de remédier. La mort attribuée à la peur peut rentrer dans le même cadre étiologique.

La méthode employée par M. H. Brodier est l'éthyl-éther (1 à 2 centimètres cubes de chlorure d'éthyle sur une compresse) et deux minutes après anesthésie à l'éther.

M. DELAUNAY pense qu'il est bon de pratiquer le plus large électisme et de s'inspirer de l'état des malades et parfois aussi du désir qu'ils expriment. Il emploie, suivant les cas, les quatre anesthésiques suivants : chloroforme (à la compresse), éther (appareil d'Ombrédanne), chlorure d'éthyle (à doses fractionnées), chlorhydrate de cocaïne à 1/50 (anesthésie rachidienne).

M. HAUTEFORT (rapport de M. LEO) présente une observation de **cholécystostomie pour rupture de la vésicule biliaire**, avec succès. La cholécystectomie est le traitement de choix quand l'état de l'opéré le permet; ce n'était pas le cas pour l'opéré de l'auteur. Ces ruptures de vésicules biliaires donnent encore une mortalité de 55 p. 100 dans les statistiques les plus récentes.

M. DUPUY DE FRENELLE rapporte un travail de M. HAUTEFORT sur un cas d'**absence partielle de la coalescence des mésocôlons.**

Le côlon était divisé en deux parties situées toutes deux dans l'hypochondre gauche : le côlon ascendant aboutissant à l'angle splénique et un côlon descendant. Ces deux branches du gros intestin étaient unies l'une à l'autre par une membrane qu'il suffit d'inciser pour libérer et rétablir le côlon transverse au bord inférieur duquel pendait le grand épiploon. M. Hautefort fixa l'angle hépatique et le cæcum à leur place normale.

M. Dupuy pratique exceptionnellement la colopexie. Il se sert de tendons de renne. Les points séparés traversent toute l'épaisseur des muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen; ils fixent toute la longueur du côlon transverse en passant sous des ganses de soie faufilées le long de la bandelette antérieure du côlon transverse.

M. DUPUY DE FRENELLE rapporte sept observations de **transfusion sanguine** pratiquées pendant la guerre par M. Delivet par le procédé Jeanbrau. Il rappelle que, en dehors des hémorragies par blessures vasculaires, la transfusion sanguine rend les plus grands services dans les hémorragies de la grossesse et de l'accouchement (grossesse extra-utérine, rupture de l'utérus, placenta prævia); dans les hémorragies gastriques anté ou postopératoires; dans les anémies du cancer, du fibrome. En particulier, en ce qui concerne le fibrome et le cancer de l'utérus, il est prudent de faire faire l'examen du sang des malades anémiées avant l'opération. Lorsque le chiffre des globules rouges est au-dessous de 2 millions, lorsque le taux de l'hémoglobine descend au-dessous de 0,25, il ne faut pas opérer avant d'avoir traité l'anémie par une succession de petites transfusions sanguines. Dans les hémorragies compliquées d'infection, la transfusion sanguine, à la dose de 350 à 400 centimètres cubes répétée au besoin tous les dix jours, a donné de beaux succès. Dans les infections graves, la transfusion donne des rémissions passagères qui permettent d'engager la lutte contre l'infection par d'autres agents. En règle générale, elle retarde mais n'empêche pas la mort. Dans l'anémie pernicieuse, la transfusion sanguine a donné de nombreuses améliorations et quelques rares succès. Exceptionnellement, dans l'éclampsie pratiquée après la saignée, elle a donné des succès dans les cas les plus graves.

M. GAUME (de Quimper) rapporte un cas de **péritonite par rupture d'un kyste de l'ovaire** qui avait déterminé de l'occlusion intestinale. L'ablation du kyste fut suivie d'une guérison rapide.

M. GAUME rapporte, en outre, un cas d'**appendicite englobant l'ovaire et la trompe droite ainsi qu'une anse intestinale.**

Labyrinthite suppurée gauche avec abcès cérébral. Ablation de l'oreille interne et ouverture de l'abcès. Mort subite dix-neuf jours après. — M. BOURGUET rapporte l'observation d'un malade atteint de cholestéatome de la caisse et une suppuration labyrinthique. Le 9 janvier, on fait en même temps un évidement pétro-mastoïdien, un évidement labyrinthique. Pas d'abcès extradural. La céphalée rétrocède pendant vingt et un jours. Puis les maux de tête reparaissent de plus belle. Un nouvel examen approfondi ne fait découvrir aucun signe particulier, sauf un amaigrissement considérable.

Se fondant sur ce signe et la céphalée, on fait le diagnostic d'abcès cérébral, on opère à nouveau le malade et évacue une grosse collection purulente. A partir de ce moment, l'opéré prend un meilleur aspect général et, au moment où on pensait qu'il marchait vers la guérison, il meurt brusquement dix-neuf jours après. L'autopsie n'a pas permis de déterminer la cause de cette mort subite. Pas de méningite et la poche de l'abcès était vide de pus.

Sur les hautes doses de sérum antitétanique. — M. BOULOGNE (de Saint-Servan [rapport de M. LAURENCE] a observé un soldat de quarante deux ans atteint de tétanos à forme céphalique consécutif à des plaies superficielles de la face datant de trois semaines. Injections sous-cutanées et intraveineuses de sérum antitétanique jusqu'à concurrence, dans l'espace d'un mois, de 1.200 centimètres cubes de sérum, dont 300 intraveineux. Guérison.

La guérison est-elle due à la sérothérapie? Ce n'est pas démontré. Le tétanos céphalique est moins grave que le tétanos ordinaire, et il a, dans le cas actuel, débuté tardivement, autre motif de gravité moindre.

L'emploi du sérum à hautes doses est à recommander, bien que son efficacité ne soit pas rigoureusement démontrée.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EMPLOI D'UNE AUTOMOBILE POUR L'EXERCICE D'UNE PROFESSION PATENTÉE

LOI DU 25 JUIN 1920 (ART. 100). DEMI-TAXE

La loi du 25 juin 1920 dispose dans son article 100 : § 1er les droits auxquels sont assujetties les automobiles servant au transport des personnes sont calculés ainsi qu'il suit : *a.* droits prévus par la loi du 30 décembre 1916, majorés de 50 p. 100 ; *b.* taxe de circulation...; § 3 *les voitures automobiles employées pour l'exercice d'une profession* agricole ou *patentée* et les voitures automobiles publiques paieront seulement la moitié des droits visés au paragraphe *a.* La taxe supplémentaire leur sera appliquée intégralement ».

La loi visant l'emploi de l'automobile pour l'exercice d'une profession patentée s'applique indiscutablement aux professions libérales qui sont assujetties à la patente, c'est-à-dire aux professions exercées par les médecins et par les avocats.

Le tribunal civil de Montluçon vient de faire application de cette règle dans une circonstance où c'était un avocat qui était intéressé ; la solution aurait été la même s'il s'était agi d'un médecin. Le jugement du tribunal porte la date du 29 avril 1921 (*Gaz. du Palais*, du 14 mai 1921) ; en voici la teneur :

« Attendu que, suivant exploit en date du 15 février 1921,

M..., avocat à Montluçon, a donné assignation à M. le Directeur des contributions directes à comparaître devant le tribunal de Montluçon, à l'effet d'obtenir la restitution par l'administration, d'une somme de 44 fr. 63, représentant le reliquat de la taxe entière de sa voiture automobile et pour laquelle il avait déjà versé une partie, n'ayant accepté, du reste, d'effectuer le paiement de ce reliquat que sous toutes réserves, ce qui résulte d'un exploit de Alatienne, huissier à Montluçon, en date du 7 février 1921 ; qu'en effet, M... prétend qu'étant avocat, *exerçant, par suite, une profession patentée et se servant de son automobile pour l'exercice de sa profession*, il remplit les conditions exigées par la loi du 25 juin 1920 pour bénéficier du *demi-tarif* ;

Attendu, en effet, que la loi susvisée, dans son article 100, dit bien que les voitures automobiles employées pour l'exercice d'une profession patentée, paieront seulement la moitié des droits fixés au § *a* de l'article 100, c'est-à-dire les droits prévus par la loi du 30 décembre 1916, majorés de 50 p. 100; qu'ainsi M..., pour bénéficier du demi-tarif, n'a qu'à justifier de l'emploi de son automobile pour l'exercice de sa profession, ce que ne lui conteste, du reste, pas l'administration; que, du reste, au surplus et à l'appui de ses dires, M... fournit divers certificats établissant qu'il ne plaide pas seulement à Montluçon, mais devant les tribunaux environnants : Moulins, Riom, Aubusson; que, en qualité de conseil du service du contentieux de l'artillerie à Bourges, il est même obligé de se rendre dans cette ville chaque semaine ;

Attendu, d'autre part, que l'administration ne saurait reprocher à M... l'usage de son automobile, en dehors de l'exercice de sa profession, la loi de 1920 n'ayant pas prévu cette restriction en ne faisant pas suivre le mot employer du mot « seulement » ; que l'administration ne saurait, d'autre part, en présence du texte précis de la nouvelle loi, qui emploie l'expression générale de profession patentée, et en se basant sur d'anciennes dispositions légales, décrets, arrêtés, circulaires, établir une distinction entre les diverses catégories de patentés exerçant des professions libérales et en accordant aux médecins, vétérinaires et sages-femmes, ce qu'elle refuserait aux avocats ; que, du reste, l'article 103 de la nouvelle loi décide que les dispositions prévues par les lois antérieures sont annulées en ce qu'elles sont contraires aux dispositions prévues par les articles 99 à 101 de la présente loi; que, dans ces conditions, toutes les professions patentées paraissent devoir bénéficier de la loi de 1920, en ce qui concerne la demi-taxe ;

Par ces motifs,

Dit que c'est à bon droit que M..., excipant de sa qualité d'avocat patenté, a cru devoir protester, lors du paiement à l'administration, de la somme de 44 fr. 63, n'étant astreint, d'après la loi de 1920, qu'à la demi-taxe ;

Condamne, en conséquence, l'administration des contributions directes, à rembourser à M..., ladite somme de 44 fr. 63 ;

La condamne également en tous les dépens. »

Le texte de la loi de 1920 est formel, quand il s'agit de l'emploi d'une voiture automobile pour l'exercice d'une profession patentée, par suite d'une profession libérale. Un doute pouvait résulter de la rédaction de l'article 101, si la voiture n'était pas employée pour les besoins exclusivement professionnels de son propriétaire ; le tribunal a fort bien répondu à cet égard. Il n'est pas nécessaire que la voiture soit employée, exclusivement, aux besoins professionnels, dès lors qu'elle est employée principalement pour leur usage. C'est le bon sens même qui conduit à cette solution ; il serait vraiment excessif d'empêcher un médecin ou un avocat de se servir de l'automobile, qu'il n'a achetée que parce qu'il exerce l'une de ces deux professions, pour un usage secondaire.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Submersion intra-utérine du fœtus, par le prof. HUMBERT. Thèse de Paris. — Paris, Jouve.

Précis de pathologie interne et de diagnostic, par Roger HYVERT. 5e édition. — Paris, Maloine.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction des prof. A. GILBERT et P. CARNOT. — T. XXI : **Maladies des reins**, par E. JEANSELME, A. CHAUFFARD, AMBARD et LÆDERICH.

La librairie Baillière poursuit, avec régularité, la publication de son nouveau traité de médecine et de thérapeutique. Ce traité qui fait suite à ceux de Brouardel-Gibert, et de Gilbert-Thoinot continue une tradition illustre. Sous une forme classique qui nous est familière, MM. Gilbert et Carnot nous offrent aujourd'hui les maladies des reins. Cette partie si importante de la pathologie interne a été complètement rénovée depuis quelques années. Aussi, MM. Gilbert et Carnot ont-ils été bien inspirés, en en confiant la rédaction à ceux même dont les travaux ont été les plus marquants.

Indiquons seulement que la sémiologie des urines a été traitée par MM. Jeanselme et Ambard, les maladies des reins par MM. Chauffard et Læderich.

Aussi le lecteur est-il assuré de trouver une mise au point parfaite de tous les chapitres. Ce ne sera pas une des moindres causes de succès du nouveau traité. L. G.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, sous la direction de E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS, L. BABONNEIX. T. I : **Psychiatrie** (2).

Dans ce nouveau traité de pathologie, deux volumes sont consacrés à la psychiatrie.

Le premier tome comprend les éléments de sémiologie générale et les notions capitales des syndromes mentaux. Le chapitre le plus considérable, celui de la sémiologie psychiatrique, comporte l'étude des troubles psychiques généraux, des troubles psychiques spéciaux et des troubles physiques associés; il est de contenu et de forme essentiellement classiques, il est l'œuvre dernière de Ritti.

Les deux chapitres suivants sont des descriptions plus cliniques et plus captivantes, l'une du tableau de la manie aiguë et l'autre de la psychasthénie et des obsessions; ils sont écrits par P. Juquelier. La mélancolie et les folies périodiques sont clairement rédigées par M. Durand.

La confusion mentale et le syndrome confusionnel sont exposés de manière intéressante par M. Mignard. Ils sont suivis d'un chapitre du même auteur sur la psychologie des délires.

MM. Sérieux et Capgras, avec leur expérience clinique et leur compétence indiscutée décrivent, sous le nom de délires systématisés chroniques, d'une part les délires systématisés non hallucinatoires, c'est-à-dire, le délire d'interprétation qui est leur œuvre personnelle, puis le délire d'imagination et le délire de revendication et, enfin, d'autre part, le délire systématisé chronique hallucinatoire.

L'étude de l'état mental des hystériques, écrite par M. Logre sous l'inspiration des travaux de M. Dupré, est peut-être le chapitre le plus nouveau et le plus critique qui ait été publié sur le sujet dans un traité de ce genre. C'est une analyse, un peu tendancieuse peut-être, mais toujours curieuse, du terrain psychopathique et de la pathogénie de ces accidents multiples, nerveux et mentaux, qu'on englobe sous le nom d'hystériques et qui semblent relever essentiellement, non d'une névrose, mais d'une sorte de maladie psychique.

M. Brissot expose ensuite l'état mental des épileptiques. Dans un dernier chapitre, enfin, sur la psychiatrie de guerre, M. R. Mallot résume les faits les plus récents et les plus intéressants qu'il a pu observer, personnellement, au cours de la campagne : états confusionnels, états d'excitation, de depression et d'anxiété, épisodes délirants, fugues et états démentiels, avec quelques cas médico-légaux PAUL CAMUS.

(1) Un fort volume in-8 avec 76 fig. intercalées dans le texte. Deuxième tirage entièrement révisé. — Prix : 40 fr. — Paris, 1921, Baillière et fils.

(2) Un vol. de 425 p., Paris, 1921, A. Maloine.

L'Anesthésie locale en ophtalmologie, par le Dr DUVERGER, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg. Un vol. de 96 pages avec 19 figures. — Prix : 6 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAUSES, SIGNES ET DIAGNOSTIC

DES

ORCHITES AIGUËS[1]

Pronostic. Complications. — Le pronostic immédiat est habituellement bénin.

Les complications de la période aiguë sont, en effet, rares. Il faut cependant signaler :

La *suppuration*, exceptionnelle, qui se manifeste par des symptômes ataxo-adynamiques graves et qui aboutit parfois à la nécrose de la glande avec élimination des tubes séminifères ;

Le *pseudo-étranglement testiculaire* se caractérisant par les symptômes habituels de l'étranglement (vomissements, arrêt des matières fécales) et survenant surtout dans le cas d'un testicule en ectopie ;

La *péritonite blennorragique* qui peut s'observer en cas de déférentite intense.

Le *pronostic à distance* est habituellement plus sérieux. Si l'orchi-épididymite guérit souvent sans laisser de traces, elle peut également laisser des séquelles :

L'*oblitération épididymaire* entraînant l'azoospermie dans le cas d'orchite bilatérale;

La *névralgie testiculaire* due ordinairement à la persistance d'un foyer latent de suppuration au niveau de l'épididyme, coïncidant le plus souvent avec de la prostatite; le sperme reste alors coloré en jaune et contient des globules de pus;

L'*hydrocèle vaginale chronique* entretenue par de petits noyaux d'épididymite ;

L'*atrophie du testicule*, très rare.

A côté de l'orchite blennorragique, il faut décrire l'orchite des urinaires.

Orchi-épididymite des urinaires, des prostatiques. — L'affection débute par de la déférentite et de la funiculite qui se manifeste par de la pesanteur ou des douleurs dans la région inguinale et les bourses; l'épididymite survient 2 ou 3 jours après et s'accompagne souvent de vaginalite avec épanchement faisant croire à l'existence d'une orchite alors que l'épididyme surtout est pris.

Ce qui caractérise l'orchi-épididymite des vieux urinaires, c'est qu'elle est à *répétition* et qu'elle s'accompagne assez souvent de *suppuration* et d'accidents ataxo-adynamiques graves.

B. **Orchite ourlienne.** — Elle constitue le type des orchites d'origine vasculaire sanguine.

Elle apparaît habituellement au moment où la parotidite tend à régresser.

Elle se manifeste au début, soit par des signes locaux, soit par des signes généraux.

Les *signes généraux* sont souvent intenses : fièvre (39°-40°), febris testicularis de Morton, état typhoïde, délire, réaction méningée, parfois même coma. D'autres fois ils sont, au contraire, atténués. Ils régressent habituellement au bout de quelques jours.

Le testicule devient dur et douloureux; le scrotum est volumineux, rouge, chaud.

La symptomatologie ressemble à celle de l'orchite blennorragique; mais, à l'examen, on constate que c'est le *testicule et non l'épididyme* qui est surtout touché.

L'*évolution* se fait en 5 à 6 jours et aboutit à la résolution; la suppuration est, en effet, exceptionnelle.

Cependant, il persiste assez souvent une *atrophie du testicule.* Cette atrophie est exceptionnellement définitive. Le testicule, qui vers la 2e ou 3e semaine est encore gros, diminue de volume, devient mou et souvent plus petit que le testicule normal. Cet état peut persister longtemps, entraînant de l'azoospermie si l'orchite a été bilatérale. Mais plus tard le testicule reprend son volume et sa consistance normale.

VARIÉTÉS CLINIQUES. — *Forme ataxo-adynamique de Trousseau* avec intensité des phénomènes généraux.

Forme sans localisation salivaire avec diagnostic très difficile, si on n'a pas la notion de l'épidémicité.

De l'orchite ourlienne, il faut rapprocher les autres orchites signalées à l'étiologie et d'origine vasculaire sanguine.

I. *Orchite typhique* : presque toujours unilatérale, elle atteint l'épididyme plus que le testicule; elle dure de 7 à 8 jours et se termine habituellement par la résolution. La suppuration et la nécrose sont exceptionnelles. Parfois subsiste une atrophie du testicule.

II. *Orchite variolique :* assez fréquente; peut se terminer par la suppuration.

III. *Orchite rhumatismale :* elle apparaît en pleine infection rhumatismale et plutôt dans les cas graves. Elle est souvent bilatérale, caractérisée surtout par de la vaginalite aiguë, et aboutit ordinairement à la guérison complète.

IV. *Orchite paludéenne :* très discutée, consiste en une simple orchialgie.

V. *Orchite syphilitique : épididymite de Drou :* rare. Elle apparaît brusquement au cours d'une syphilis secondaire; elle est bilatérale et occupe plus spécialement la *tête de l'épididyme.* Elle disparaît rapidement par le traitement.

VI. *Orchi-épididymite tuberculeuse aiguë :* (tuberculisation galopante du testicule. Duplay) : elle revêt absolument l'allure de l'orchi-épididymite blennorragique

Le début est brusque par douleur vive, gonflement et rougeur du scrotum avec élévation de la température. L'exploration des bourses montre un épanchement assez abondant dans la vaginale; l'épididyme est douloureux, dur, lisse et uniforme, recouvrant complètement le testicule qui s'indure à son tour.

Après 5 à 6 jours les signes fonctionnels et généraux s'amendent.

Puis on constate l'apparition de bosselures surtout au niveau de la queue de l'épididyme. Ces bosselures aboutissent à des abcès qui s'ouvrent vers le 25e ou 30e jour, donnant passage à un pus bien lié et laissant des fistules qui peuvent durer très longtemps. Il existe souvent des lésions concomitantes du canal déférent, des vésicules séminales, de la prostate, parfois même de légers symptômes de cystite.

L'affection serait souvent *unilatérale* (Reclus).

L'*évolution* peut se faire vers la guérison par processus de sclérose; la fistule se ferme, laissant une cicatrice adhérente. Plus souvent, surtout si on n'applique pas dès le début un traitement énergique, les lésions s'étendent à l'autre testicule et finalement à tous les organes génito-urinaires entraînant finalement la mort du malade.

C. **Orchite filarienne.** — Elle peut revêtir 2 formes :

Forme aiguë avec frissons, fièvre, vomissements;

Forme subaiguë progressive et lente, procédant par poussées.

Elle est caractérisée par un sarcocèle bilatéral, pouvant s'accompagner d'hydrocèle laiteuse associée ordinairement à l'*éléphantiasis du scrotum.* Les bourses deviennent de plus en plus volumineuses jusqu'à former une tumeur énorme. L'œdème est d'abord mou et pâteux, puis devient dur, fibreux; la peau est fissurée et présente parfois des ulcérations qui donnent issue à de la lymphe.

D. **Orchite traumatique.** — Le traumatisme s'accompagne immédiatement d'une douleur très violente, pouvant aller jusqu'à la syncope. La douleur irradie vers le cordon, les reins, les cuisses. Rapidement se produit une augmentation de volume des bourses et du testicule.

Le pronostic, en dehors même des cas de suppuration consécutive à une plaie couture infectée, est toujours sérieux à cause de la fréquence de l'*atrophie testiculaire.* Le moignon peut être le point de départ de névralgies rebelles, parfois même de tuberculose. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 47, p. 751, et n° 49, p. 783.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 52. — SAMEDI 2 JUILLET 1921. 94e ANNÉE. SAMEDI 2 JUILLET 1921. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Funck-Brentano, Couvelaire, Cathala, Bar, Ombrédanne.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Brulé, Foix, Faure-Beaulieu, Bréchot, Picot, Levant.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin inspecteur Ruotte (P.), hors cadres (Maroc), est réintégré dans les cadres, en remplacement de M. le médecin inspecteur Pouillaude, placé dans la section de réserve.

— M. le médecin inspecteur Meyer, directeur du service de santé du 12e corps d'armée, a été nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger.

— M. le médecin principal de 1re classe Viguier (E.-J.-J.), de la place de Limoges, a été nommé directeur du service de santé du 12e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur Meyer.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Est promu *au grade de médecin inspecteur*, M. le médecin principal de 1re classe Hazard (P.-N.), en remplacement de M. le médecin inspecteur Garnier, placé dans la section de réserve.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — MM. les Drs Noc (à Dakar) et Bouis (à Berguent).

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Despeignes (de Chambéry), Dujardin-Beaumetz (de l'Institut Pasteur), Noc (à Dakar), Hadj Ali El Mourali (de Tunis), Reynal (de Maktar), Jouveau-Dubreuil (de Tchentou).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Joltrain et Tanon (de Paris), Mlle de Pfeffel (de Paris), MM. les Drs Hude (de Berkane), Pasquet (Afrique occidentale), Campaignolle (de Zarzis), Phipps (de Petitjean), Jouvelet (de Tchenton).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Rousseau (de Brest), Boisserie-Lacroix (de Bordeaux), Mme Laurent (de Nancy), MM. les Drs Boyer (de Clermont-Ferrand), Blanquart (de Saint-Ouen), Bordas, Galtier et Thébaut, externes des hôpitaux de Paris, Dalsace (Jacques), interne des hôpitaux de Paris, Doussot (de l'Institut Pasteur), Lacroix (de Levallois-Perret), Mathieu (de Clichy), Rigot (de Paris), Theulet-Luzé (de Paris), Fourneau (de la Queue-en-Yvelines), Dekester (de Fez), Gieure (de Casablanca), Pin (de Tien-Tsin).

Mentions honorables. — M. Daussy, étudiant en médecine, à Paris.

MÉDAILLE DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Bonzon, Cauterman, Durlet, Hulin, Locus (d'Anvers).

Médailles de bronze. — M. le Dr Voncken, ancien médecin principal de l'armée belge.

LES TRAITEMENTS DU PERSONNEL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Un décret en date du 25 juin, modifie ainsi qu'il suit l'article 2 du décret du 30 décembre 1919 :

Le cadre, les traitements et les classes du personnel de l'Académie de médecine, sont fixés ainsi qu'il suit à dater du 1er janvier 1921, savoir :

1 chef des travaux chimiques : 1re classe, 7.200 fr.; 2e cl., 6.600; 3e cl., 6.000; 4e cl., 5.400.

1 bibliothécaire : 1re classe, 7.000 fr.; 2e cl., 6.400; 3e cl., 5.800; 4e cl., 5.200.

1 chef de bureau : 1re classe, 9.000 fr.; 2e cl., 8.100; 3e cl., 7.200; 4e cl., 6.300; 5e cl., 5.400; 6e cl., 4.500.

4 commis : 1re classe, 6.000 fr.; 2e cl., 5.500; 3e cl., 5.000; 4e cl., 4.600; 5e cl., 4.200; 6e cl., 3.800.

3 garçons : 1re classe, 5.200 fr., 2e cl., 5.000; 3e cl., 4.800; 4e cl., 4.600; 5e cl., 4.400; 6e cl., 4.200; 7e cl., 4.000; 8e cl., 3.800.

LE FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE SANITAIRE. — M. François Albert, sénateur, demande à M. le ministre de l'Hygiène quels ont été, du 7 février à ce jour, les déplacements de l'équipe sanitaire, instituée par le décret du 5 octobre 1920, et à combien se montent les frais résultant du fonctionnement de cet organisme pendant cette période.

Le ministre a fait le 24 juin 1921, les réponses suivantes :

1° Du 7 février au 7 juin 1921, l'équipe mobile sanitaire, instituée à titre temporaire, par le décret du 5 octobre 1920, n'a effectué aucun déplacement, la situation sanitaire étant

satisfaisante. Pendant ce temps, le personnel de l'équipe s'est mis à la disposition de l'école sanitaire pratique (institut Lannelongue), pour l'enseignement et les travaux pratiques des stagiaires des services publics (chefs de poste et agents de désinfection des services départementaux, volontaires relevant du comité national de la tuberculose);

2° Du 7 février au 7 juin 1921, les frais résultant de cette organisation se sont élevés à 33.827 fr., représentant les salaires et indemnités du personnel.

La question de l'équipe mobile est l'objet, actuellement d'une étude détaillée et l'amélioration de l'état sanitaire international paraît devoir permettre sous peu sa transformation. (*J. O.*, 24 juin 1921.)

LA CITÉ UNIVERSITAIRE. — On sait que M. Deutsch (de la Meurthe) a légué une somme de 10 millions à l'Etat à la charge de créer une cité universitaire pour loger les étudiants. Sur le rapport de M. Georges Maurisson, la Chambre vient d'autoriser une dépense de 13.500.000 francs, payables en quinze annuités, par l'Université de Paris à la Ville, propriétaire des terrains, pour la création d'une cité universitaire; et sur l'emplacement précité 3.000 étudiants français trouveront des logements salubres avec jardins et terrains de sports : toute l'hygiène moderne.

LA COCAINE. — Un procès, qui s'est plaidé récemment devant la 10e Chambre correctionnelle, est venu illustrer de saisissante façon, dit *Le Temps*, la communication que M. Courtois-Suffit a faite, ces jours derniers, devant l'Académie de médecine, et que nous avons publiée in extenso dans un récent numéro (1). Des jeunes femmes étaient poursuivies pour s'adonner habituellement à la cocaïne, et à côté d'elles se trouvaient des chasseurs de restaurant qui leur remettaient la funeste drogue et un pharmacien qui la vendait à ces derniers. Après un énergique réquisitoire du substitut, M. Raynaud, ce pharmacien a été condamné à deux ans de prison — la fermeture définitive de sa pharmacie étant prononcée, en outre, par le tribunal. Quant aux autres inculpés, ils ont été condamnés à des peines variant de quatre à quinze mois de prison.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Hôpital Lariboisière). — ENSEIGNEMENT DE VACANCES. COURS DE PERFECTIONNEMENT, sous la direction de M. Pierre SEBILEAU, professeur. — Un cours de perfectionnement (clinique et technique) fait par MM. les Drs Dufourmentel et Miégeville, chefs de clinique; Bonnet-Roy, assistant; Truffert et Chatellier, internes, commencera le samedi 20 août 1921 à dix heures et demie à la clinique de l'hôpital Lariboisière et continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. Il comprendra 20 leçons.

Il sera suivi d'un cours de chirurgie opératoire cervico-faciale sur le cadavre qui sera annoncé d'autre part.

Droits de laboratoire : 150 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 3, les jeudis et samedis de midi à trois heures.

HOPITAL MARITIME DE BERCK. — COURS DE VACANCES. — *Douze leçons sur la tuberculose ostéo-articulaire et ganglionnaire et quelques éléments d'orthopédie pratique*, par M. le Dr Sorel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime; avec le concours de M. le Dr Menard, chirurgien en chef honoraire de l'Hôpital maritime, et la collaboration de MM. les Drs Andrieu, chirurgien assistant de l'Hôpital maritime; Tridon, chirurgien assistant de l'Hôpital maritime; Mozer, chef de laboratoire de l'Hôpital maritime; Parin, chef du laboratoire de radiologie de l'Hôpital maritime.

Les cours auront lieu l'après-midi, à 2 h., à l'Hôpital maritime.

Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques.

Examen clinique, les lundis; opérations et ponctions, les mardis et vendredis; plâtres et appareils amovibles, les mercredis et samedis; démonstrations de laboratoire, les jeudis.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 50, p. 789.

Droits d'inscription : 150 fr. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits).

Se faire inscrire par lettre adressée au Dr Parin, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

LE PREMIER BANQUET ANNUEL DU S. M. S.

Mercredi soir, a eu lieu au café Voltaire, le premier banquet annuel du S. M. S. Plus de 100 membres du Syndicat y assistaient montrant ainsi la vitalité de leur Association.

Autour du Dr Cibrie, président du S. M. S., et des membres du bureau, avaient pris place MM. les Drs Roulland, secrétaire général du Syndicat médical de Paris; Cayla, président de l'Association de la banlieue Ouest et Nord; Perreau, délégué de la banlieue Est et Sud; F. Le Sourd, président de l'Association de la presse médicale française; Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France; Leredde et Gascuel, anciens présidents du S. M. S.; Gastou, président de la Société de médecine de Paris; Me Geoffroy, conseil juridique du S. M. S.; M. Castanet, président de la Chambre syndicale des fabricants de spécialités pharmaceutiques. Un certain nombre de confrères de la presse médicale assistaient à la réunion : Clément Simon (*Bulletin médical*), Paul Cornet (*Paris médical*), Vimont (*Concours médical*).

Le doyen de la Faculté, M. le prof. Roger, empêché, avait adressé au S. M. S. une lettre, véritable programme d'union corporative, qui fut acclamée par l'assistance.

Au dessert, le distingué président du S. M. S., le Dr Cibrie, prononça un toast plein de cordialité. Il souhaita la bienvenue aux invités du S. M. S. puis, montrant le développement considérable du syndicat, qui est à l'heure actuelle le plus important de Paris, il indiqua les résultats obtenus par l'union des médecins dans plusieurs importantes questions, notamment dans la question de la loi des pensions qui est maintenant heureusement résolue. Après lui, des toasts furent prononcés par MM. les Drs Cayla, au nom des Syndicats de la banlieue, Roulland au nom du Syndicat médical de Paris. Notons que ce toast fut très applaudi et salué de nombreux cris réclamant la fusion des deux syndicats. M. F. Le Sourd, parla ensuite au nom de l'Association de la presse médicale, puis MM. Jayle, le Fur et Geoffroy, clôturèrent la série des toasts.

Ce premier banquet est un véritable succès dont on doit vivement féliciter les membres du bureau du S. M. S,, qui développent si heureusement les relations amicales entre les membres de leur Syndicat et ceux des autres Syndicats de Paris et de la banlieue.

RENSEIGNEMENTS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Il existe à la section de médecine de l'Association générale des étudiants, 15, rue de la Bûcherie (5e), un service de remplaçants fournissant des docteurs et des étudiants en médecine, munis des inscriptions réglementaires. (Gob.-07.40).

Nous attirons l'attention de nos confrères sur l'intérêt qu'il y aurait pour eux à écrire dès maintenant pour se procurer des remplaçants au moment des vacances.

OFFICE DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE DE LA SAONE-ET-LOIRE. — Une place de médecin s'engageant à ne pas faire de clientèle et chargé des consultations dans un certain nombre des dispensaires de l'office départemental d'Hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département de Saône-et-Loire, est vacante.

Pour tous renseignements utiles, les candidats devront s'adresser au siège social du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, 6e.



REVUE GÉNÉRALE

SUR LA SACRALISATION DOULOUREUSE DE LA 5e VERTÈBRE LOMBAIRE

PAR MM.

LÉON IMBERT et J. CATHALORDA

Professeur à l'Ecole de médecine Interne des hôpitaux de Marseille.

Les chirurgiens se sont beaucoup occupés dans ces dernières années, d'une affection actuellement connue sous le nom de « sacralisation douloureuse de la 5e vertèbre lombaire ».

Il y a dans cette appellation un double point de vue : le point de vue anatomique qui est incontestable, car il montre que cette vertèbre présente parfois un développement qui lui donne l'apparence plus ou moins exacte d'une vertèbre sacrée ; le point de vue séméiologique, plus discutable, qui rattache à cette disposition certaines de ces douleurs lombaires englobées sous le nom de lumbago et pour lesquelles il est souvent aussi difficile d'indiquer un point de départ que de prescrire un traitement efficace.

La disposition anatomique est connue depuis bien longtemps. Desfosses écrivant, en 1908, un article sur la scoliose lombaire (*Presse méd.*, p. 521) disait : « Les anatomistes nous enseignent que, chez le fœtus, on compte normalement six vertèbres lombaires et quatre sacrées; au cours de son développement, le bassin subit un mouvement ascensionnel qui sacralise la 6e lombaire et en fait la 1re sacrée. » Il montrait que, dans plusieurs bassins scoliotiques, le mouvement ascensionnel va trop loin et que la 5e lombaire se trouve partiellement sacralisée ; un schéma radiographique montrait, en effet, cette disposition. Les accoucheurs connaissent, du reste, bien ces faits. La nouveauté est de les rattacher au syndrome lumbago et d'en faire le point de départ de nombre d'algies lombaires.

Nous exposerons d'abord les notions actuellement établies par les recherches les plus récentes.

*
* *

On peut, actuellement, donner de la sacralisation douloureuse de la 5e vertèbre lombaire, la définition suivante :

Syndrome douloureux lié à l'évolution plus ou moins complète vers le type sacré de la 5e vertèbre lombaire.

Historique. — L'histoire de cette affection a traversé deux périodes : une période anatomique et une période clinique.

La 5e vertèbre lombaire, étant une vertèbre de transition, tend à prendre les caractères des vertèbres sacrées sous-jacentes et les nombreuses malformations qui en résultent ont été signalées depuis longtemps par les anatomistes (Le Double, Farabeuf in *Thèse de Posth*, 1897). Mais l'étude clinique des troubles qui résultent de ces malformations est de date récente. Signalés par Adams (1910), Goldthwait (1911), Kleinschmidt (1912), puis par Dénucé, Colvi, Japiot et Santi, ces troubles ont été systématiquement recherchés et étudiés par Bertholotti et Rossi en Italie, Richards en Amérique. En France, la sacralisation douloureuse de la 5e lombaire a été mise à l'ordre du jour et surtout étudiée dans l'article d'Arcelin, les communications à la Société de chirurgie de Lyon, de Nové-Josserand, l'article de Nové-Josserand et Rendu (*Presse méd.*, 28 juillet 1910), les communications de Mauclaire à la Société de chirurgie de Paris et au XIXe Congrès de l'Association française de chirurgie. Les articles récents de Mauclaire (*Paris méd.*, 29 janv. 1921), de Ledoux et Caillods (*Presse méd.*, 12 fév. 1921) et de Lucien Michel (*Gaz. des hôpit.*, n° 17, 26 fév. 1921) ont apporté des faits nouveaux ou résumé les données acquises jusqu'à ce jour.

Anatomie pathologique. — Que doit-on exactement entendre par sacralisation de la 5e lombaire ? Où commence la malformation et sur quelles parties de la vertèbre porte-t-elle ?

Il semble d'après les données actuelles que l'élément d'appréciation sur lequel il faut surtout se baser réside dans les variations de forme et de volume des apophyses transverses et qu'il peut y avoir sacralisation, cliniquement parlant, avec des degrés relativement minimes de déformation de ces appendices costiformes.

La classification de Le Double, que nous nous contenterons de citer ici, est adoptée ouvertement par Mauclaire et implicitement par tous les auteurs (tout au moins les auteurs français que seuls nous avons pu directement consulter) ; nous lui reprochons d'être un peu trop complexe, et proposons de la remplacer par celle qu'on trouvera plus loin.

Le Double admet 6 degrés de déformation :

1° Apophyses transverses en pyramides.

2° Apophyses transverses en forme de massue, touchant le sacrum.

3° Articulation franche de l'apophyse avec le sacrum avec trou de conjugaison supplémentaire.

4° Grosse masse transversaire latérale en contact avec l'os iliaque et le sacrum.

5° Même déformation bilatérale.

6° Fusion complète de la 5e lombaire avec le sacrum.

Il résulte de cette classification, qu'au point de vue anatomique, on ne pourrait dire, avec netteté, où commence la sacralisation de la 5e lombaire, puisque toutes ces malformations peuvent coexister avec le syndrome douloureux. A première vue, il semblerait que le contact osseux entre l'apophyse transverse et le sacrum ou l'os iliaque soit une condition essentielle dans la genèse des accidents. Il n'en est rien ; en effet : « Il semble bien résulter des faits publiés jusqu'ici que le contact osseux n'est pas une condition nécessaire et qu'on ne doit pas chercher à établir un rapport constant entre le degré de malformation osseuse et l'intensité des symptômes (Nové-Josserand et Rendu).

Il ne faut pas être étonnés que le syndrome clinique étayé par une base anatomique aussi vague manque lui-même de précision.

Symptômes. — Les symptômes de la sacralisation douloureuse de la cinquième lombaire, connus aussi sous le nom de syndrome de Bertholotti, peuvent se résumer dans trois éléments :

1° Le début;

2° La douleur;

3° Les troubles trophiques.

1° LE DÉBUT serait caractéristique quant à l'âge auquel il se ferait chez le malade. L'affection débuterait en effet d'une façon presque constante vers 20 à 30 ans.

Néanmoins Adams (cas princeps) cite une malade de 16 ans; Nové Josserand en a rencontré un cas au même âge; dans les 5 cas de Mauclaire nous en relevons un à 18 ans, un à 45 ans, l'autre à 41 ans, et un cas dans lequel il s'agit simplement d'un examen rétrospectif de radiographie; dans les 7 cas de Sedoux et Caillods nous notons, un cas à 42 ans, un cas à 40 ans, un cas à 35 ans et un cas à 5 ans 1/2.

Nous voyons donc combien la notion d'âge, qui est donnée par les auteurs comme un des éléments les plus caractéristiques sinon le plus caractéristique du syndrome, manque de netteté.

Légende des figures. — Pl. I. — La figure 1 montre en réduction (grandeur demi-naturelle) un type normal des 4e et 5e vertèbres lombaires; cette figure est inspirée de l'atlas de Bourgery et Jacob.

Les figures 2, 3, 4 montrent les trois degrés de sacralisation, tels que nous les proposons, en dessins schématiques.

Premier degré : Sacralisation incomplète, hypertrophie manifeste des apophyses transverses, mais sans contact transverso-iliaque.

Deuxième degré : Sacralisation avec contact ou léger empiètement des ombres.

Troisième degré : Sacralisation en aile de papillon avec large empiètement des ombres.

Dans chaque variété, la sacralisation peut être uni ou bilatérale.

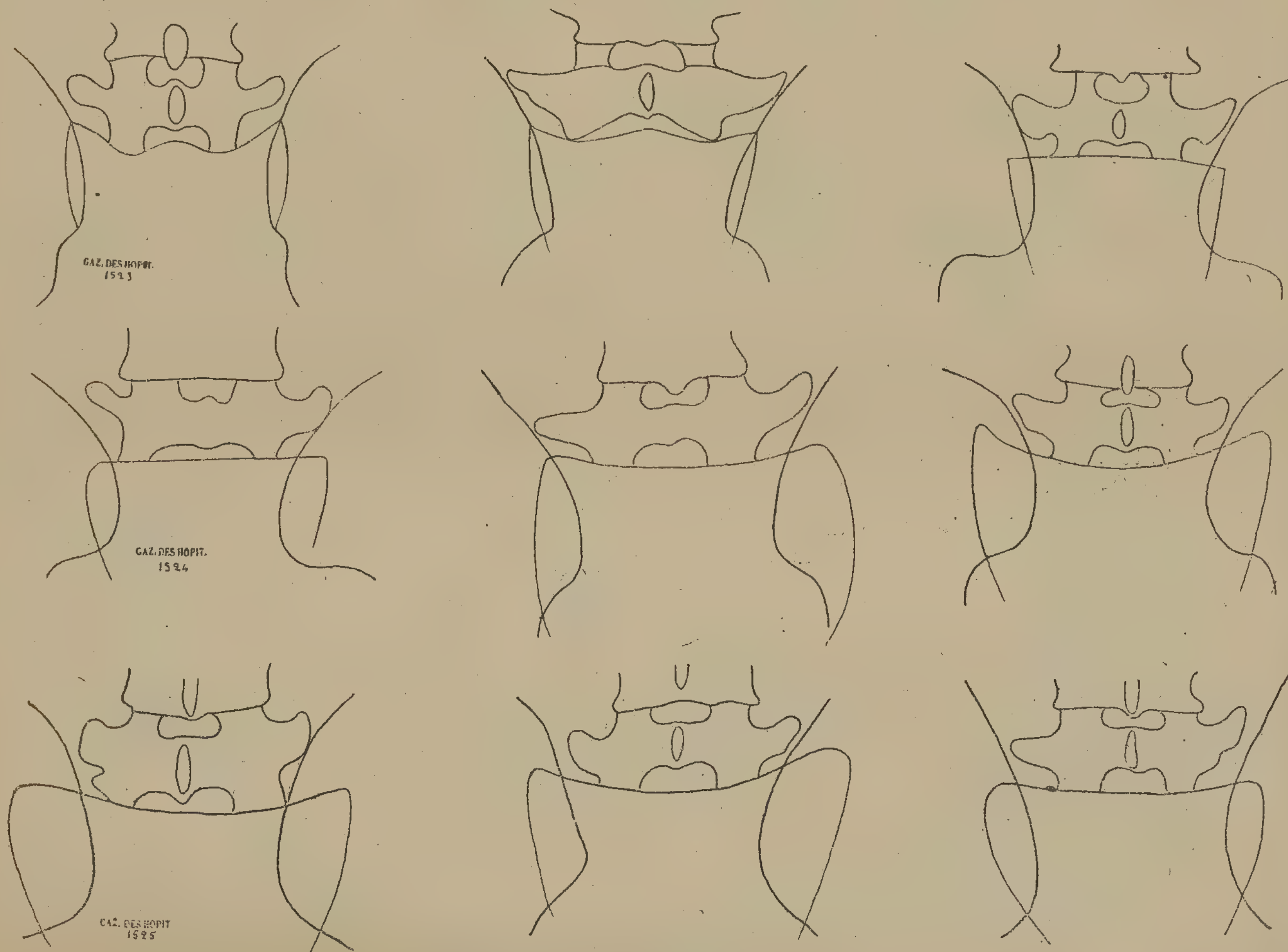
Pl. II. — Types de sacralisation incomplète au premier degré, décalqués sur des clichés et réduits.

Pl. III. — Types de sacralisation au deuxième degré, décalqués sur des clichés et réduits.

Pl. IV. — Types de sacralisation au troisième degré, décalqués sur des clichés et réduits.



PL. I.



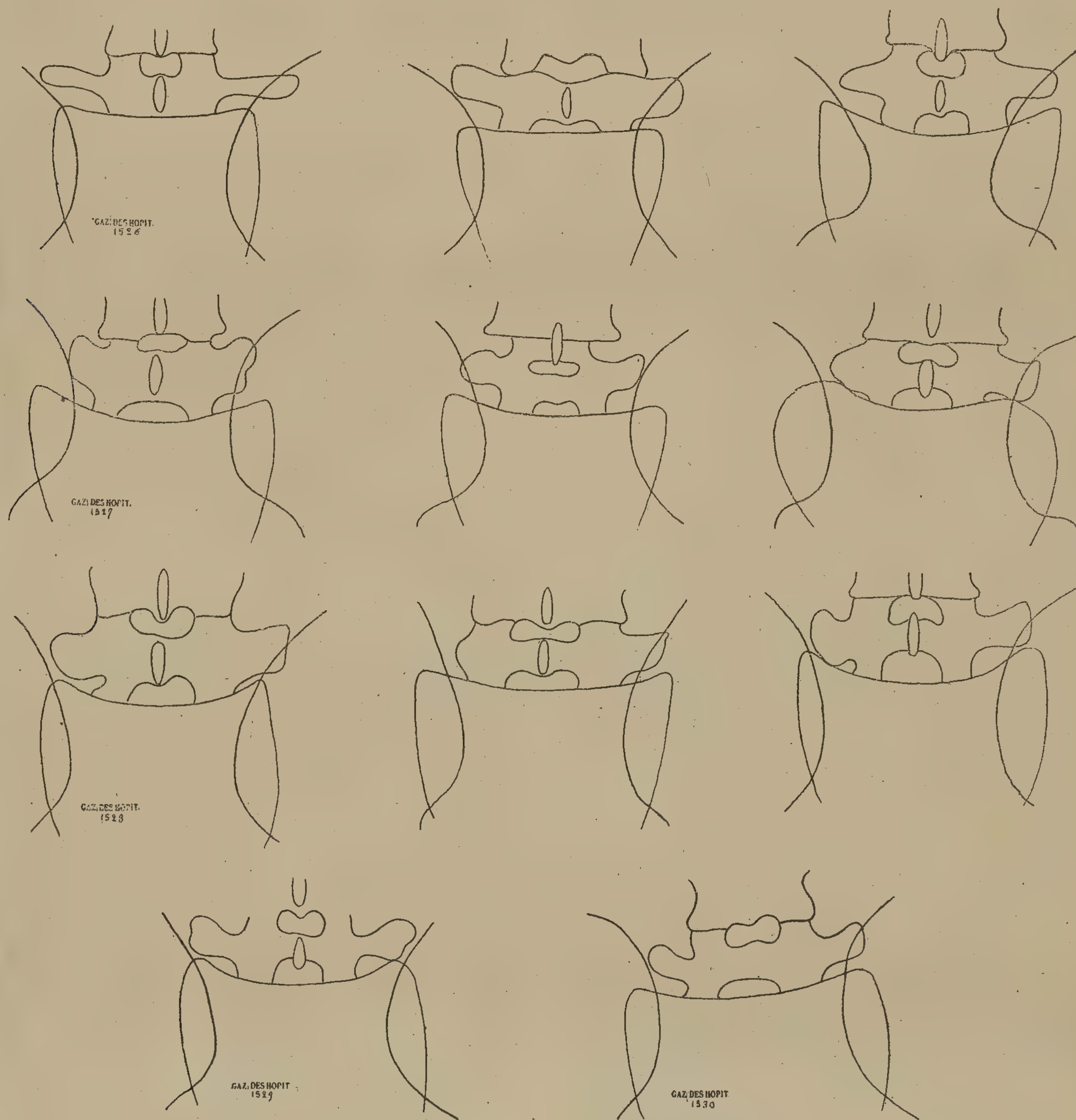
PL. II. — SACRALISATIONS DU 1er DEGRÉ

2° La douleur. — Tantôt continue, tantôt exagérée par la fatigue, elle a un siège éminemment variable. Le plus souvent toutefois, elle est notée du côté sacralisé quand l'affection est unilatérale (mais on la trouve du côté opposé : Richards), sur la ligne médiane quand l'affection est bilatérale.

Quant aux irradiations elles siègeraient uniquement du côté sacralisé pour Nové Josserand et Rendu, mais se trouveraient pour Mauclaire quelquefois du côté opposé.

Ses signes sont ceux d'une névralgie banale, en particulier sciatique.

3° Les troubles trophiques. — Signalés et notés comme constants par les auteurs italiens (Bertholotti-Rossi) ils n'ont jamais été retrouvés par Nové Josserand et sont en tous cas très discutés.

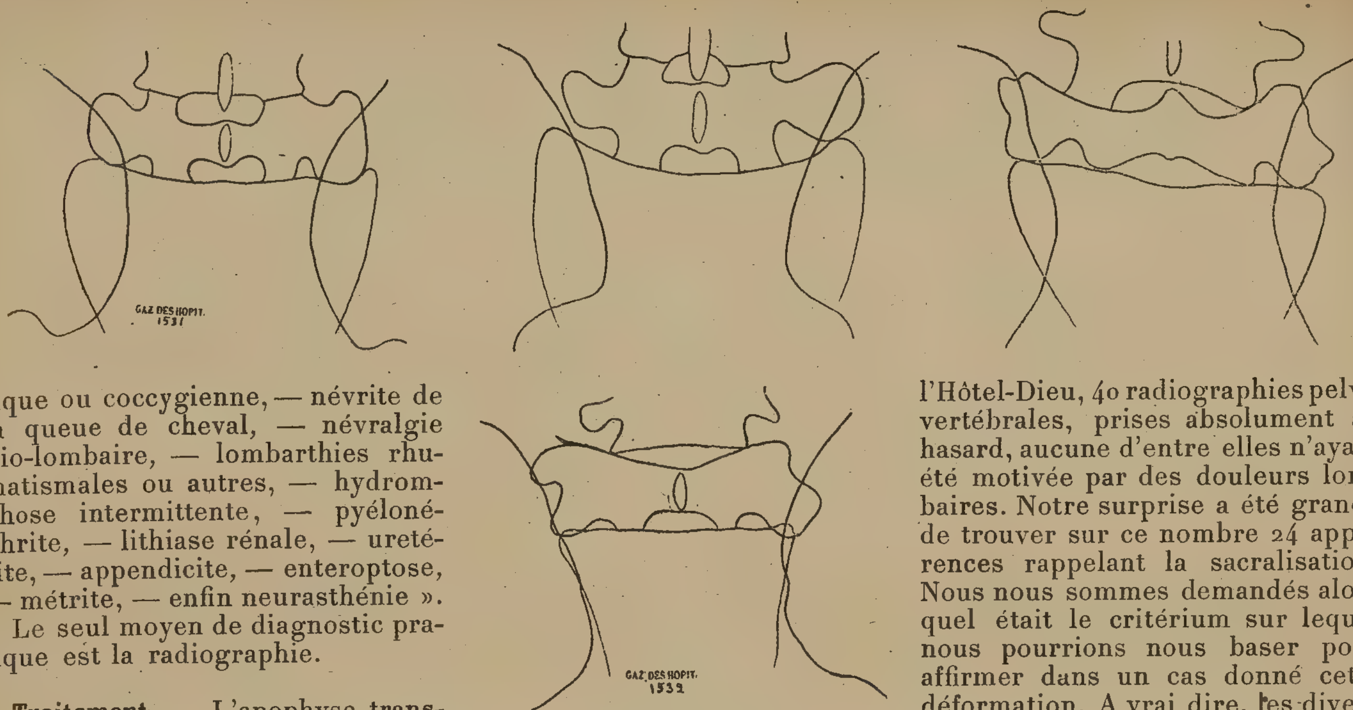


PL. III. — SACRALISATIONS DU 2e DEGRÉ

A côté de ces signes primordiaux, les auteurs notent la coexistence fréquente avec la scoliose et le spina bifida occulta.

Nous résumerons ce syndrome en montrant le caractère particulièrement vague des symptômes. Le principal est la douleur dont les modalités multiples ne sauraient nous étonner, puisqu'il s'agit d'un signe subjectif que peut exagérer ou même créer de toutes pièces et de fort bonne foi le malade lui-même.

Diagnostic. — Le diagnostic tel qu'il est présenté dans les articles que nous avons consultés nous paraît difficile et Mauclaire ne cite pas moins de 22 affections avec lesquelles la sacralisation peut être confondue. Nous citons avec lui : « Entorse vertébrale inférieure ou sacro-vertébrale, — entorse sacro-iliaque, — lumbago traumatique ou rhumatismal, — sacro-coxalgie, — ostéite du bassin, — névralgie sciatique-ischia-



PL. IV. — SACRALISATIONS DU 3e DEGRÉ

tique ou coccygienne, — névrite de la queue de cheval, — névralgie ilio-lombaire, — lombarthies rhumatismales ou autres, — hydromphose intermittente, — pyélonéphrite, — lithiase rénale, — urétérite, — appendicite, — enteroptose, — métrite, — enfin neurasthénie ».

Le seul moyen de diagnostic pratique est la radiographie.

Traitement. — L'apophyse transverse paraissant être la cause de tout le mal, l'idée est naturellement venue de la réséquer pour guérir le syndrome douloureux.

D'après Nové-Josserand et Rendu, cette opération a été tentée 4 fois (Adams, Goldthwait, Kleinschmidt, et un cas rapporté par Rossi). « Les résultats ne sont pas absolument probants. On parle d'amélioration mais non de guérison complète » (Nové-Josserand et Rendu). Mauclaire et Nové Josserand sont également intervenus et semblent avoir obtenu des résultats semblables. Ces auteurs ne conseillent d'ailleurs l'intervention que dans les cas graves.

Quant au repos, à la physiothérapie et aux courants continus conseillés par Bertholotti et Rossi; à la radiothérapie préconisée par Richards, elles ne semblent pas avoir donné des résultats bien concluants.

Réflexions. — Nous voici donc en présence d'une affection qui, d'après les auteurs, sans être fréquente serait néanmoins loin d'être exceptionnelle (sur 60 cas de douleurs lombaires, Richards fait le diagnostic de sacralisation dans 90 p. 100 des cas) et pour la différenciation de laquelle nous ne pouvons nous appuyer que sur des nuances douloureuses et sur la radiographie qui constitue en somme le seul élément positif. « C'est la radiographie qui fera faire le diagnostic » (Mauclaire).

L'examen journalier de nombreuses radiographies nous avait montré que la sacralisation de la cinquième lombaire est peut-être plus fréquente qu'on ne le pense communément. Notre impression était en contradiction formelle avec les données de Rossi qui n'aurait constaté cette déformation que 7 fois sur 400 radiographies. Mauclaire dit avoir examiné à l'Ecole pratique 80 rachis isolés servant à l'enseignement et 20 squelettes montés; il n'a trouvé qu'un seul cas de sacralisation dans chaque série. Il est à remarquer du reste que les documents sur cette déformation sont presque exclusivement de nature radiographique : c'est donc à des recherches de cette nature que nous nous sommes adressés.

Nous avons relevé, au service de radiographie de l'Hôtel-Dieu, 40 radiographies pelvi-vertébrales, prises absolument au hasard, aucune d'entre elles n'ayant été motivée par des douleurs lombaires. Notre surprise a été grande de trouver sur ce nombre 24 apparences rappelant la sacralisation. Nous nous sommes demandés alors quel était le critérium sur lequel nous pourrions nous baser pour affirmer dans un cas donné cette déformation. A vrai dire, les divers auteurs ne paraissent pas s'être particulièrement occupés de ce détail. Sans doute, il est nombre de cas qui sont évidents; mais pour les premiers degrés l'embarras est grand. Nous proposons donc comme ombre radiographique normale de la cinquième lombaire le schéma de la planche I inspiré par Bourguy et Jacob (pl. I, fig. 1). Toute image qui s'écarte sensiblement de ce type sera considérée comme appartenant à une vertèbre sacralisée. Or il se trouve que, en étudiant les figures déjà assez nombreuses qui ont été publiées, on constate que les caractères différentiels n'ont été relevés que pour l'apophyse transverse; cela tient évidemment à ce fait que ce sont précisément les déformations de cette apophyse qui apparaissent le mieux sur les clichés. Nous sommes donc conduits à admettre, comme nos prédécesseurs, que le diagnostic doit se baser essentiellement sur ces caractères.

Nous proposons dès lors, pour fixer les idées, de reconnaître trois types essentiels de sacralisation : ils correspondent à des degrés divers de la déformation.

Dans le premier type (pl. II, 9 cas) l'apophyse transverse est manifestement augmentée de volume, mais son contour n'arrive pas au contact de l'ombre sacro-iliaque; généralement l'apophyse de ce type est plutôt allongée qu'élargie; c'est la sacralisation incomplète; elle est généralement bilatérale.

Dans un deuxième type (pl. III, 11 cas), l'apophyse est à la fois allongée et élargie et son ombre arrive nettement au contact de l'ombre sacro-iliaque. Ici, les cas unilatéraux au nombre de 8 sont en prédominance nette sur les cas bilatéraux au nombre de 3 seulement.

Enfin, le troisième type (pl. IV, 4 cas) comprend les cas où la déformation est très marquée. Les ombres empiètent largement, l'apophyse transverse affecte la forme en queue de poisson, en aile de papillon, etc., les cas bilatéraux sont prédominants (3 sur 4).

Cette classification appelle une première remarque : il s'en faut que l'hypertrophie transversaire soit toujours symétrique; il n'est pas rare

qu'elle soit beaucoup plus marquée d'un côté que de l'autre; cependant, on ne voit guère une apophyse normale correspondre à une apophyse du 3e degré du côté opposé. Cette considération a bien son importance si l'on songe que, dans certaines observations publiées, l'algie siège d'un côté et la déformation transversaire de l'autre.

Une remarque d'ordre éléméntaire est, en outre, indispensable. On lit couramment dans les observations que l'apophyse est au contact de l'aileron sacré ou de l'aile iliaque. Mais les faits étant presque tous basés sur des clichés, il faut comprendre que les ombres entrent en contact ou même empiètent. Cela ne prouve nullement que le contact soit réel; à peine peut-on l'affirmer pour des apophyses très développées sur lesquelles le cliché montre des surfaces planes paraissant bien correspondre à des contacts osseux.

Partant de cette classification, voici comment les cas dont nous donnons les croquis peuvent se répartir.

Vertèbres normales.......	40	%	(non représentées)
Sacralisation au 1er degré..	22,5	%	(pl. II)
— 2e degré..	27,5	%	(pl. III)
— 3e degré..	10	%	(pl. IV)

Nous rappelons que ces clichés ont été pris au hasard et que nul de ces malades n'a été radiographié pour algies lombaires. Nous avons donc trouvé sur 40 clichés quelconques correspondant à des malades ne souffrant pas de douleurs lombaires, 24 sacralisations contre 16 vertèbres normales. Nous ne nous chargeons pas du reste d'expliquer comment il se fait que notre pourcentage soit si différent de celui de Rossi.

Nous sommes donc amenés à penser que la déformation connue sous le nom de sacralisation de la 5e lombaire est, même à ses degrés avancés, beaucoup plus fréquente qu'on ne le supposerait d'après les travaux publiés.

Qu'en faut-il conclure? Non pas assurément que le syndrome en question n'existe pas; mais sans doute que lorsqu'un médecin envoie à la radiographie, en désespoir de cause, un lombalgique invétéré, s'il obtient une image sacralisée, il ne doit pas conclure *ipso facto* qu'il a découvert la source des douleurs. Nombre de maux de Pott, de sacro-coxalgies — de calculs de l'uretère, voire du rein — de tuberculoses rénales, même d'appendicites et d'annexites auraient ainsi chance d'échapper au chirurgien.

Pour que l'on soit autorisé à conclure de la déformation à la maladie, il faut tout au moins :

1° Que la douleur corresponde au côté de la lombalgie.

2° Que la déformation soit très prononcée.

3° Qu'un examen clinique très complet ait éliminé toutes les autres causes éventuelles de douleurs sacro-iliaques.

Faut-il ajouter que l'on ne devra pas, obligatoirement, accorder une rente à tout ouvrier atteint de lumbago traumatique, chez lequel on aura trouvé une 5e lombaire plus ou moins sacralisée.

Vingt régimes alimentaires en clientèle. *Comment guérir?* Bibliothèque des praticiens, par Fiessinger. 3e édition. — Paris, Maloine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JUIN 1921)

L'ataxie suraiguë transitoire au cours du tabes. — M. Guillain a observé trois cas dans lesquels une grande ataxie est apparue brusquement, au cours d'un tabes encore insoupçonné. Dans le premier cas, il s'agit d'un artilleur qui se portait bien, montait à cheval et faisait son service.

Il fut pris, un soir, de fourmillements dans les jambes et dès le lendemain matin, présentait tous les symptômes d'une grande ataxie, avec abolition des réflexes. Cette ataxie suraiguë disparut après quelques semaines; mais l'abolition des réflexes persista et le tabes suivit son cours.

Dans le second cas, c'est un officier colonial, qui, en état de bonne santé apparente, fut pris brusquement, un soir, de fourmillements dans les jambes et présenta, dès le lendemain matin, tous les symptômes d'une grande ataxie suraiguë. Le troisième cas est calqué sur les deux premiers.

Chez ces trois malades, les faits se sont passés de la même façon : brusque atteinte d'ataxie suraiguë, durant quelques semaines et disparaissant peu à peu, mais avec persistance, ultérieurement, de l'abolition des réflexes.

Action de l'amidon paraffiné sur les diarrhées estivales des enfants. — M. Doumer (de Lille), pendant l'occupation allemande sous laquelle on manquait de beaucoup de préparations médicamenteuses, a employé contre les diarrhées estivales des enfants, des grains d'amidon de maïs enrobés dans une mince couche de paraffine, de façon qu'ils parviennent dans l'intestin grêle et dans le gros intestin, sans qu'ils soient totalement digérés au préalable Cet amidon paraffiné est donné deux fois par jour, à la dose de 1 à 2 cuillerées à café, délayé dans un peu d'eau sucrée. Jointe à l'absorption de ferment lactique, cette médication a permis d'obtenir des résultats thérapeutiques remarquables. Sur 64 enfants traités par ce moyen, atteints de diarrhée grave avec selles nombreuses et, parfois, sanguinolentes, avec fièvre et prostration, tous ont guéri en deux à trois jours et souvent, dès le lendemain du début de la cure, la diarrhée s'est trouvée notablement diminuée.

Ces faits viennent à l'appui des recherches de Metchnikoff, qui ont prouvé l'antagonisme entre la fermentation lactique et les fermentations putrides ou les infections intestinales. Les résultats qu'il a obtenus sont, cependant, inconstants; il est nécessaire, en effet, de créer en même temps, dans l'intestin, un milieu favorable au développement abondant du bacille lactique; il faut pour cela lui donner un aliment qu'il trouve dans cet amidon à digestibilité ralentie, qu'une préparation appropriée porte, à peu près intact, jusqu'à l'extrémité du tube digestif.

Sur une épidémie de manifestations broncho-pleuro-pulmonaires et leur traitement. — M. Sacquépée (du Val-de-Grâce) a observé récemment une épidémie de manifestations broncho-pleuro-pulmonaires qui, tout au moins par leurs complications habituelles, pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie purulente, rappellent beaucoup la grippe de 1918.

En l'absence de traitement spécifique connu, il a paru indiqué de déterminer tout d'abord les causes bactériennes des formes graves ou mortelles. Les recherches ont démontré la présence constante, en pareils cas, du pneumocoque et du streptocoque, presque toujours associés.

Cette notion fondamentale a été mise à profit pour le traitement. Outre les méthodes thérapeutiques habituelles, il a été fait usage de deux médications spécifiques : sérum antipneumococcique et vaccin antistreptococcique. On se proposait ainsi d'atténuer rapidement l'infection par l'action immédiate du sérum, en attendant l'effet d'immunisation plus tardif du vaccin.

Les résultats obtenus ont été nettement favorables. La mortalité a été réduite des deux tiers; les complications pulmonaires graves ont guéri, en moyenne, en huit à douze jours, sans rechute ni séquelle; les formes moyennes ont toujours évolué sans aggravation et sans complication.

Ces méthodes thérapeutiques peuvent donc être recommandées dans les circonstances de même ordre.

Eaux minérales. — M. MEILLÈRE lit une série de rapports sur les eaux minérales.

M. LE PRÉSIDENT déclare une place vacante dans la section d'obstétrique, en remplacement de M. Porax.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de trois associés nationaux.

Le classement des candidats est le suivant :

En première ligne et par ordre alphabétique : MM. Bard (de Strasbourg), Carrel (de Lyon), Lagrange (de Bordeaux); en deuxième ligne et par ordre alphabétique : MM. Bergonié (de Bordeaux), Boinet (de Marseille), Denigès (de Bordeaux), Lambling (de Lille).

Sont élus : au premier tour de scrutin, M. Bard ; au deuxième tour, M. Carrel, et au troisième tour, M. Lagrange.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JUIN 1921)

Septicémie à méningocoque A, sans détermination méningée ni viscérale. Traitement par l'auto-bactériothérapie sous-cutanée. Guérison. — MM. H. BOURGES, ROUILLER et JOBARD, rapportent une observation de septicémie méningococcique caractérisée par des accès fébriles simulant le paludisme, des arthralgies, un érythème papulo-noueux, le tout évoluant par poussées successives et sans localisation méningée ou viscérale. Le traitement consista en injections de sérum, puis d'un auto-vaccin et en la formation d'un abcès de fixation. Les auteurs admettent que la vaccinothérapie constitue l'élément principal de la guérison, son action ayant été sans doute préparée par la sérothérapie et favorisée également par l'abcès de fixation.

M. BOIDIN fait remarquer que cette observation confirme les effets heureux de la méthode qu'il a préconisée dès 1915, avec M. Weissenbach, dans le traitement de l'infection méningococcique, et qui consiste à compléter l'action de la sérothérapie par l'autovaccination et au besoin par la création d'un abcès de fixation. Dans l'interprétation du résultat obtenu par M. Bourges, il pense qu'une part importante doit être attribuée à l'abcès de fixation, l'apyrexie définitive ayant coïncidé strictement avec l'ouverture de l'abcès.

Influence d'une ponction lombaire sur les réflexes tendineux et cutanés dans un cas de paraplégie syphilitique subaiguë. — M. Georges GUILLAIN rapporte l'observation d'un malade atteint d'une paraplégie syphilitique subaiguë, chez lequel, à la suite d'une ponction lombaire simple et normale, les réflexes tendineux et cutanés subirent des modifications transitoires très particulières. C'est ainsi que les réflexes tendineux très exagérés devinrent presque nuls et que les réflexes cutanés en extension devinrent en flexion franche; en même temps, s'exagéraient les troubles moteurs et sensitifs des membres inférieurs. Ces phénomènes ne persistèrent que quelques jours : peu à peu, les réflexes reprirent leur exagération antérieure et l'excitation cutané plantaire détermina de nouveau l'extension du gros et des petits orteils. Ces modifications de la réflectivité tendineuse et cutanée après une ponction lombaire simple montrent les troubles qui peuvent se produire dans la circulation de la moelle ou dans la conduction de l'influx nerveux après la soustraction du liquide céphalo-rachidien, quand il existe des lésions antérieures aiguës évolutives du névraxe.

Liontrasis ossea. — MM. APERT et Francis BORDET présentent un enfant atteint de tuméfaction osseuse du maxillaire supérieur avec saillies dures de chaque côté du nez, gonflement de l'arcade alvéolaire, saillie de la voûte palatine, début de comblement des fosses nasales. Début avant l'âge de cinq ans. Pas d'étiologie décelable. La radiographie montre le maxillaire supérieur anormalement opaque et les dents de remplacement incluses dans le tissu osseux sans avoir pu jusqu'à présent en sortir.

Un cas de kala-azar d'origine macédonienne survenu chez l'adulte et observé à Paris. — MM. CARNOT et LIBERT, rapportent l'observation d'un sujet, âgé de trente ans, chez lequel la ponction de la rate, leur a permis de constater la présence de corpuscules de Luschmann-Donovan. Ce malade présentait des accès fébriles pseudo-palustres, une splénomégalie considérable avec anémie et cachexie très prononcées, mais le traitement quinique était inefficace, les examens de sang, impuissants à déceler aucun hématozoaire, montraient en outre une formule différente de celle du paludisme. Le traitement par les injections intraveineuses d'émétine échoua en raison de la date tardive à laquelle il fut institué : toutefois, peut-être, faut-il lui attribuer l'absence de parasites dans les divers organes à l'autopsie. Cet homme avait contracté son affection durant la guerre, en Macédoine, où il avait séjourné avec un bataillon de Sénégalais. Les premiers accès fébriles n'apparurent que huit mois après l'arrivée du malade en Macédoine; d'autre part, après le retour en France, la maladie semble être restée plus d'un an presque complètement latente. Cette observation qui est, semble-t-il, la première recueillie en France, chez un adulte, est donc intéressante par la longue durée de l'incubation et la lenteur de l'évolution de la maladie ; en outre, seule la ponction de la rate a pu permettre le diagnostic et cette exploration ne doit par conséquent jamais être négligée dans le diagnostic des splénomégalies.

L'action hypotensive de la teinture d'ail. — MM. LOEPER et DEBRAY ont utilisé la teinture d'ail au 1/10, et l'ont administrée à un certain nombre d'hypertendus. Dans les fortes hypertensions qui dépassent 20 au Pachon, l'abaissement de la maxima est à peu près constant et apparaît 30 à 45 minutes, parfois 70 minutes après ingestion de xx et même de xv gouttes. Dans les faibles hypertensions, cet abaissement est souvent peu perceptible. Les variations de la minima sont moins considérables, mais de même sens. L'effet de la teinture d'ail peut se maintenir plusieurs heures et persister encore le lendemain de l'administration; il peut être très marqué chez les hépatiques. Un fait fréquent est le ralentissement du pouls; un fait constant, l'augmentation de l'index oscillométrique. Les effets cliniques de l'ail sont exactement calqués sur ceux que donne l'injection de macération d'ail dans les veines du chien.

De l'influence de la rapidité de l'ingestion dans l'épreuve de l'hémoclasie digestive. — MM. Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET ont été amenés par quelques constatations occasionnelles à se demander si, dans l'épreuve de l'hémoclasie digestive telle qu'elle a été réglée par MM. Widal, Abrami et Sancovisco, la rapidité d'ingestion du lait n'était pas susceptible d'influer beaucoup sur les variations leucocytaires. Chez des sujets présentant une épreuve d'hémoclasie positive, ils ont étudié comparativement la courbe leucocytaire après ingestion de 200 centimètres cubes de lait en un temps et après ingestion de la même quantité en 10 minutes. Chez 3 sujets sur 6, ainsi étudiés, l'ingestion lente a suffi à faire disparaitre la leucopénie caractéristique de la réaction positive et à la remplacer par une leucocytose. Ces constatations montrent qu'il est nécessaire, quand on recherche la réaction d'hémoclasie digestive, de faire ingérer le lait rapidement pour éviter des modifications qui suivant toute vraisemblance sont dues à des phénomènes de streptophylaxie. Elles conduisent, d'autre part, à reconnaître l'inconvénient pour certains sujets des actes de tachyphagie, même s'ils n'ont pas de ralentissement immédiat cliniquement perceptible. Chez eux en effet, suivant la rapidité ou la lenteur de l'ingestion, apparaîtront ou non des phénomènes d'insuffisance dont la crise hémoclasique est le témoin.

Rôle de la grippe dans l'éclosion ou l'aggravation de certaines tuberculoses pulmonaires. — MM. CROUZON et MARCERON. Leur statistique porte sur 299 cas de tuberculose grave, cavitaire en général, observés chez des femmes du 1er juin 1920 au 1er janvier 1921, c'est-à-dire 2 ans après l'épidémie grippale. Sur ces 299 cas, 21 seulement présentent la grippe dans les antécédents. Dans un seul cas, l'affection semble avoir été sans effet sur une tuberculose en évolution. Dans 20 cas, l'influence a été nette. Dans 2/3 de ces cas, elle n'a fait que donner un coup de pouce à une tuberculose tor-

pide ou latente. Dans 1/3 des cas, elle semble avoir été à l'origine même des accidents.

Syndrome de Parkinson post-encéphalitique à forme monoplégique. — MM. SAINTON et E. SCHULMANN. Les auteurs présentent une malade atteint de troubles parkinsonniens localisés au membre supérieur droit. Il s'agit là d'une forme clinique non décrite de Parkinsonisme post-encéphalitique, qu'il est intéressant de connaître pour éviter des erreurs classiques en particulier avec les syndromes cérébelleux. Le diagnostic pourra dans certains cas bénéficier de quelques petits signes, tels que signe du frontal, myoclonies provoquées, signe du clignement, sur lesquels l'un des auteurs a déjà insisté.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1921)

Réflexions sur le traitement de la syphilis infantile. (*A propos du procès-verbal.*) — MM. Léon TIXIER et MAILLET estiment que le traitement de la syphilis héréditaire précoce ne doit pas être systématique.

Les frictions mercurielles seront réservées aux dystrophiques porteurs de stigmates avec réaction de Wassermann légère ou négative. Les frictions seront faites avec de l'onguent napolitain dédoublé (axonge), les séries seront de six à dix jours sur vingt pendant une année, puis espacées.

Les injections de sels solubles de mercure seront faites aux hérédo porteurs de lésions en évolution ou aux dystrophiques dont la réaction de Wassermann sera fortement positive.

Les composés arsenicaux (606, 914; sulfarsénol, etc.) seront employés avec prudence chez les cachectiques; ils donnent d'excellents résultats chez les hérédo suffisamment résistants dont les lésions cutanées, muqueuses et viscérales sont très étendues.

Les auteurs signalent la résistance particulière de certaines formes d'hérédo-syphilis tardive au mercure, à l'arsenic, à l'iodure de potassium, et la nécessité de varier et d'associer les divers médicaments pour obtenir un résultat.

Discussion : M. RIBADEAU-DUMAS rappelle que chez le nourrisson, dans certains cas avec l'arsenobenzol, on voit des désastres, des morts rapides que rien ne faisait prévoir.

M. GUILLEMOT confirme que, avec quelques frictions d'onguent dédoublé, on a souvent de beaux succès. Avec le néosalvarsan, on a parfois des désastres. Ce sont des nourrissons à lésions viscérales étendues : hépatites, reins blancs que montre l'autopsie mais que rien ne peut faire soupçonner. L'auteur a renoncé aux injections dans les veines du crâne. Il a fait des injections dans la jugulaire, mais surtout, depuis déjà longtemps, il fait des injections sous-cutanées de néosalvarsan sous-cutané, très bien toléré.

Il se montre, somme toute, fidèle aux frictions.

M. NOBÉCOURT. Chez le nourrisson, il faut être prudent, on a vu des désastres avec l'arsenobenzol. Avec le mercure, la prudence est aussi de mise, même avec l'onguent mercuriel dédoublé, il faut suspendre le traitement après huit ou dix frictions. Chez les nourrissons très débiles, il faut les remonter, les alimenter avant de commencer le traitement.

M. Jean HALLÉ, à propos des cas cités par MM. Tixier et Maillet, rappelle la nécessité de l'iodure dans ces cas, même à hautes doses. Il rappelle l'action adjuvante de certains médicaments : arsenic, quinquina, salsepareille, et surtout des eaux sulfureuses.

Traitement d'une irido-choroïdite syphilitique chez un nourrisson. — M. BLEICHMANN présente un nourrisson atteint d'irido-choroïdite syphilitique qui a été soigné par dix-sept injections de cyanure de mercure dans les veines craniennes et la jugulaire : 1 milligramme dilué dans une grosse quantité de sérum. Il s'étonne qu'on ne réussisse pas les injections dans les veines craniennes. La technique en est facile. Le cyanure ainsi injecté est très bien toléré chez le nourrisson.

Hypertrophie congénitale du membre inférieur gauche avec nævi capillaires. — M. LANCE présente un enfant de dix ans et demi qui, dès la naissance, avait toute la peau du membre inférieur gauche et la moitié gauche du bassin couverte de nævi capillaires. Depuis l'âge de huit ans, le membre inférieur gauche s'est accru plus que le droit. Il est actuellement plus long de 5 centimètres. Les mensurations montrent que la différence porte surtout sur le pied et la jambe. La température de la peau du membre est plus élevée.

L'hémihypertrophie congénitale porte d'ordinaire sur toute une moitié du corps. Les cas limités à un membre sont très rares, et sans la présence des nævi, il eût été très difficile de dire si le côté gauche était hypertrophié ou le côté droit arrêté dans son développement.

Discussion : M. APERT. Ce malade réalise le type du nœvus ostéohypertrophique de Klippel et Trénaunay. L'auteur rappelle les différentes publications sur la question. Ce type est à distinguer de l'hypertrophie congénitale simple, de l'éléphantiasis congénital de Lannelongue.

Abcès superficiels et profonds chez un enfant de dix ans. Difficultés du diagnostic entre la tuberculose et une mycose. — MM. Léon TIXIER et Maurice BARBIER présentent un enfant porteur d'une tumeur osseuse du maxillaire et d'abcès sous-cutanés. Ce fut seulement l'inoculation positive au cobaye et l'ensemencement négatif au milieu de Sabouraud qui permirent de porter le diagnostic de tuberculose. L'inoculation se fit vraisemblablement à l'occasion d'une plaie contuse de la joue à la suite d'une chute sur l'angle d'un trottoir deux ans auparavant.

Croyant à l'existence d'une mycose, les auteurs firent prendre à l'enfant, pendant un mois, 2 grammes par jour d'iodure de potassium. Bien qu'il s'agisse de tuberculose, le résultat fut excellent aussi bien au point de vue de l'état général qu'au point de vue local, c'est là un fait assez inattendu qu'il n'est pas sans intérêt de signaler.

Ingestion d'épingles par des enfants. — M. OMBRÉDANNE présente deux enfants: l'un de neuf ans a avalé en jouant une épingle droite. Au bout de quatre jours et demi, elle s'est éliminée spontanément par les voies naturelles. L'autre, âgé de treize jours, était sur les genoux de sa mère et criait. La mère laisse échapper une épingle à nourrice qui, s'ouvrant, saute et tombe dans la bouche de l'enfant qui l'avale toute ouverte. Trois jours après, gastrostomie, ablation du corps étranger. L'auteur insiste sur la nécessité, après les laparotomies, de sangler fortement les nouveau-nés avec un large leucoplaste pendant au moins trente-cinq jours.

Amputations de doigts et brides congénitales multiples. — M. HALLOPEAU présente un enfant qui a un sillon très profond au-dessus du poignet droit s'accompagnant d'éléphantiasis de la main. Il y a, en outre, des sillons autour de tous les doigts, en particulier du médius et de l'index gauche, un sillon autour de la cuisse, une bride sur la jambe gauche, des sillons autour des deux orteils.

Sténose hypertrophique du pylore. — M. HALLOPEAU présente un nourrisson de trois mois présentant les vomissements incoercibles de la sténose. Opéré par gastro-entérostomie et non pylorotomie à cause du spasme, pendant quinze jours il ne vomit pas, puis rechute légère, on le remet à un régime sévère et va bien. Opéré depuis un mois.

Discussion : M. VEAU pense que la pylorotomie est supérieure à la gastro-entérostomie qui est dangereuse, à cause de l'éviscération qu'il faut faire. Mais ce qui domine le pronostic, c'est la possibilité de faire un diagnostic précoce.

MM. MARFAN et BARRÉ, avec la radioscopie, admettent que, dès qu'il y a des ondes péristaltiques visibles, c'est qu'il y a un obstacle au passage du pylore. Il faut intervenir et ne pas attendre et faire opérer des cachectiques.

Anatomie pathologique du mongolisme. — M. J. LHERMITTE rapporte les résultats de l'examen histologique des viscères d'un enfant mongolique âgé de trois ans et demi, présentant une éruption papulo-érosive syphilitique, mort de diarrhée cholériforme.

L'examen histologique a montré des foyers inflammatoires nets sur le corps calleux, une grande étendue de la moelle, de la sclérose étendue du foie, des reins, de la thyroïde, une hypertrophie de la couche corticale de la surrénale, de l'agé-

nésie de la couche médullaire de la surrénale, du tiers postérieur du corps calleux.

Il y a donc des phénomènes inflammatoires multiples qu'il faut ici rapporter à la syphilis. Le rapport qui existe entre ces lésions et celles d'agénésie reste encore à établir.

Discussion : M. COMBY fait remarquer qu'il ne s'agit pas d'un mongolien pur, mais d'un mongolien syphilitique. Il existe des cas dans des familles de huit, dix enfants normaux où l'épuisement de la mère, bien mieux que la syphilis, peut être incriminé.

M. GUINON. A côté des cas de mongolisme pur, il y a des cas avec idiotie, cas dans lesquels l'opothérapie donne des résultats.

MM. APERT, NOBÉCOURT, COMBY ont eu des résultats par l'opothérapie dans le mongolisme pur; le développement des organes génitaux est rapide, mais la taille reste petite, l'intelligence modérée. Les mongoliens meurent jeunes, vers quinze ans.

M. COMBY cite un cas ayant vécu jusqu'à trente-trois ans.

M. L. TIXIER signale que l'aplasie des glandes vasculaires sanguines est très souvent trouvée aux examens histologiques. Quant aux lésions inflammatoires, l'affection dont est morte l'enfant suffit à l'expliquer.

Un cas de méningite à bacille de Pfeiffer chez un nourrisson. — MM. RICHARDIÈRE et LAPLANE. Un enfant de sept ans, soigné en ville par des injections intrarachidiennes de sérum pour méningite cérébro-spinale, entre dans un état très grave; le liquide céphalo-rachidien louche, le pus d'une arthrite du genou, l'hémoculture donnent du bacille de Pfeiffer; malgré injection de stock-vaccin, mort. On trouve un vaste abcès sous dure-mérien et de la méningite. L'enfant avait eu, trois mois auparavant, une grippe dont il s'était mal remis.

Un cas de méningite à bacille de Pfeiffer chez le nourrisson. — MM. Henri LEMAIRE, SALÈS et TURQUETY. Un nourrisson de huit mois et demi est pris, en pleine santé, d'un syndrome méningé caractérisé par du tremblement sub-convulsif, de la raideur de la nuque, un léger Kernig et de la fièvre qui atteint et dépasse 39 degrés. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre les caractères d'une suppuration méningée où foisonne le cocco-bacille de Pfeiffer. L'enfant meurt au bout de huit jours. A l'autopsie, on trouve une méningite de la base avec épanchement séro-purulent intraventriculaire et un large foyer de broncho-pneumonie. Il n'y avait aucun cas de grippe dans l'entourage de l'enfant.

Un cas de méningite à bacille de Pfeiffer chez le nourrisson. — MM. Henri LEMAIRE, BOULANGER-PILET et OLLIVIER. Un nourrisson de neuf mois, nourri au sein et bien portant, est pris à la suite d'une bronchite, d'un syndrome méningé avec broncho-pneumonie de la base gauche. L'examen du liquide céphalo-rachidien a montré qu'il s'agissait d'une méningite purulente à bacille de Pfeiffer. L'état du petit malade s'aggrava rapidement. Il mourut huit jours après le début de la méningite ayant présenté un abcès de la face dorsale du poignet, abcès où foisonnait le bacille de Pfeiffer. Un essai d'autovaccinothérapie n'eut aucun succès.

Discussion : M. GUILLEMOT a vu, en été, deux cas de méningite foudroyante à bacille de Pfeiffer chez de très jeunes enfants, avec abcès dure-mérien. C'est une méningite qui ne pardonne pas.

De la résistance à l'immunisation antidiphtérique contrôlée par la réaction de Schick. — MM. Jules RENAULT et Pierre-Paul LÉVY rapportent l'histoire de deux petites épidémies de diphtérie survenues à un an d'intervalle dans un orphelinat. Grâce à la diphtérino-réaction de Schick, ils ont pu vérifier que les membres de certaines familles sont particulièrement réceptifs à la maladie et rebelles à l'immunisation antidiphtérique naturelle; d'autre part, ils ont pu constater l'absence d'immunisation chez dix enfants qui avaient eu antérieurement la diphtérie. Rappelant que chez les porteurs de germes atteints de formes frustes d'angine diphtérique, l'immunisation s'établit plus facilement que chez les sujets ayant eu des signes de diphtérie clinique, les auteurs pensent que ce résultat paradoxal tient à la différence des traitements appliqués aux deux catégories d'enfants. En effet, les uns ont été soumis à la sérothérapie, les autres ne l'ont pas été. Chez les premiers, grâce au sérum, on obtient une immunisation d'urgence, passive et brève; elle est, au contraire, lente, active et durable chez les autres.

Il serait intéressant de vérifier, si depuis l'avènement de la sérothérapie, les récidives de diphtérie clinique sont plus fréquentes qu'auparavant.

Discussion : M. DUFOUR insiste sur le fait que l'immunité acquise pour les atteintes aiguës d'une infection n'empêche pas l'affection d'évoluer chez le malade.

Les variations de l'azote résiduel du sérum sanguin ou du liquide céphalo-rachidien chez l'enfant. Leur importance comme signe d'insuffisance hépatique. — MM. LESNÉ et BLAMOUTIER. Chez les nourrissons et enfants normaux, la fonction uropoiétique paraît être très développée; la quantité d'azote résiduel dosée dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien est moindre que chez l'adulte. Dans les états pathologiques aigus ou chroniques sans atteinte du foie, le chiffre reste normal. Mais chez les nourrissons et les enfants dont le foie est touché, la quantité d'azote résiduel augmente proportionnellement au degré d'altération de la glande hépatique, qu'il s'agisse d'une affection aiguë (diphtérie, pneumonie) ou d'une maladie chronique (rachitisme et dyspepsie avec gros foie, cirrhose cardiaque). L'augmentation de l'azote résiduel constitue donc, chez l'enfant comme chez l'adulte, le signe fidèle et sensible d'insuffisance uropoiétique, de même qu'une crise d'hémoclasie digestive révèle l'insuffisance protéopétique. Chez plusieurs de nos petits malades nous avons pu déceler simultanément une insuffisance de ces deux fonctions.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1921)

Réaction vasomotrice de la surrénale à l'adrénaline. — M. HALLION, à l'aide d'un pléthysmographe un peu spécial, a pu inscrire les variations de volume de la surrénale et étudier les réactions vasomotrices qu'y provoque l'injection d'adrénaline aussi bien que l'excitation du nerf splanchnique. Il résulte de la concordance des effets, que le grand sympathique fournit à cette glande des filets vasoconstricteurs.

Etude de la réaction de Weichbrodt dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. Georges GUILLAIN et Ch. GARDIN ont étudié, dans 50 cas, la réaction décrite par Weichbrodt en 1916; ils ont recherché dans les mêmes liquides céphalo-rachidiens, la quantité d'albumine, la phase I de Nonne, la réaction de Pandy, la numération leucocytaire, la réaction de Wassermann, la réaction du benjoin colloïdal. La réaction de Weichbrodt a été négative dans des cas de sclérose latérale amyotrophique, de polynévrite, d'encéphalite léthargique, de syndromes parkinsonniens postencéphalitiques, de démence précoce; elle a été légèrement et tardivement positive dans des cas de méningite tuberculeuse, fortement et précocement positive dans des cas de paralysie générale, de tabes, de syphilis cérébro-spinale.

MM. Guillain et Gardin ont constaté que la réaction de Weichbrodt coexiste le plus souvent avec la phase I de Nonne, avec la réaction de Pandy, avec la réaction de Wassermann et avec la réaction du benjoin colloïdal. Il ne semble pas y avoir de rapport absolu entre l'hyperalbuminose globale, la lymphocytose et la réaction de Weichbrodt.

La réaction de Weichbrodt semble donner des renseignements spéciaux sur la fraction globuline des protéines du liquide céphalo-rachidien et n'a pas la même signification que la réaction de Pandy qui paraît une réaction de l'hyperalbuminose. La coexistence d'une réaction de Weichbrodt fortement positive en quelques secondes avec une réaction du benjoin colloïdal positive peut permettre, sans réaction de Wassermann, le diagnostic de la nature syphilitique d'une affection du névraxe.

Un procédé de numération des plaquettes du sang. — MM. Ph. PAGNIEZ et J. MOUZON ont cherché à réaliser un procédé qui n'exige pas la prise de sang dans la veine et qui,

d'autre part, n'expose pas aux erreurs qui, trop souvent, viennent fausser les résultats quand on prélève le sang au doigt. Leur technique consiste à immerger le doigt, aussitôt après piqûre, dans quelques centimètres cubes de liquide de Marcano. On laisse la petite plaie saigner en agitant le liquide jusqu'à coloration légèrement rosée.

La numération est faite en comptant, à l'hématimètre, plaquettes et globules rouges.

Le chiffre des globules rouges donné, d'autre part, par une numération ordinaire permet de calculer rapidement le chiffre des plaquettes.

Les plaquettes du sang, ainsi recueilli dans le liquide de Marcano, conservent parfaitement leur forme et ne subissent aucune agglutination. Dans ces conditions, leur numération donne des résultats constants, ainsi que les auteurs ont pu s'en assurer par une cinquantaine d'examens. La numération comparative avec le sang de la veine, effectuée suivant la technique de MM. Achard et Aynaud montre que les résultats sont sensiblement les mêmes par les deux procédés. Celui que préconisent MM. Pagniez et Mouzon aura l'avantage de permettre facilement des numérations en série chez un même sujet et de permettre ainsi de préciser certains points de la physio-pathologie des plaquettes sanguines.

Recherches expérimentales sur l'hypotension par les produits alliacés. — MM. Loeper, Debray et Chailley-Bert se sont efforcés de démontrer, expérimentalement, l'action hypotensive de l'ail observé en clinique. L'injection à des doses variant de 10 à 20 centimètres d'une macération d'ail filtrée dans la saphène d'un chien, leur a montré la constance de l'hypotension. Cette hypotensiou est surtout persistante après la première injcction; elle est moins durable après la seconde et la troisième. Elle s'accompagne de ralentissement des battements et d'augmentation de leur amplitude. Ces deux derniers phénomènes semblent dus à l'action de l'ail sur le vague, puisque la section des pneumogastriques en supprime l'apparition.

Les divers effets de l'ail sur l'animal sont identiques à ceux que l'ingestion de teinture d'ail produit en clinique.

Chez l'homme, l'augmentation de l'indice oscillométrique et l'hypotension sont manifestes.

L'ail mérite donc d'être classé parmi les produits nettement hypotensifs.

Preuves de l'existence de porteurs sains de virus de l'encéphalite épidémique. — MM. Levaditi, Harvier et Nicolau montrent que la salive d'un sujet n'ayant jamais eu d'encéphalite et absolument bien portant, inoculée au lapin, provoque l'apparition d'une kératite suivie de la mort de l'animal par encéphalite aiguë. L'allure clinique de la maladie expérimentale, et les lésions histologiques des centres nerveux, prouvent que la salive du sujet examiné, renfermait un virus absolument identique à celui de l'encéphalite humaine. Comme ce dernier, le virus salivaire peut être transmis indéfiniment — en série, d'un animal à l'autre — soit par la voie cornéenne, soit par la voie intracérébrale. L'identité est démontrée par des expériences d'immunité croisée : les animaux qui guérissent de la kératite provoquée par le virus de la salive, résistent à l'inoculation du germe de l'encéphalite épidémique.

Le sujet bien portant dont la salive contenait le virus de l'encéphalite, avait été fréquemment en contact avec des encéphalitiques. Il résulte de ces recherches, que dans la maladie de von Economo, comme dans la poliomyélite, il existe des porteurs de germes, et que le rôle de ces porteurs, en tant qu'agents de propagation, doit être pris en considération.

Les auteurs montrent, de plus, qu'il y a identité entre le virus de l'encéphalite épidémique, et celui dit de « l'herpès zoster ».

De la capillaroscopie en aval d'une contre-pression pneumatique. — MM. Laubry et Meyer ont pratiqué l'étude des capillaires de la racine de l'ongle, le bras ou l'avant-bras étant soumis à une compression réalisée par un brassard de l'oscillomètre Pachon.

Ils compriment d'emblée au delà de la maxima, et décompriment graduellement, comme pour prendre une pression artérielle.

Cette technique ne leur a pas permis d'établir un critère capillaroscopique de la tension maxima, comme l'ont pu faire M. Pachon et ses élèves, par une technique inverse. Mais, au cours de la décompression, ils ont noté des variations portant sur : la teinte du champ; le calibre des capillaires; la rapidité du courant sanguin, et son caractère continu ou fragmenté.

Il y a là un ensemble de phénomènes qui paraît répondre à un type général dont il reste à déterminer les modalités physiologiques et pathologiques.

Peste bovine. — MM. E. Nicolas et Rinjard donnent quelques indications sur le procédé qu'ils ont utilisé pour obtenir des quantités aussi importantes que possible de virus destiné à hyperimmuniser les animaux producteurs de sérum contre la peste bovine : saignées répétées, suivies d'injections intraveineuses de sérum physiologique.

MM. Nicolas et Rinjard signalent, en outre, quelques expériences qui leur ont permis de conclure à la réceptivité du porc de race celtique pour la peste bovine.

Les extraits alcooliques de levure de bière dans la polynévrite aviaire. — MM. H. Pénaud et H. Simonnet utilisant le régime artificiel qu'ils ont antérieurement décrit, montrent qu'à la dose quotidienne de 0,10 les extraits alcooliques de levure de bière sèche préviennent l'apparition des accidents pendant une période de huit mois au moins ; leur suppression entraîne l'éclosion des accidents qui sont entièrement curables par l'emploi de ces mêmes extraits.

Ils insistent sur la nécessité d'étudier la valeur préventive d'une substance plutôt que sa valeur curative, celle-ci pouvant être influencée par les troubles qui sont la conséquence de la crise névritique.

Élection. — A la dernière séance, M. Roussy a été nommé membre titulaire.

LIVRES NOUVEAUX

Essai sur la peur aux armées (1),
par A. Brousseau.

La peur est l'une des puissances de la guerre contre laquelle le courage doit certainement mener le plus dur combat. Elle est, suivant la définition de Ribot, la réaction de l'instinct de conservation, sous sa forme défensive vis-à-vis des facteurs externes ou internes qui tendent à la destruction de l'individu.

La peur aux armées, de même que la peur en général, peut être considérée comme normale lorsque la réaction émotionnelle, si intense soit-elle dès l'abord, se trouve rapidement dominée par la volonté ou le sentiment du devoir. Elle peut être tenue pour pathologique quand, par son intensité, sa durée ou sa récidive, elle est manifestement disproportionnée à sa cause apparente. Elle se montre alors comme un épisode morbide résultant des circonstances de guerre, produit par des causes organiques ou mentales, isolées ou combinées, soit chez un homme considéré jusque-là comme normal, soit chez un prédisposé constitutionnel, débile mental ou déséquilibré de l'émotivité.

La peur, émotion dépressive et dissociante, tend à désagréger la personnalité; mais, ou bien elle est dominée et réduite rapidement et totalement, comme à l'état normal, ou bien elle domine la personnalité et se réalise avec ses manifestations désordonnées et délictueuses.

La notion de peur pathologique peut aider à résoudre bien des problèmes de la médecine légale aux armées. Elle doit être connue aussi bien des médecins de corps de troupe que des experts des tribunaux militaires ou des commissions de réforme.

La peur pathologique comporte un traitement étiologique dirigé contre les causes organiques ou psychiques qui la conditionnent, et une prophylaxie basée sur une réforme de l'éducation sociale, orientée vers le goût de l'action et la culture de la volonté.

P. CAMUS.

(1) In-8 de 158 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Die Specifische Percutanbehandlung der Tuberkulose mit dem Petruschkyschen Tuberkulinliniment, par Felix GROHMANN. — Berlin, Urban et Schwarzenberg.

CONGRÈS

CONGRÈS FRANCO-POLONAIS DE MÉDECINE DE VARSOVIE

On nous signale une modification dans la date définitive du Congrès de Varsovie dont nous avons donné le programme dans notre dernier numéro (n° 51, 28-30 juin 1921, p. 802).

Date définitive. Séjour à Varsovie les 15, 16, 17, 18 et 19 septembre, précédés d'un séjour à Poznair de 48 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Hufnagel, 41, rue Poussin, Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 4 juillet. — Jury : MM. Sebileau, président; Gosset, Labbé (M.) et Couvelaire. — M. Brillaut. La coxalgie unilatérale de l'enfance. — Mlle Orsat. De la syphilis et de son traitement par les sels arsenicaux. — M. Couvreux. Contribution à l'étude de la rétinite gravidique. — M. Couraud (Jean). Traitement orthopédique des fractures fermées de la jambe. — M. Loyauté (R.). Des ostéites diffuses du maxillaire supérieur d'origine dentaire. — M. Guérithault (B.). Nouvelle préparation du soufre précipité en suspension.

Jury : MM. Broca (Aug.). président; Letulle, Lereboullet et Méry. — M. Arnaudet (Bernard). Contribution à l'étude de l'étiologie de l'asthme. — M. Simon (Pierre). Contractions réflexes du gros intestin. — M. Boucaud (Maurice). Etude sur l'inégalité pupillaire chez les syphilitiques. — M. Marie (Henri), Technique de prophylaxie pour les petits psychopathes. — M. Morel (Henri). Contribution à l'étude clinique de l'entorse du coude chez l'enfant. — M. Colson (Georges). Les fractures de la clavicule chez l'enfant. — M. Bartement. Du traitement des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant.

Jury : MM. Roger, président; Hartmann, Cunéo et Rouvière. — M. Legrand. Quelques tendances nouvelles en puériculture. — M. Ruelle. — Les déformations secondaires après vissage du fémur. — M. Adenis. A propos d'un cas de fibrome musculaire. — M. Colombet. L'appendicectomie systématique d'urgence. — M. Garcia-Calderon (J.). La méthode périnéo-coccygienne dans le traitement du cancer du rectum. — M. Psaume (Marcel). Contribution à l'étude des greffes du maxillaire inférieur.

Mardi 5 juillet. — Jury : MM. Jeanselme, président; Chauffard, Carnot et Chevassu. — M. Ducassy. Considérations sur la gangrène des membres chez les diabétiques. — Mlle Niletzky. La médication adrénalino-hypophysaire dans l'asthme. — M. Renard (Jacques). Le syndrome sympathique dans les affections gastriques. — M. Netter. Identité d'origine dans la varicelle. — M. Binet (Alfred). Traitement de la blennorragie et complications. — M. Odio de Granda. L'hérédité des fièvres récurrentes. — M. De Douhet. Etiologie du vitiligo.

Jury : MM. Marfan, président; Letulle, Nobécourt et Heitz-Boyer. — M. Paterne (Emile). A propos de cinq cas de maladie de Variot. — Mlle Prospert. Contribution à l'étude du diagnostic des maladies du cœur. — Mme Kourtovitch. Des rapports de la scarlatine avec la tuberculose. — M. Dessein (Arthur). — L'exanthème dans le typhus. — M. Moure (A.). L'angine de Vincent à marche extensive. — M. Farrugia (R.). Les crânes des nourrissons. — M. Schwartz (V.). Contribution à l'étude statistique des maladies de la première enfance.

Jury : MM. Bezançon, président; Brumpt, Laignel-Lavastine et Basset. — M. Pruvost (André). Le syndrome neuro-végétatif dans l'encéphalite. — M. Louineau (Joseph). L'intradermo-réaction et ses applications. — M. Efremidès. Le chlorure de calcium en injection intraveineuse. — Mlle Bernard (Suzanne). Glande thyroïde et tuberculose. — M. Chanal (Louis). Rôle pathogène des moustiques en pathologie humaine.

Jury : MM. Ménétrier, président; Gilbert, Bernard et Terrien. — M. Babalian (Léon). Des rétentions biliaires latentes dans la syphilis. — M. Semenon (Pierre). Contribution à la description de la forme céphalique. — M. Pouget (André). Quelques facies pathologiques — M. Emile-Zola (Jacques). But et organisation d'une crèche antituberculeuse. — Mlle Jacqueline (Marthe). Sur le fonctionnement d'un dispensaire d'hygiène sociale. — M. Levine. Recherche sur l'influence de la menstruation sur la femme tuberculeuse.

Mercredi 6 juillet. — Jury : MM. Roger, président; Pouchet, Couvelaire et Lévy-Solal. — Mlle Lacheret (Pauline). Etude d'une forme colloïdale de l'iode. — M. Chailley-Bert (P.). Etude sur la physiologie de la marche. — M. Dugué. Contribution à l'étude de la colibacillémie. — M. Desoutter (R.). Etude sur le fonctionnement rénal au cours de la polyurie. — M. Ferré (Marcel). Fonctionnement d'une maternité départementale. — M. Powilewicz. L'épreuve de l'hémoclasie digestive chez la femme.

Jeudi 7 juillet. — Jury : MM. Achard, président; Dupré, Claude et Laignel-Lavastine. — M. Maheu (Albert). Essai bactériologique et clinique de préparations pharmaceutiques. — M. Demagnez. Traitement des gangrènes pulmonaires par la sérothérapie. — Mlle Cabiale. Notes sur la spirochétose ictérigène à Paris. — M. Delmas (Paul). Les accès mélancoliques de longue durée. — M. Codet. Essai sur le collectionnisme.

Jury : MM. Marfan, président; Teissier, Philibert et Roussy. — M. Tissot (Paul). L'ouvrière et la natalité. — Mme Vaudet-Brun. Contribution à l'étude de l'anorexie du nourrisson. — M. Cornil (Lucien). Etude anatomo-pathologique de la commotion médullaire. — M. Collin (Maurice). A propos d'un cas de tétanos. — M. Boudot. Deux cas de myxœdème avec glycosurie.

Jury : MM. Bar, président; J.-L. Faure, Lecène et Heitz-Boyer. — M. Plagoust (Yves). Le choc hémoclasique chez la femme enceinte. — M. Peunaforte (Xavier). Contribution à la curiethérapie des tumeurs malignes. — M. Alary (A.). La sténose du pylore par hypertrophie musculaire des nourrissons. — M. Gur (Edmond). Les hémorragies aiguës au cours des ulcères de l'estomac. — M. Lecourt. De la stéatonécrose sous-péritonéale. — M. Martinet (Henri). Les hématomes extra dure-mériens chez les enfants.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Duval, Auvray et Metzger. — M. Frégier (Paul). Les formes cliniques frustes de la rétinite néphrétique. — M. Le Gouriérec (Jean). L'épreuve de la mydriase provoquée chez le sujet normal. — M. Barny de Romanet. Des lésions du nerf optique dans l'encéphalite. — M. Chefneux. Contribution à l'étude du shock traumatique. — M. Raoul (Félix). Une observation d'ostéochondrome des vertèbres.

Samedi 9 juillet. — Jury : MM. Jeanselme, président; Chauffard, Bezançon et Philibert. — M. Gand. La rétinite hypertrophique chez l'enfant. — M. Bilhaud (Marcel). Sur quelques réflexes normaux de membre inférieur. — M. Dauze (Michel). Les formes septicémiques de la méningite. — M. Marbais (Salomon). Pneumobacilles à culture de réaction réversible. — M. Simard (A.). La réaction de fixation de l'alexine. — M. Kohen. La fréquence de la contagion dans le tabes et la paralysie générale. — M. Jacob (Jules). Etude critique des rapports de la tuberculose et du psoriasis.

Jury : MM. Carnot, président; Rénon, Rathery et Guillain. — M. Moore (J.). Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ascite. — M. Farrugia (A.). L'ésérine dans les tachycardies. — M. Perlis (André). Quelques particularités sur la forme fruste du rhumatisme articulaire dans l'enfance. — M. Brisker (Fabien). Hypermeogenèse par injections intraveineuses. — M. Carillon (Joseph). Les trêves de la cirrhose de Laënnec. — M. Dubarry (Raymond). La sérumthérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. Mihaïlesco. Contribution à l'étude du traitement des arthrites tuberculeuses.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Le concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, s'est terminé par la nomination de Mlle le Dr Yvonne Pouzin.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination à une place de chef de clinique, à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, sera ouvert le lundi 25 juillet 1921, à 9 h. du matin, dans la salle des opérations de la clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les Docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 h. à midi, jusqu'au vendredi 15 juillet 1921, à midi.

— Un concours pour la nomination de quatre aides de clinique titulaires et d'aides de clinique provisoires, à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, sera ouvert le vendredi 29 juillet 1921, à 9 h. du matin, dans la salle des opérations de la clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les candidats seront admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 h. à midi, jusqu'au mardi 19 juillet 1921, à midi.

THÈSE DE DOCTORAT. — Par décision ministérielle, le nombre des thèses à déposer par les candidats au doctorat en médecine est porté de 65 à 66.

Les intéressés ne pourront consigner pour leur thèse au mois d'octobre 1921, qu'après remise des 66 exemplaires.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Service de santé. — Un concours sera ouvert, le 22 novembre, à 9 h., à l'Ecole d'application du service de santé militaire à Paris, pour l'admission à quarante emplois de médecins aides-majors de 2e classe et à dix emplois de pharmaciens aides-majors de 2e classe.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés membres de la Commission pour l'étude de la réglementation de la vente des boissons alcooliques :

M. le docteur Papillaud, professeur à l'Ecole d'anthropologie, et M. Riémain, secrétaire général de la Ligue nationale contre l'alcoolisme.

— Sont désignés comme secrétaires rapporteurs du Conseil supérieur de la natalité et de la protection de l'enfance :

Mmes les doctoresses Houvre et Revon.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — L'indemnité annuelle allouée au médecin chargé du service médical de l'Académie de France à Rome, est fixée à 2.000 lires. Cette indemnité est payable mensuellement à raison de 166 lires 66 par mois. (*J. O.* du 26 juin 1921.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des Drs Georges Adelson-Waill (de Paris), Arthur Chervin, directeur de l'Institut des bègues de Paris, décédé à Salamanque (Espagne) au cours d'une mission; Emile Lauwers (de Courtrai), membre de l'Académie royale de médecine de Belgique et de la Société de chirurgie; Paul Robin (du Grand-Serre, Drôme); — et de M. Georges-Robert Garlopeau, externe des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre. Nous adressons à sa veuve, Mme Georges Garlopeau, et à son père, le Dr Garlopeau, l'expression de notre très douloureuse sympathie.

V. E. M. — Comme nous l'avons déjà annoncé, les voyages d'études aux stations hydrominérales et climatiques, créés par le Dr Carron de la Carrière, et qui ont été dirigés, pendant

quatorze ans, par le regretté doyen Landouzy, vont reprendre cette année sous la direction scientifique du prof. Paul Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, dans le but de faire connaître aux médecins français et étrangers nos belles stations de cure.

Le 15e V. E. M. aura lieu aux stations du centre de la France, du 4 au 15 septembre 1921. Grâce aux subventions déjà accordées par (l'Office national du tourisme, la municipalité et la Compagnie fermière de Vichy, la Fédération thermale d'Auvergne, etc.), le prix du voyage qui serait d'environ 750 francs, a pu déjà être ramené à 500 francs. Si des subventions nouvelles le permettent, il sera encore ramené à un prix inférieur, auquel cas la différence serait restituée aux participants. Il est fait appel aux divers groupements pour la création de bourses et de demi-bourses en faveur d'étudiants des diverses Facultés et Ecoles de médecine. Le prix de 500 francs comprend la totalité des frais du point de concentration, Pougues-les-Eaux, au point de dislocation, La Motte-Beuvron : voyage en chemin de fer, première classe; auto-cars, hôtels, repas, pourboires, etc. Une réduction de 50 p. 100 est accordée sur les chemins de fer français du lieu de résidence (ou de la gare frontière) au lieu de concentration (Pougues), et du lieu de dislocation (La Motte-Beuvron) au lieu de résidence (ou à la gare frontière).

Seuls, les médecins et étudiants en médecine peuvent participer à ce voyage; ils peuvent être accompagnés de leur femme ou d'une de leurs filles, jusqu'à concurrence du quart, par ordre d'inscription. Le nombre des places étant limité et un certain nombre de confrères (une soixantaine) ayant déjà adhéré, prière aux confrères français et étrangers de s'inscrire le plus tôt possible, en envoyant par chèque leur cotisation (500 francs) au Dr M. Gerst, trésorier du V. E. M., 94, boulevard Flandrin, Paris, 16e.

ITINÉRAIRE DU 15e V. E M. — *Premier jour* (4 septembre) : Concentration à Pougues-les-Eaux. Déjeuner, conférence, visite, dîner, coucher.

Deuxième jour : Départ à 6 heures, par train spécial, pour Saint-Honoré. Conférence, visite, déjeuner. — Bourbon-Lancy. Conférence, visite, dîner, coucher.

Troisième jour : Bourbon-l'Archambault. Conférence, visite, déjeuner. — Arrivée à Vichy à 16 h. 40. Conférence, dîner, coucher.

Quatrième jour : Vichy. Visite des sources, de l'établissement thermal, de l'embouteillage, etc., déjeuner, excursion en auto-cars à Saint-Yorre et Sail-les-Bains, dîner et coucher à Vichy.

Cinquième jour : Départ à 6 h. 15 pour Chatel-Guyon. Conférence, visite, déjeuner. — Arrivée à Royat à 18 h. 30, dîner, coucher.

Sixième jour : Royat. Conférence, visite, déjeuner, ascension du Puy-de-Dôme, visite de « La Terrasse », à Chamalières, et du sanatorium de Durtol, dîner, coucher à Royat.

Septième et huitième jour : Circuit en auto-cars aux sites climatiques des monts d'Auvergne, Saint-Nectaire (visite, conférence, déjeuner), Besse, Puy-Mary, Le Lioran, Vic-sur-Cère, Salers, Murols, Lac Pavin, Chambon, déjeuner, dîner et coucher en cours de route, retour le 11 septembre pour dîner et coucher au Mont-Dore.

Neuvième jour : Le Mont-Dore, ascension du Puy-de-Sancy, déjeuner, conférence, visite, promenade au plateau du Capucin, dîner, coucher.

Dixième jour : La Bourboule, conférence, visite, déjeuner. — Plateau de Charlannes, dîner, coucher.

Onzième jour : Evaux, conférence, visite, déjeuner. — Néris, visite, dîner, coucher.

Douzième jour (15 septembre) : La Motte-Beuvron, déjeuner, visite du sanatorium, dislocation dans l'après-midi, retour à Paris vers 19 heures.

Correspondance et cotisation : Dr M. Gerst, 94, boulevard Flandrin, Paris (16e).

HOPITAL CLAUDE-BERNARD. — CLINIQUE DES MALADIES CONTAGIEUSES. — *Etudes cliniques et procédés d'exploration concernant les maladies infectieuses.* — Cours de perfectionnement sous la direction de M. le prof. P. Teissier, par MM. les Drs Gastinel, chef de clinique, et Reilly, chef de laboratoire, avec le concours de MM. le Dr Tanon, agrégé de la Faculté de médecine; Dr Monier-Vinard, médecin des hôpitaux; Dr Mahu, assistant d'oto-rhino-laryngologie à la Clinique des maladies contagieuses; Dr Boudon, ancien chef de clinique; Dr J. Dumas, médecin assistant à l'Hôpital Pasteur.

Ce cours commencera le lundi 11 juillet 1921, à 14 h., à la Clinique et aura lieu tous les jours, sauf le dimanche, à la même heure. — A chaque séance, examens de pièces et démonstrations pratiques.

Le droit d'inscription est de 150 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3), les jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à 15 h.

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS (74, rue Denfert-Rochereau, Paris). — CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. — Un cours d'hygiène et de clinique de la première enfance, aura lieu à l'Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, sous la direction de M. le prof. Marfan, avec le concours de MM. les Drs Weill-Hallé et Henri Lemaire, médecins des hôpitaux, Blechmann, chef de clinique, Dorlencourt, chef de laboratoire, et Hallez, chef de clinique adjoint.

Il comprendra 36 leçons, des examens de malades et des travaux pratiques. Il commencera le lundi 25 juillet 1921 et sera terminé le 13 août.

Sont admis à ce cours les étudiants et médecins français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement d'un droit de 150 fr. (S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, jeudi et samedi, de 12 à 13 h.).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — CONFÉRENCES SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Services des Drs BENSAUDE, Félix RAMOND, et LE NOIR. — Les conférences auront lieu pendant *une semaine*, du 11 au 18 juillet, le matin à 10 h., le soir à 15 h.

Travaux pratiques chaque jour après les conférences.

Pour les travaux pratiques, se faire inscrire dans le service du Dr Le Noir, salle Aran.

Droit d'inscription : 100 fr.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE. — ENSEIGNEMENT DE VACANCES. COURS DE PERFECTIONNEMENT, sous la direction de M. Pierre SEBILEAU, professeur. — Un cours de perfectionnement (clinique et technique) fait par MM. les Drs Dufourmentel et Miégeville, chefs de clinique; M. Bonnet-Roy, assistant; MM. Truffert et Chatellier, internes, commencera le samedi 20 août 1921, à 10 h. 1/2, à la clinique de l'hôpital Lariboisière, et continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. Il comprendra 20 leçons. Il sera suivi d'un cours de chirurgie opératoire cervico-faciale sur le cadavre, qui sera annoncé d'autre part.

Droits de laboratoire : 150 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG. — FACULTÉ DE MÉDECINE. (Année scolaire 1921-1922.) — Conférences préparatoires au concours d'entrée à l'Ecole du service de santé militaire (Lyon), s'adressant aux candidats désirant se présenter au concours à quatre inscriptions et dirigées par M. le Dr Aron, chargé de cours : Histologie; M. le Dr Bellocq, chargé de cours : Anatomie; M. le Dr Schwartz, chargé de cours : Physiologie; M. le Dr Simon, assistant de clinique chirurgicale : Pathologie externe.

Les droits d'inscription sont reçus au secrétariat de la Faculté de médecine.

Une affiche spéciale indiquera le début de chacune des conférences.

MYOTONIE FAMILIALE FRUSTE, TYPE THOMSEN

CHEZ UN JEUNE SOLDAT

PAR MM.

H. ROGER et G. AYMÈS
Professeur Chef de clinique
à l'École de médecine de Marseille.

Le diagnostic des myotonies, surtout lorsqu'elles ne s'accompagnent pas d'importante hypertrophie ou atrophie musculaires, est quelquefois fort délicat.

Un cas de maladie de Thomsen avec son cortège classique de symptômes, tel par exemple que celui du militaire que nous avons présenté au Comité médical des Bouches-du-Rhône, il y a quelques mois (1), ne saurait évidemment passer inaperçu, mais il n'en est plus de même des formes frustes de cette affection.

Il est essentiel cependant, spécialement pour les médecins militaires, de savoir les dépister et diagnostiquer d'une façon précise et précoce. Des sujets, en effet, atteints d'une telle affection ont connu, au cours de leur service militaire, de gros déboires, des disgrâces douloureuses, quelques-uns même les pires tribulations. Gaucherie, lenteur, mauvais vouloir à exécuter les ordres, telles sont les épithètes dont on afflige leur « modus agendi » et qui ne sont souvent que prélude à des sanctions disciplinaires graves, lorsque, comme cela s'est produit, l'on va jusqu'à suspecter la simulation.

Il y a là, dans le domaine neurologique, quelque chose d'analogue à ce qui passe dans le domaine psychiatrique pour les militaires déments précoces. L'un et l'autre, le myotonique et l'hébéphréno-catatonique à quelque degré négativiste, soit par troubles de la physiologie musculaire, soit par perturbation cortico-pallidale, paraissent d'un mauvais vouloir insigne, en dépit des objurgations les plus pressantes et semblent même ironiser... Et cependant, il existe peu de malades dont l'avenir social soit plus précaire, plus compromis.

L'on comprend la nécessité du diagnostic précoce des formes frustes lorsqu'on sait combien le sujet court de risques de voir s'aggraver son affection. Comme le disait Dopter (2) « c'est parfois à l'occasion des premières fatigues du service que les premiers troubles caractéristiques, restés latents jusqu'alors, se manifestent ». Et Delage écrivait avant lui, en 1890, « c'est au régiment que dans un nombre de cas relativement grand se sont aggravés les troubles myotoniques ». Il est acquis, en effet, que les fatigues, le froid, les soucis moraux sont autant d'éléments importants d'aggravation. Que penser alors de leur rôle lorsque, infiniment décrus chez un sujet qui fait campagne, viennent s'y agréger l'éthylisme de guerre et les variations incessantes de l'équilibre émotionnel!

Les malheurs du myotonique incorporé ne sont pas seulement d'ordre disciplinaire. Il est parfois victime d'accidents, de chutes, surtout s'il est cavalier. Il a à compter, enfin, avec ses camarades non avertis qui voient dans la lenteur de ses mouvements quelque chose de ridicule et de comique bien propre à lui attirer plaisanteries et brimades. Tente-t-il de réagir, de se défendre ? Il peut lui arriver ce qui se produisit pour le malade de Charcot qui, s'étant querellé, demeura les bras au corps, figé dans une attitude de défense et fut sérieusement battu.

Ce sont, d'ailleurs, de semblables infortunes atteignant le fils du Dr Thomsen qui entraînèrent celui-ci à faire connaître en 1876 au public médical, l'affection familiale à laquelle son nom est demeuré attaché.

Voici l'observation de notre malade.

Bar... (Etienne), vingt ans, cultivateur, 141e infanterie, pris service armé le 20 mars 1920, arrive à son dépôt de Marseille et se fait immédiatement porter malade. Il fait, à l'infirmerie du corps, un séjour d'une semaine au cours duquel on note un peu de fièvre. Ayant pris son service, il se présente de nouveau à la visite, la fatigue provoquant chez lui des douleurs vives dans les membres inférieurs. Il est alors évacué sur le Centre de neurologie, où il entre le 25 mai 1920, avec le diagnostic de « sciatique gauche ».

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves de l'enfance, pas de convulsions, pas d'énurésie, pas d'hérédo-spécificité. Crises de douleurs lombo-sacrées avec irradiation dans les membres inférieurs depuis un an. Soigné à maintes reprises par un médecin pour « diverses crises de rhumatisme, sciatique double très tenace ». Ces douleurs n'empêchaient pas toutefois le malade de travailler.

Antécédents héréditaires. — Père présentant une « impotence à peu près complète des membres inférieurs, suite de rhumatisme, de sciatique chronique », écrit le médecin.

Une sœur présentant également des douleurs dans les membres inférieurs, un frère atteint également d'algies analogues avec troubles moteurs. Six autres frères ou sœurs bien portants.

Pas d'anamnestique de vésanie.

ETAT ACTUEL. — Etat général particulièrement satisfaisant.

Motilité. — La statique habituelle du malade se caractérise par une inclinaison légère et permanente du corps vers la droite, inclinaison qui n'est pas modifiée quand on imprime des modifications à la position de la tête.

Même attitude pendant la marche, pas de déviation à l'épreuve de Babinski-Weill. La descente de l'escalier est lente, mais pas autrement anormale. La course est rapide mais est suivie d'une fatigue très rapide des membres inférieurs avec algie fessière et crurale accentuée.

Amplitude normale des mouvements pour les divers segments des membres. Pas de parésie. Force musculaire assez bonne. Dynamomètre à droite : 20 ; à gauche : 20.

Motilité rachidienne normale.

Sensibilité. — Au point de vue subjectif, rien à signaler quand le malade est au repos. A la marche, algies vives du type sciatique, que nous avons déjà mentionnées et s'irradiant surtout dans les fesses.

Manœuvre de Lasègue rapidement douloureuse, surtout à gauche.

Au point de vue de la sensibilité spéciale, à noter l'existence, il y a près d'un an, de troubles de la vue, amblyopie et sorte d'éblouissement n'ayant comporté ni chute, ni céphalée, ni aphasie.

Sensibilité tactile douloureuse et thermique normale.

Sensibilité profonde conservée.

Réflexes. — Stylo-radial et cubito-pronateur : vifs à droite et à gauche, peut être un peu plus amples à droite.

Rotuliens vifs, achilléens bons, crémastériens, plantaires, normaux.

Réflexes viscéraux intacts.

Pupilles égales, régulières, bien contractiles.

Etat des muscles. — Sujet à musculature développée, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Cette hypermégalie musculaire est plus nette encore à la racine des membres, au niveau des extenseurs à l'avant-bras, au niveau des jumeaux.

La contraction volontaire des muscles se fait, nous l'avons dit, avec une force normale, mais la décontraction s'opère

(1) ROGER et AYMÈS. Myotonie hypertrophique, type Thomsen, *Marseille méd.*, 15 déc. 1919, p. 1114-1118.

(2) DOPTER. Un cas de maladie de Thomsen, *Paris méd.*, 9 mai 1914. — Voir aussi FROMONT et DESMARQUEST. *Soc. méd. d'Amiens*, 1914.

avec une certaine lenteur, nettement appréciable dans les mouvements répétés de flexion et d'extension des doigts. Pour d'autres muscles, ce phénomène est à peine ébauché, mais néanmoins perceptible.

L'occlusion forcée de la bouche est suivie de son ouverture volontaire, lente, progressive, comme en plusieurs temps. Pas de troubles de l'élocution.

Excitabilité des muscles à la percussion, légèrement accrue pour les extenseurs de l'avant-bras droit, et davantage pour les extenseurs et fléchisseurs de l'avant-bras gauche, appréciable également pour les deltoïdes droit et gauche. Aux membres inférieurs hypercontractilité neuro-musculaire pour les vastes externes, les muscles de la loge antéro-externe et les jumeaux gauches. Cette hypercontractilité présente comme corollaire une décontraction lente.

Il s'agit en somme d'une réaction myotonique.

L'examen des *réactions électriques* (28 mai 1920) conduit à des conclusions analogues « hyperexcitabilité galvanique et faradique des muscles, réactions galvanotonique des muscles charnus du membre inférieur droit et gauche (quadriceps crural, demi-membraneux, jambier antérieur, extenseur commun, jumeaux, biceps).

Aux membres supérieurs, réactions galvanotoniques au niveau du deltoïde et des muscles fléchisseurs de l'avant-bras.

Divers organes et appareils normaux. Absence d'albumine et de glucose dans les urines.

Psychisme. — Fond de débilité intellectuelle : bradypsychie, faiblesse de la mémoire d'évocation et de fixation, indifférence relative en ce qui concerne l'infirmité actuelle; le malade a de la bonne volonté mais des tâches très simples peuvent seules lui être confiées.

En résumé : myotonie familiale fruste, type Thomsen, prédominant du côté gauche (*hypermégalie musculaire, lenteur de la décontraction, réaction myotonique, débilité intellectuelle, début précoce et vraisemblablement hérédité similaire*).

La symptomalogie caractéristique du Thomsénisme est donc malgré tout au complet dans ce cas, mais, un peu estompée, elle méritait d'être recherchée avec soin et quelque détail.

Un diagnostic positif aussi ferme nous dispense de différencier ce syndrome des affections qui auraient pu en rappeler quelques-uns des éléments : pithiatisme, troubles physiopathiques, spasmes fonctionnels, tétanie, paramyotonie congénitale d'Eulenbourg, myotonie fugace encéphalitique, myopathie pseudo-hypertrophique de Duchenne, claudication intermittente. De plus, l'hérédité similaire, le début précoce, l'absence dans les anamnestiques d'une toxi-infection aiguë ou chronique, permettent d'éliminer la myotonie acquise.

Ce cas est encore intéressant et diffère des cas classiques en ce qu'il a comporté au début prédominance de troubles de la sensibilité subjective : douleurs vives à type lombalgique et sciatique, sans signe objectif de radiculité ni de névrite. Rien n'était plus apte à égarer le diagnostic.

Inutile d'insister sur la décision à intervenir : élimination immédiate de l'armée.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. Tome XVII : **La Tuberculose en général**. — Paris, Maloine.

Prinzip Theorie und praxis der Vakzintherapie, par Dr Alexander FORBAT. — Prix : 9 marks. — Berlin, Urban et Schwarzenberg.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

DIAGNOSTIC DE L'ÉCLAMPSIE

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

Comme nous l'avons vu dans une note précédente (1), l'étude clinique de l'éclampsie puerpérale comporte l'examen d'un certain nombre de périodes qui se succèdent et se caractérisent évidemment par des symptômes communs, mais aussi par des signes particuliers à chacune d'elles. Cette division est encore plus utile quand il s'agit d'étudier le diagnostic. En effet, suivant les hasards de la pratique journalière, c'est tantôt avant tout accès convulsif, tantôt en présence d'une crise, tantôt enfin devant une malade en plein coma, que vous aurez à reconnaître dans l'éclampsie l'origine des troubles pour lesquels vous êtes consulté et que vous aurez à combattre.

Nous étudierons donc le diagnostic de l'éclampsie : 1° A la période prééclamptique; 2° A la période des accès; 3° A la période de coma; 4° En présence de certaines formes compliquées ou anormales.

I. PÉRIODE PRÉÉCLAMPTIQUE. — Si l'éclampsie est en général facile à reconnaître à la période des accès convulsifs, il n'en n'est pas toujours de même avant leur apparition; et cependant, c'est en portant le diagnostic à cette période que vous rendrez surtout service à vos malades, car un traitement approprié institué rapidement évitera le plus souvent les accès toujours dangereux par eux-mêmes, pour la mère, et pour l'enfant. Ce diagnostic est d'ailleurs facile, à la condition que vous soyez bien persuadé de l'importance de symptômes qui pour être moins solennels que l'accès n'en sont pas moins nets et faciles à mettre en évidence.

Ces symptômes, au point de vue du diagnostic peuvent d'ailleurs se diviser en deux catégories : les uns sont tellement caractéristiques et insolites qu'ils attireront forcément votre attention et feront d'eux-mêmes penser à l'intoxication gravidique, prélude de l'éclampsie : dans cette classe de symptômes, qu'il nous suffise de vous signaler les troubles visuels pouvant aller de troubles légers et passagers à la cécité complète, et les œdèmes énormes qui ne peuvent passer inaperçus; les autres sont beaucoup plus discrets, et d'une nature plus banale qui peut facilement masquer leur véritable étiologie. La céphalée, les vomissements, les hémorragies (épistaxis le plus souvent), sont, nous l'avons vu, des symptômes habituels de la période prééclamptique, mais demandent en général à être recherchés, et surtout rapportés à leur véritable cause. Tenez donc pour suspecte au cours de la grossesse toute céphalée habituelle ou persistante que la malade qualifie volontiers de simple migraine, mais que vous devez, vous, rattacher à sa véritable cause, l'intoxication gravidique ou la spécificité; méfiez-vous aussi des vomissements apparaissant d'une façon inopinée dans la deuxième moitié de la grossesse, des indigestions survenant à cette période; certes, il y a bien indigestion, intoxication alimentaire, mais celle-ci est bien souvent le facteur étiologique immé-

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 7 et 9 juin 1921, n° 45.

diat de la crise d'éclampsie; enfin, ne négligez pas les épistaxis habituelles ou abondantes qui son parfois un signe d'hypertension artérielle. En présence de ces différents troubles, ayez l'attention éveillée, gardez-vous bien de les considérer comme sans importance, et dans tous les cas pratiquez *sans délai* l'examen des urines. Si vous y constatez la présence d'albumine, vous pouvez sans hésitation porter le diagnostic d'intoxication prééclamptique et établir un traitement qui aura toutes chances d'éviter à votre malade les crises qui se préparent.

Si la présence d'albumine dans les urines s'accompagne d'œdèmes des membres inférieurs, d'une hypertension artérielle manifeste, d'une diminution notable de la quantité des urines, votre diagnostic n'en sera que plus assuré. Enfin, si vous constatez de la paresse intellectuelle, de la lenteur dans la parole, des troubles visuels, vous pouvez considérer l'apparition des accès convulsifs comme imminente et la nécessité du début du traitement comme immédiate.

II. Période des accès. — L'accès éclamptique présente une grande ressemblance avec tous les accès convulsivants, et une ressemblance relative avec certains états nerveux observés surtout au moment de l'accouchement et qui ne doivent pas être pris pour des convulsions à type anormal.

Les crises épileptiques et hystériques se distingueront surtout par les antécédents, par de menues différences dans l'aspect et l'évolution des accès, mais surtout par l'absence d'albuminurie, d'hypertension, de troubles visuels.

L'éclampsie saturnine, qui ressemble à s'y méprendre à l'éclampsie puerpérale et qui s'accompagne même d'albuminurie et d'hypertension, sera diagnostiquée surtout par la connaissance de la profession de la malade et par la constatation du liseré gingival.

Des crises dues à une tumeur cérébrale, à une méningite, ont été souvent prises pour de l'éclampsie, d'autant plus facilement qu'il y a, dans ces cas, une céphalée intense et persistante, des vomissements et des troubles de la vue qui peuvent fort bien donner le change : une étude attentive des manifestations convulsives qui souvent dans ce cas sont localisées et revêtent le caractère d'épilepsie jacksonienne, l'absence d'hypertension artérielle générale, l'existence au contraire de troubles circulatoires localisés à la rétine, la constatation de fièvre dans la méningite, enfin l'examen du liquide céphalo-rachidien, sont les principaux moyens qui permettent de découvrir l'origine exacte des crises.

Vous devrez penser aussi, dans certains cas, à la possibilité d'un traumatisme cranien indépendant ou quelquefois même consécutif à la crise même d'éclampsie, la ponction lombaire vous sera, dans ces cas, d'un précieux secours.

Signalons aussi la possibilité tout à fait rare, à l'heure actuelle, d'un tétanos puerpéral dont les crises ne devront pas être confondues avec celles de l'éclampsie.

En dehors des crises proprement dites, l'éclampsie peut être et a été souvent confondue avec l'agitation si particulière que l'on observe dans les cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré; dans ces cas, les malades se plaignent de céphalées, de vomissements, de troubles visuels; elles sont, en outre, en proie à une anxiété et à un malaise général qui se traduit par une sorte de délire de paroles et d'actions qui peut fort bien faire penser à l'éclampsie, surtout si, comme cela a lieu habituellement, on constate dans les urines une quantité notable d'albumine; cependant, le diagnostic est facile à faire, il suffit d'y penser, et de mettre la main sur l'utérus, dont la dureté ligneuse permanente est caractéristique du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

La manie ou folie transitoire que l'on observe quelquefois au cours de l'accouchement et qui s'accompagne de cris, de gesticulations, d'efforts pour sortir du lit, d'agitation plus ou moins marquée, ne ressemble que d'assez loin aux accès convulsifs proprement dits et ne pourrait vous induire en erreur que si vous ignoriez la possibilité de ces accidents.

III. Période de coma. — C'est le plus souvent à cette période que, dans la pratique, vous verrez la malade pour la première fois et que vous serez appelé à porter le diagnostic. En attendant l'apparition d'une crise que vous pourrez observer vous-même, vous aurez à bien vous faire décrire par l'entourage l'accès ou les accès qui ont déjà eu lieu, à rechercher, par l'interrogatoire des parents et l'examen direct, les symptômes de l'éclampsie en dehors des accès (hypertension, céphalées, vomissements, œdèmes), à constater la morsure de langue, enfin, et surtout, à examiner les urines, même s'il est nécessaire de sonder la malade pour se les procurer; dans la pratique, la constatation d'une albuminurie massive suffit à faire porter le diagnostic d'éclampsie en présence d'un coma ayant succédé à une crise convulsive au cours de la gravidité, de l'accouchement et des suites de couches.

L'absence d'albumine et d'hypertension doit, au contraire, vous faire passer en revue tous les comas non éclamptiques : coma éthylique, en se rappelant que l'éclamptique au début de ses malaises pris pour une simple indigestion, a fort bien pu absorber une certaine dose de boisson alcoolique; coma épileptique, coma saturnin, coma opacié, coma apoplectique en n'oubliant pas que l'hémorragie cérébrale est une des grandes complications de la crise d'éclampsie, et que le coma peut, par conséquent, être à la fois éclamptique et apoplectique; l'existence de la paralysie de la face, visible au cours du coma par la déviation des traits, suffira le plus souvent pour faire diagnostiquer l'hémorragie cérébrale, de même que l'existence d'une lésion cardiaque fera penser à la possibilité d'une embolie cérébrale.

IV. Diagnostic de certaines variétés d'éclampsie. — A côté de la forme en quelque sorte banale de l'éclampsie, vous pourrez rencontrer des cas où certaines particularités donnent à la maladie un aspect particulier qui la fait ressembler à toute autre affection. On peut observer, par exemple, des formes frustes qui se traduisent simplement par des douleurs de tête, quelques contractions limitées à la face ou aux membres; ces formes doivent être diagnostiquées avec les névralgies simples, la céphalée spécifique, l'épilepsie jacksonienne, la tétanie; d'autre part, les formes foudroyantes peuvent être confondues avec toutes les causes de mort subite ou rapide, et notamment avec les empoisonnements aigus.

Dans d'autres cas, c'est l'apparition d'une complication qui donne à l'éclampsie une allure particulière et complique le diagnostic. Parmi ces compli-

cations, nous avons signalé l'hémorragie cérébrale; l'apparition de l'ictère, créant ce que l'on a appelé l'éclampsie jaune ou cholémique, pose le diagnostic avec l'ictère grave qui, vous le savez, n'est pas une rareté au cours de la grossesse, puisqu'il peut compliquer et terminer tout ictère gravidique qu'elle qu'en soit la cause.

Enfin, les formes d'éclampsie à séquelles, et notamment à troubles psychiques plus ou moins durables, doivent être diagnostiquées, de tous les troubles intellectuels d'autre nature, et notamment des psychoses puerpérales.

Mais ce sont là des cas exceptionnels, et il ne faudrait pas que vous puissiez en déduire que le diagnostic de l'éclampsie est plein de difficultés, alors que c'est le contraire qui est vrai; pour le faire, il vous suffira, en effet, le plus souvent d'examiner les urines, non seulement en présence d'un accès convulsif, notion qui est certainement définitivement acquise à l'heure actuelle, mais encore devant l'un quelconque des signes de la période prémonitoire, sur l'importance de laquelle on ne saurait trop insister.

IIe CONGRÈS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Paris, 1-6 juillet 1921.

Le Congrès d'histoire de la médecine qui fut fondé l'an dernier, grâce à l'initiative de nos amis belges, et, en particulier, de M. le professeur Tricot-Royer (d'Anvers), a tenu, en 1920, ses premières assises à Anvers. Les confrères français, qui ont assisté à ce congrès, ont conservé un souvenir inoubliable de l'hospitalité belge et ils gardent à l'éminent président de ce congrès, le professeur Tricot-Royer, une véritable gratitude d'en avoir été le promoteur.

Cette année, c'est au tour de la France, à recevoir les savants qui s'intéressent à l'histoire de l'art médical. La séance d'inauguration du IIe Congrès d'histoire de la médecine a eu lieu vendredi matin, à la Faculté de médecine de Paris, dans la belle salle du Conseil que tapissent d'admirables tapisseries des Gobelins.

Le ministre de l'Instruction publique, s'était fait représenter par M. Coville, directeur de l'Enseignement supérieur. A ses côtés, avaient pris place, M. Larnaude, doyen de la Faculté de droit, vice-président du Conseil supérieur de l'instruction publique, représentant le recteur; M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine; MM. les professeurs Jeanselme, président du Congrès, et Ménétrier, professeur d'histoire de la médecine; M. Laignel-Lavastine, secrétaire général.

Dans l'assistance, très nombreuse, siégeaient au premier rang, les délégués étrangers, puis MM. le médecin inspecteur général Sieur, le médecin général Chevalier, M. Mourier, ancien sous-secrétaire d'Etat, directeur de l'Assistance publique; M. Richelot, président de l'Académie de médecine; MM. les professeurs Chauffard, Rénon, J.-L. Faure, MM. les Drs Antheaume, Brodier, Cornet, Desnos, Guillon, Hervé, Legry, Meige, Paul Raymond, Thibierge, Semelaigne, etc.

En ouvrant la séance, M. Coville, après avoir présenté les excuses de M. Bérard, retenu au Conseil des ministres, salue les nombreux délégués étrangers, au nom de l'Université de Paris.

M. Jeanselme, dans un discours d'une belle tenue, après les remerciements, les félicitations d'usage et les regrets de l'absence de M. le Ministre, après un salut cordial à MM. les membres étrangers, à M. le Doyen, à ses collègues de la Faculté et des hôpitaux, à ses collaborateurs pour l'organisation du congrès, aux représentants de la Belgique, de l'Italie, des Pays-Bas, de la Grande-Bretagne, de l'Amérique, de la Roumanie, de l'Espagne, du Portugal, etc., les remercie de la nouvelle marque de sympathie, qu'ils viennent de donner à la science française et qui donne à ce congrès de Paris, qui ne cédera en rien à celui d'Anvers, un véritable caractère international.

Il fait ressortir l'importance de la connaissance des travaux de nos devanciers, partant de l'histoire de la médecine.

Toute théorie, toute doctrine médicale ne sauraient être le fait d'un seul homme. Elles passent par une phase d'enfance, de jeunesse et de maturité.

Les plus grands initiateurs ne sauraient se passer de collaborateurs, ni de continuateurs.

Toute science spéciale doit s'appuyer sur des données des autres sciences et cela est vrai surtout pour la médecine, sans quoi on s'exposerait à de graves erreurs. M. Jeanselme en cite de curieux exemples. Que de soi-disant nouveautés, on retrouve dans la pharmacopée des ancêtres. La pommade soufrée de Celse en est un frappant exemple. L'histoire de la médecine embrasse toutes les sciences, depuis la magie du premier âge jusqu'à l'observation clinique de toutes les sciences biologiques.

M. Jeanselme appelle l'attention sur le très intéressant musée d'art médical qui a été institué à ce congrès, grâce à de belles collections particulières prêtées par MM. Gilbert, Tuffier, Hamonic, Desnos, et autres, collections de livres, d'anciens manuscrits, instruments, etc., que nous serons invités à visiter après la séance.

Dans les jours qui suivront, MM. les membres du Congrès seront également invités à visiter le vieil hôpital Saint-Louis, la Salpêtrière, la Maternité, le vieux bâtiment de la rue de la Bûcherie, etc.

«La façon, dit en terminant M. Jeanselme, dont il a été répondu à notre appel, nous est un sûr garant du succès de ce congrès et ce sera là la plus belle récompense de nos labeurs et de nos peines. »

M. Laignel-Lavastine fait ensuite l'appel des délégués étrangers qui viennent tour à tour lire ou prononcer une adresse au nom de leur pays respectif

C'est d'abord le professeur Tricot Royer, président du Ier Congrès, délégué du gouvernement belge. Il est salué par des acclamations d'autant plus vives que le gouvernement français vient de lui remettre la croix de la Légion d'honneur. Il apporte le salut des 40 participants belges et, après avoir témoigné une fois de plus l'affection de son pays pour le nôtre, il insiste sur l'importance de ce travail en commun, avec des méthodes communes, de façon à former un faisceau sacré qui aboutira à un idéal fécond. Il pense que la centralisation de tous ces efforts ne saurait être réalisée qu'à Paris, centre de lumière unique au monde.

M. Singer, président de la section d'histoire de la médecine à l'Académie royale de Londres, remercie, au nom de ses collègues anglais, les initiateurs de ce congrès où ils viennent trouver, à la fois, profits et plaisirs. Il félicite la France et la Belgique, les deux pays qui ont le plus souffert de la guerre, de cette brillante reconstitution des travaux de la Paix.

MM. Tscherning (de Copenhague), Fernandez de Alcade (de Madrid), Converse (des Etats-Unis d'Amérique), expriment, en termes fort touchants, leur admiration pour la France. Le représentant de l'Amérique fait observer, avec raison, que si l'histoire de la médecine est encore bien jeune dans ce pays, nous pouvons y trouver de précieux enseignements au point de vue des questions d'hygiène et de prophylaxie, ce qui prouve une fois de plus que l'union et la solidarité des nations sont indispensables au progrès.

M. Giordano, maire de Venise, dans une heureuse improvisation, nous démontre que des grands cataclysmes naissent souvent des idées nouvelles, des découvertes qui contribuent ensuite au plus grand bien de l'humanité.

L'écroulement du Campanile, à Venise, a permis de trouver, dans ses décombres, des pierres précieuses qui avaient leur histoire. Après le cataclysme qui vient de frapper le monde entier, nous retrouvons des fondements d'une nouvelle civilisation.

Il est plus que jamais nécessaire que les diverses nations s'unissent, pour assurer les progrès de cette nouvelle civilisation. Entre nos deux peuples, dit en terminant avec humour, M. Giordano, cette union est déjà bien ancienne, car si le Fran-

çais tient du Romain, le Romain tient bien aussi des Gaulois.

Au nom des Pays-Bas, M. DE LINT (de Gorinchem) félicite la Belgique et la France, de l'heureuse idée de ce congrès.

M. JONESCO (de Bucarest) ne manque jamais l'occasion de rappeler sa reconnaissance à la France, sa seconde patrie, et de resserrer, de plus en plus, les liens qui unissent la Roumanie à la France. Elles ont lutté toutes deux pour la liberté, elles doivent s'unir pour la conserver. Elles doivent s'entendre dans la paix, comme elles se sont entendues dans la guerre. Au nom de la Roumanie nouvelle, M. Jonesco salue la France éternelle à laquelle, dit-il, nous devons tant.

M. GUIART, qui est professeur à Lyon et professeur à Cluj, au nom de ses confrères transylvains, apporte son hommage au Congrès de l'histoire de la médecine. Cluj, dit-il, est le Strasbourg de la Roumanie. Il adresse ses meilleurs vœux pour le succès du congrès.

Au nom des médecins helvétiques, M. CUSTOM (de Genève), fait l'éloge de l'esprit français dont la généreuse initiative devrait être imitée par tous les pays.

M. SCHRUTZ (de Prague) au nom des médecins tchécoslovaques, salue le second congrès de l'histoire de la médecine, se fait l'interprète de ses collègues pour exprimer leur vénération à l'égard de la France, qui nous montre si bien le chemin dans l'art de guérir. Il la félicite d'avoir si vaillamment su reconquérir la liberté, et l'assure que la Tchéco-Slovaquie n'oubliera jamais la France chevaleresque.

M. COLOLIAN apporte ses félicitations au nom des médecins arméniens de Constantinople. L'Arménie, dit-il, n'a pas d'histoire de la médecine, non pas parce qu'elle est un pays heureux, mais, au contraire, parce qu'elle est un pays malheureux. C'est en France que les Arméniens viennent s'instruire.

Le prof. SAINT-JACQUES (de Montréal) et M. RICARDO JORGE (de Lisbonne), retenus pour des raisons diverses, avaient envoyé des lettres d'excuses.

M. LARNAUDE remercie MM. les délégués étrangers des hommages qu'ils ont rendus à la science française et à la France. Ces hommages lui ont rappelé ceux qu'il a entendus au Congrès de la paix où l'on a voulu aussi créer de l'internationalisation. « Ici, dit-il, Messieurs, vous y êtes arrivés du premier coup. Vous vous entendez admirablement pour collaborer ensemble au bien de l'humanité. La médecine et l'histoire de la médecine ne connaissent plus de frontières. La France est très touchée des louanges que vous avez bien voulu lui adresser. Mais, tout en vous remerciant, elle ne tient pas à être l'Hégémonie scientifique. Toute hégémonie lui serait odieuse. Toutes les sciences de tous les pays doivent collaborer ensemble au soulagement de l'humanité. »

L'EXPOSITION DE L'ART MÉDICAL

Dans la salle Debove, le bureau du Congrès a fait installer une exposition dont nous ne saurions trop recommander la visite à nos confrères. Elle renferme des éléments d'un intérêt tout à fait remarquable.

Les amateurs de beaux livres s'arrêteront longtemps devant les vitrines de l'exposition collective des docteurs Maurice Villaret et François Moutier. Nous y avons remarqué des livres d'une rareté extrême, parmi lesquels nous citerons, en nous excusant des oublis :

D'abord les anatomies : Premières figures anatomiques dans les *Margarita philosophiæ* (1503-1517) voisinant avec l'œuvre de Jean de Ketham. A côté, des livres du XVIe siècle : Dryander, Bergarius, Charles Estienne. Des éditions très complètes de Vésale et de ses disciples, d'Ambroise Paré, de Paaw, de Bartholin.

Du XVIIIe siècle : l'œuvre anatomique illustrée d'Albinus, l'extraordinaire anatomie artistique de Gauthier d'Agoty.

Quelques incunables, l'œuvre de Marsile Filin, des séries complètes des œuvres de Grévin, Guy de Chauliac, Paracelse, le *Paul d'Epine* et le *Galien* d'Etienne Dolet, l'œuvre de Vigo. Des livres illustrés sur la saignée. Ajoutons toute l'œuvre botanique et médicale de Fuchsius et le rarissime *Hortus sanitatis* de Cuba (1490). L'œuvre de Lancisi, médecin du pape Clément XI, l'œuvre complète de Marat qui fut un savant méconnu avant de devenir un farouche révolutionnaire. Un curieux livre avec de belles illustrations de Tagliacozzi, l'inventeur de la greffe italienne. Plus près de nous, signalons encore le cours de Broussais recueilli par Bouillaud et écrit de sa main.

D'autres beaux livres sont exposés par la bibliothèque de la Faculté, par la bibliothèque Henri Feulard, par le prof. Jeanselme, le Dr Mauclaire, le prof. Marie, le Dr Laignel-Lavastine, le Dr Cabanès, le Dr Desnos.

Puis, ce sont les belles collections d'autographes du prof. Chauffard, du Dr H. Wickham, du Dr Viloux.

Le médailler du Dr Desnos, celui, considérable, du prof. Gilbert. Les estampes de Cabanès, les statues du prof. Paul Richer, les collections de feu Raphaël Blanchard, de René Semelaigne, du Dr Guelliot, du Dr Paul Raymond, qui expose des débris préhistoriques et gallo-romains découverts par lui dans les grottes du Gard et de l'Ardèche.

A côté, voici les beaux ex-libris du Dr Eugène Ollivier et de Henry André, la très curieuse collection d'amulettes du Dr Bérillon, celle du Dr Ancelet, les instruments de MM. Pasteau et Desnos, les collections de l'Ecole de Rouen et de l'Assistance publique.

Enfin, nous avons gardé pour la fin, la collection, vraisemblablement unique, du Dr Hamonic.

Nous renonçons à la décrire ; à elle seule, elle constitue un document unique de l'art médical. Livres, estampes, instruments, appareils d'orthopédie. C'est un magnifique joyau qu'il faut aller voir.

A. BORCHIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 JUIN 1921)

Tumeur fibromateuse de l'intestin. — M. LEJARS fait un rapport sur une observation de MM. Brocq et Hertz relative à un cas de fibromyome de l'intestin grêle ayant pour point de départ la sous-muqueuse et ayant donné lieu à des accidents d'occlusion qui ont nécessité une laparotomie d'urgence. Il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans qui fut amenée, à l'hôpital, n'ayant pas rendu de gaz, ni de matières depuis huit jours et présentant déjà les signes d'une cachexie stercorémique. Anesthésie rachidienne, laparotomie d'urgence ; on trouve une grosse tumeur violacée, complètement libre, sans aucune adhérence.

Elle était largement implantée sur l'intestin grêle dont il fallut réséquer une certaine portion pour enlever cette tumeur qui, en tirant sur cet intestin grêle, en avait déterminé la coudure, cause de l'occlusion remontant à une dizaine de jours. La portion d'intestin réséquée était d'ailleurs sphacélée.

Coxa vara. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. Lepoutre (de Lille). Garçon de six ans et demi présentant une boiterie accentuée du côté droit ; ne souffrant pas ; n'ayant subi aucun traumatisme ; on pensa à une luxation congénitale de la hanche. La radiographie montra qu'il s'agissait d'une coxa vara congénitale.

M. Mouchet rappelle que M. Savariaud considérait la coxa vara comme étant d'origine rachitique. Contrairement à cette opinion, M. Mouchet pense que, tout en étant très rare, la coxa vara congénitale existe et il en cite plusieurs exemples. La radiographie montre les mêmes lésions dans la coxa vara rachitique que dans la coxa vara congénitale. Mais, chez les malades atteints de cette dernière, il n'existe aucun autre signe de rachitisme.

Le diagnostic différentiel est donc facile.

M. Mouchet apporte une nouvelle observation de coxa vara congénitale : enfant de cinq ans, présentant un membre inférieur gauche raccourci de 17 centimètres, ne présentant aucune trace de rachitisme ; le membre est atrophié ; la rotule n'existe pas.

Le fémur est sensiblement diminué de volume, comparativement à celui du côté opposé ; le grand trochanter est à peine visible sur la radiographie ; il y a une atrophie du

bassin correspondant et une absence presque complète du segment supérieur du fémur. Le pronostic est grave, la différence des deux membres devant augmenter avec la croissance.

Greffes osseuses. — M. Wiart analyse un travail de M. Regard qui a fait une série d'expériences sur les greffes d'os vivants et les greffes d'os morts. Les avis sont partagés sur les résultats de ces greffes. M. Regard s'est efforcé d'éclaircir la question. Dans les deux cas, le greffon passe par des phases de fragilité, précoce dans un cas, tardive dans l'autre. Il semble résulter des recherches de M. Regard que la solidité définitive est peut-être mieux assurée avec un greffon d'os mort qu'avec un greffon d'os frais.

Traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. — M. Marion analyse un travail de M. Toupet relatif à deux interventions pour fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. M. Toupet a suivi, dans ces deux cas, la technique préconisée par M. Marion. C'est une opération facile et qui a déjà donné à son auteur de nombreux succès dans les cas de fistules haut situées.

M. Arrou demande à M. Marion s'il condamne d'une façon absolue le traitement des fistules vésico-vaginales par la voie vaginale.

M. Marion répond qu'il n'applique son procédé que pour les fistules haut situées. Il a dû, maintes fois, recourir à la voie transvésicale chez des malades qui avaient subi plusieurs interventions par la voie vaginale sans succès. Par contre, M. Marion ne croit pas que les chirurgiens partisans de la voie vaginale aient eu à intervenir chez des malades opérées par la voie transvésicale.

Oblitération veineuse. — De M. Lecène un rapport sur une observation de M. Trevet (de Malo-les-Bains). Un ouvrier de trente-sept ans est pris d'une douleur brusque au niveau du membre supérieur gauche. Il s'agissait d'une oblitération veineuse. La veine axillaire est indurée. Le traitement par les enveloppements humides ne donne aucun résultat. M. Trevet intervient dix-huit jours après le début des accidents. Il trouve une thrombose de l'humérale, libère la veine qui était atteinte de phlébite latente devenue oblitérante. Quel rôle attribuer au traumatisme? On reste dans le doute.

Traumatisme cranien. — Second rapport de M. Lecène sur un cas de traumatisme cranien communiqué par M. Constantini. Il s'agit d'une fracture de la base du crâne. Une ponction lombaire donne un liquide sanglant. On fait ainsi plusieurs ponctions de suite. Le neuvième jour, l'état s'aggrave. Large trépanation, ouverture de la dure-mère; les symptômes s'amendent, l'hémiplégie disparaît, guérison. L'auteur avait intitulé cette observation : commotion hypertrophique, dénomination que n'admet pas M. Lecène. Il fait quelques réserves sur l'abus qui a été fait, dans ce cas, des ponctions lombaires. Les neurologistes nous enseignent que la multiplicité des ponctions lombaires n'est pas toujours sans inconvénients. Par contre, M. Lecène approuve la large décompression cérébrale qui a été faite chez ce malade.

Le traitement des ulcères variqueux. — Une discussion s'élève à laquelle prennent part MM. Ockinczyc, Proust, Duval, Lenormand, Dujarrier sur le traitement par les incisions circonférentielles. Les bons résultats fournis par cette incision doivent, sans doute, être attribués à la sympathectomie.

M. Alglave apporte au débat un travail très documenté, très complet sur la question. Il passe en revue les diverses interventions, insistant sur le procédé Moreschi-Reclus, l'incision circonférentielle qui, dans les ulcères simples, lui a donné de bons résultats. Mais, dans les ulcères graves, M. Alglave préfère à toute autre méthode la résection du vaisseau. Depuis 1902, il a recours à cette opération avec un succès presque constant, succès que ne donnent pas toujours les autres procédés. Il nous donne un grand nombre d'observations, nous montre un certain nombre de radiographies qui plaident en faveur de l'opinion qu'il soutient avec une louable énergie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 JUIN 1921)

Sclérodermite par intoxication calcaire. — M. Guelpa présente une malade atteinte de sclérodermie avec dépôt par place de masses calcaires parfois abcédées avec pus surchargé de cristaux de phosphate de chaux. L'affection augmentait depuis vingt-cinq ans. « Cure Guelpa » depuis vingt-quatre jours : amélioration déjà remarquable. Tension descendue de 25 à 20.

Luxation méconnue et irréductible du coude. — M. Péraire en présente un cas datant de trois mois : la malade étant complètement infirme, il dut recourir à l'intervention sanglante. Arthrotomie et réduction. Il aurait pratiqué la résection du rouleau huméral, au pis aller, si la réduction avait été impossible; le résultat a été excellent. Il s'élève contre le traitement fait au début, immobilisation pendant huit semaines dans un appareil plâtré, au lieu de radiographier le coude luxé, pris pour une fracture. — M. Mouchet pense que cette arthrotomie n'est pas le procédé de choix et que la résection eût permis d'obtenir un meilleur résultat fonctionnel, que, d'autre part, une incision postérieure eût été moins inesthétique que les deux incisions postéro-latérales employées. — M. Péraire considère la résection comme un pis-aller, qui produit souvent un coude ballant, témoins, les mauvais résultats rappelés par Bégouin à la Société de chirurgie. Il estime que les incisions latérales donnent beaucoup plus de jour.

A propos de l'auto-hétéro-vaccin antigonococcique. — M. Lavenant rappelle que la vaccination antigonococcique a eu le malheur d'être employée sans aucune règle, d'où les différences très variables obtenues dans son application. Il faut tenir compte des réactions individuelles, du mode de préparation du vaccin, des milieux de culture, des races différentes de gonocoques, des associations microbiennes, des doses employées, de la date de la vaccination. L'auteur emploie la vaccination après la période aiguë, mais toujours avec le traitement local dont la vaccination n'est qu'un adjuvant. — MM. Sée, Melamet, Gastou prennent encore part à la discussion.

Les applications pratiques de la rééducation auditive. — M. Maurice présente un appareil de traitement de la surdité par la rééducation auditive, au moyen de vibrations sonores dont il règle à volonté la durée, l'intensité, la tonalité et le timbre. Il y adjoint parfois la diathermie, les exercices actifs à la voix, la gymnastique musculaire et le massage vocal; ce traitement peut et doit être appliqué à tous les cas de surdité dans lesquels l'ouïe n'est pas totalement perdue.

Un cas de chirurgie conservatrice par fibromyectomie abdominale. — M. Dartigues a enlevé, chez une femme de trente-deux ans, un fibrome gros comme une tête d'enfant, par une incision de 10 centimètres de la face antérieure de l'utérus. Suture de l'utérus après capitonnage; péritoine vésico-utérin ramené sur la suture pour la rendre plus étanche. A ce propos, l'auteur montre les ressources des diverses opérations de chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes.

Deux cas de tuberculose de l'ischion. — MM. P. Meyer et Rœderer présentent deux cas de cette localisation rare de l'ostéite tuberculeuse : un cas classique, et un autre un peu spécial par l'âge du malade et le siège de l'abcès; bord du sacrum. La radiographie, comme toujours, fut très utile.

Conceptions nouvelles en thérapeutique. — M. Leprince (de Nice) montre que la théorie des élections appliquée à la physiologie et à la pathologie conduit à admettre une période vibratoire des élections cellulaires variables suivant l'état de santé ou de maladie. Tout médicament dont la période vibratoire est identique à celle de la maladie qu'il est appelé à guérir, sera spécifique pour cette maladie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — DÉFINITION

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION DU 7 AVRIL 1921

Dans un précédent article, nous avons indiqué ce qu'il fallait entendre par l'expression de la loi « accidents survenus *par le fait ou à l'occasion du travail* ». Il importe de préciser qu'il faut entendre cette expression d'une manière très large : en effet, aux termes de la récente jurisprudence de la Cour de Cassation, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail doit être *présumé* provenir du travail, et c'est au patron qu'il appartient de faire la preuve contraire.

Déjà, un arrêt du 8 février 1911 (S. 1911-1-280) avait décidé qu'une chute est par elle-même un accident et que si elle se produit à l'heure et au lieu du travail, elle est un accident du travail ; l'ouvrier, victime d'un accident, doit prouver l'accident et la relation de cet accident tant avec le travail qu'avec l'incapacité dont il se plaint. Mais il n'a pas à en établir *la cause*, la responsabilité du patron n'étant dégagée que s'il prouve que la victime a intentionnellement provoqué l'accident.

La Cour de Cassation, dans son arrêt du 7 avril 1921, vient de confirmer cette jurisprudence, en s'appuyant sur les termes très généraux de l'article 1er de la loi du 9 avril 1898.

« Attendu, dit-elle, que toute lésion qui se produit dans un accident survenu, par le fait du travail ou à l'occasion du travail, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant de cet accident ;

Attendu que D..., employé au service de la Société « l'Energie électrique du Nord de la France », se trouvait sur la plate-forme d'un tramway allant de Roubaix à Tourcoing, lorsqu'il est tombé tout à coup sur le sol, a été relevé immédiatement sans connaissance et est mort presque aussitôt ;

Attendu que l'arrêt attaqué, se fondant sur les documents versés aux débats, d'où il paraissait résulter que la mort aurait été naturelle, vraisemblablement due à une congestion ou à une hémorragie cérébrale, a rejeté la demande d'indemnité formée par la veuve D..., pour le motif qu'il n'était pas possible de considérer comme démontré que la mort de D..., fut la conséquence de l'accident du travail dont il avait été victime ;

Qu'en statuant ainsi, l'arrêt a mis à la charge de la veuve D..., une preuve qui ne lui incombait pas et a par suite violé l'article de loi susvisé (art. 1er de la loi du 9 avril 1898) ;

Par ces motifs,

Casse... »

Le dernier *attendu* de l'arrêt qui vient d'être relaté résume la jurisprudence et son fondement comme nous venons de les faire connaître au début de nos observations.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

ANASARQUE ET ŒDÈME

L'œdème est une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané. c'est un symptôme lié soit à une gêne circulatoire d'origine mécanique, soit à une affection du rein, du cœur ou du foie, soit enfin à un état dyscrasique du sang. La région œdématiée est pâle, tendue, luisante, tuméfiée, les plis normaux ont disparu et la pression y détermine un godet persistant caractéristique. Elle peut s'ulcérer, se sphacéler, se couvrir de phlyctène ou présenter des crevasses. Quand l'œdème se généralise à tout le corps, il prend le nom d'anasarque.

Indications thérapeutiques. — 1° Augmenter la diurèse. Soutenir le cœur et augmenter la circulation, en réduisant la quantité de boissons absorbées par le malade, de façon à ce que les liquides excrétés soient puisés dans l'intimité des tissus.

Soutenir le cœur et augmenter la circulation en donnant, par exemple, des préparations à base de digitale ou de digitaline, et, suivant les cas, de caféine ou de spartéine. Cette médication doit être parfois prolongée, or, la digitale s'accumule avec une grande facilité et peut être même, surtout dans les cas d'œdème d'origine rénale, cause d'accidents. On emploiera de préférence le diurène, extrait total d'adonis vernalis. Sous cette influence, la quantité des urines augmentera rapidement, en même temps que les battements du cœur se régulariseront en se renforçant.

On le prescrira, par exemple, à la dose de trois à six cuillerées à café par jour. La théobromine maintiendra l'effet obtenu par le diurène lorsque celui-ci aura cessé d'être employé.

2° Favoriser l'action des autres émonctoires. La désintoxication de l'organisme se fera par l'antisepsie intestinale et les soins hygiéniques ou les frictions à l'alcool sur la peau. On donnera la préférence aux purgatifs drastiques.

3° Evacuer au besoin les sérosités du tissu cellulaire sous-cutané. Si les œdèmes sont trop abondants, on pourra être amené à faire des mouchetures aux points déclives des régions les plus tuméfiées.

4° Hygiène et alimentation. Les malades devront habiter un pays sec et doux, éviter les efforts. Il sera bon de les maintenir au lit. L'hydrothérapie peut rendre des services sous forme de bains tièdes, puis par un enveloppement complet déterminer une sudation abondante.

Régime lacté ou régime déchloruré, tous deux réussissent parfaitement. On donnera, dans le courant de la journée, un litre de lait en dehors des repas, des légumes cuits sans sel, des pâtes alimentaires, des compotes de fruits, des fromages blancs et frais.

Ajouter à ce régime un peu de viande grillée ou de poisson d'eau douce. Pain sans sel et comme boisson, le lait et l'eau en petite quantité. Dans tous les cas, il est indiqué de traiter la maladie causale de l'œdème.

CLIMATOTHÉRAPIE

LA CURE D'HÉLIOTHÉRAPIE MARINE POUR LES JEUNES FILLES DE CONDITION MOYENNE

LA FONDATION MADELEINE J.-L. FAURE A CANNES

Nous avons déjà signalé à nos lecteurs, la belle fondation de Mme J.-L. Faure qui permet aux jeunes filles et aux femmes de condition moyenne, de faire, dans des conditions particulièrement remarquables, des cures d'héliothérapie marine.

Au moment où s'ouvre la période des vacances, période pendant laquelle il est si difficile de trouver, pour nos malades, des séjours favorables à des prix acceptables, nous croyons utile de signaler, à nouveau, à nos confrères, cette institution charitable.

La fondation Madeleine J.-L. Faure est située à Cannes, à l'extrémité de la Croisette, dans la belle villa des Araucarias. Remarquablement exposée, elle constitue un lieu de séjour particulièrement agréable en toutes saisons. Il ne faut pas croire, en effet, que la côte d'Azur soit inhabitable en été. Les nombreux touristes qui villégiaturent tous les ans entre Toulon et Antibes, savent combien la côte dorée par un soleil d'Orient est rafraîchie par la douce brise de mer.

On ne pouvait trouver un endroit plus favorable pour les tuberculoses osseuse, articulaire et ganglionnaire.

La fondation Madeleine J.-L. Faure s'adresse, comme nous l'avons dit, aux malades de condition moyenne, à cette catégorie de malades qui ne peuvent être admis dans les hôpitaux et qui, d'autre part, reculent devant les prix très élevés des grands sanatoriums.

Grâce à la générosité de sa fondatrice, et du comité qu'elle a fondé, les Araucarias peuvent recevoir des malades payant *10 francs par jour*.

Le prix de la pension est payé d'avance chaque mois par les parents ou les protecteurs des enfants ; cette pension mensuelle doit être envoyée à Mme la Directrice, à Cannes.

Les voyages sont à la charge des parents, mais l'Œuvre peut quelquefois obtenir un prix réduit.

Les demandes de renseignements et d'admission devront être adressées à Cannes, à Mme la Directrice, ou à Mme J.-L. Faure, 10, rue de Seine, à Paris, et être accompagnées de :

1º Un bulletin indiquant l'état civil des enfants, ainsi que le lieu de résidence des parents ou protecteurs ;

2º Un bulletin médical spécifiant d'une manière précise que l'enfant n'est affecté d'aucune maladie contagieuse. Ce bulletin portera le nom et l'adresse du médecin traitant.

La durée de séjour devra être d'un temps minimum indiqué par le docteur. En cas de départ, on devra prévenir un mois à l'avance.

Sont appelés à profiter du traitement marin, les enfants atteints de tuberculose osseuse, articulaire ou ganglionnaire, à l'exclusion de ceux qui sont atteints de tuberculose ouverte des poumons.

En cas de maladie, les médecins résidant à Cannes prendront toute décision qu'ils jugeront nécessaire.

Les enfants de la Fondation recevront l'enseignement religieux demandé par les parents.

Un bulletin de santé est expédié régulièrement tous les mois à chaque famille.

Nous ne saurions trop recommander à nos confrères, cette belle œuvre qui est appelée à rendre tant de services à toute une catégorie de malades.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. — Tome XV : **Infections à germe connu** (1), par MM. le prof. HUTINEL, DARRÉ, LENGLET, AYRIGNAC, PHILIBERT, PAILLARD, MILHIT, BAUR, A. LEMIERRE, VIOLLE, MARCANDIER, AMEUILLE, H. ROGER, BOIDIN, MARTEL, BOTREAU-ROUSSEL, NEVEU-LEMAIRE.

Dans le *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, la description des *Infections* comprend trois volumes consacrés respectivement aux *Infections parasitaires*, aux *Infections à germe inconnu* et aux *Infections à germe connu*. De ces trois volumes, les deux premiers sont déjà parus depuis quelque temps : le troisième fait, aujourd'hui même, son apparition.

Il commence par une magistrale étude du prof. Hutinel et du Dr Darré sur l'*Infection* en général, considérée dans son essence, dans son mécanisme, dans ses manifestations, dans son traitement. En moins de cinquante pages se trouvent clairement résumées toutes les notions, si abstraites, relatives à l'immunité, aux anticorps, aux lysines, à la vaccination, à l'allergie, bref aux procédés d'attaque des germes infectieux et aux moyens de défense de l'organisme. MM. Lenglet et Ayrignac s'occupent ensuite des *Infections typhoïdes* qu'ils ont eu l'occasion d'observer de très près au cours de la guerre, et dont ils brossent un tableau personnel, se gardant bien de répéter les banalités qui traînent dans tous les anas, et dont la plupart ne résistent pas à la critique. A M. Philibert, a été dévolue la tâche de mettre au point la difficile question des *Septicémies* et de nous en faire connaître les seuls éléments actuellement indiscutables et immédiatement utilisables pour le traitement, qu'il s'agisse de protéinothérapie ou de choc provoqué. Du même auteur, un bon chapitre sur l'*Erysipèle de la face*. M. Paillard (de Vittel) expose, en un article d'une élégante précision, tout ce qu'un médecin instruit doit savoir des *Infections anaérobies*, qui ont pris, dans ces dernières années, tant d'importance pratique, puisqu'il convient de leur rattacher la plupart des gangrènes. De M. Milhit, une bonne vue d'ensemble sur la *Diphtérie*, sujet mouvant et toujours en évolution. M. Baur s'est chargé de la *Méningite cérébro-spinale* que, en sa qualité de médecin militaire, il a eu tant de fois l'occasion de dépister et de combattre. Puis viennent des articles encore plus d'actualité et que les auteurs présentent de telle sorte que leur lecture dispense de tout autre travail : *Tétanos*, par M. Lemierre; *Choléra*, par M. Violle; *Peste*, par M. Marcandier, ces deux derniers, véritables spécialistes en ces sujets sur lesquels ils ont publié, soit de complètes monographies, soit d'intéressants mémoires. M. Ameuille résume en quarante pages toute l'histoire d'une maladie qui n'est peut-être pas aussi morte qu'on le croit souvent : la *Lèpre*. MM. Henri Roger (de Marseille), Boidin et Martel s'occupent respectivement de la *Mélitococcie*, du *Charbon* et de la *Morve*, affections que, de par leurs recherches antérieures, ils connaissent mieux que quiconque. M. Botreau-Roussel, un des rares médecins ayant vu des centaines de cas de *Pian* et de *Goundou* condense, en quelques pages, les principales notions relatives à cette curieuse infection, tandis que M. Neveu-Lemaire rapproche, dans sa description, deux affections, l'une à germe inconnu, l'autre à germe connu, mais très voisines l'une de l'autre, la *fièvre de la Oroya* et la *Veruga peruviana*.

Telle est, en quelques mots, l'ordonnance de ce nouveau volume qui, par le choix des collaborateurs, l'esprit dans lequel il est rédigé, l'abondance de l'illustration, mérite de prendre place auprès des quatorze déjà parus et qui ont, comme chacun sait, trouvé l'accueil le plus flatteur auprès du grand public médical. L. G.

(1) In-8 de 104 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Manuel pratique de la médication hypodermique [3e édition] (1), par MM. P. ABRAMI, G. BOSC, FERNET, N. FIESSINGER, H. GILLET, L. RIVET, SAÏSSI, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux ou anciens internes des hôpitaux de Paris, et HERPIN, dentiste des Quinze-Vingts.

La 3e édition de ce Manuel vient d'être éditée par les soins du Laboratoire d'hypodermie de Paris, avec la collaboration d'auteurs particulièrement qualifiés qui en ont réalisé la mise au point et ont présenté dans certains chapitres des vues tout à fait nouvelles et originales, en tenant largement compte de l'expérience acquise pendant la guerre.

Au cours de celle-ci, les recherches des médecins ont plus particulièrement porté sur le traitement du paludisme, de la dysenterie, sur la vaccination contre les maladies infectieuses et spécialement contre la fièvre typhoïde. Les efforts des chirurgiens aidés des bactériologistes, ont également visé à prévenir ou à traiter par des moyens hypodermiques (séro ou vaccinothérapie) les infections si redoutables des plaies de guerre. Sur ces divers points, on trouvera des chapitres rédigés très clairement, et d'un point de vue essentiellement pratique par des médecins s'étant particulièrement occupés de ces questions. C'est ainsi que M. Noël Fiessinger a rédigé avec sa grande compétence le chapitre consacré à la sérothérapie, à la vaccinothérapie, à la toxinothérapie. M. Abrami, dont on connaît les remarquables recherches sur le paludisme, a exposé sa façon de comprendre le rôle de l'hypodermie dans le traitement de cette affection. M Rivet a mis au point la question de l'hypodermie dans le traitement hypodermique de la dysenterie amibienne.

Les autres chapitres ont été mis au point de façon particulièrement soignée par les auteurs qui les avaient rédigés dans les éditions précédentes : les applications de la méthode hypodermique à la thérapeutique générale, par M. Gillet; le traitement hypodermique de la syphilis, par M. Fernet; les applications de la méthode hypodermique au traitement de la tuberculose (tuberculines et sérums antituberculeux) et au traitement des tuberculoses externes, par M. Bosc; l'anesthésie locale, par M. Saïssi; M. Herpin a consacré un chapitre intéressant aux applications de la méthode hypodermique à l'anesthésie de la face et des dents. L'ouvrage est complété par un rapide exposé de la méthode hypodermique au diagnostic.

Conçue dans un esprit essentiellement pratique et mettant au point ce que tout médecin doit savoir pour la pratique de la médication hypodermique, cette nouvelle édition trouvera certainement auprès du public médical le même accueil que les éditions précédentes. Il s'agit d'un livre qui sera entre les mains de tout praticien au même titre qu'un formulaire ou un manuel de thérapeutique. L. G.

(1) Un vol. de 352 pages avec 11 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, Albert Buisson, 157, rue de Sèvres.

La désertion devant l'ennemi. Etude clinique et médico-légale (1), par MM. Paul BLUM et Jean R. POISSON.

C'est un fait bien avéré que parmi les déserteurs se trouvent un grand nombre de malades. Il était permis de penser que parmi tous les débiles et les déséquilibrés que l'armée avait dû incorporer hâtivement, au cours de cette guerre, un certain nombre ne pourraient supporter, sans une faillite complète de leur énergie morale, les fatigues et les émotions violentes de la vie de campagne, et se montreraient déserteurs.

Ces sujets appartiennent à bien des catégories différentes. Les auteurs proposent très justement de les classer, en tenant compte des circonstances de la réalité, dans les trois groupes suivants. Les uns sont d'anciens aliénés réformés et récupérés, dont les actes morbides relèvent, par conséquent, de psychopathies anciennes; les autres sont atteints de troubles psychiques aigus, soit d'ordre toxique ou infectieux, soit d'ordre émotionnel ou commotionnel.

C'est à dépister ces cas, c'est à en reconnaître l'étiologie, à la fois psychique et physique, c'est à en relever l'observation clinique, c'est à en établir le diagnostic positif et différentiel d'avec la simulation, c'est enfin, à en montrer les conséquences médico-légales que doit consister, essentiellement, le rôle du médecin-expert.

Le livre de MM. Blum et Poisson, riche de faits cliniques, écrit dans une forme littéraire intéressante, est une étude synthétique de la désertion, considérée non comme un acte d'indiscipline ou de lâcheté, mais embrassée du point de vue de la psychiatrie et de la médecine légale. P. CAMUS.

Le Tubercule de Carabelli (2), par le Dr H. LEFEBVRE.

« C'est en 1842, que, pour la première fois, G. Carabelli décrit, sous le nom de tuberculus anomalis, un tubercule fréquent de la face interne des molaires supérieures et, plus particulièrement, de la première, dont la base est située près du collet de la dent et dont le sommet séparé de la couronne se tient libre dans la cavité buccale. Il ajoute que cette cuspide est toujours moins élevée que les quatre autres cuspides principales, et qu'on a pu croire, dans certains cas, au moment de l'éruption des dents à la venue d'une dent surnuméraire. »

Cette anomalie a été étudiée depuis, notamment par Magitot et Galippe.

M. Lefebvre, qui vient de lui consacrer sa thèse, arrive aux conclusions suivantes :

« Le tubercule de Carabelli peut s'observer sur chacune des trois molaires supérieures permanentes ainsi que sur la deuxième molaire de lait. C'est sur cette dernière dent et la première molaire permanente qu'il est de beaucoup le plus fréquent dans nos régions.

On l'observe chez tous les peuples de l'ancien et du nouveau monde ainsi que sur les races préhistoriques.

Il n'est pas spécial à l'homme, on l'observe chez certains animaux actuels, les lémuriens en particulier, ainsi que chez des espèces fossiles.

C'est une formation normale, indépendante de la syphilis, dont l'acquisition remonte à une époque fort reculée. »

La Submersion intra-utérine du fœtus (3), par le Dr Jean HUMBERT.

Dans la grande majorité des cas, 64 p. 100 d'après Haberda, la mort naturelle du fœtus est la conséquence de sa souffrance, au cours de l'accouchement.

Dans son excellente thèse, le Dr Humbert montre que, lorsque le fœtus souffre pendant l'accouchement, il est exposé à faire des efforts respiratoires prématurés et à aspirer du liquide amniotique et du méconium. Il peut ainsi succomber à une véritable asphyxie intra-utérine accompagnée de submersion dans le liquide amniotique. Cet accident se rencontre beaucoup plus souvent dans les accouchements clandestins que dans les accouchements assistés.

De nombreux procédés ont été proposés pour mettre en évidence, dans les voies aériennes des cadavres de nouveau-nés ou de mort-nés, les éléments constitutifs du liquide amniotique et du méconium. Le meilleur paraît à M. Humbert, être celui de MM. Balthazard et Piédelièvre : coloration des coupes par la méthode de Gram et par le bleu de toluidine phéniqué. Cette méthode permet de caractériser les cellules cornées et les poils du liquide amniotique ainsi que le mucus et les granulations du méconium.

L'aspiration de très petites quantités de liquide amniotique est physiologique et ne permet pas de tirer de conclusions.

Au contraire, lorsque les causes de la morti-natalité restent inconnues, et qu'il n'existe aucune trace de violences en rapport avec un infanticide, la constatation de débris de liquide amniotique ou de méconium en forte proportion, dans les alvéoles pulmonaires permet d'incriminer l'asphyxie intra-utérine et de conclure à la mort naturelle du fœtus, alors même que l'enfant serait venu au monde vivant et que ses poumons renfermeraient une petite quantité d'air.

Dans quelques cas rares, les débris de liquide amniotique, constatés dans les voies aériennes, ont été aspirés hors de l'organisme maternel. Il est exceptionnel qu'alors on ne trouve pas dans les alvéoles pulmonaires d'autres corps étrangers provenant des liquides du récipient dans lequel le nouveau-né a subi la submersion.

(1) Un vol. 130 p. — Prix : 6 fr. — Paris, Vigot.
(2) *Thèse de Paris*, 1920. — Paris, Jouve et Cie.
(3) *Thèse de Paris*, 1920. — Paris, Jouve et Cie.

CONGRÈS

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE. (ROME, 20 SEPTEMBRE 1922.) — Le prof. Perroncito nous communique le programme suivant du congrès :

1. Les greffes expérimentales.
2. La régénération des nerfs dans la pathologie expérimentale, dans les maladies nerveuses et dans les lésions de guerre.
3. Ténacité de la vie des parasites animaux et végétaux.
4. Etat actuel du problème du cancer. Orientation désirable des recherches.
5. Vitamines et maladies par carance chez l'homme et chez les animaux.
6. Les maladies à virus filtrants.
7. Fièvre aphteuse : Nouvelles recherches.
8. Peste bovine ou des ruminants. — Nouvelles recherches.
9. Peste des poules.
10. Peste des abeilles.
11. Flacherie des vers à soie.
12. Bactériophages.
13. Tumeurs bactériennes des végétaux.
14. Piroplasmoses.
15. Symbiose et parasitisme chez les végétaux.
16. Cycle évolutif du dibothriocephalus latus.
17. Cycle évolutif des ascarides.
18. Cycle évolutif des ancylostomes ou ankylostomes.
19. La gale de l'homme et des animaux.
20. La diaspis pentagona et la prospartella Berlesei.
21. Questions relatives au phylloxera.

Seront en outre admises toutes questions proposées par les Congressistes au Comité exécutif avec un abrégé préventif présenté avant le 1er avril 1922.

CONGRÈS INTERNATIONAL DU TRAVAIL INTELLECTUEL, organisé à Bruxelles, les 20, 21 et 22 août 1921, par l'Union des Associations internationales. — Ce congrès traitera six questions :

1° Examen des conditions faites à l'intelligence et aux travailleurs intellectuels dans la société nouvelle;

2° Protection des intérêts professionnels, corporatifs et privés dans l'ordre des travaux de l'esprit;

3° Problème des imprimés et de la presse;

4° Etablissement d'un plan d'action;

5° Etude du problème de la Société des nations.

6° Place à faire dans la Société des nations à l'intellectualité, comme elle en a fait une déjà au travail manuel et à la finance.

La cotisation est de 20 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Congrès, Palais Mondial, Parc du Cinquantenaire (à Bruxelles).

NOTES POUR L'INTERNAT

CAUSES. SIGNES ET DIAGNOSTIC

DES

ORCHITES AIGUËS[1]

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Il devra être fait avec :

A. **Les lésions voisines.** — 1° INFILTRATION D'URINE ET PHLEGMON URINEUX : la tuméfaction peut, en effet, atteindre le scrotum. Mais un simple examen suffit à faire le diagnostic : le phlegmon a débuté et prédomine dans la région périnéale.

2° HERNIE INGUINO-SCROTALE ÉTRANGLÉE : l'erreur est possible dans certaines formes d'orchite avec phénomènes de pseudo-occlusion (vomissements, arrêt des matières). Mais une palpation attentive permet de constater les signes physiques de l'étranglement herniaire. Le diagnostic devient beaucoup plus difficile s'il s'agit d'orchite d'un testicule en ectopie.

B. **Les lésions des bourses.** — 1° CONTUSION DES BOURSES : à la suite d'un choc on voit se produire rapidement un hématome; dès le lendemain, les bourses et la verge sont noirâtres, tendues et lisses. La résorption se fait assez rapidement.

2° PHLEGMON DES BOURSES : il existe une porte d'entrée de l'infection qu'un examen minutieux met en évidence; très rapidement apparaît la fluctuation.

C. **Les affections du cordon.** — 1° VARICOCÈLE : dans les cas habituels l'absence de douleurs, les signes physiques caractérisent suffisamment le varicocèle. L'erreur ne serait possible que dans les cas de crise douloureuse aiguë ou de complication telle qu'une *thrombo-phlébite du cordon.*

2° KYSTE DU CORDON ENFLAMMÉ : on trouve sur le trajet du cordon et indépendante du testicule, une bosselure plus ou moins volumineuse dont la localisation exacte permet de faire le diagnostic.

D. **Les affections de la vaginale.** — 1° HYDROCÈLE : elle se différencie par sa consistance uniforme, sa rénitence, sa translucidité. Mais il ne faut pas oublier que l'hydrocèle complique souvent les orchi-épididymites aiguës; l'épanchement peut même être assez abondant pour rendre très difficile l'examen du testicule et de l'épididyme.

2° HÉMATOCÈLE OU PACHYVAGINALITE : le diagnostic peut être difficile dans certains cas, à cause des poussées successives qui surviennent souvent au cours de l'évolution lente de l'hématocèle; en quelques heures la tumeur se tend, augmente de volume, devient douloureuse, puis tout se calme. A ce moment-là, le diagnostic devient facile : la peau du scrotum est distendue, sillonnée de grosses veines; la tumeur semble lourde; elle est dure, indolente; il est impossible de séparer le testicule de l'épididyme.

E. **Affections de l'épididyme.** — *Kyste de l'épididyme : kyste spermatique :* il s'agit d'une tumeur arrondie, lisse, molle et fluctuante ou au contraire rénitente, surplombant le testicule dont un sillon permet de la délimiter. L'erreur ne serait possible que dans le cas d'infection du kyste.

F. **Tumeurs du testicule.** — Leur évolution est habituellement progressive. Mais il existe des formes de cancer du testicule remarquables par leur début pseudo-inflammatoire et leur évolution rapide. La tuméfaction du testicule est considérable. Sa surface est parfois bosselée, sa consistance souvent variable d'un point à l'autre. L'épididyme reste indemne un certain temps, mais le cordon est toujours augmenté de volume.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Le diagnostic étiologique est très facile dans les cas d'orchite survenant au cours d'une **infection générale** (typhoïde, variole), au cours des *oreillons.* Cependant l'orchite peut être la seule manifestation de l'infection ourlienne et dans ce cas il faut se baser surtout sur la notion d'épidémicité.

Il est également facile de rapporter à sa cause une orchi-épididymite survenant au cours d'une **blennorragie aiguë.** Cependant l'écoulement urétral diminue souvent à l'apparition de l'orchite. Quand le sujet n'avoue pas l'existence d'un écoulement dans les jours qui ont précédé l'orchite, il importe de faire un examen minutieux pour déceler la blennorragie; le méat est rouge, enflammé, le canal déférent est gros et douloureux. Dans les cas de doute, l'examen devra être complété par la recherche du gonocoque dans une goutte de pus urétral étalé sur lame. Au cours de la blennorragie aiguë cette recherche bactériologique est toujours positive.

Le diagnostic devient plus difficile dans les cas d'orchite consécutive à une **blennorragie chronique.** On se basera sur les antécédents de goutte militaire, sur la coexistence de prostatite, de déférentite. L'examen bactériologique du pus urétral pratiqué à ce moment-là montre très rarement la présence de gonocoque. On trouve surtout des cellules de desquamation de la muqueuse urétrale, quelques polynucléaires, des cocci, mais habituellement pas de gonocoque.

Dans les cas où un examen minutieux permet d'éliminer la blennorragie, il faut penser à la **tuberculose aiguë** dont nous avons déjà indiqué les symptômes. Le diagnostic se basera surtout sur l'évolution de la maladie, car aucun signe positif ne permet au début de la distinguer de l'orchi-épididymite blennorragique.

Reste la question de l'**orchite traumatique** si importante à cause des *accidents de travail.* Ce diagnostic est souvent porté alors qu'il s'agit d'épididymite blennorragique ou tuberculeuse devenue douloureuse à la suite d'un choc ou d'un effort. Aussi la plupart des auteurs modernes sont-ils d'avis de supprimer ce terme d'orchite traumatique dangereux au point de vue clinique parce qu'il dispense d'un diagnostic précis. Ils conseillent plutôt de dire suivant les cas : *contusion* sans plaie d'un ou des deux testicules; poussée aiguë d'épididymite tuberculeuse provoquée par une contusion des bourses; épydidimite blennorragique réveillée ou aggravée par un choc.

Dans tous les cas, ce diagnostic de *contusion simple* ne doit être fait que par élimination, après avoir passé en revue toute la pathologie testiculaire. On examinera comparativement les 2 glandes et dans chacune le testicule, la tête et la queue de l'épididyme, le canal déférent, le cordon. On pratiquera le *toucher rectal* qui permettra parfois de dépister une tuberculose prostatique ou une prostatite chronique. La recherche de la goutte urétrale, de filaments dans l'urine permettra parfois de dévoiler une urétrite méconnue ou niée par le malade. On constatera souvent ainsi que le traumatisme n'a été qu'une cause occasionnelle ayant réveillé une lésion préexistante des organes génito-urinaires.

En résumé, toute orchi-épididymite aiguë doit faire penser avant tout à la blennorragie qu'il faudra dépister par tous les moyens déjà indiqués, et c'est après avoir éliminé cette affection qu'on sera en droit de penser aux autres causes.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité de médecine*, GILBERT et THOINOT. — *Précis de pathologie chirurgicale*, JEANBRAU. — *Pratique médico-chirurgicale.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*; 1921, n° 47, p. 751; n° 49, p. 783, et n° 51, p. 799.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des affections de l'oreille, par M. LERMOYEZ, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine; M. BOULAY, ancien interne des hôpitaux de Paris, et A. HAUTANT, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Tome Ier : *Généralités, Oreille externe, Oreille interne.* — 1 vol. grand in-8 raisin de 1014 pages, avec 345 figures dans le texte. Prix : 65 fr. — Paris, G. Doin.

Le traitement actuel de la syphilis, par le docteur E. EMERY, médecin de Saint-Lazare, avec la collaboration du docteur A. MORIN, ancien interne de Saint-Lazare. 1 vol. in-8 de 229 pages. Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat en médecine. — *Epreuve de sélection. — Epreuve écrite.* — Questions (1re série.) : 1° Insertions de la capsule et des ligaments de l'articulation coxo-femorale;

2° Insertions des muscles de l'éminence thénar;

3° Portion thoracique du nerf phrénique et ses branches terminales,

(2e série.) : 1° Circonvolutions rolandiques (sans l'histologie et sans la vascularisation;

2° Configuration extérieure et rapports des vésicules séminales;

3° Rapport de la trachée dans sa portion cervicale.

— Liste des candidats par ordre alphabétique :

1. MM. Ackermann, Adam, Agnès, Alary, Allaire, Amiot, André, Aragon, Ardoin, Armand,

11. Armingeat (Jean), Arrivot, Arthaud, Arviset, Asselin de Williencourt, Mlle Aubriot, MM. Aubry, Auger, Augustin, Autier,

21. Azalbert, Azam, Azerad, Baclesse, Bagot, Baillis, Baize, Baldy, Banzet, Baranger (André),

31. Barbaro, Barbellion, Bardol, Bardy, Bariéty, Barillot, Barragué, Barret, Barry, Baruk,

41. Bascourret, Mlle Baud, M. Baudet, Mlle Baudry, MM. Bazouge, Beau (Henri), Beaux (Maurice), Benda, Bernard (Raymond), Berson,

51. Mlle Bertazzi, MM. Berthet, Berthier, Bertrand (Jean), Bertrand (Yvan), Mme Bertrand-Fontaine, MM. Biancani-Daveggio (Elio), Biancani-Daveggio (Hugo), Bianquis, Biar,

61. Billard (Jean), Blanche (André), Blanche (Marcel), Blondeau, Blondel, Blondin, Blum (André), Blum (Gaston), Blum (Jean), Bodin,

71. Mlle Boegner, MM. Boehler, Bohn, Boltanski, Bonan, Bonis, Bonnot, Bordas, Boudrant, Bouessée,

81. Bouillié, Boulanger, Boulay, Bourdin, Bourdon, Boussange, Bouttier, Boyer, Bréger, Brenniel,

91. Breton (François), Breton (Marc), Breuillé, Briault, Brunet, Brunière (de la), Buhler, Buisson, Burgeat, Burnouf,

101. Busser, Cabanis, Caffort, Cahen, Calbet, Callégari, Camino, Camus, Cardot, Carette,

111. Carvaillo, Castéran, Cayla, Célice, Cerné, Chabaud, Chabrun, Chabrut, Chadourne, Chalot,

121. Chaperon, Chapplain, Chapuis, Chassigneux, Châtellier, Chauveau, Chazel, Chenilleau, Cherouvier, Chevallier (Marc),

131. Chevereau, Chiffre, Christophe, Clément, Codet, Coffin, Cogné, Cohen, Comet, Compin,

141. Corby, Corneau, Couderc (Jean), Coudert (Emile), Couturier, Crama, Mlle Cremieu, MM. Crocquefer, Dalsace (Jean), Dalsace (Robert),

151. Dambier, Darfeuille, Darquier, Deconinck, Decoularé-Delafontaine, Decourt, Degisors, Delafontaine, Delage, Delagenière,

161. Delalande, Delgove, Delotte, Demelin, Demerliac, Denis (Maurice), Denis Le Sève, Denniel, Denoy, Dapouilly,

171. Dereux, Derocque, Descharmes, Mlle Desgrez, MM. Desoubry, Desprairies, Destouches, D'Hour, Diamantberger, Digonnet,

181. Djordjevitch, Djourovitch, Dollfus, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Dubois (Paul), Duchein, Ducourtioux, Ducrochet, Dufestel, Dufieux,

191. Dufour, Dufourcq-Lagélouse, Duhail, Duhamel, Dumas (Jean), Duncombe, Dupont (Maximilien), Durand (Jean), Duval, Ehrenberg,

201. Escalier, Evrain, Faraut, Farret, Faure (Henri), Fénal, Ferciot, Férey, Ferrier (Marcel), Ferru,

211. Fettu, Fidon, Filliol, Finzi, Flahaut, Flipo, Mlle Fontaine, MM. Forgeron, Fortier, Fortin,

221. Foulon, Foyatier, François, Fremiot, Fresquet (de), Mlle Frey, M. Froehlicher, Mlle Frontard, MM. Froyez, Fumery,

231. Gallois, Gallet, Galtier, Garcin, Gardinier, Garnier, Gasiglia, Gautier, Gély (Louis), George (Paul),

241. Ghouila-Houri, Giberton, Gillet, Girard (Lionel),

Girard (Raymond), Gomet, Gournay, Gouvenot, Grandperrin, Grinda,

251. Grognot, Gruntescu, Guérin (Maurice), Guiberteau, Guignebert, Guilleminot, Guyonnaud, Mlle Guyot, M. Guyot, Mlle Halperson,

261. MM. Hamburger, Harburger, Mlle Harmelin, M. Haye, Mlles Hébert, Hendlé, M. Henne, Mlle Henry, MM. Héraux, Hériard,

271. Hernu, Hiély, Hirschberg (André), Holodenko, Huard, Huas, Hudelo, Huet (Pierre), Huguenin, Mlle Hugueny,

281. MM. Hurez (Jules), Hurez (Marcel), Hyvert (Maurice), Imbert, Isaac (Georges-Pierre), Iselin, Isnel, Jacquemaire, Jacquinet, Jais,

291. Jamet, Jany, Jarrige-Lemas, Jean, Joanny, Job, Jondeau, Jonesco, Jossand, Juge,

301. Kalt, Kaplan, Kenzinger, Kesseler, Kollitsch, Kourilsky, Krief, Krivine, Laban, Lacapère,

311. Lacassie, Mlle Lachowski, M. Lacombe, Mlle Lacroix, MM. Laffaille, Laffitte, Lafont, Lallemant, Lambling, Lamy,

321. Langlois, Lapeyre, Laplanche, Laporte, Laquière, Laroche, Lataix, Laurain, Laval, Lavialle,

331. Lazare, Lebègue, Le Blay, Lebon, Leboucher, Lechaux, Leclainche, Le Clerc, Lecœur (Marcel), Lecœur (Pierre),

341. Le Conte des Floris, Mlle Lecoq, MM. Le Coulm, L'Ecuyer de Villers, Ledoux, Lefebvre (René), Lefèvre (Georges), Lefèvre (Pierre), Legrand, Lehmann,

351. Leibovici, Lejard, Leloup, Lemaire, Lemière, Lemonnier, Lenfantin, Lenoir, Lenormand, Lepaumier,

361. Leplat (Gabriel), Leplat (Georges), Lerond, Leroy, Levassor, Leviez, Mlle Lévy (Gabrielle), MM. Lévy (Jean), Lévy (Marcel), Lévy (Markus),

371. Lévy (Robert), Lévy-Neumand, Leydet, Lichtenberger, Lichtwitz, Lieutaud, Lifschitz, Lindegger, Lot, Longchampt,

381. Longepierre, Lorion, Lotte, Loubeyre, Louet, Lougnon, Louvel, Lubin, Lucq, Lumière,

391. Luton, Machavoine, Magdelaine, Magnillat, Mahieu, Mallein-Gérin, Mangini, Marcel, Marchand (Joseph), Marchand (Julien),

401. Marq, Marteret, Martin (Henri-Félix), Martin (Henri-Victor), Martin (Jacques), Martin (Michel), Martin (René), Martin (Robert), Martineau, Martiny,

411. Marty, Marzouk, Mathias, Mathieu, Mlle Mauclaire, MM. Mauvoisin, Maximin, Mayer, Maziol, Meillère,

421. Ménard, Ménégaux, Menuau, Mérat, Merklen, Méry, Meurdrac, Meurisse, Meyer-May, Michaux,

431. Michel-Béchet, Mlle Mircouche, MM. Missirliu, Molec, Molimard, Mollaret, Monbarin, Monot, Moraux, Mordret,

441. Moret, Morlaas, Mornet, Mouls, Mounier (Pierre), Mounier (Roger), Mourret, Moussoir, Mouton, Nadal,

451. Nativelle, Naveau, Mlle Nicolle, MM. Nida, Oberthür, Oblin, Olivier, Pagès, Panis, Pannier.

461. Parfonry, Parisot, Pasquier, Pavie, Pellissier, Pérard, Perdu, Péribère, Périgord, Péron,

471. Péronne, Petit, Mlle Pétot, MM. Petrignani, Peynet, Phelipeau, Philippeau, Pichat, Pierrot, Pissavy,

481. Piton, Plichon, Poincloux, Mme Poissonnier, MM. Potelune, Poulain, Poulet, Poulin, Poumailloux, Poussard,

491. Prat-Flottes, Prévost (Gilbert), Prévot (André), Puech, Py, Rachet, Raoul, Ray, Renard, Renault,

501. Restoux, Retel, Reverdy, Ribardière, Ribière, Ricard, Richard, Riéra, Rigal, Rimé.

511. Ripert, Risacher, Risterucci, Robin (Roger), Roeser, Romeyer, Rondy, Roseau, Mlle Roudinesco, MM. Rougier,

521. Rousseau, Roux, Sabadini, Salathé, Salavert, Salmon, Salvan, Samsoen, Sarles, Sauvage,

531. Mlle Sazerac de Forge, MM. Scemla, Sébileau, Séglas, Seguy, Seillé, Seligman (Pierre-André), Séligmann (Emile), Senoze, Servel,

541. Mlle de Sèze, MM. Simon, Soulas, Soullier, Souron, Stockman, Sureau, Surmont, Tailhefer, Talon,

551. Tambareau, Tariel, Teurnier, Theillier, Thévenard, Thin, Thiolat, Thirion, Thomas, Tiby,

561. Thierny, Mlle Tisserand, MM. Tissier, Toulouse Tournilhac, Tourtou, Touvay, Triboulet, Trotot, Truchard,

571. Vacher, de Vadder, Valat, Valence, Vanbockstael, Vanheuverswyn, Vassal, Vassitch, Villetard de Prunières, Villey-Desmeserets,

581. Vincent (Armand), Vincent (Maurice), Vincent du Laurier, Violet, Von der Horst, Vuillame, Wahl, Waïtz, Wallich, Mlle Waynbaum,

591. MM. Weill, Westphal, Wickham (Roger), Wickham (Yves), Widiez, Willemin (Jean), Willemin (Louis), Mlle Wolff.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Perrin.

— *Concours pour la nomination de deux médecins des hôpitaux.* — Le lundi 21 novembre 1921, le Conseil général d'administration des Hospices civils de Lyon ouvrira un concours public pour la nomination de deux médecins des hôpitaux de Lyon.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 12 novembre 1921, à 11 h. du matin.

Pour toutes autres conditions d'admission au concours consulter l'affiche, ou s'adresser à l'Administration centrale des Hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 44, bureau du personnel.

DISPENSAIRE GÉNÉRAL DE LYON. — Le concours du dispensaire général, vient de se terminer.

Ont été nommés et classés dans l'ordre suivant : MM. Morénas, Bertoye, Ph. Rochet, Bertoin, Vergnory et Proby.

MÉDAILLE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille d'honneur de l'Assistance publique a été décernée, en Algérie, aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'or. — MM. Rey (Alfred) et Sabadini (Jean), docteurs chirurgiens honoraires des hôpitaux d'Alger); Morsly Taïeb, médecin traitant à l'hôpital de Constantine.

HOPITAL BEAUJON. — LA GYNÉCOLOGIE COURANTE, en 10 leçons, par M. le Dr SAVARIAUD. — Cours de vacances du 18 au 28 juillet.

Le cours aura lieu tous les matins de 8 h. 1/2 à 11 h.

Il comprendra une partie théorique et une partie pratique. Cette dernière comportera des examens de malades par les élèves et le professeur, des démonstrations d'instruments, de pansements et d'opérations gynécologiques à la rachianesthésie.

Programme. — Les méthodes d'exploration. — Les grands symptômes. — Les métrorragies. — L'Aménorrhée et la dysménorrhée. — Les déviations utérines. — Principales malformations congénitales. — Les déchirures du périnée. — Les fistules urinaires et les fistules rectales. — Le prolapsus utéro-vaginal. — La grossesse ectopique et ses complications chirurgicales. — Vulvovaginite. — Bartholinite. — Métrite. — Salpingite. — Tuberculose annexielle. — Polypes et fibromes utérins. — Cancer du col et du corps. — Kystes. — Cancer de l'ovaire. — Abcès du sein et tumeurs de la mamelle.

Le premier cours aura lieu à l'amphithéâtre de Clinique de l'Hôpital Beaujon, le lundi 18 juillet, à 8 h. 1/2.

Les droits d'inscription sont de 100 fr.

Prière d'en adresser le montant à M. le Dr Savariaud, 31, rue Marbeuf.

Places gratuites réservées à MM. les internes et externes des hôpitaux.

RENSEIGNEMENTS

577. — **EXTERNE DES HOPITAUX**, 16 inscriptions, demande remplacement campagne juillet et août. — S'adresser au journal.

REVUE GÉNÉRALE

LES INDICATIONS DE LA VACCINOTHÉRAPIE
DANS L'OSTÉOMYÉLITE DE CROISSANCE A STAPHYLOCOQUES

Par M. J. MARAIS, interne des hôpitaux de Paris.

Dans l'application de la vaccinothérapie au traitement de l'ostéomyélite de croissance, les directives manquent de précision. On ne peut en apporter de meilleure preuve que les divergences de vue chez les chirurgiens qui ont vacciné jusqu'à présent les malades atteints d'ostéomyélite.

Ombrédanne déclare que la vaccinothérapie est inutile dans les formes subaiguës, qu'elle « n'améliore pas le foyer initial et n'empêche pas l'apparition d'un foyer secondaire » dans les cas aigus, qu'elle donne des résultats plus probants dans les séquelles.

Mouchet soutient également cette opinion. Veau n'a qu'une médiocre confiance dans la vaccination qui ne semble pas avoir modifié la gravité très grande de la périostite phlegmoneuse diffuse, et il ne retardera jamais l'intervention chirurgicale.

Au contraire, Broca, Delbet, Rocher et Laserre, de Fourmestraux enregistrent des guérisons dans les cas aigus.

Sihol reconnaît, lui aussi, l'heureux effet des vaccins sur l'évolution des symptômes à la période inflammatoire, mais il n'est pas loin de les accuser de donner une fausse sécurité, car chez ses deux malades, ils ont masqué, dit-il, l'évolution de lésions osseuses graves.

Cette diversité d'opinion chez des observateurs également soucieux de la vérité, montre encore qu'il ne faut pas s'attendre à trouver dans la vaccinothérapie un critérium thérapeutique des affections à pyogènes. Son action a des limites. Faute d'y avoir songé, certains, déçus dans leurs espérances, ont peut-être renoncé à un moyen de traitement qui judicieusement employé peut rendre des services.

Raymond Grégoire, apportant à la Société de chirurgie en 1920, une statistique de 17 cas d'ostéomyélite traités par les vaccins, a précisé les indications de la vaccinothérapie. Il conclut :

« Dans les formes septiques..., il faut opérer de suite, la vaccination sera peut-être un adjuvant, elle ne sera sûrement pas curatrice »; « dans les formes subaiguës et aiguës..., la vaccinothérapie est parfaitement indiquée et a toutes chances de succès »; « dans les formes chroniques, la méthode d'immunisation par le vaccin est rarement indiquée. Le tissu mort forme une épine irritative... Il est de toute nécessité d'agir chirurgicalement pour l'extraire. »

Depuis deux ans, nous avons recueilli un grand nombre de faits consignés dans 54 observations. Celles-ci ont été publiées soit dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* par MM. Raymond Grégoire et Baumgartner, soit dans notre thèse par nous. Leur étude nous a fourni quelques précisions sur l'opportunité de la vaccinothérapie dans le traitement des diverses formes anatomo-cliniques de l'ostéomyélite de croissance à staphylocoques.

Le traitement de l'ostéomyélite de croissance par les vaccins comporte d'une part des contre-indications d'ordre général que nous fournit un examen minutieux et complet du malade; d'autre part, des indications locales ressortant des symptômes initiaux, de leur évolution et surtout de l'étude anatomique de la lésion osseuse, dans la mesure où il est possible de la faire sur des radiographies prises en série.

Contre-indications générales. — Wright spécifie les contre-indications de la vaccinothérapie dans les affections à pyogènes : la cachexie, le collapsus, l'insuffisance rénale, hépatique, cardiaque et la tuberculose pulmonaire.

L'ostéomyélite, maladie de la période de croissance évolue en général chez des individus dont les organes sont sains. Il est exceptionnel de se trouver en présence d'enfants ou d'adolescents atteints soit d'insuffisance cardiaque, soit d'insuffisance rénale.

Chez nos malades, le fonctionnement du cœur était parfait. Nous n'avons donc aucune expérience des inconvénients de la vaccinothérapie dans les cardiopathies.

Néanmoins il nous semble possible d'admettre que la vaccination ne peut avoir d'influence néfaste sur le cœur dans le cas d'une lésion valvulaire bien compensée. Il faut, au contraire, considérer comme une contre-indication absolue les symphyses cardiaques et les pancardites rhumatismales de l'enfance qui s'accompagnent de déficience du myocarde.

Les réactions cardiaques de l'enfant après l'injection vaccinale sont constantes et impressionnantes. A chaque fois, nous avons observé de la tachycardie avec un pouls variant suivant les cas de 110 à 160. Si avec un cœur normal, cette tachycardie ne s'accompagne, ni d'angoisse, ni de dyspnée, ni de cyanose, il n'en serait peut-être pas de même avec un myocarde altéré.

Dans nos cas, l'élimination de l'urée était normale. Quand nous avons vérifié la perméabilité hépato-rénale, nous avons observé une bonne élimination du bleu de méthylène.

Quatre de nos malades avaient des traces d'albumine dans l'urine; deux autres ont présenté des hématuries.

Une albuminurie légère ne s'oppose pas à l'emploi des vaccins maniés à dose faible. Non seulement l'albumine n'a pas augmenté après des injections de 400, 800 millions de corps microbiens, mais elle disparut rapidement au cours du traitement.

Une hématurie qui n'augmente pas d'abondance, ne nous semble pas une contre-indication à la vaccinothérapie.

Si nous mettons à part le malade atteint de septicémie à staphylocoques qui mourut et à l'autopsie duquel on trouva un infarctus du rein droit comme d'ailleurs un infarctus du myocarde, nous voyons dans le second cas, ostéomyélite à forme aiguë, l'hématurie rester stationnaire malgré l'injection de doses progressivement croissantes, 200, 400, 600, 800 millions de corps microbiens. Les urines redeviennent normales après trois semaines.

Les lésions pleuro-pulmonaires aiguës, évoluant parallèlement à une ostéomyélite ne s'opposent pas à la vaccination. Deux malades ont guéri sans phénomènes de recrudescence : l'un, d'un double foyer de congestion des bases; l'autre, d'une congestion de la base droite avec épanchement séro-fibrineux de la grande cavité pleurale.

La tuberculose pulmonaire, a été considérée par Wright comme une contre-indication absolue. Il

faut peut-être en appeler de ce jugement; les faits nous y incitent.

Expérimentalement, Madeleine augmente par des injections intraveineuses de staphylocoques tués la résistance des lapins à la tuberculose.

Nicolle et Blaizot font à des tuberculeux des injections de vaccins antistaphylococciques et améliorent leurs malades. Le premier cas d'ostéomyélite traité par la vaccinothérapie évoluait chez un adolescent de quinze ans, présentant des lésions de tuberculose pulmonaire, Read n'observa aucune aggravation des lésions. La nature de la maladie importe peut-être moins que sa forme anatomo-clinique. Il se peut que des injections vaccinales maniées avec prudence n'aggravent pas des formes torpides de la tuberculose pulmonaire, alors qu'elles pourraient être nocives chez des malades atteints soit de bacillose chronique avec poussées congestives évolutives, soit de bacillose aiguë à type de granulie ou de broncho-pneumonie caséeuse.

Or, la tuberculose de l'enfance et de l'adolescence a pour caractère une tendance à la généralisation. Ses manifestations pleuro-pulmonaires affectent, plus souvent que chez l'adulte, la forme granulique et la forme de broncho-pneumonie caséeuse.

Nous pensons que, en matière de vaccinothérapie, il faut tenir compte du terrain sur lequel évolue la bacillose. Celle-ci commande chez l'enfant une grande prudence dans le maniement d'un vaccin destiné à guérir une maladie intercurrente à pyogènes.

Indications locales. — Nous pouvons ranger les faits que nous avons observés en trois catégories.

Dans un premier groupe, la vaccinothérapie a été inutile. Dans un deuxième, la vaccinothérapie a donné des résultats probants et tangibles, soit qu'elle ait été employée comme traitement unique, soit qu'il ait été utile de lui associer une intervention minima, ponction d'abcès par exemple.

Dans un troisième groupe, enfin, la vaccinothérapie paraît avoir eu une action plus discrète; elle n'a été qu'un adjuvant de l'acte chirurgical nécessaire. Mais c'est un adjuvant précieux qui a permis de réaliser l'intervention dans des conditions éminemment favorables, c'est-à-dire de pratiquer « à froid » une désinfection chirurgicale du foyer osseux et de tenter, après exérèse des tissus malades, une suture de la plaie opératoire.

Formes septiques. — La vaccinothérapie est déficiente dans les formes septiques de l'ostéomyélite.

Blanc et Colombe ont vérifié le fait à propos d'un cas de pyo-septicémie à staphylocoques d'origine furonculeuse. Ombrédanne l'a contrôlé à nouveau. Nous-même, malgré la guérison de deux cas étiquetés ostéomyélite à forme septicémique, ne pouvons que le reconnaître. Sur 11 cas vaccinés, nous avons enregistré 9 morts.

La vaccinothérapie est d'ailleurs inutile.

Un sang qui cultive est « un foyer ecphylactique », suivant l'expression de Wright. Les microbes et leurs toxines, déjà en excès dans le milieu humoral, ne provoquent pas la mise en jeu des moyens de défense de l'organisme. Celui-ci ne réagit pas : jamais nous n'avons observé la moindre atténuation des symptômes, ni même la réaction légère qui succède habituellement à l'injection vaccinale.

Il importe de poser rapidement le diagnostic de « typhus des os ». L'hémoculture est un moyen lent et parfois « infidèle », d'après Jules Courmont. Il faut s'en tenir à la clinique : trois symptômes attirent l'attention : la grosse température, la tachycardie, l'aspect général du malade.

Les deux premiers signes se présentent parfois avec la même intensité dans les formes aiguës; le troisième appartient aux staphylococcémies, comme l'a remarqué Lemierre.

Le « tuphos », chez un malade atteint d'ostéomyélite, implique l'intervention d'urgence. Il faut sacrifier la vaccinothérapie à l'acte chirurgical, malgré son résultat souvent aléatoire.

Formes subaiguës et aiguës. — L'emploi des vaccins dans les formes subaiguës et aiguës se justifie par les résultats obtenus.

Nous avons traité 32 cas.

Forme subaiguë : 4 cas, 4 guérisons.

Forme aiguë : 28 cas, 23 guérisons, 1 amélioration (le malade n'a pas été suivi), 1 échec partiel, 3 échecs complets.

1° La vaccination a été utilisée seule 7 fois, 7 guérisons.

En général, aucun symptôme clinique ne contre-indique cette méthode de traitement. L'aspect clinique est celui d'un infecté, il s'améliore rapidement : le malade recouvre sommeil, appétit et gaieté sans doute parce que les douleurs spontanées disparaissent en quelques jours.

La douleur provoquée persiste quinze jours à trois semaines.

La température accuse, dès le troisième jour, une tendance à la chute dans les cas heureusement influencés. La courbe thermique s'abaisse, soit en lysis, soit en plateaux successifs vers la normale qu'elle atteint après trois ou quatre semaines.

Les phénomènes inflammatoires locaux cèdent plus lentement. Néanmoins, l'œdème se circonscrit à la périphérie même de l'abcès. Celui-ci peut se résorber spontanément ou après ponction.

L'ancienneté du début n'est pas, a priori, un argument contre la vaccination. Raymond Grégoire mentionne qu'il lui est arrivé de commencer les injections vaccinales au trentième et même au cinquantième jour.

Ce qui importe, c'est l'état de l'os au moment où l'on doit entreprendre le traitement : os à architecture en apparence normale, la vaccinothérapie permettra souvent d'obtenir, soit une restitution intégrale, soit une hyperostose, processus de défense.

2° Il a été nécessaire d'associer aux injections vaccinales une intervention minima 17 fois : 15 guérisons, 1 échec partiel, 1 échec complet.

La ponction ou l'incision sont commandées par le volume de l'abcès, par la menace de fistulisation, par la situation de la collection, abcès ilio-pelvien, par exemple, abcès juxta-synovial qui peut s'ouvrir dans l'articulation.

3° La vaccination a été considérée comme adjuvant de l'acte opératoire 8 fois : 5 guérisons, 1 amélioration, 2 échecs.

Une température, qui reste élevée au quatrième jour d'un premier essai de vaccinothérapie et qui coïncide avec un état général mauvais, commande sans trop tarder l'opération, tout en continuant les injections vaccinales.

Il faut encore opérer largement quand la radiographie initiale décèle une altération déjà profonde de l'architecture osseuse avec désagrégation des

travées ; quand des radiographies en série montrent, soit l'apparition d'ostéite raréfiante, soit une extension des lésions de nécrose. Mais la vaccinothérapie permet d'attendre la disparition des phénomènes inflammatoires avant de prendre le bistouri.

4° Certaines complications, au cours de l'ostéomyélite aiguë, peuvent inciter à renoncer aux vaccins. Nous avons observé des décollements épiphysaires et des manifestations articulaires.

Le décollement épiphysaire n'est pas une contre-indication. Nos 2 cas ont consolidé bien et rapidement, sous appareil plâtré, sans ouverture du foyer osseux.

Les manifestations articulaires prêtent à discussion, les résultats obtenus étant très différents. Nous ne faisons pas allusion aux simples réactions séreuses de la synoviale avec liquide citrin qui cèdent rapidement aux injections vaccinales, comme nous avons pu l'observer.

Envisageons les arthrites purulentes : Raymond Grégoire et Rocher (de Bordeaux) guérissent sans ankylose, par la vaccinothérapie, 2 cas ; Shihol, après vaccination, est obligé d'opérer les siens ; nous-même avons opéré d'urgence et vacciné 3 arthrites, 3 morts.

Ces faits ne sont identiques qu'en apparence.

Il y a des arthrites qui évoluent à distance du foyer d'ostéomyélite ; il y a des arthrites qui apparaissent précocement au voisinage de la lésion osseuse. La lésion articulaire et la lésion osseuse ont une évolution contemporaine et parallèle, comme dans nos cas personnels ; l'une et l'autre sont des manifestations d'une staphylococcémie. La vaccinothérapie est alors inutile, il faut opérer d'urgence.

Au contraire, l'arthrite apparaît tardivement au voisinage de l'os malade, soit propagation par voie lymphatique, soit contamination directe de la synoviale par le foyer osseux. La conduite à tenir nous paraît être fonction des circonstances qui entourent l'évolution de la lésion articulaire. Celles-ci traduisent le degré de virulence du microbe et de ses toxines.

Si l'état général ne s'aggrave pas du fait de la complication, si l'extrémité osseuse n'est pas le siège d'ostéite raréfiante étendue, malades de Grégoire et de Rocher, la vaccinothérapie pourra peut-être à elle seule amener la guérison avec ou parfois sans ankylose.

Par contre, l'état général est mauvais : température à grandes oscillations, pouls à 120, langue sèche, fuligineuse, facies terreux ; il faut opérer rapidement et vacciner.

La conduite est la même en présence d'une arthrite purulente avec nécrose osseuse ; cas de Shihol.

Formes chroniques. — Dans les formes chroniques de l'ostéomyélite, la lésion osseuse prime tout. Elle est définitivement organisée, qu'il s'agisse d'ostéite raréfiante, d'un séquestre, d'une géode osseuse. Les accidents inflammatoires passent au second plan.

Vouloir traiter les malades uniquement par les vaccins, c'est demander à la méthode immunisante plus qu'elle ne peut donner. Trois fois nous avons obtenu sans opération, par la vaccinothérapie, une sédation de la poussée inflammatoire ; mais l'avenir de ces foyers osseux reste précaire. De nouvelles rechutes sont à craindre, elles se produiront probablement.

Nous avons opéré, en réalisant une série pré et postopératoire d'injections vaccinales, 13 cas : 10 guérisons, 3 échecs.

Ces échecs sont dus, soit à une intervention hâtive en pleine réaction locale : suppuration et désunion totale ou partielle de la plaie ; soit à des lésions osseuses trop étendues, exérèse incomplète : persistance d'une fistule ; soit à la présence d'anciens trajets fistuleux qui ont été négligés au cours de l'opération parce que loin du foyer osseux : réveil à distance, quelquefois plusieurs mois, du microbisme latent, abcès para-osseux.

L'exposé de ces causes nous laisse entrevoir que la vaccination palliera à la première d'entre elles en permettant d'opérer « à froid » assez rapidement. Il démontre également que les vaccins n'ont aucune action sur la lésion anatomique constituée et que l'acte chirurgical doit enlever dans leur totalité ces « foyers ecphylactiques ».

Le traitement de l'ostéomyélite chronique suppose une symbiose intime de la bactériothérapie et de l'opération.

En présence d'un malade atteint d'ostéomyélite, il ne convient pas de se priver des avantages de la vaccinothérapie. Retenons que son action est certaine sur les manifestations aiguës, dans la mesure où l'organisme est susceptible de réagir ; qu'elle est négative sur les lésions de nécrose osseuse dont elle n'arrête pas l'extension.

L'action d'un vaccin peut se définir, avec Wright, « épiphylaxie ». Cette mobilisation des moyens de défense n'est pas aussi rapide chez tous les individus, d'après Sézary. Il ne faut pas manquer de faire entrer cette notion du coefficient individuel en ligne de compte dans l'interprétation des résultats de la vaccinothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

Baumgartner. Ostéomyélites chroniques traitées par le vaccin, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVI, p. 1210.

Bazy (Louis). La vaccinothérapie, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVI, p. 201.

Blanc et Colombe. Pyosepticémie staphylococcique d'origine furonculeuse, *Paris méd.*, 1919, p. 457.

Broca. Un cas d'ostéomyélite septicémique, vacciné, opéré, guéri, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVI, p. 272.

Courmont (J.). Article du *Traité de médecine* Thoinot et Gilbert.

Delbet. Sur la vaccinothérapie, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVI, p. 191 et p. 337.

De Fourmestraux. Trois observations d'ostéomyélite. Vaccinothérapie. Guérison, *Arch. méd.-chir. de province*, 1920, p. 273.

Grégoire. Essais de vaccinothérapie dans l'ostéomyélite aiguë à staphylocoques, *Paris méd.*, 1919, n° 14 ; — Analyse de 17 cas d'ostéomyélite aiguë ou subaiguë à staphylocoques traités par la vaccination, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVI, p. 237 ; — Les indications de la vaccinothérapie dans les formes de l'ostéomyélite, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVI, p. 369.

Lemierre. *Th. de Paris*, 1904.

Mouchet. Vaccinothérapie dans l'ostéomyélite, *Paris méd.*, 1920, n° 49, p. 425.

Ombrédanne. Discussion de la Société de chirurgie, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVI, p. 253 ; — Le vaccin de Delbet chez les enfants, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVII, p. 306.

Reade. A case of infection osteomyelite, treated with vaccin, *Brit. Journ. of Child. dis.*, 1911.

Rocher et Laserre. La vaccinothérapie antistaphylococcique dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë, *Soc. anat.-clin. de Bordeaux*, 28 juin 1920.

Sézary. La vaccinothérapie, ses principes, sa technique, ses résultats, *Journ. méd. franç.*, 1919, t. VIII, n° 3, p. 101.

Shihol (J.). Ostéomyélites à complications articulaires. Vac-

cinothérapie. Lésions graves. Symptômes légers, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVIII, n° 20, p. 840.
Veau. Discussion de la vaccinothérapie dans l'ostéomyélite, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XLVI, p. 339.
Wright. Les leçons de la guerre et les nouvelles vues dans le domaine de l'immunisation thérapeutique, *Presse méd.*, 1919, n° 45, p. 445.

Ier CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE

(*5-7 juillet 1921*)

Bureau du Congrès. — Président : M. Legueu; vice-présidents : MM. Verhoogen (de Bruxelles) et Brongersma (d'Amsterdam); secrétaire général : M. Desnos; trésorier : M. Pasteau.

SÉANCE D'OUVERTURE

(PREMIÈRE SÉANCE : MARDI 5 JUILLET, A 10 HEURES)

La séance inaugurale du Ier Congrès de la Société internationale d'urologie a eu lieu mardi matin à 10 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, qui avait, à ses côtés, le prof. Hurry Fenwick, président de la Société internationale d'urologie, le prof. Legueu, président du Congrès, MM. Verhoogen (de Bruxelles) et Brongersma (d'Amsterdam), vice-présidents, M. le doyen de la Faculté, les Drs Desnos, secrétaire général, et Pasteau, trésorier.

Nous remarquons, dans l'assistance, MM. Richelot, président de l'Académie de médecine, Potherat, président de la Société de chirurgie, MM. les représentants du Service de santé, parmi lesquels nous reconnaissons M. Robert Picqué, M. le médecin inspecteur général du Service de santé de la Marine, MM. Chauffard, Bazy, Teissier, Marion, Pousson, etc.

La parole est donnée à M. le prof. Fenwick, qui, comme président de la Société internationale d'urologie, remercie M. le ministre d'avoir bien voulu honorer de sa présence, cette séance inaugurale, souhaite la bienvenue à MM. les délégués des nations amies et associées, retrace ensuite l'histoire de la formation de la Société internationale d'urologie et, poursuivant son discours en langue anglaise, fait ressortir l'importance de ces associations scientifiques internationales au point de vue du progrès de la science.

M. le secrétaire général Desnos prend ensuite la parole. Il se fait l'interprète des membres du Congrès pour remercier M. Bérard, du haut et puissant appui qu'il lui donne par sa présence qui est, dit-il, « une consécration éclatante de nos efforts ». Il souhaite la bienvenue aux délégués étrangers.

M. Desnos fait ensuite l'historique de la Société internationale d'urologie dont la première assemblée générale a eu lieu en 1918. Le Congrès d'urologie avait vécu. Il n'existait plus. De ses cendres, ressort la Société internationale d'urologie qui, en 1919, dans une seconde assemblée générale, construisit les bases de l'association actuelle, dont il décrit le rôle et le but

« Cette nouvelle Société, dit-il, nous donnera les moyens de nous mieux connaître et permettra à nos amitiés de se resserer. Après le bouleversement mondial, nous allons pouvoir travailler et tendre à l'apaisement universel. »

M. le président du Congrès, Legueu, prononce ensuite un magistral discours, empreint de l'esprit scientifique le plus élevé et du patriotisme le plus pur, discours que nous sommes heureux de pouvoir reproduire *in extenso*.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR LEGUEU

Président du Congrès.

« Monsieur le ministre,

En voyant nos travaux inaugurés par le grand maître de l'Université, devant le représentant de M. le Président de la République, nous éprouvons une légitime fierté.

Votre présence parmi nous est un hommage aux pays qui sont ici représentés; elle montre que le gouvernement ne fait pas de distinction entre les savants et apprécie les travailleurs, quel que soit le territoire sur lequel s'exerce leur activité.

Par un bonheur depuis longtemps espéré, nous voyons la fonction qui vous amène, desservie par une autorité qui s'impose et par un talent qu'on admire.

Et ainsi, l'honneur qui est fait à ce Congrès va se doubler pour nous d'une saveur toute particulière.

De ce plaisir, je me réjouis et me félicite avec tous mes collègues, et, en leur nom, je vous remercie, Monsieur le ministre, d'un honneur qui sera retenu, veuillez le croire, comme un encouragement précieux et de nature à exercer une influence bienfaisante sur nos travaux.

Messieurs,

La France salue en vous les représentants de l'urologie mondiale.

Elle fut hier contrainte de sortir de ses voies pacifiques. Elle y revient aujourd'hui victorieuse et triomphante, mais la victoire n'a changé ni ses désirs, ni ses conceptions; elle reste sage et mesurée dans sa gloire; elle ne cherche de conquête que par le travail, elle ne voit de progrès que par la science; elle ne veut utiliser son prestige que pour assurer toujours la paix dans le monde. Et c'est dans cet esprit qu'elle tient aujourd'hui à recevoir les savants spécialisés que vous êtes, à vous affirmer sa sympathie et à vous accorder sa protection.

Pour vous recevoir, elle a réuni autour de M. le Recteur tout ce que l'Université, la médecine et la chirurgie civile ou militaire comptent de plus élevé.

La Faculté, toujours accueillante, vous ouvre ses portes toutes grandes, et, grâce à la bienveillance de M. le Doyen, qui nous honore de sa présence et que je remercie de sa générosité, vous recevez l'hospitalité dans cet amphithéâtre qui vit passer à travers les âges toutes les plus hautes illustrations de la médecine.

Et, ainsi, c'est sous l'égide de traditions séculaires d'honneur et de dignité, c'est dans l'auréole d'une victoire qui n'a pas d'égale dans notre histoire, que je vous souhaite la bienvenue parmi nous.

Je me vois entouré, pour vous recevoir, de deux vice-présidents dont les noms ne représentent pas seulement pour moi une amitié déjà longue mais constituent tout un symbole. Verhoogen représente à mes côtés la Belgique martyre, la Belgique dont on ne peut plus prononcer le nom maintenant sans voir l'image flamboyante du droit se dresser devant l'injustice et l'agression.

M. Brongersma représente à lui seul toutes les sympathies profondes et agissantes de la Hollande pendant la guerre. Il nous rappelle tout un passé de services rendus à notre cause par lui et ses compatriotes, avec une fidélité et une constance qui forcera pour toujours notre amitié et notre reconnaissance.

Messieurs, ce n'est pas la première fois que nous nous trouvons réunis pour un Congrès international d'urologie, et nous avions essayé déjà d'amener par le travail en commun un rapprochement entre des peuples de race et d'affinité différentes!

Hélas! le soir de notre dernière réunion, la guerre éclatait qui allait ébranler le monde entier et porter si douloureusement sur l'Europe et la France; et, depuis, quatre ans ont passé, quatre années de lutte et d'héroïsme, quatre années de douleur et d'inquiétude, mais aussi de gloire et de fierté. Aujourd'hui, le calme revient après la tourmente; les peuples à peine convalescents de cette terrible épreuve reviennent à leurs travaux de la paix, et nous pouvons à notre tour juxtaposer à nouveau nos efforts.

Mais nous ne pouvons revenir tout entiers au passé!

Nous avons trop souffert pour qu'il nous soit encore possible de nous retrouver à côté de ceux qui portent la responsabilité de pareils malheurs; il y eut ici des crimes abominables, leur souvenir est trop récent, leur trace trop sanglante pour que soit encore venue la prescription de l'oubli ou du pardon.

Et s'il en était parmi vous, Messieurs, quelques-uns qui pensent autrement, qu'ils veuillent bien s'incliner momentanément devant la majesté de la douleur.

Oui, la science n'a pas de patrie, elle survole, elle dépasse par ses applications toutes les frontières, et personne n'a le droit de rejeter le progrès parce qu'il vient de l'étranger.

Mais elle reste cependant nationale par l'esprit qui la dirige et surtout par la sincérité qui la protège.

Le savant n'est pas seulement ouvert aux jouissances du progrès : il est aussi un homme qui souffre dans son cœur de ses affections brisées, de ses espérances perdues, qui souffre plus encore dans son âme de l'injustice et du mensonge ; et, s'il peut mettre du stoïcisme au service de sa propre douleur, il se révolte contre tout ce qui est de nature à ébranler la sincérité, à diminuer la confiance et à susciter le doute et l'inquiétude dans les relations scientifiques.

Voilà pourquoi, Messieurs, nous ne pouvons pas et nous ne voulons pas entrer en contact avec les signataires du manifeste des Intellectuels, ni avec ceux qui, sans l'avoir signé, ont accepté jusqu'ici, sans protestation, toutes ses mensongères dénégations !

Il nous a fallu déchirer notre première organisation et refondre notre agglomération sur les bases d'une commune confiance et d'une mutuelle estime.

Et c'est ainsi que nous nous retrouvons aujourd'hui, Messieurs, pour ce premier Congrès de notre nouvelle société, purifiés par l'épreuve, élevés par le sacrifice, forts de notre estime et sûrs de notre amitié.

Et la présence à notre tête du prof. Fenwick, assisté de MM. Keyes et Alessandri, nous est un gage que le prestige et l'autorité, que la valeur et la distinction s'associeront harmonieusement pour assurer à l'avenir la direction de notre nouvelle société.

Vous verrez ici des destructions et des ruines dont l'imagination la plus sombre ne pouvait concevoir la réalité. Vous verrez tout un pays détruit, bouleversé et réduit à l'état de ce que devait être le chaos à l'époque de la préhistoire.

Mais vous sentirez passer sur ces ruines comme un souffle générateur, fait des plus belles qualités de l'âme française : la claire intelligence et l'énergie, l'initiative et la résistance, le sentiment de la justice jusque dans la volonté des réparations; toutes ces qualités qui ont fait l'admiration du monde entier et qui, en nous donnant, avec votre concours, la plus éclatante victoire, ont effacé nos revers de 1870 et nous ont en même temps rendu confiance en nous-mêmes.

Il n'y a pas que la fortune des armes qui se gagne sur le champ de bataille : le conflit s'étend à toute une culture, et c'est l'avenir même de la pensée qui est en jeu. Après 1870, nous avons douté de nous-mêmes : à force d'entendre vanter la science et la culture allemandes, nous avions fini par les croire supérieures en tout; nous confondions le colossal avec la grandeur : nous oubliions nos ressources et nos moyens; nous nous méconnaissions nous-mêmes. Et nos ennemis s'y trompèrent : ils espéraient une décadence, ils ont trouvé la résurrection. Ils pensaient à l'avilissement, ils ont vu un généreux essor, et comme disait Bergson « ils croyaient apercevoir les dernières lueurs d'un crépuscule : c'étaient les feux bientôt resplendissants d'une aurore ».

Pour eux, la guerre fut une déception, pour nous elle fut une révélation. Aujourd'hui, nous voulons croire en nous; aujourd'hui, nous voulons nous rappeler que la France est le pays des grandes lumières qui ont toujours éclairé le Monde, depuis Descartes et Pascal, jusqu'à Claude Bernard et Pasteur.

Et nous voulons, dans la pleine conscience de nos forces intellectuelles, continuer à garder une place digne de notre passé, dans la marche ascendante du progrès scientifique.

Dans cette évolution générale, quelle est la place du spécialiste?

Berthelot, dans un de ces accès de mélancolie, qui trouvaient leur raison dans la largeur même de ses vues et que l'optimisme souriant de Renan ne parvenait pas toujours à dissiper, Berthelot disait : « Un jour viendra où le cerveau humain ne pouvant plus absorber l'immense majorité des faits acquis par les sciences, ne pourra plus généraliser, c'est-à-dire s'étendre et se développer. On ne pourra donc plus progresser, et je prévois pour un temps futur une période où le progrès intellectuel deviendra stationnaire. »

Même alors, il resterait encore quelque chose à faire pour le progrès moral, qui est souvent un peu en retard sur le progrès scientifique.

Mais, dans l'ordre purement intellectuel, la spécialisation vient heureusement retarder ce que cette perspective aurait d'inquiétant ; elle corrige par sa limitation ce que l'extension des connaissances a de déconcertant par son immensité.

Elle est une force nouvelle, elle devient un levier plus puissant entre les mains de celui qui s'y adonne.

Et ainsi, conséquence nécessaire du progrès, la spécialisation en devient facilement une condition.

Il faut, pour cela, que le spécialiste soit d'abord pourvu de cette « curiosité universelle », qui est la grande animatrice des recherches vraiment scientifiques. « Celui qui ne connaît pas les tourments de l'inconnu, disait Claude Bernard, doit ignorer les joies de la découverte qui sont certainement les plus vives que l'homme puisse jamais ressentir. »

En outre, il doit être pourvu de cette culture générale qui, en étendant ses vues jusqu'au delà de son domaine, lui permet d'interpréter, de comparer et de généraliser les résultats de l'expérience ou de l'observation.

Il n'est plus alors seulement « ce chiffonnier, dont parle Magendie, avec un crochet à la main et une hotte dans le dos, et qui parcourt le domaine de la science en ramenant tout ce qu'il trouve ».

Il est « cet esprit préparé » qui va retenir, à coup sûr, le fait que lui offre le hasard : il est le bon terrain sur lequel la récolte lèvera abondante et généreuse.

Ce sont ces qualités nécessaires qui, rien que dans notre territoire, ont conduit jusqu'à des sommets les Bright et les Thompson, les Bigelow et les Bottini, les Civiale et les Mercier, les Rayer et les Albarran ; et si, longtemps après leur mort, leurs noms soulèvent encore de la poussière de gloire et d'admiration, c'est parce qu'ils ont, toute leur vie, creusé le même sillon, ils lui ont donné leur intelligence et leur patiente activité, et la moisson radieuse, qui s'est levée de leurs mains, a porté jusqu'au delà de leur durée les bénéfices de leurs découvertes.

Au-dessus d'eux se dresse maintenant, seule et très pure, la figure d'un de ces hommes rares dont les vertus morales et la dignité furent toujours à la hauteur de la pensée, et qui semblent venir à certaines époques autant pour imprimer à leur science une direction nouvelle, que pour relever leur profession et constituer, dans l'Histoire, un exemple. Ils peuvent disparaître, mais un sillage lumineux continue à tracer dans le ciel l'orbite de leur destinée.

Par les idées nouvelles qu'ils ont suscitées, par la méthode qu'ils ont imposée, ils commandent l'avenir, et leurs successeurs eux-mêmes, pénétrés de leur empreinte, ne peuvent, pendant longtemps, que suivre les mêmes voies, pour développer, étendre et perfectionner leurs acquisitions.

Cet homme qui ne se peut comparer, qui dépasse tous les autres, mais, reste en nos cœurs comme une relique vénérée, cet homme, Messieurs, vous le reconnaissez : c'est Guyon !

Ainsi, Messieurs, c'est à des spécialistes qu'il appartiendra de plus en plus de faire progresser la science : plus elle s'étendra, plus nombreux devront être les régiments de ces travailleurs et plus nombreux, dans ceux-ci, les groupements d'affinité. Et s'ils présentent les garanties nécessaires, loin d'en souffrir, le progrès ne pourra qu'en bénéficier davantage.

Déjà, ce sont les spécialistes qui ont gagné la guerre. Ils sont venus au secours d'un héroïsme qui, sans eux, aurait été vain ; ils ont renouvelé le prodige de Lavoisier, en 1792 ; ils ont répondu à la science de la préparation par la science de l'initiative : du néant, ils ont fait sortir les poudres et les armes, les gaz et les engins, et permis ainsi à des chefs de génie de dresser devant un envahisseur ivre de conquête, la barrière infranchissable de la Marne et de Verdun.

Maintenant, c'est encore à des spécialistes qu'il appartiendra de gagner la paix en réduisant des maladies qui font plus de victimes que la guerre.

Là, Messieurs, est votre place, à côté des médecins, des hygiénistes, et les noms que vous représentez, les travaux qui sont déjà sortis de vos mains, me sont une garantie que, dignes de notre passé, vous continuerez à entraîner l'urologie dans la voie du progrès.

Travaillons donc ardemment, Messieurs, chacun dans notre sphère; travaillez surtout, Messieurs de la jeunesse, vous qui avez le rare bonheur d'entrer dans la lutte, à l'aurore d'un monde nouveau.

Travaillez pour savoir, pour chercher et pour servir.

Vous voyez la science s'élever vers des régions de plus en plus hautes, et son ascension s'accentuer désormais avec une prodigieuse rapidité. Des domaines nouveaux apparaissent dont on ne pouvait concevoir l'étendue : la matière qui n'est plus immuable, ni éternelle, la matière, source elle-même d'énergie ; la vie cellulaire qui est peut-être indéfinie ; des substances nouvelles pourvues d'étonnantes propriétés ; des inpondérables qui se dépensent sans se consumer ; l'atome lui-même, plus complexe et plus mouvementé que tout un monde. Et cependant, l'homme, par son génie, conquiert l'air et l'espace ; il supprime les distances, définit les astres en leur composition, et bouleverse avec la relativité tous les fondements de notre entendement, toute la conception même de l'univers.

Réalisations étonnantes, conceptions parodigieuses. C'est sur ces bases nouvelles que les générations futures vont édifier demain des conquêtes, qui feront pâlir bientôt celles que nous admirons tant aujourd'hui.

Partageons, Messieurs, cet enthousiasme, prolongeons ce grand effort qui s'est élevé, pendant la guerre, sur les ailes du patriotisme, et donnons-nous, de toute notre âme, à la science qui élève et qui moralise, à la science, source de progrès et de dignité, source de courage et de confiance en l'avenir. »

Enfin M. LE MINISTRE, après le salut officiel aux membres étrangers, félicite les organisateurs de ce congrès et, après M. Legueu, dont il loua la haute pensée, commente cette phrase si souvent discutée déjà : « la science n'a pas de patrie ». « Il faut pourtant, dit-il, que l'humanité puisse reconnaître les siens et que la vie scientifique puisse reposer sur l'équité, la raison et la justice. C'est là, comme l'a si bien dit M. Legueu, une des révélations de la guerre. Les événements que nous avons subis nous ont fait mieux comprendre les bienfaits de la médecine et les côtés utilitaires et pratiques de la science. De rudes leçons nous l'ont appris. On ne saurait donc ne pas tenir compte des exigences des recherches scientifiques. M. Legueu a bien fait ressortir, ajoute M. le Ministre, l'importance de la spécialisation, à condition qu'elle s'appuie sur une culture générale et profonde.

Je vous remercie, dit-il, en se tournant vers M. Legueu, des hautes et nobles pensées que vous avez exprimées ; je vous remercie du beau portrait que vous avez fait de Guyon, le maître de l'urologie, et je remercie les membres du congrès de s'être réunis en si grand nombre dans cette école, ce foyer de lumières scientifiques si souvent illustré par les plus grands savants. »

Le discours de M. le Ministre est unanimement applaudi. La séance est suspendue.

— Nous citerons, parmi les délégués et membres des comités nationaux, MM. Hogge, Leclerc-Dandoy, Verhoogen (Belgique), Archambault, Marien, Saint-Pierre (Canada), Gonzalo-Pedroso, Molina (Cuba), Hansen, Rovsing Schell (Danemark), Bodolec, Lew, Tsamis (Egypte), Bartrina, Gonzalès Bravo, Pulido-Martin (Espagne), Keyes, Squier, Young (Etats-Unis), Achard, Pousson, Michon (France), Fenwick, Nitch, Thomson-Walker (Grande-Bretagne), Guisy, Kaliontzis, Kokoris (Grèce), Brongersma, van Houtum (Hollande), Alessandri, Lasio, Nicolich (Italie), Castro, Gonzalés, Diaz-Lombardo (Mexique), Bull, Nicolaysen (Norvège), Lesniowski (Pologne), Furtado, Ribeiro, Reynaldo dos Santos (Portugal), Benedit, Maraini (République Argentine), Cealic, Jonnesco, Strominger (Roumaine), Chocholka, Stastny (Tchéco-Slovaquie), Roux, Suter, Wildlolz (Suisse), Kojen, Soubbottich (Yougo-Slavie), Lugo (Venezuela).

— Les trois questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Des néphrites à syndrome urémigène*. Rapporteurs : MM. Teissier (de Lyon), Foster (de New-York), Hogge (de Liège).

2° *Résultats éloignés des traitements des traumatismes de l'urètre*. Rapporteurs : MM. Pasteau et Iselin (de Paris).

3° *De la pyélographie*. Rapporteurs : M. Papin, chirurgien de Saint-Joseph, et MM. Young, professeur de clinique à John Hopkins hospital, et Waters, assistant rœntgenologiste à John Hopkins hospital (Baltimore).

La première séance est consacrée à la première question.

M. TEISSIER a la parole.

Rapports sur les questions à l'ordre du jour du Congrès.

PREMIÈRE QUESTION

DES NÉPHRITES A SYNDROME URÉMIGÈNE

Rapporteurs : 1° M. TEISSIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; 2° M. FOSTER, New-York ; 3° M. HOGGE, professeur à l'Université de Liége.

RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR LES NÉPHRITES AZOTÉMIQUES

Par le professeur TEISSIER.

Dans l'état actuel de nos connaissances, et pour la clarté de nos conceptions relatives à la pathogénie du mal de Bright, il y a lieu de réserver le titre de NÉPHRITE AZOTÉMIQUE au syndrome relevant de la rétention de l'urée dans le sang, comme conséquence directe du *barrage rénal*, et avec restriction plus ou moins prononcée des fonctions de perméabilité de la glande.

Les néphrites accompagnées d'augmentation croissante de l'*azote résiduel* s'en distinguent nettement par les causes, les symptômes, l'évolution, et surtout par leur pathogénie, grandement différenciée, subordonnées qu'elles sont à l'action, non plus des *poisons de rétention*, mais des *poisons endoformés*, c'est-à-dire d'un processus primitif toxi-infectieux dont la néphrite n'est plus qu'une détermination secondaire, avec perméabilité rénale plus ou moins complètement conservée. Ainsi considérée, la *néphrite azotémique vraie*, c'est-à-dire par rétention uréique pure, a son étiologie précise, son caractère dyscrasique ou toxique net, avec des *déterminations artéritiques* plus ou moins étendues et subordonnées aux conditions d'hérédité, d'hygiène individuelle et à la nature, comme au degré de l'auto-intoxication.

M. Teissier insiste sur le *Rôle essentiel du foie* dans le développement, la tolérance et l'évolution des rétentions azotées. — La conservation du fonctionnement régulier de la cellule hépatique est le PIVOT DE LA RÉGULATION ANTITOXIQUE, et l'*instrument de défense primordial* contre les dangers de l'hyperazotémie et de l'*intoxication ammoniacale*.

L'ammoniaque est l'agent direct, ou intermédiaire, mais sûrement le témoin de l'auto-intoxication d'origine uréique. — Notons l'importance du degré de *concentration maxima de l'urée sanguine* comme élément immédiat de l'auto-intoxication brightique, sans intervention d'un poison surajouté, et par simple jeu du *phénomène de la réversibilité des actions diastasiques*.

L'*ammoniémie* est le phénomène parallèle et régulier de la rétention de l'urée sanguine. Ses dangers sont inversement proportionnels au degré de la puissance défensive du foie. Sa gravité en cas de défaillance complète des fonctions glandulaires est attestée par l'absence de glycosurie phlorizique. Le pronostic des néphrites azotémiques est directement subordonné à cette double constatation.

Notons l'influence de l'*intervention précoce* à l'aide des *procédés opothérapiques* dirigés contre les accidents de la rétention azotée et l'effet utile de la sérothérapie à l'aide du sérum de la veine rénale de la chèvre : réveil de l'action protectrice de la glande hépatique.

RÉSUMÉ DES « TYPES DE NÉPHRITE QUI CONDUISENT A L'URÉMIE »

Par M. FOSTER.

Urémie et azotémie ne sont plus synonymes depuis que le syndrome urémie, aboutissant à la mort, a été observé sans accroissement notable de la concentration uréique sanguine.

Par suite, malgré l'importance que peut avoir l'examen du sang pour invoquer une insuffisance rénale assez grave pour expliquer des accidents d'intoxication, il est actuellement possible de confondre l'urémie avec d'autres affections qui la simulent au point que celles-ci ne peuvent être diagnostiquées qu'à l'autopsie.

Il est suffisamment exact de distinguer actuellement trois types d'urémie :

1° Forme *éclamptique* due à une toxine spécifique (avec azotémie modérée) ;

2° Forme *léthargique* due à une intoxication lente par l'urée, la créatinine, etc. (avec azotémie intense) ;

3° Forme *séreuse* (sophrous) occasionnée vraisemblablement par une encéphalite séreuse (forme à prédominance chlorurémique).

L'on sait depuis Bright que certaines néphrites s'accompagnent de rétention azotée. Mais les progrès récents de la biochimie ont démontré que le rein malade pouvait éliminer d'une manière élective certaines substances sans que nous soyons arrivés à établir si le fonctionnement rénal doit être considéré comme une filtration ou un processus sécrétoire.

Bien des efforts infructueux ont ensuite été faits pour établir une corrélation entre une insuffisance rénale élective et une lésion anatomique limitée à certains éléments.

Il n'est pas d'anatomo-pathologiste qui pourrait prétendre reconstituer l'histoire clinique d'un malade en se basant sur l'étude des pièces anatomiques, d'autant plus qu'il y a un excès suffisant d'éléments normaux dans un organe sain pour que des lésions rénales très étendues soient compatibles avec l'absence de signes cliniques.

En rapport avec la dissociation des fonctions rénales, il a été possible d'isoler des syndromes : azotémique, chlorurémique et hydropigène. Cependant, l'on ne pourrait pas, sans erreurs importantes, se baser uniquement sur des modifications sanguines pour arriver à isoler un de ces syndromes.

Dans les néphrites aiguës, chez les sujets jeunes, la simplicité des lésions observées fait contraste avec leur complexité dans les formes chroniques.

Ici, il est possible de distinguer une forme glomérulaire avec oligurie et azotémie au point de vue clinique, et une forme interstitielle ne s'accompagnant pas de ces phénomènes, et cependant il est des affections à prédominance glomérulaire, comme le rein amyloïde, qui n'entraînent pas de ces insuffisances fonctionnelles.

En pratique, l'urémie correspond sous toutes ses formes à de l'insuffisance rénale; d'autre part, il est probable, mais non encore certain, que le degré de cette insuffisance est proportionnel au nombre d'éléments anatomiques détruits.

DES NÉPHRITES « URÉMIGÈNES » ET DE « L'URÉMIE »

Par le Dr Albert HOGGE.

I. Chez les urinaires chirurgicaux on peut observer toutes les formes de néphrites, mais c'est la forme azotémique qu'on rencontre le plus fréquemment. C'est chez les urinaires aseptiques que les phénomènes toxiques d'origine rénale s'observent dans leur plus grande pureté.

II. L'intoxication qu'on appelle « urémie » est le terme final de l'évolution de toutes les néphrites graves ou incurables, qui sont toutes « urémigènes ». L' « urémie » ainsi entendue ne répond pas toujours à l'accumulation d'urée dans le sang, ni probablement non plus à la rétention de produits azotés non uréiques. La pathogénie de l' « urémie » n'est, en effet, pas élucidée et il paraît probable que parmi les produits normaux et anormaux que le rein doit éliminer et dont beaucoup nous sont d'ailleurs inconnus, il se trouve des corps non azotés qui jouent un rôle dans cette intoxication (NaCl, sels de potasse, autres sels minéraux, principes d'acidose, etc.).

III. Si l'insuffisance rénale caractérise avant tout ce qu'on appelle souvent improprement l' « urémie », cette insuffisance peut être précédée, accompagnée et surtout suivie de la déficience physio-pathologique d'autres organes (système nerveux, cœur et vaisseaux, foie, glandes endocrines), ce dont témoignent les déviations et troubles de multiples métabolismes (dégradation incomplète ou déviée des protéiques, des hydrates de carbone, des graisses, troubles de l'uréogenèse, etc.).

IV. Le tableau clinique des intoxications « urémiques » est souvent masqué ou troublé, en médecine interne par les symptômes propres de la maladie causale de la néphrite, en chirurgie par les phénomènes d'infection et les complications inflammatoires.

V. L'insuffisance rénale globale s'apprécie le mieux jusqu'ici par les signes cliniques, par le dosage d'urée dans le sang et peut-être aussi par la détermination de l'azote non uréique. Mais ce taux d'azote sanguin n'est probablement que le témoin d'autres rétentions que l'état de nos connaissances biochimiques ne nous permet pas encore de préciser et par conséquent d'apprécier.

VI. La recherche de la constante d'Ambard permet aussi de se rendre compte du fonctionnement rénal global, mais cette recherche ne doit pas se substituer à d'autres moyens d'investigation qu'elle doit, au contraire, venir compléter (tout au moins dans les néphropathies d'ordre chirurgical). Quand la diurèse journalière et l'azotémie sont satisfaisantes, et que la densité des urines non albumineuses et non sucrées est bonne, il est inutile de prendre la constante. Ce n'est que lorsque ces éléments sont douteux ou indécis qu'il peut être bon de recourir à l'épreuve d'Ambard.

VII. Il serait hautement désirable qu'*avant toute opération chirurgicale importante on s'enquicrt de la capacité fonctionnelle des reins*. Avant de mettre nos malades sur la table d'opération, il faut donc autant que possible rechercher l'azote uréique et l'azote non uréique de leur sang, rechercher l'albumine, le sucre et la densité de leurs urines et nous méfier d'une oligurie persistante. Cette oligurie doit nous engager particulièrement à explorer le plus complètement possible le myocarde et à remédier éventuellement à l'asystolie par les moyens les plus actifs et les plus rapides.

VIII. Dans les opérations qui forcément s'accompagnent de fortes hémorragies (prostatectomies), nous devons nous enquérir de la coagulabilitc du sang par les épreuves in vitro et par le « bledding time » (temps de saignement, épreuve de Duke). Nous devons aussi préparer nos malades par des moyens styptiques (chlorure de Ca, hémostyl, pro-peptone, etc.).

Il va sans dire que tous les autres appareils doivent être examinés.

IX. Dans le même ordre d'idées et pour obvier aux dangers de l'insuffisance rénale postopératoire, nous devons recourir aux anesthésies les moins vulnérantes pour les reins.

(A suivre.) A. BROCHIN.

IIe CONGRÈS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Paris, 1-6 juillet 1921 (1).

LES TRAVAUX DU CONGRÈS

Les travaux du IIe congrès d'histoire de la médecine ont commencé dès vendredi. Il faut remarquer qu'ils ne comportent pas de rapports mais uniquement des communications sur les sujets les plus divers. Nous nous bornerons à signaler les principales :

La Faculté de Paris a ouvert le feu : M. le prof. CHAUFFARD a fait une communication sur l'*argumentation d'une thèse professorale en 1812* (Concours de Dupuytren et de Roux); M. le prof JEANSELME a étudié le *régime alimentaire des couvents et des hôpitaux byzantins*, et l'*introduction des données biologiques dans le domaine de l'architecture et de l'histoire*, et M. le prof. LETULLE a parlé sur la *thèse de Laënnec*. M. MAUCLAIRE a lu une *note historique sur Bourru*, dernier doyen de l'ancienne Faculté, et M. PASTEAU, un travail sur *Civiale et les origines françaises de l'urologie*.

M. le prof. SCHRUTZ (de Prague) a apporté une très curieuse étude sur le *Magister Gallus* et la *médecine tchèque au* XIVe *siècle*.

Le Dr SINGER (de Londres) a communiqué deux intéressants travaux. La *description de manuscrits concernant la peste conservés dans les archives d'Angleterre*, et la *transcription d'un manuscrit attribué à Guy de Chauliac*.

Un travail de large envergure a été lu par M. TRICOT-ROYER (d'Anvers), sur *Anvers nosocomial de l'an mil à nos jours*.

Les séances suivantes ont été consacrées à ces communications :

C'est d'abord Sir d'ARCY-POWER, ancien président des associations d'histoire de la médecine et de la Société royale de médecine de Londres qui étudie *William Harvey connaisseur d'art*.

Nous signalerons aussi : 1° une *histoire abrégée des hôpitaux Français de Constantinople et du Caire, en rapport avec les missions françaises en Orient*; 2° la *doctrine hippocratique*

(1) Fin. — *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 53, p. 840.

d'origine Gallo-Celtique, par M. le Dr ADAMIDI (de Genève); la présentation par M. le Dr Fernandez DE ALCADE (de Madrid), d'une *collection d'anciens sceaux espagnols*.

De M. BASMADJIAN, délégué de l'union des pharmaciens arméniens (de Constantinople), une *note relative aux anciens ouvrages arméniens sur la médecine*.

M. DELOKLAVEK (de Prague) a fait une communication sur les *thèses inaugurales de la Faculté de médecine de Prague au XVIIe siècle*.

Notre confrère de Paris, le Dr BÉRILLON a fait une communication sur le *dormeur de la Hollande*.

Nous signalerons encore une *histoire de la peste à Anvers* par M. BERTRAND (d'Anvers).

De M. BLANCHOT (de l'Institut), une *contribution à l'histoire de la médecine* (dissection, vivisection).

On nous annonce de M. BLIND (de Strasbourg), le *crapaud symbolique*, étude de folklore médical (avec projections).

De M. BOUCHACOURT (de Paris) : 1° la présentation d'un *four à branches parallèles d'origine Lyonnaise*; 2° la présentation du *moulage d'une statuette du musée de Cluny, représentant une femme enceinte dont le ventre s'ouvre et contient un fœtus* (datant vraisemblablement du XVIIe siècle; 3° enfin des *bulletins et certificats d'examens de la Faculté de médecine de Paris, au XVIIe siècle*, au nom de l'élève PICHER (de Grandchamps).

Le Dr Brodier, conservateur du musée de l'hôpital Saint-Louis, nous fait connaître *l'œuvre de Guillaume Baillon*. Le Dr BRUNON présente le *Catalogue du musée de l'Hôtel-Dieu* de Rouen.

Deux notes du Dr RUGIEL (de Paris), l'une sur *les études d'histoire de la médecine en Pologne*, l'autre sur *Boccace et la médecine*.

De M. Ch. BUCHET, un *Essai sur l'histoire de la droguerie*.

Le Dr CHEVALLIER (de Paris), lit une note sur *les honoraires médicaux au XVIIIe siècle*, d'après les registres des médecins de 1750 à 1756.

M. le Dr COURBON (de Stephanspeld, Alsace) fait une communication sur *la psychiatrie en Alsace à travers l'histoire*.

Deux notes du Dr DELAUNAY (du Mans), la première sur *les médecins ambulants dans le Maine sous l'ancien régime, opérateurs et vendeurs d'orviétan*; la seconde sur *l'organisation de la lutte contre les épidémies et l'assistance aux maladies contagieuses dans le Maine sous l'ancien régime*.

Le Dr DORVEAUX, bibliothécaire de la Faculté de pharmacie lit une note sur *les chirurgiens de Metz*.

Notons *Les Infirmeries d'abbayes au XIe siècle et le mal de Saint-Sylvain au même siècle*, par M. le Dr DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours); *La Médecine, en Italie, au temps du Dante; La Salpêtrière au XVIIIe siècle*, par M. M. FOSSEYEUR; *la Cinigia en Espana en el Siglo XIX*, par M. le prof. GARCIA DEL RÉAL (de Madrid); *L'Obstétrique dans l'ancienne Egypte*, par le prof. GUIART (de Lyon).

M. GUITARD (de Toulouse) communique un travail sur *les anciens statuts des apothicaires de cette ville*.

M. le Dr HERVÉ, professeur à l'école d'anthropologie, nous fait connaître *une expérience d'ingestion volontaire de virus rabique*. Le Dr KOPACZEWSKI (de Paris) communique un travail sur *les médecins polonais en France*. Le Dr LAIGNEL-LAVASTINE lit une note sur la *la psychiatrie française au XVIIIe siècle*.

Le Dr LEGENDRE communique une note sur *Bouchard, étudiant à Lyon*.

L'inspectorat des eaux minérales existe-t-il encore? Telle est la question que pose le Dr MALLAT (de Vichy).

Le Dr MAZERAN (de Châtel-Guyon) donne une note sur l'*outillage thérapeutique thermal à l'époque gallo-romaine*.

Du Dr MEIGE (de Paris), *quelques rites divinatoires de l'antiquité*.

Du prof. MÉNÉTRIER, *anecdotes et pratiques médicales du XVIe siècle, d'après les contes d'Eutropal*.

De M. MOULÉ, du *rôle des médecins dans la lutte contre les épizooties au XVIIIe siècle*.

M. le Dr MOURGUES lit un travail sur les *grands courants de la pensée biologique au début du XIXe siècle et les idées de Risrieur d'Amador sur la méthode en médecine* (1836).

Mme la doctoresse PANAFOTATOU (de Paris) communique une note sur la *peste de Thucydide*.

M. RAMBAUD (de Poitiers) donne un travail sur *l'organisation de la Faculté de médecine de Poitiers aux XVIe et XVIIe siècles*.

Le Dr RAYMOND (de Paris) communique une note sur nos confrères les *arbres guérisseurs*.

Magister Gallus et la médecine tchèque au XIVe siècle, tel est le titre d'une note du prof. SCHRUTZ (de Prague).

Le Dr SEMELAIGNE lit une note sur les *manuscrits de Hiriel*.

De M. SERGENT, la *caricature médicale et pharmaceutique dans l'œuvre de Daumier*.

Nous en passons. Nous nous excusons de cette simple énumération un peu fastidieuse, mais elle suffit, nous semble-t-il, pour montrer la somme de travail, de documents intéressants, de curieuses pages d'histoire que ce second Congrès nous a révélés.

On ne saurait trop en féliciter les organisateurs.

A. BROCHIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 JUIN 1921)

Septième centenaire de la fondation de la Faculté de Montpellier. — MM. GUIGNARD, HENNEGUY, VIALA, WIDAL, et BAZY sont désignés pour représenter l'Académie à la célébration du septième centenaire de la fondation de la Faculté de médecine de Montpellier, qui aura lieu le 5 novembre prochain.

Sur l'épuration bactérienne et colibacillaire au cours du traitement des eaux d'égouts par le procédé des « boues activées. » — MM. Paul COURMONT, A. ROCHAIX, et F. LAUPIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1921)

La peste de Marseille en 1720-1721. — M. BOINET rapporte la façon dont débuta à Marseille, il y a cent ans, l'épidémie de peste qui est restée célèbre par sa gravité. Le premier cas éclata le 1er juin, et ce n'est que quelques jours après qu'entra dans le port le bateau que l'on accusa de l'avoir importée. Les précautions avaient d'ailleurs été prises à son égard. Peut-être cependant, d'après le récit de Pestalozzi, la contagion augmenta-t-elle du fait que des pièces d'étoffe purent sortir du lazaret où étaient entreposées les marchandises apportées par ce bateau et circuler dans la ville. A noter le chiffre de 1000 morts par jour qui est celui que l'on enregistra en septembre 1720.

Pathogénie des exostoses ostéogéniques multiples. — C'est là une affection à distinguer des exostoses banales. MM. LARDENNOIS et NATHAN, qui l'étudient et montrent des radiographies de lésions de ce genre, estiment qu'il s'agit d'un vice de développement de l'os périostal. Ces dyschondroplasies seraient ordinairement familiales et l'on pourrait incriminer à leur propos des troubles du fonctionnement endocrinien.

Gastrotonométrie clinique. — M. René GAULTIER attire l'attention de l'Académie sur l'importance de la musculature gastrique dans la sensation de la faim ainsi que dans les algies si variées des affections de l'estomac, et à l'appui de sa communication présente un appareil qu'il appelle *gastrotonomètre*. Cet instrument permet non seulement d'extraire le suc gastrique pour connaître la sécrétion de la muqueuse, mais encore d'insuffler l'estomac pour connaître sa forme, ses dimensions, sa position, sa capacité à un volume d'air déterminé qui se traduit par une sensation douloureuse à sa limite de dilatabilité et par conséquent, sa sensibilité à la pression et surtout de mesurer sa tonicité musculaire.

Un cas de streptothricose pure simulant la tuberculose. — M. SILHOL rapporte ce cas où le malade fut cru atteint de

mal de Pott avec abcès iliaque tuberculeux. L'abcès s'ouvrit spontanément et malgré que l'état général se soit amélioré à la suite de cette ouverture, le malade tomba dans la cachexie à laquelle il finit par succomber. Or, les examens répétés du pus ne firent jamais trouver qu'un streptothrix d'ailleurs spécifiquement indéterminé, et les cultures ne donnèrent pas d'autre renseignement.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de onze membres correspondants étrangers. Sont élus à l'unanimité des votants : MM. Brachet (de Bruxelles), Christiansen (de Copenhague), Henderson (de l'Université d'Harvard), Ducatello (de Padoue), Dominguez de Oliveira (de Porto), Sir Robert Philipp (d'Edimbourg), Sir d'Arcy-Power (de Londres), de Quervain (de Berne), Sir Humphry Rolleston (de Londres), Soubbotitch (de Belgrade), Gratia (de Bruxelles).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1921)

L'exploration clinique des fonctions rénales par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine. Le chromoscope nephrométrique. — MM. LIAN et SIGURET présentent un dispositif simple permettant de mettre très facilement en œuvre, l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine. Cette épreuve est universellement considérée comme une excellente méthode clinique d'exploration des fonctions rénales. On fait une injection intramusculaire de la solution colorante et on recueille l'urine pendant une heure dix minutes après l'injection. Le chromoscope nephrométrique permet de se rendre compte immédiatement de la quantité de produit colorant ainsi éliminée en 1 h. 10. Il fait défiler sous les yeux, toute une gamme du tubes colorés, étalonnés. Ces tubes sont enchâssés dans un cylindre et forment deux rangées parallèles. Le tube d'urine à examiner, se place entre ces deux rangées de tubes étalonnés. En faisant tourner le cylindre, il est facile de déterminer le tube étalon dont la teinte est la même que celle de l'urine. On trouve ainsi, en une minute, le pourcentage de la matière colorante éliminée. Au bout de 1 h. 10, on doit retrouver dans les urines d'un sujet sain 50 à 60 p. 100 de la substance injectée. Une élimination inférieure à 50 p. 100 indique un trouble de la sécrétion rénale. Ce trouble est d'autant plus marqué que l'élimination est plus faible.

Leucémie et tuberculose. — MM. P.-E. WEIL et COSTE présentent l'observation d'un malade atteint de leucémie lymphatique subaiguë ayant évolué en cinq mois, et chez qui l'autopsie décela une tuberculose massive du péritoine et des organes hématopoiétiques, rate, foie et surtout ganglions, ces derniers presque complètement caséifiés. Cliniquement, ce cas présente deux particularités : 1° l'intrication des leucémies aiguë et lymphatique, beaucoup plus rarement constatable que celle des types aigu et myéloïde; 2° la régression de la poussée aiguë et l'évolution de la formule hématologique vers le type lymphocytaire, fait absolument exceptionnel, les poussées aiguës en cours de leucémie chronique survenant toujours, en tant que complications terminales. Au point de vue pathogénique, cette observation pose à nouveau le problème des rapports entre la leucémie et la tuberculose.

Un cas d'hémophilie familiale guéri depuis douze ans. — M. P.-E. WEIL présente un jeune homme âgé de dix-neuf ans, appartenant à la famille suisse des hémophiles de Tenna, qu'il soigna de 1909 à 1913 par des injections répétées de 20 centimètres cubes de sérum de cheval (15 en 4 ans). L'hémophilie, atténuée d'abord, cessa bientôt. La cure fut arrêtée fin 1913, l'enfant étant parti en province et ne fut plus reprise depuis lors. Or, les accidents hémorragiques et articulaires n'ont pas reparu, et le sang qui se coagulait en trois heures et demie est actuellement normal et se coagule en quinze minutes. La guérison est donc complète et définitive, peut-on espérer.

L'hémophilie cesse d'être une diathèse, une malformation sanguine, pour devenir une affection curable.

Anaphylaxie sérique ictérigène. — MM. Ch. FLANDIN et P. VALLERY-RADOT. Chez un jeune homme de trente-cinq ans, ayant reçu, trois ans et demi auparavant, une injection de sérum antitétanique, une nouvelle injection de sérum de cheval a déterminé l'apparition simultanée d'urticaire et d'ictère par rétention totale d'évolution bénigne. Le mécanisme de l'anaphylaxie paraît donc pouvoir intervenir dans la pathogénie de certains ictères.

Un cas de mélanodermie phtiriasique. — MM. L. TIXIER et H. DUVAL présentent une malade dont la mélanodermie est intense au niveau du thorax, des bras et des cuisses. Les parties découvertes sont respectées. Par contre, la pigmentation de la face interne des joues est aussi intense que chez une malade atteinte de maladie d'Addison.

Ce fait confirme les observations antérieures de vieux auteurs et celles, plus récentes, de Thibierge. Les auteurs insistent sur la persistance de la mélanodermie, dans toute son intensité, longtemps après la disparition des parasites.

Encéphalite léthargique à récidive tardive. — MM. RATHERY et CAMBASSÉDÈS présentent une malade atteinte d'encéphalite ayant évolué en deux temps. Le début, qui remonte à quinze mois, s'est fait par des troubles mentaux survenus brusquement. Puis la maladie a évolué sous forme hypersomnique pendant deux mois laissant après elle un état parkinsonnien fruste. Une récidive de la maladie s'est déclarée après onze mois de guérison apparente pendant laquelle la malade a mené à terme une grossesse normale. La récidive s'est annoncée par des mictions impérieuses et s'est traduite par une aggravation manifeste de l'état parkinsonnien, par l'apparition d'un ptyalisme intense. Il y a de plus, exagération des réflexes tendineux et clonus du pied.

Contribution à l'étude de la tension veineuse périphérique. Le syndrome d'hypertension veineuse et d'acrocyanose avec insuffisance ovarienne. — MM. M. VILLARET, SAINT-GIRONS et GRELLETY-BOSVIEL ont mis en évidence chez quatre jeunes femmes, un syndrome caractérisé par l'augmentation de la pression veineuse, la cyanose des mains et des pieds et des troubles ovariens, irrégularité constante des règles, obésité dans trois cas. Ce syndrome est l'apanage des jeunes femmes, il n'a pas été retrouvé chez des sujets présentant de la cyanose, mais ayant dépassé la quarantaine ou appartenant au sexe masculin. Il est vraisemblable que dans ces faits, l'hypertension veineuse est le lien qui unit l'insuffisance ovarienne et l'acrocyanose, et l'on peut ainsi reconnaître à l'acrocyanose et à l'hypertension veineuse, une origine endocrine, toutes deux étant de même que les troubles ovariens, améliorées par l'opothérapie ovarienne.

Succession de crises d'urticaire, d'asthme et de grande anaphylaxie chez un jeune homme sensibilisé à l'ovalbumine. — MM. PAGNIEZ, PASTEUR-VALLERY-RADOT et J. HAGUENEAU ont pu suivre d'une façon expérimentale, pendant près d'une année, une observation d'anaphylaxie digestive à une albumine rigoureusement spécifique, le blanc d'œuf cru. Ils ont vu l'ingestion de cette albumine déterminer les différents symptômes propres à l'anaphylaxie digestive, depuis de simples troubles gastro-intestinaux, jusqu'à du prurit, de l'urticaire, de l'asthme et même jusqu'à la grande crise d'anaphylaxie. Montrant chez le même sujet, à la suite d'ingestion d'une albumine toujours la même, une succession et une intrication de ces divers syndromes, cette observation donne la preuve que ces syndromes, sous leurs formes variées, sont de même nature, qu'ils ont même origine. Chez ce malade, la même cause les déclanche, sans qu'il soit possible de prévoir au moment où l'albumine déchaînante est introduite dans l'organisme, lequel de ces syndromes va éclater.

L'étude de ce cas démontre, en particulier, d'une façon rigoureuse, qu'urticaire et asthme sont deux syndromes entièrement superposables l'un à l'autre. Les auteurs ont, en effet, pu observer, sous l'action d'une cause unique, l'ingestion d'ovalbumine, des crises d'urticaire et des crises d'asthme alternant. Bien plus, après l'absorption de blanc d'œuf, ils ont vu, une fois, se dérouler parallèlement une crise d'urticaire et une crise d'asthme, ce qui prouve que, non seulement, la pathogénie est la même dans ces deux états, mais que la même cause est capable de déclancher, soit l'urticaire, soit l'asthme, soit même une crise combinée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des affections de l'oreille, par M. Lermoyez, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine; M. Boulay, ancien interne des hôpitaux de Paris, et A. Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Tome Ier : *Généralités, Oreille externe, Oreille interne.* — 1 vol. grand in-8 raisin de 1014 pages, avec 345 figures dans le texte. Prix : 65 fr. — Paris, G. Doin.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique clinique (1), par A. MARTINET, avec la collaboration de MM. DESFOSSES, G. LAURENS, Léon MEUNIER, LOMON, LUTIER, MARTINGAY, MOUGEOT, et SAINT-CÈNE.

Ce nouvel et bel ouvrage de M. Martinet comprend 4 parties : I. *Les agents thérapeutiques*; II. *Les techniques thérapeutiques*; III. *Traitement des symptômes*; IV. *Traitement des maladies*. Pour chacune de ces parties, M. Martinet s'est assuré la collaboration de spécialistes réputés; aussi le lecteur est-il assuré de trouver dans la *Thérapeutique clinique*, des questions bien mises à jour, qui lui permettront de se montrer en toutes circonstances un thérapeute éclairé et avisé.

Des figures nombreuses, des dispositions typographiques originales, des tableaux d'ensemble, des schémas suggestifs, complètent heureusement ce traité présenté par la maison Masson, avec son soin habituel. L. G.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (2), par MM. E. SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. Tome IX : *Sympathique et glandes endocrines*.

Il était naturel de réunir en un même volume l'étude des glandes endocrines et du sympathique, car si les premières exercent une synergie chimique, il n'y en pas moins une réaction continue entre elles et le système autonome. De celui-ci, c'est M. Guillaume qui nous donne une étude anatomo-physiologique suffisamment claire, et M. Harvier, l'étude pathologique, étude peu avancée et fort incomplète, l'auteur n'ayant fait qu'indiquer très brièvement les relations du sympathique avec l'état émotionnel, les névroses et les psychoses. Les glandes endocrines occupent une place plus importante, étant mieux connues, encore que l'on confonde encore souvent endocrinothérapie avec opothérapie. Après une introduction très intéressante de M. P. Lereboullet, M. Harvier expose la pathologie des glandes endocrines, thyroïde et parathyroïde, thymus, surrénales, hypophyse et épiphyse, testicules, ovaires, glandes mammaires, et fournit quelques indications sur les syndromes pluriglandulaires dont l'importance en clinique croît chaque jour. L'ouvrage se termine par des notions de pharmacologie opothérapique dues à la plume particulièrement autorisée de M. Carrion, ce qui nous dispense d'en faire plus longuement l'éloge. J. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 11 juillet. — Jury : MM. Delbet, président; Legueu, Hartmann et Cunéo. — M. CLAP (Louis). Les ruptures de l'appareil extenseur de la jambe. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (Just). Contribution à l'étude des plaies de l'abdomen. — M. DAUBRESSE. Recherches expérimentales sur l'anesthésie au protoxyde d'azote. — M MOREAU (Emile). Contribution à l'étude de l'ostéoarthrite tuberculeuse sterno-claviculaire.

Jury : MM. Couvelaire, président; Lévy-Solal, Debré et Duvoir. — M. BLONDET. De la gestation dans les cornes utérines rudimentaires. — M. RENAN (François). Le syndrome d'occlusion intestinale dans ses rapports avec la gestation.

Mardi 12 juillet. — Jury : MM. Jeanselme, président; Rénon, Guillain et Labbé (H.). — M. DELIGNÉ (Auguste). Les perforations de la voûte palatine. — M. NOËL (A.). La douche filiforme. — M. PELOSOF. Rapports du tabes avec la puerpéralité. — M. BONNARD. Le cancer de l'œsophage, sans signes cliniques. — M. NAST. La migraine. — M. GRANET. Le cancer broncho-pulmonaire.

Jury : MM. Letulle, président; Brindeau, Metzger et Roussy. — M. SALINIÈRE. Contribution à l'étude de la névrite optique. — M. FOUCHARD (René). Contribution à l'étude clinique de la paralysie. — M. HEITZ (Paul). Contribution à l'étude de la vaccination curative de l'infection puerpérale. — M. DATTIN (André). Contribution à l'étude des hématuries au cours de la grossesse. — M. VINCENT. Traitement des pyélonéphrites gravidiques par l'entéro-vaccin.

Jury : MM. Gilbert, président; Bezançon, Chauffard et Philibert. — M. GIRARD (André). Sur l'immunisation par la voie gastro-intestinale. — Mme ZABOULDOLASKI (J.). Sur la radiothérapie des adénites bacillaires. — M. GUILLAUME (Georges). Contribution à l'étude des paratyphoïdes. — M. BOUTROUX (Louis). Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas d'encéphalite. — M. NEMOURS (Auguste-S.). Contribution à l'étude du spasme pylorique. — M. VILLOT. Etude radiologique des séquelles de la pleurésie.

Jury : MM. Achard, président; Carnot, Rathery et Garnier. — M. DURAND (René). La fièvre typhoïde depuis la guerre. — M. GODEAU (Léon). L'étude du contenu gastrique en pratique courante. — M. BLOCH (Sigismond). Epreuve de Gœtsch. — Mme THIERS-SALINAS. Recherches sur la bacillémie tuberculeuse dans la seconde enfance. — Mlle CHALOT. Contribution à l'étude du diagnostic de l'encéphalite. — M. MARANTIS (A.). Un cas de péricardite brightique. — M. RENAUDEAU. Constipation et transit iléocæcal.

Jury : MM. de Lapersonne, président; J.-L. Faure, Lejars et Duval. — M. LEBRUN (Charles). De l'ablation du sac lacrymal. — M. GUITARD (Pierre). Occlusion avec invagination par tumeurs polypeuses. — M. PLUMEY (Victor). Sur un cas de septico-pyohémie. — M. STANLEY. Contribution à l'étude du traitement opératoire des fractures. — Mlle KŒCHLIN. Sur le traitement des rétrodéviations utérines. — Mme LE MONNIER. Contribution à l'étude des métrorragies des jeunes filles.

Mercredi 13 juillet. — Jury : MM. Sebileau, président; Ménétrier, Bernard et Heitz-Boyer. — M. ABOULKER (David). Note sur la forme floride de la tuberculose du nourrisson. — M. ODIC (Roger). Contribution à l'histoire de la Faculté de médecine. — M. POUEY. La lutte contre le péril de l'eau dans un secteur des armées. — M. CHATAIGNON (Charles). Fonctionnement d'un sanatorium type aux Etats-Unis. — M. HARRIAGUE. L'ostéoclasie. — M. AMABILIS. Contribution à l'étude du traitement des luxations. — M. DARCISSAC. De la mobilisation du maxillaire inférieur.

Samedi 16 juillet. — Jury : MM. Marfan, président; Carnot, Lecène et Basset. — M. MARÇAIS (André). Contribution à l'étude de la réaction de Schick. — M. KŒCHLIN. Le virilisme pilaire chez la femme. — M. RABEAU (Henri), Contribution à l'étude des albumines. — M. CACHERA (André). Quelques réflexions sur la prophylaxie de la syphilis. — Mlle MOISSONNIER. Etude de la toxicité des sels ammoniacaux en thérapeutique. — M. JAY. L'abcès pelvien au cours de l'appendicite. — M. AUREILLE. Contribution à l'étude du traitement des cystites bacillaires et des cystites banales.

Jury : MM. Desgrez, président; Brumpt, Nobécourt et Lereboullet. — M. BIERRY. Effets chimiques des rayons ultra-violets sur le d-fructose. — M. LOUVOT. La glycorachie (son intérêt diagnostic). — M. LAVIER. Les parasites des invertébrés hématophages. — M. DESCHIENS. Les entérites à Giardia (Lamblia). — Mlle ARMAND (Marie). Contribution à l'étude des accidents consécutifs aux interventions sur la plèvre. — M. PERRIER. L'injection intramusculaire de sérum antidiphtérique. — M. YVES DES BOUILLONS. De l'influence des injections d'éther dans la coqueluche.

Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Guillain et Rathery. — M. LEVENT (Rémy). Contribution à l'étude du traitement par les sels de Perret. — M. PERRION (Gustave). Le benzoate de benzyle et son emploi dans le traitement de l'hypertension artérielle. — M. JOFFROY (Jean). Hygiène pratique. — M. BERNARD (Pierre). Etude des divers traitements de l'orchite blennorragique. — M. NGUYEN VAN THINH. Etude sur l'étiologie du béribéri. — M. THÉBAUT. Sur la forme symétrique des myosites syphilitiques.

(1) 2 forts vol. in-8 cartonnés, avec 310 figures. — Prix : 70 fr. les 2 volumes. — Paris, 1921, Masson et Cie.
(2) Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Augistrou et Damade.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a proposé, pour la chaire d'anatomie : en première ligne, M. le prof. agrégé Picqué; en deuxième ligne, M. le prof. agrégé Princeteau.

— Le concours de clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de M. le Dr Chenut.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE SARAGOSSE. — Le Dr R. Horno, professeur de gynécologie à la Faculte de Saragosse, accompagné des prof. Romero et Perez Larrosa et de quelques-uns de ses élèves, a été présenté mardi dernier au doyen de la Faculté de médecine de Paris, qu'il venait inviter officiellement à inaugurer, dans les premiers mois de 1922, la clinique gynécologique de Saragosse, installée par des maisons françaises.

Il a profité de son séjour à Paris pour visiter nos hôpitaux, différentes cliniques, l'exposition de l'histoire de la médecine et les nombreux trésors d'art qu'offre Paris aux étrangers.

Le prof. Horno a voulu, avant de quitter Paris, assister à la revue et aux fêtes du 14 juillet.

SECOND CONGRÈS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Le second congrès international d'histoire de la médecine a terminé ses travaux mercredi après-midi et a voté les vœux suivants :

1° Il est créé une « association internationale d'histoire de la médecine » dont le comité permanent siège à Paris.

2° Le prochain congrès aura lieu en 1922 à Londres. En plus des communications diverses seront traitées deux questions pour lesquelles seront nommés des rapporteurs dans les différents pays.

LES MÉDECINS FRANÇAIS EN ESPAGNE. — A la suite des démarches de quelques syndicats médicaux, les médecins français exerçant en Espagne, quelques-uns depuis vingt-cinq ans, avaient été mis brutalement en demeure de cesser l'exercice de leur profession. Ce conflit est heureusement terminé; de part et d'autre, on chercha une solution avec le désir de la trouver. Nos compatriotes ont obtenu la *revalida.* Il convient toutefois de rendre tout particulièrement hommage à l'éminent doyen de Madrid, le prof. Recasens et au très distingué prof. Marañon qui, tous deux, se sont employés avec la plus grande bienveillance à résoudre le conflit et ont fait preuve envers nos compatriotes d'une sympathie à laquelle ceux-ci désirent rendre un témoignage public de reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DU Dr LERAY. — Une plaque commémorative a été apposée le 10 juillet, à Enghien, sur la maison du Dr Leray, mort en mars, victime des rayons X. M. Leredu, ministre de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale présidait. La Faculté de médecine était représentée par le Dr Zimmern qui a prononcé l'éloge du Dr Leray.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr René Mignot (de Paris).

COURS DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE L'HOPITAL BEAUJON. — Une série de conférences sur les colites aura lieu, du 14 au 20 octobre 1921, à l'hôpital Beaujon, dans le service du prof. Carnot, avec la collaboration de MM. Carnot, Lardennois, Harvier, Friedel.

Le cours sera gratuit, et le programme détaillé des leçons sera donné ultérieurement.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Circuit automobile de l'Avallonnais. — La Compagnie des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée rétablira, du 10 juillet au 25 septembre 1921, le circuit automobile de l'Avallonnais. Ce service permettra de visiter, dans la même journée, le monastère de la Pierre-qui-Vire et son curieux calvaire, Quarré-les-Tombes, Chastellux et son château, Pierre-Perthuis avec son admirable panorama de la

vallée de la Cure, Saint-Père, Vézelay et sa remarquable église de la Madeleine de pur style roman, Pontaubert.

Les auto-cars du service automobile, qui porteront sur la frise de la carrosserie l'inscription « Circuit de l'Avalonnais-Correspondance P.-L.-M. » partiront de la gare d'Avallon où fonctionnera un service de délivrance de billets et de location de places.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PROPAGANDE ANTICONCEPTIONNELLE PAR LA VOIE DES JOURNAUX

Nous avons donné précédemment connaissance de la loi du 31 juillet 1920, qui réprime la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle (1). L'article 3 de cette loi punit d'emprisonnement et d'amende *quiconque*, dans un but de propagande anticonceptionnelle aura, par l'un des moyens spécifiés aux articles 1 et 2, décrit ou divulgué, ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore faciliter l'usage de ces procédés. Les mêmes peines, ajoute l'article, sont applicables à *quiconque*, par l'un des moyens énoncés à l'article 23 de la loi du 29 juillet 1881, se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité.

Le tribunal correctionnel de la Seine vient de faire une application de ce texte dans les circonstances suivantes :

Dans un numéro du journal : *Le Parlementaire*, du 9 octobre 1920, publié et distribué à Paris, il a été inséré en première page un article intitulé : « Faites des enfants ». L'auteur de cet article s'élevait violemment contre la loi du 31 juillet 1920, affirmait le droit pour la femme de recourir à des manœuvres abortives, quand elle redoutait pour son enfant les privations et la misère, et essayait de démontrer que la nouvelle loi frapperait uniquement les femmes des classes pauvres et laborieuses contre lesquelles elle aurait été faite.

On lisait notamment dans cet article : « Est-ce que la femme n'est pas maîtresse de ses flancs, de son ventre, de son utérus, comme elle est maîtresse de sa chevelure, de son visage, de ses mains? De quel droit venez-vous lui dire : Vous avez été fécondée par un amant de rencontre, ou par votre mari, désormais vous nous appartenez, vous n'avez pas la faculté de vous débarrasser du produit de l'œuvre de chair dont vous êtes responsable devant la Société;

« Mais, est-ce vous, dirigeants, législateurs, magistrats, qui lui assurerez l'existence à cette pauvresse qui, ignorante des procédés préventifs ou abortifs journellement employés par nos femmes et nos courtisanes, a eu la simplicité de se faire arrondir le globe?

« Est-ce vous qui assurerez l'existence à son rejeton quand, malgré privations et misères, l'accouchement s'accomplira normalement... Lhopiteau et toute sa séquelle de chats-fourrés pourront faire la chasse aux avorteurs, aux avortées et aux malthusiens, ils n'empêcheront pas l'avortement, car sa pratique est entrée dans les mœurs. Et il en sera ainsi autant que la Société n'assurera pas le sort de la mère et celui de l'enfant, autant que la Société capitaliste ne sera pas remplacée par la Société communiste... Partout des hommes courageux se lèvent : médecins, savants, philosophes, humanitaires, qui répandent dans le pays la connaissance des moyens préventifs permettant aux filles des prolétaires d'éviter des grossesses non désirées. Et ce sont ces hommes que vous poursuivez au nom de votre morale! »

L'auteur de cet article n'a pas entendu seulement critiquer la loi nouvelle, faire connaître son opinion sur l'utilité ou les inconvénients qu'elle pouvait, selon lui, présenter; dépassant son droit de critique, il a voulu justifier les pratiques que cette loi avait précisément pour objet d'atteindre et de réprimer d'une façon plus efficace que la législation déjà existante. C'était véritablement un acte de propagande anticonceptionnelle et contre la natalité.

Mais l'auteur de l'article dont il s'agit avait signé sous un pseudonyme; il est demeuré inconnu. Aussi le Parquet poursuivit-il, comme il en avait le droit, le directeur et le gérant du journal.

« Que ces derniers, dit le jugement du 27 avril 1921, en laissant insérer l'article dont, par suite de leurs fonctions mêmes, ils ont eu nécessairement connaissance, et en assurant la publication du numéro du journal contenant ledit article, ont commis le délit contre eux relevé par la prévention;

Attendu, en effet, que l'article 2, § 3, de la loi du 31 juillet 1920, ne se réfère à la loi du 29 juillet 1881 sur la presse, que pour définir les modes de publicité au moyen desquels peut être commis le délit prévu par lui, mais que, sans s'attacher aux distinctions contenues dans l'article 42 de la loi de 1881, il punit en termes généraux quiconque aura commis ce délit;

Que toute personne prenant part, de quelque façon que ce soit, à la publication d'un écrit constituant une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité, doit donc être tenue pour auteur ou coauteur du délit visé par ledit article 2, § 3, de la loi du 31 juillet 1920. »

Le directeur et le gérant du journal *Le Parlementaire* furent donc condamnés. L'expression « quiconque » employée par la loi permettait de les atteindre, sans avoir égard, comme dit le jugement, à l'article 42 de la loi du 29 juillet 1881, qui indique un certain ordre suivant lequel les personnes responsables peuvent être poursuivies.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 103, p. 1642.

LIVRES NOUVEAUX

Examen des aliénés. Nouvelles méthodes biologiques et cliniques (1), par le Dr André BARBÉ, médecin aliéniste des hôpitaux de Paris. Préface de M. le Dr SÉGLAS, médecin de la Salpêtrière.

Cet excellent livre, qui met en évidence, écrit le Dr Séglas dans sa préface, l'importance de l'examen somatique chez les aliénés, et dans lequel on trouvera résumé l'état de nos connaissances sur l'application à la psychiatrie des nouvelles méthodes d'examen objectif.

« Incapable par elle-même de réaliser un progrès véritable la psychiatrie doit cesser d'être aussi à l'écart qu'elle le fut jusqu'à ce jour. L'étudiant surtout ne peut que gagner à ne pas limiter trop vite son horizon; même s'il se lance dans sa spécialité, à ne pas oublier que s'il lui faut être plus tard, suivant l'occasion, administrateur, psychologue, expert... il lui faudra aussi, toujours et avant tout se montrer médecin au sens le plus général du mot; car c'est peut-être le psychiatre qui doit être de tous les spécialistes le moins spécialisé. »

L. G.

(1) In-8 broché. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

BACTÉRIOLOGIE & MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

SCARLATINE

Zur Scharlachdiagnose. (POSCHEN. *Dermat. Woch.*, 1919, n° 68, p. 343.)

Zur Differential diagnose des Scharlachs. (HAINISS. *Monats. f. Kinder.*, n° 15, p. 523.)

Das Aulockphänomen, ein neues brauchbares Hilfsmittel bei der Diagnose des Scharlachs. (NEUMANN. *Deuts. med. Woch.*, 1920, vol. XLVI. p. 566.

Schultz et Charlton ont décrit un nouveau procédé de diagnostic de la scarlatine : Au plus fort de l'éruption, on injecte sous la peau, 1 centimètre cube de sérum de convalescent de scarlatine. Quelques heures après, dans les cas positifs, une zone anémique blanche apparaît de dimensions variables (de celles d'une pièce de 5 francs à la paume de la main). Ce phénomène n'apparaît pas, si on injecte du sérum de scarlatineux en activité, du sérum antidiphtérique ou du sérum de convalescents de rougeole. Il est négatif dans les autres fièvres éruptives.

Dans 71 cas de scarlatines, Poschen a vérifié la valeur de cette épreuve et conclut qu'elle est pathognomonique de la scarlatine. Le sérum doit être prélevé chez le convalescent, au commencement de la quatrième semaine.

L'auteur attribue ce phénomène à l'action excitante du sérum de convalescents vis-à-vis des toxines vasodilatatrices des scarlatineux.

Hainiss a utilisé cette méthode dans différentes variétés d'éruptions non scarlatineuses où elle fut toujours négative (érysipèle, éruptions sériques, grippe).

Dans 19 cas de scarlatine, elle fut positive 11 fois.

Neumann a employé cette réaction chez 64 scarlatineux. Dans tous les cas (sauf quelques exceptions attribuées à la mauvaise qualité du sérum), le résultat a été positif. Par contre, le résultat fut négatif dans 3 cas de rougeole, 4 éruptions scarlatinoïdes toxiques, 1 urticaire, 2 éruptions sériques. J. PARAF.

Angine et scarlatine. (Th. MIRONESCO. *Presse méd.*, 1921, n° 18, p. 176.) — Au cours des épidémies de scarlatine, il est fréquent d'observer des sujets atteints d'angines simples érythémateuses dont certaines sont des scarlatines qui ne font pas leur preuve, mais qui jouent un rôle important dans la diffusion de la maladie. Pour reconnaître celles de ces angines qui sont réellement de nature scarlatineuse, Th. Mironesco a eu l'idée d'utiliser un phénomène observé antérieurement par Schultz et Charlton. Ces auteurs ont vu que lorsqu'on injecte dans le derme de sujets atteints de scarlatine en pleine éruption, 1 centimètre cube de sérum sanguin provenant, soit de sujets convalescents de scarlatine, soit de sujets atteints de toute autre maladie, il se produit, au bout de six à huit heures, autour du point d'injection, une zone ou l'exanthème scarlatineux disparaît.

Si, au contraire, on injecte de la même façon un sérum provenant d'un scarlatineux en pleine période fébrile, cette réaction ne se produit pas.

Pour savoir si l'angine de certains malades suspects était vraiment scarlatineuse, Mironesco a injecté, de cette façon, 1 centimètre cube de leur sérum dans le derme de scarlatineux en pleine éruption. Il a pu constater que le sérum de certains de ces sujets, chez qui l'angine est restée la seule localisation et qui, dans la suite, n'ont présenté ni exanthème, ni desquamation, ne provoquait chez les scarlatineux en pleine éruption aucune réaction locale. Il en conclut que ces angines étaient réellement de nature scarlatineuse.

Par contre, le sérum d'une jeune fille ayant succombé à un syndrome ressemblant à une scarlatine foudroyante, a produit une décoloration typique de la peau chez les scarlatineux ; l'auteur croit pouvoir affirmer que la malade a succombé à une infection tout autre qu'à une scarlatine foudroyante.

Si les recherches de Mironesco sont confirmées, il donne un procédé intéressant de diagnostic des scarlatines frustes ou anormales, utilisable, bien entendu, dans les cas seulement où l'on a sous la main des sujets atteints de scarlatine en pleine période éruptive.

Syndrome d'ictère grave au cours de la scarlatine. (MEURISSE. *Paris méd.*, janv. 1920, p. 63, n° 3.) — Meurisse rapporte l'observation d'un enfant de quatorze ans atteint de scarlatine et qui présenta un ictère franc avec rétention totale. Pour l'auteur, il s'agirait d'angiocholécystite simple. L'hémoculture fut négative, l'évolution en fut bénigne et Meurisse l'attribue à une infection ascendante. L'analogie avec les ictères des autres maladies infectieuses nous paraît devoir, au contraire, faire rentrer ce fait dans le groupe des ictères par hépatite infectieuse survenant au même titre que la néphrite. J. PARAF.

A note a renal function in scarlet fever. (VEEDER et JOHNSTON. *Am. Journ. dis. of child.*, mai 1920, n° 19, p. 223.) — Dans 17 cas de scarlatine simple dont deux compliqués de néphrite, les auteurs ont constaté que les troubles du fonctionnement rénal apparaissent toujours après l'albuminurie et concluent que l'examen systématique des urines chez les scarlatineux est suffisant et est même supérieur à l'étude du fonctionnement rénal. J. PARAF.

DIPHTÉRIE

Laryngeal diphteria. (Archibald HOYNE. *The journ. of the over med. assoc.*, 7 mai 1921, vol. LXXIX, n° 19, p. 1305.) — De l'étude de 550 cas de croup traités par le tubage, l'auteur conclut à l'organisation rationnelle de services de diphtérie qui manquent encore dans la majorité des hôpitaux américains. Service de garde normalement et régulièrement assuré de médecins experts en tubage, infirmières compétentes. Ne détuber qu'au bout de quatre ou cinq jours pour éviter les réintubations, enfin nécessité d'un isolement. Sur ce dernier point, l'auteur se sépare de la plupart des pédiatres, Marfan en particulier qui pense que le tube doit être enlevé entre la trente-sixième et la quarante-huitième heure. Le sérum en effet exerce alors son action et le maintien plus prolongé du tube dans le larynx peut occasionner des érosions pouvant nécessiter un nouveau tubage. J. PARAF.

Treatment of diphteria carriers with mercurochrome. (GRAY et MAYER. *Journ. of infect diseases*, vol. XXVIII, avril 1921, n° 4.) — A la suite de 3 cas de diphtérie survenus dans un hôpital maritime, tout le personnel fut soumis à l'ensemencement du rhinopharynx et à l'épreuve de Schick.

Sur les 544 réactions pratiquées, 104 furent positives, soit 19,1 p. 100. Ces individus réceptifs reçurent immédiatement 1000 unités antitoxiques et 3 injections du vaccin toxine antitoxine. Sur 680 individus, 162 furent reconnus porteurs de bacilles (23 p. 100). La plupart de ces porteurs de germes furent traités par les applications de mercurochrome en solution à 1 p. 100, qui, dans plus de 92 p. 100, débarrasse la gorge de bacilles en quelques jours. J. PARAF.

Formes anormales de diphtérie. (DARIÉ. *Bull. méd.*, vol. XXXV, n° 12, 26 mars 1921.) — Darié décrit sous ce titre les formes d'angines érythémateuses simples sans fausses membranes, mais dans lesquelles le bacille diphtérique est présent. Cette forme est surtout fréquente en période épidé-

mique. Darié signale aussi la forme adénopathie primitive. Dans quelques cas, une douleur violente du trismus et l'aspect du pharynx simule absolument un abcès de l'amygdale. Chez tous ces malades, c'est la grande pâleur, la petitesse du pouls et les autres signes d'une intoxication diphtérique grave qui donneront l'alarme et engageront à faire un examen bactériologique.
J. PARAF.

Prophylaxie de la diphtérie dans un pensionnat (L. Martin et G. Loiseau. *Bull. méd.*, 26 mars 1921, t. XXXV, n° 13.) — Deux cas de diphtérie étant survenus dans un pensionnat où 600 jeunes filles étaient internées, 21, porteuses de germes furent découvertes parmi les voisines immédiates des malades, elles furent isolées et l'épidémie ne progressa plus. Certaines fillettes gardèrent un bacille virulent pendant plus de cent trente-deux jours.
J. PARAF.

La mortalité par diphtérie pendant trente ans à l'hôpital des Enfants-Assistés à Bordeaux. (Dubourg et Guenard. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1920, p. 83.) — Faisant pendant à la statistique publiée l'an dernier par Martin et analysée ici même, les auteurs publient la statistique de la mortalité par diphtérie à Bordeaux de 1888 à 1917. Dans une première période de 1888 à 1890 (où il n'existe encore aucun isolement) la mortalité dépasse 54 p. 100. La création d'un service spécial fait tomber la mortalité à 35 p. 100 de 1890 à 1894. En 1895, le sérum commence à être employé, la mortalité tombe la même année à 7,28 p. 100 et n'a cessé de baisser. En 1917, elle était de 1,53 p. 100.

Même baisse dans le nombre des entrées pour croup et dans celui des interventions pratiquées (tubage et trachéotomie).
J. PARAF.

Cats and human diphteria. (William V. Savage. *Journ. of hyg.*, t. XVIII, fév. 1920, p. 448.) — **Virulent diphtérie bacilli carried by cats.** (J. S. Simmons. *Am. Journ. med. science*, 1920, p. 588.) — La contagion de la diphtérie est essentiellement interhumaine (malades ou porteurs de germes), ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle se fait par un intermédiaire. Simmons publie un cas probant de contagion par l'intermédiaire d'un chat. Il s'agit d'une femme atteinte de diphtérie grave et vivant avec un chat ayant présenté quelques jours auparavant une toux croupeuse. L'étude bactériologique décèle chez le chat du bacille diphtérique virulent et l'autopsie révèle des fausses membranes laryngées. Un autre chat habitant la même maison était porteur sain de bacilles diphtériques.

Savage, à la suite d'expériences méthodiques n'arrive pas aux mêmes conclusions. Les échantillons de bacilles isolés du pharynx de chats en contact avec des diphtériques, ne furent jamais pathogènes. Jamais il ne fut possible d'infecter le chat avec des bacilles diphtériques, lesquels ne restèrent jamais vivants au contact des muqueuses des animaux.
J. PARAF.

Manifestations anormales de la diphtérie en oto-rhinologie. (Lambert. *Arch. méd. belges*, 1920, n° 73, p. 382.) — La diphtérie de l'oreille moyenne n'est pas exceptionnelle surtout chez l'enfant. L'infection se propage du pharynx et des fosses nasales et gagne l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache. Trois symptômes caractériseraient l'otite diphtérique, une douleur intense et persistante, une forte tension de la membrane tympanique, un écoulement séro-hémorragique dans lequel il est possible de déceler des débris de fausses membranes grisâtres, la présence de bacilles diphtériques y est constante. Diagnostiquée et traitée précocement, l'otite guérit complètemeut sans qu'il y ait infection secondaire. En cas de traitement tardif, cette éventualité est à redouter avec mastoïdite possible.
J. PARAF.

Primäre vaginale und Haut diphterie mit postdiphterische Lähmung. (Leeuderzt. *Med. klin.*, 1920, n° 16, p. 151.)
Diphterie der vulva bei Erwachsenen. (Kromayer. *Dermat. Woch.*, 1920, n° 71, p. 770.)

La diphtérie de la vulve et du vagin n'est pas rare chez la petite fille, coïncidant ou non avec une atteinte rhino-pharyngée.

Leeuderzt en publie un cas chez une fillette de cinq ans et demi sans diphtérie naso-pharyngée, mais dont un frère et une sœur étaient atteints d'angine. Une paralysie grave et précoce suivit et, selon la règle de Trousseau, elle atteignit d'abord la région voisine du foyer infecté. Il y eut d'abord paralysie vésicale et rectale avec incontinence des urines et des matières, puis la paralysie se généralisa aux jambes, au voile du palais, et la guérison fut longue.

Plus rarement, il s'agit d'adultes et le cas rapporté par Kromayer chez une jeune femme de 22 ans est tout à fait exceptionnel. Il s'agissait d'ulcérations de la région clitoridienne et urétrale considérée comme des chancrelles. Après la découverte de bacilles de Lœffler, un traitement sérique amena rapidement la guérison.
J. PARAF.

Om Naveldifterie. (Schönfelder. *Norsk. mag. f. laegendensk*, 1920, n° 8, p. 857.) — La diphtérie ombilicale des nouveau-nés est devenue de plus en plus rare. L'auteur à propos de l'observation de quelques cas reprend dans une revue générale, l'étude de cette question. Au point de vue clinique, il distingue une forme fruste où le diagnostic n'est possible que bactériologiquement; une forme moyenne avec ulcération indolente de l'ombilic, sérosité sanguinolente sans fausses membranes typiques; une forme grave avec lésions envahissantes, fausses membranes sanieuses, induration et rougeur simulant l'érysipèle.

Le pronostic est grave, sauf en cas de traitement précoce.
J. PARAF.

Untersuchungen über die Schutzwirkung des Behringschen Diphterieschutzmittels T. A. in der Praxis. (Walter Bieber. *Munch. med. Woch.*, 21 oct. 1920, p. 1.184.) — Bieber a employé le vaccin préconisé par Behring. Constitué par un mélange de toxine et d'antitoxine chez plus de 1.000 enfants. Tandis que parmi les non-vaccinés, il y eut une mortalité de 15 p. 100. Chez les vaccinés, elle ne fut que de 4,6 p. 100.

Ces résultats sont, pense l'auteur, de nature à encourager la pratique de la vaccination surtout dans les localités particulièrement infectées.
J. PARAF.

La diphtérino-réaction de Schick. (J. Renault et P.-P. Lévy. *Ann. de méd.*, 1920, n° 3, t. VII, p. 180.) — A l'occasion d'une épidémie de diphtérie, les auteurs ont étudié la réceptivité des sujets à l'égard de la maladie et, en particulier, ont appliqué la réaction de Schick.

Cette réaction leur a paru avoir une grosse importance pour l'épidémiologie et la prophylaxie de la diphtérie.

Elle montre que les sujets à réaction négative ne contractent pas la diphtérie; que les sujets à réaction positive sont les seuls à la contracter, mais ne la contractent pas nécessairement, même s'ils sont porteurs de germes; il faut une cause provocatrice.

En temps d'épidémie, elle permet de limiter l'usage de l'injection préventive de sérum aux sujets réceptifs.

Tous les auteurs français (Armand-Delille, B. Weill-Hallé, Aviragnet, Lereboullet) qui ont utilisé la réaction de Schick sont arrivés à des conclusions analogues sur la haute valeur de cette méthode (voir *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1921, p. 456-460.)
J. PARAF.

Le traitement d'attaque des diphtéries graves. (Mouriquaud, Colrat et Morenas. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1920, n° 3, p. 182.) — Dans les cas de diphtérie graves, les auteurs conseillent de mener la sérothérapie de la façon suivante :

1° Pour frapper vite et fort, on injectera par voie intraveineuse une quantité de sérum proportionnelle à l'âge du sujet, diluée dans son volume d'eau physiologique; le mélange doit être chauffé à 38 degrés et l'injection poussée avec une extrême lenteur : 10 minutes pour 20 centimètres cubes de mélange.

2° Pour maintenir le malade sous l'action prolongée du sérum, après une ou deux injections intraveineuses, on pratiquera pendant 3 à 4 jours des injections intramusculaires ou sous-cutanées.

PALUDISME

Avantages de la quininisation préventive démontrés et précisés expérimentalement (paludisme des oiseaux). (Etienne et Edmond Sergent. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.

1921, n° 2, p. 125.) — Pour juger de la valeur de la quininisation préventive dans la prophylaxie du paludisme, question encore controversée, les auteurs se sont adressés à l'expérimentation. Le paludisme humain n'étant pas transmissible aux animaux, ils ont étudié l'infection déterminée chez les canaris par le plasmodium relictum, infection ayant de grandes analogies avec le paludisme.

Cette infection expérimentale est réalisée à coup sûr en injectant dans le péritoine des canaris 1 à 11 gouttes de sang parasité, en prenant soin, pour que ce virus ait son maximum de virulence, que le sang contienne au moins un parasite par champ d'objectif à immersion.

La période d'incubation dure de 3 à 10 jours au bout desquels les parasites se montrent dans le sang périphérique.

La mortalité, dans l'infection aiguë ainsi réalisée, est en moyenne de 30 p. 100.

Les animaux qui survivent conservent une infection chronique latente, avec parfois des rechutes légères; mais leur santé apparente reste parfaite; si, chez ces canaris chroniquement infectés, on réinocule du virus, on ne voit pas de parasites apparaître dans le sang périphérique, où ils se montrent très rares. L'infection latente est donc accompagnée d'un état d'immunité relative, comparable à l'acclimatement des vieux colons en pays fiévreux.

Après avoir étudié la toxicité de la quinine chez les canaris, les auteurs ont éprouvé la valeur curative de ce médicament chez les oiseaux en pleine période aiguë de l'infection. Ils ont vu qu'on peut presque constamment faire très rapidement disparaître les parasites du sang périphérique en injectant de fortes doses fractionnées de quinine. Les fortes doses inoculées en une seule fois ne donnent ce résultat que très rarement.

Les canaris auxquels on a injecté préventivement de la quinine résistent à l'inoculation du virus : les parasites ne se montrent pas ou restent très rares dans le sang périphérique.

Cette immunité persiste aussi longtemps que le sujet inoculé reçoit de la quinine; elle résiste à toutes les réinoculations de virus. Dès qu'on cesse le traitement, l'infection peut prendre le dessus et de nombreux parasites peuvent se montrer dans le sang périphérique; mais cela n'est pas la règle comme chez les oiseaux non préventivement quininisés.

Dans l'infection des oiseaux par le plasmodium relictum, comme dans le paludisme humain, la quininisation préventive empêche les accidents graves du début; elle rend l'infection latente d'emblée, conférant au sujet atteint une immunité relative contre les réinoculations. Tant qu'elle dure, la quininisation fait gagner du temps à la défense de l'organisme.

Enfin, les sujets quininisés, n'ayant jamais que des infections latentes, ne sont pas des réservoirs de virus aussi dangereux, à beaucoup près, que les sujets non quininisés dont le sang renferme de nombreux parasites; on voit les avantages de la quininisation préventive pour la collectivité.

Un cas de paludisme autochtone à plasmodium praecox (falciparum). (A. Lanzenberg. *Bull. de la Soc. de pathol. exot.*, 1921, n° 5, p. 266.)

Paludisme autochtone à plasmodium praecox (G. Paisseau et Loubrieu. *Id.*, n° 5, p. 268.)

Lanzenberg rapporte l'histoire d'un soldat qui fut, en septembre 1917, évacué des Flandres pour anémie et splénomégalie. L'examen du sang montra quelques rares et jeunes schizontes de plasmodium praecox. Cet homme n'avait jamais quitté la France. Amélioré par le traitement et envoyé en convalescence, il succomba chez lui, en février 1918, à un accès pernicieux.

Paisseau et Loubrieu rapportent l'observation d'un homme n'ayant jamais quitté la France et mobilisé pendant la guerre dans un régiment de coloniaux qui, en septembre 1920, à l'occasion d'une série d'injections d'arsenobenzol, fut pris d'accès fébriles intermittents au cours desquels l'examen du sang révéla la présence de schizontes et de gamètes de plasmodium praecox.

Ce cas est le quinzième de paludisme autochtone à plasmodium praecox. La moitié des sujets atteints de ce paludisme autochtone étaient syphilitiques; Paisseau et Loubrieu se demandent si la syphilis ne joue pas, en France, pour le paludisme, le rôle prédisposant que joue la dysenterie sous les tropiques. On retrouve aussi chez plusieurs malades le rôle provocateur des injections d'arsenobenzol dans le déclenchement des premiers accès paludéens.

Les circonstances anormales de transmission du plasmodium praecox n'ont pas modifié, dans les cas autochtones, la gravité des tierces malignes. Nous venons de citer, dans le cas de Lanzenberg, la mort par accès pernicieux. Dans les autres observations, on relève les attributs essentiels de la forme tropicale du paludisme : fièvre d'invasion à type continu, troubles graves de l'état général avec anémie intense, complications viscérales, quinino-résistance manifeste.

Dans la même séance de la Société de pathologie exotique, Roubaud a rapporté deux autres observations de paludisme autochtone à plasmodium praecox : l'une, concerne un médecin qui avait, pendant la guerre, soigné des coloniaux dans un hôpital de l'intérieur; l'autre, une jeune fille qui avait séjourné pendant vingt-quatre heures dans une ville du midi de la France où étaient rassemblés un grand nombre de coloniaux.

COQUELUCHE

Traitement de la coqueluche. (Döbeli. *Schweiz. med. Woch.*, 10 mars 1921, n° 10, p. 51.)

Pertussis Behandlung mit Silber Nitratum. (Lederer. *Wiener klin. Woch.*, 25 nov. 1920, n° 48.)

Döbeli pense qu'un des facteurs déterminant de la toux coquelucheuse est l'intoxication de l'organisme par des produits voisins de l'acide urique. Il y aurait, pour l'auteur, balancement entre l'élimination uratique et l'intensité de la toux. Aussi préconise-t-il un régime avec des boissons abondantes et favorisant l'élimination de l'acide urique.

Sept ans de pratique ont confirmé l'auteur dans la pratique de cette méthode. On donnera des potages aux céréales, des légumes, des fruits. Les vomissements ne se produisent plus, les quintes s'espacent. Employé précocement, ce traitement fera parfois avorter la maladie.

Lederer préconise le badigeonnage du pharynx avec une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100, pratiqué tous les deux jours, pendant une semaine.

J. PARAF.

ROUGEOLE

Studies on measles (études sur la rougeole). (Francis G. Blake et James D. Trask. *Journ. of exp. med.*, vol. XXXIII, n° 3, mars 1921, p. 385.) — Continuant la série d'études étiologiques et pathogéniques entreprises à l'Institut Rockfeller, Blake et Trast ont recherché la transmission de la rougeole à l'animal, déjà réalisée d'homme à homme par Anderner et Goldberger Hektoen, et chez le singe par Nicolle et Caweil.

C'est également au singe que les auteurs se sont adressés.

Les sécrétions naso-pharyngées d'individus atteints de rougeole, à la période préeruptive ou tout au début de l'apparition de l'éruption furent injectées dans la trachée de six singes. Cinq de ces animaux présentèrent une affection rappelant absolument la rougeole humaine.

Après une incubation de six à dix jours pendant lesquels l'animal est absolument normal, apparaissent du catarrhe conjonctival et une éruption maculeuse de la bouche et des lèvres. Certaines macules peuvent présenter le centre bleu-blanc signalé par Koplik. Puis, la peau présente une éruption de maculo-papules, absolument comparables à celles de la rougeole.

La desquamation termine la maladie qui évolue en six à dix jours.

L'examen hématologique révèle de la leucopénie.

L'étude histologique des lésions des muqueuses et de la peau montre des lésions absolument identiques à celles de la rougeole humaine.

L'injection de mucus filtré sur bougie Berkfeld N provoque une maladie analogue.

La rougeole expérimentale est transmissible de singe à singe en injectant des sécrétions naso-pharyngées, ou une émulsion des papules de la peau ou des muqueuses de singes morts de rougeole. Le sang paraît virulent du septième au treizième jour après l'inoculation intratrachéale.

J. PARAF.

Zur Masern Prophylaxie. (PFAUNDLER. *Munch. med. Woch.*, 4 mars 1921, n° 9, p. 277.) — Pfaundler, à la suite des travaux de Deckwitz, recommande l'injection d'une petite dose de sérum de convalescent de rougeole comme moyen prophylactique de cette fièvre éruptive; 3 à 4 centimètres cubes de sérum suffisent, mais l'injection n'est efficace que si elle est pratiquée dans les cinq premiers jours de l'incubation.

Expérimentée largement dans un groupe scolaire de Munich, cette méthode aurait donné à l'auteur des résultats concluants. La durée de l'immunité passive, puis active, ainsi conférée est difficile à préciser. Elle dépasse, sans doute, plusieurs mois. J. PARAF.

Myocardite aiguë dans la rougeole. (WEILL et GARDÈRE. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 avril 1921, n° 30, p. 863.) — Un garçon de seize ans, obèse, succombe rapidement à une rougeole avec cyanose, collapsus, asphyxie. A l'autopsie, bronchopneumonie bilatérale; surcharge graisseuse du cœur. A l'examen histologique, myocardite aiguë se traduisant par une dissociation des fibres myocardiques, par un œdème interstitiel avec infiltration leucocytaire diffuse et quelques hémorragies; lésions des fibres musculaires elles-mêmes peu accentuées.

Il est possible que la surcharge graisseuse du cœur ait rendu le myocarde plus vulnérable.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Méningococcémie avec irido-cyclite suppurée, guérie par la sérothérapie intraveineuse. Apparition secondaire d'une méningite. Guérison. (WEILL, DUFOURT et BOCCA. *Journ. de méd. de Lyon*, 1921, n° 30, p. 864.) — Une enfant de cinq ans présenta, au cinquième jour d'un état septicémique avec arthralgie, une irido-cyclite suppurée du côté gauche. On pensa à une méningococcémie et on pratiqua des injections intraveineuses de sérum antiméningococcique. Au bout de deux jours, disparition de la suppuration oculaire; mais persistance de la température.

Deux jours plus tard, signes de méningite et, à la ponction lombaire, liquide louche, contenant des méningocoques. Cette méningite céda à la sérothérapie intrarachidienne, mais l'enfant resta aveugle de l'œil gauche.

Il est intéressant de noter que la sérothérapie intraveineuse antiméningococcique n'a pas empêché la production de la localisation méningée.

Studies of the classification of meningococci. (Aug. WADSWORTH, RUTH GILBERT et AL. HUTTOR.) — **Polyvalent antimeningococcic serum.** (Aug. WADSWORTH. *Journ. of exp. med.*, XXXIII, janv. 1921, n° 1, p. 99 et 107.) — Dans un premier mémoire, Aug. Wadsworth et ses collaborateurs étudient, par l'agglutination, le type d'un grand nombre d'échantillons de méningocoques qu'ils classent au moyen de la nomenclature de Gordon.

Les différents échantillons (76) servent à immuniser deux chevaux qui donnent ainsi un sérum fortement polyvalent. D'autres chevaux sont immunisés simplement avec 4 et 6 échantillons de diplocoques de Weichselbaum bien sélectionnés. Comme l'avaient déjà établi M. Nicolle et ses collaborateurs (Jouan, Césari, A. Raphael), l'immunisation au moyen d'un grand nombre d'échantillons diminue la valeur du sérum (titrée par le taux de l'agglutination) sans augmenter sa polyvalence. Les sérums préparés avec peu de races microbiennes, mais bien sélectionnés se sont montrés les plus actifs et les plus polyvalents.

On sait que M. Nicolle va encore plus loin. Chaque cheval est immunisé avec un seul type microbien. Le sérum polyvalent (A + B + C) est préparé par le mélange des trois sérums monovalents. J. PARAF.

GRIPPE

Experimental studies of the nasopharyngeal secretions from influenza patients (étude expérimentale des sécrétions naso-pharyngées des grippés). (Peter OLITSKY et Fred L. GATES. *Journ. of exp. med.*, XXXIII, fév. 1921, n° 2, p. 125 et mars 1921, n° 3, p. 361.) — Depuis les recherches de Selter, de Nicolle et Lebailly, de Dujarric de La Rivière, de J. Paraf, la question de l'étiologie de la grippe est toujours l'objet de nombreuses discussions.

Reprenant les études de Nicolle, Olitsky et Gates ont tenté de transmettre au lapin la grippe par l'inoculation des sécrétions naso-pharyngées des grippés.

L'injection intratrachéale de sécrétions de certains grippés (7 sur 19) déterminent chez le lapin l'évolution d'une maladie expérimentale rappelant, cliniquement et anatomiquement, la grippe de l'homme; fièvre, pharyngite, œdème hémorragique du poumon.

Le virus existe dans le naso-pharynx de l'homme et peut passer à travers la bougie Berkfeld N.

Il existe également dans le naso-pharynx et les poumons des lapins infectés, la maladie étant ainsi transmissible de lapin à lapin.

Dans certaines conditions, le cobaye peut être également infecté. J. PARAF.

Influenza studies. A search for obligate anaerobes in respiratory infections. (Ivan C. HALL.) — **Attempts to cultivate fulhable nurses, from cases of influenza and common cold.** (Sara E. BRANKAM et Ivan C. HALL. *Journ. of inf. dis.*, fév. 1921, t. XXVIII, p. 127.) — L'étude de la flore anaérobies des sécrétions pharyngées des malades atteints de grippe n'a jusqu'ici donné aucun résultat concluant. Hall n'a pas été plus heureux. Dans aucun cas, il n'a pu isoler en gélose Veillon d'anaérobie strict.

Dans un second mémoire, Brankam et Hall ont essayé de cultiver le virus invisible de la grippe, en partant d'émulsions de sécrétions naso-pharyngées filtrées. Ces essais de cultures, pratiquées sur de nombreux milieux, sont restés sans résultats. J. PARAF.

A study of the pneumococcus and streptococcus groups in their relations with influenza. (W. R. LOGAN. *Brit. med. Journ.*, 5 fév. 1921, p. 189.) — De l'étude bactériologique, de nombreux cas de grippe, l'auteur conclut qu'il existe au cours de l'évolution de l'influenza, trois périodes : une première période où interviendrait seul le virus inconnu de la grippe; une deuxième où le rôle des pneumocoques et streptocoques serait prédominant.

C'est l'époque des graves complications pulmonaires.

Dans la troisième, les germes saprophytes de la cavité buccale peuvent, à leur tour, envahir le poumon.

J. PARAF.

Sull'etiologia dell' encefalite letargica. (D. OTTOLENGHI, Sd'. ANTONA et F. TONIETTI. *Policlinico Sez Pratica*, 1920.) — **Studies in epidemic (lethargic) encephalitis.** (Leo LOEWE et Isr. STRAUSS. *Journ. of inf. dis.*, t. XXVII, sept. 1920, p. 250.) — En partant du sang prélevé en pleine évolution de la maladie et du liquide céphalo-rachidien, les auteurs italiens auraient réussi à infecter le cobaye par injection intracérébrale et même intrapéritonéale.

Les animaux deviennent somnolents et meurent. Les lésions constatées à l'autopsie ne sont pas caractéristiques.

La maladie est transmissible en série, le virus est filtrable. Un chat aurait été également infecté.

Continuant leurs recherches, Loewe et Strauss seraient parvenus à cultiver le microbe de l'encéphalite en utilisant un milieu à type Noguchi. Le microorganisme rappellerait celui de la poliomyélite, mais s'en différencierait par sa virulence plus marquée pour le lapin que pour le singe.

Jusqu'alors, les auteurs américains sont les seuls à avoir réussi la culture de ce germe. Tous les autres auteurs français et étrangers qui l'ont tenté ont toujours échoué; en utilisant la technique de Loewe, nous avons obtenu dans deux cas, un résultat négatif. J. PARAF.

Beitrage zur Aetiologie der Encephalitis lethargica. (Fr. REICKERT. *Centr. f. Bakt.*, 1920, t. LXXXV, p. 26.) — Du cerveau de huit malades morts d'encéphalite, Reickert isole un diplostreptocoque polyomorphe qui nous paraît être un germe banal d'infection saprophytique, mais auquel l'auteur fait jouer un rôle dans l'étiologie de l'encéphalite.

J. PARAF.

Osservazioni microscopale sopra i cervelle in alcuni casi di encefalite epidemicie. (G. VOLPINO et P. DESDERI. *Ann. d'igiene*, fév. 1920, t. XXX, p. 81.) — **A preliminary note on the histopathology of epidemic encephalitis.** (G. DA FARIO. *Brit. med. Journ.*, 29 janv. 1921, n° 4, p. 153.) —

Dans quatre cas d'encéphalite, Volpino et Desderi ont trouvé dans le cerveau des corpuscules intracellulaires très iodophiles analogues aux corpuscules de Negri.

G. da Fario les retrouve également dans les cellules bulbaires et au niveau du noyau de l'hypoglosse. J. PARAF.

FIÈVRE TYPHOIDE

Les syndromes pulmonaires pseudo-tuberculeux au cours de la fièvre typhoïde et des fièvres paratyphoïdes. (A. LEMIERRE et P. N. DESCHAMPS. *Presse méd.*, 1921, n° 38, p. 375.) — La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes peuvent se compliquer de localisations pulmonaires, qui, par leurs symptômes, peuvent faire méconnaître l'infection causale et faire croire à la tuberculose aiguë granulique ou caséeuse. Ou bien, au cours de maladies typhoïdes dûment diagnostiquées, les allures de certaines complications pulmonaires peuvent être telles qu'elles font croire à une évolution tuberculeuse surajoutée. Certaines bronchites typhoïdiques, par leur intensité et les phénomènes dyspnéiques qu'elles provoquent, font penser à la tuberculose aiguë suffocante; certaines congestions pulmonaires, certaines spléno-pneumonies typhiques ou paratyphiques localisées au sommet sont souvent singulièrement troublantes. Il peut même arriver que les lésions pulmonaires causées par le bacille d'Eberth ou les bacilles paratyphiques, finissent par suppurer et par donner des signes de ramollissement, et les auteurs rapportent une observation personnelle dans laquelle ils ont vu, chez un sujet atteint de paratyphus A, la suppuration pulmonaire aboutir à la formation d'une caverne.

Les procédés de laboratoire sérodiagnostic, hémoculture, ponction du poumon, étude bactérioscopique et inoculation des crachats permettent, en général, d'éviter toute confusion. Mais, en dehors de ces procédés de laboratoire, on peut dire que l'apparition, chez un typhique avéré, d'un syndrome pulmonaire suspect, doit faire penser tout d'abord à une localisation pulmonaire du bacille d'Eberth ou des bacilles paratyphiques. Le développement d'une tuberculose aiguë surajoutée au cours d'une maladie typhoïde est un fait, au contraire, exceptionnel. J. PARAF.

Transmission of typhoid fever by milk. (H. HEIMAN. *Journ. amer. med. Assoc.*, avril 1920, vol. LXXIV, n° 17, p. 1110.) — L'auteur rapporte le cas d'une femme de vingt-neuf ans, nourrice, atteinte de fièvre typhoïde. Le nourrisson présenta les signes d'une fièvre typhoïde avec hémoculture positive.

La culture du lait maternel y montra l'existence de bacille d'Eberth et il y a tout lieu de penser qu'il fut l'agent de transmission. J. PARAF.

PATHOLOGIE EXOTIQUE

Disparition de l'hémato-hémoglobinurie quinique par le novarsenobenzol. (G. DORÉ. *Bull. de la Soc. de pathol. exot.*, 1921, n° 2, p. 78.)

Traitement de l'hématurie par le bleu de méthylène. (G. DANIEL. *Id.*, n° 2, p. 80.)

Traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par des injections intraveineuses de cyanure de mercure. (J. PELLETIER et QUEMENER. *Id.*, n° 4, p. 226.)

Chez un impaludé chronique, des injections intraveineuses de collobiase de quinine ont été suivies d'hématurie et d'hémoglobinurie de plus en plus violentes, accompagnées d'une hypertrophie croissante de la rate. C'est alors que G. Doré a institué un traitement par les injections intraveineuses de 0g30 d'arsenobenzol qui a amené la cessation de l'hémoglobinurie et la régression de la rate.

Daniel a traité douze cas de fièvres bilieuses hémoglobinuriques au Congo par l'ingestion et les injections intraveineuses de bleu de méthylène (5 centigrammes par injection intraveineuse) et considère que ce médicament est spécifique et curatif.

Pelletier et Quemener ont soigné, à l'hôpital de Conakry, 3 cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique par les injections intraveineuses quotidiennes de 1 centigramme de cyanure de mercure; ils rapportent aussi trois autres cas traités de la même façon dans des postes de l'intérieur de la Guinée française. Dans ces six cas, le traitement semble avoir agi très favorablement sur les accidents et les six malades ont guéri.

A propos de ce fait, les auteurs rappellent une hypothèse d'Esquier et de Schüffner d'après laquelle la fièvre bilieuse hémoglobinurique serait peut-être causée par un spirochète; et ils se demandent si le cyanure de Hg n'agit pas justement tout spécialement sur ce spirochète.

Traitement des bilharzioses intestinale et vésicale par l'émétique en injections intraveineuses. (R. BAUJEAN. *Bull. de la Soc. de pathol. exot.*, 1921, n° 5, p. 299.) — Christopherson a le premier eu l'idée de traiter les bilharzioses par les injections intraveineuses d'une solution de tartre stibié; il déclare que les effets de cette médication spécifique sont permanents et définitifs.

Baujean a profité de son séjour à l'hôpital colonial de Dakar pour expérimenter cette méthode dans les bilharzioses vésicale et intestinale. Il emploie une solution contenant 2 centigrammes d'émétique pour 1 centimètre cube d'eau physiologique. On prépare cette solution en flacons de 30 à 60 centimètres cubes qu'on stérilise à l'autoclave à 120 degrés.

L'injection doit être rigoureusement intraveineuse, toute pénétration du liquide sous la peau provoquant des réactions douloureuses et inflammatoires très vives.

La première et la deuxième injections sont de 1 centimètre cube et demi; la troisième et la quatrième de 3 centimètres cubes; la cinquième et la sixième de 4 centimètres cubes et demi; jusqu'à ce moment, les injections sont quotidiennes; à partir de la septième injection, jusqu'à la dix-neuvième et dernière, on injecte tous les deux jours 6 centimètres cubes de la solution, soit 0g12 d'émétique. La dose totale injectée est de 1g20.

L'auteur a traité de cette façon six cas de bilharziose vésicale chez lesquels l'évolution de la maladie est facile à suivre grâce à la recherche dans l'urine des œufs de schistosomum hoematobium.

Les résultats ont été démonstratifs : les œufs du parasite ont disparu des urines avant la fin du traitement, et, dans la suite, l'hématurie a cédé peu à peu.

Dans la bilharziose intestinale, la recherche du schistosomum Mansoni est délicate dans les selles, et c'est uniquement sur l'évolution des signes cliniques que l'on peut juger de l'efficacité du médicament. De plus, il faut commencer souvent par débarrasser le malade d'autres parasites intestinaux : ankylostomes, oxyures, tænias, ascaris dont la présence peut compromettre le traitement. Chez neuf malades traités par les injections intraveineuses d'émétique, l'auteur a vu cesser les phénomènes dysentériques et les selles redevenir moulées.

Les injections intraveineuses d'émétique sont formellement contre-indiquées chez les sujets trop affaiblis et cachectiques et chez les cardiaques. Chez ceux mêmes qui sont en état de supporter ce traitement, il peut survenir, parfois dès la troisième injection, des accidents d'intolérance : vertiges, nausées, puis vomissements chaque fois plus intenses. On est alors obligé de suspendre le traitement que l'on reprend ensuite avec plus de précautions. L'intolérance pour l'émétique en injections intraveineuses est un facteur individuel sans rapport avec la taille ou le poids du sujet adulte.

Baujean ne peut dire, comme Christopherson, si le résultat obtenu est définitif. En tous cas, certains de ses sujets, vus cinq mois plus tard, n'avaient pas eu de récidive.

AUTO-VACCINS

Présentation de malade atteint de diarrhée chronique des pays chauds traitée par les auto-vaccins. (L. FOURCADE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1920, n° 3, p. 216.) — A propos d'un malade qu'il présente à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, Fourcade expose la méthode de vaccinothérapie qu'il emploie contre les diarrhées chroniques des pays chauds, parfois consécutives à la dysenterie. Il isole des matières fécales de chaque malade des colibacilles anormaux et des protéus. Il émulsionne les colonies obtenues dans l'eau physiologique, de façon à avoir 80 à 100 millions de germes par centimètre cube. Il les tue à 60 degrés. Il commence par une injection de un quart de centimètre cube; au bout de 2 ou 3 jours, il injecte un demi-centimètre cube. Il fait au besoin une troisième et une quatrième injection. Généralement, deux ou trois injections suffisent à réduire le nombre des selles à une ou deux par jour, pâteuses et même moulées.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU 1er DEGRÉ

DÉFINITION. — La tuberculose pulmonaire chronique est la tuberculose locale du poumon, à marche lente ; elle est due à une inoculation plus ou moins discrète, avec des arrêts et des périodes aiguës dans son évolution. L'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique a été divisée schématiquement en 3 périodes : période de germination et de conglomération, période de ramollissement, période de caverne.

Le malade qui présente des signes de tuberculose pulmonaire au début, a présenté déjà en réalité toute une évolution latente, avant laquelle la maladie ne s'est traduite que par des signes généraux d'*imprégnation tuberculeuse*. Le malade est un prédisposé, classique candidat à la tuberculose pulmonaire. Cette prédisposition à la tuberculose peut être d'ordre héréditaire, acquise, professionnelle. A côté des grands tuberculeux, on voit fréquemment des *petits tuberculeux* suivant l'expression heureuse de Poncet et Leriche, ceux qui présentent des formes bénignes, surtout fibreuses (les formes arthritiques de la tuberculose).

1. Dans la *prédisposition héréditaire*, on a fait entrer : la scrofule des ascendants, l'herpétisme (Peter), l'arthritisme, le rhumatisme, la goutte, le diabète, l'asthme, l'alcoolisme, l'épilepsie et l'hystérie (Grasset); l'enfant qui naît de tels parents présente souvent des signes d'insuffisance nasale, des signes de tempérament lymphatique, et parfois même peut réaliser le type d'infantilisme tuberculeux de Lorain. Quelle que soit l'importance que l'on accorde à tous ces troubles morbides, on est bien obligé d'accorder une certaine place à ce que l'on a appelé la *famille tuberculeuse*.

2. Dans d'autres cas, il s'agit de *prédisposition acquise :* au premier plan, on doit placer les maladies infectieuses de la première enfance : variole, rougeole, coqueluche avec leurs bronchites à répétition, l'adénopathie trachéo-bronchique, la trachéotomie, le diabète, les infections chroniques de la bouche, du nez, du rhino-pharynx; les micro-polyadénopathies qui en sont la conséquence.

3. Enfin la *prédisposition professionnelle* est très réelle : certaines professions qui exposent à la poussière, aux travaux dans des ateliers mal aérés, à l'air confiné, les demeures insalubres, la misère physiologique, etc.

ÉTUDE CLINIQUE. — *A.* **Habitus extérieur.** — Le malade atteint de tuberculose pulmonaire est fréquemment porteur de tuberculose locale de l'enfance, cicatrices d'adénopathies, écrouelles, tumeurs blanches, coxalgie, etc... C'est un sujet pâle, grêle, à poitrine étroite et mal développée, à cils longs, à peau trop blanche, à cheveux roux vénitien (Landouzy). On peut noter encore l'exagération de l'angle de Louis, une corpulence faible, une insuffisance respiratoire manifeste.

B. **Signes généraux d'imprégnation tuberculeuse.** — 1° L'ANÉMIE TUBERCULEUSE. — Le teint est pâle, terreux, jaunâtre, rappelant la chlorose de la jeune fille. Souvent on note de l'aménorrhée, des battements accélérés de cœur, les gencives pâles, les muqueuses décolorées, la dyspnée facile. On peut porter dans certains cas le diagnostic de chloro-anémie, d'autant plus qu'il y a diminution de l'hémoglobine et des globules rouges, c'est la tuberculose pulmonaire à forme chlorotique. Mais en réalité, l'anémie serait minime; d'après M. Labbé, il y a olighémie, c'est-à-dire diminution de la masse totale du sang, sans diminution très marquée de la qualité du sang.

2° AMAIGRISSEMENT. — C'est un signe de grande valeur : il porte sur la graisse et les masses musculaires qui fondent à la fois. Quelquefois cependant on peut observer une forme floride : adiposité toxique.

La polyurie est constante avec déminéralisation, qui porte sur les phosphates, les chlorures, la chaux.

3° MODIFICATIONS DE LA TEMPÉRATURE. — « Le tuberculeux est un déséquilibré de la température. » (Daremberg.) Dès le début, il peut y avoir des oscillations thermiques qui demandent à être recherchées. Ces ascensions thermiques surviennent sans cause apparente, soit à la suite de la digestion, ou au moment des règles chez la femme. Elles sont spontanées ou provoquées :

a. *Spontanées :* la fièvre survient vers trois ou quatre heures, avec des frissons, puis sensation de froid, à laquelle succède quelque temps après une sensation de chaleur, la face est rouge, les yeux brillants.

Dans la nuit, se produisent fréquemment des sueurs, qui obligent le malade à changer de linge.

b. *Provoquées :* on peut rechercher l'élévation de la température après la marche; et dès que le malade se repose, il se produit une chute rapide, et la température revient à la normale. Les écarts entre la température de repos et la température de fatigue peuvent atteindre un demi à un degré. Cette *fièvre provoquée* est de la plus haute importance. Elle doit être recherchée à diverses heures et pendant plusieurs jours de suite; on doit prendre la température toutes les trois heures et surtout après les repas.

Outre la fièvre provoquée, on a insisté sur les différences de la température axillaire prise des deux côtés, celle du côté malade étant plus élevée. Dans d'autres cas, cette fièvre peut présenter une allure différente, réalisant la *typho-bacillose de Landouzy :* septicémie bacillaire prétuberculeuse, température irrégulière sans signes de localisation, convalescence apparente, à laquelle succèdent au bout de quelques mois des signes de tuberculose chronique du poumon.

Le *pouls* est toujours accéléré : 90 à 100, même si la température reste normale; la dissociation de la température et du pouls est un signe important. La *pression artérielle* est abaissée.

C. **Signes fonctionnels.** — *Période de germination.* — Ils sont de deux ordres : les uns se manifestent à distance du poumon, ils sont la conséquence de l'action des toxines tuberculeuses sur le fonctionnement des organes autres que le poumon.

Les autres sont locaux; ils sont sous la dépendance du développement des granulations tuberculeuses dans le poumon.

1° A DISTANCE. — a. *Dyspepsie tuberculeuse.* — Elle est inconstante, mais d'un mauvais pronostic, car elle empêche l'alimentation du malade. Elle revêt soit la forme hyposthénique, soit la forme hypersthénique. Elle traduit l'hypofonction neuro-motrice de l'estomac, soit comme conséquence des troubles du pneumogastrique altéré primitivement, soit consécutivement à des ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés.

Cette dyspepsie se caractérise par 2 groupes de symptômes :

Les *uns* sont la conséquence d'une hypofonction neuro-motrice de l'estomac : anorexie, ballonnement, pesanteur après les repas, signes de stase gastrique avec fermentations, éructations, etc., (hyposthénie et hyposécrétion de l'estomac).

Les *autres* résultent d'une perturbation fonctionnelle du pneumogastrique : ces accidents sont sous la dépendance d'une irritation du pneumogastrique, aboutissant à des quintes de toux et des vomissements au cours ou à la suite des repas : *toux émétisante*.

b. *Modifications de l'appareil circulatoire.* — Chez tous les tuberculeux, on peut constater un abaissement de la *pression artérielle* (Marfan, Potain, Barié) : 10-12 comme pression maxima au Pachon. Le *pouls* est d'ailleurs mou, rapide, variable. A la moindre émotion, ces malades s'animent, ils ont des crises sudorales et des troubles vaso-moteurs de la face.

c. *Système nerveux.* — On peut constater un affinement du caractère, des signes de neurasthénie, de la fatigue générale, de l'épuisement au moindre effort, dépression mentale, hypochondrie. Avec ces phénomènes de dépression, il faut signaler des névralgies, névrites, zona, inégalité pupillaire, etc.

« Pour guérir de tuberculose, écrit Grancher, il faut vouloir guérir, le vouloir bien, le vouloir longtemps. »

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

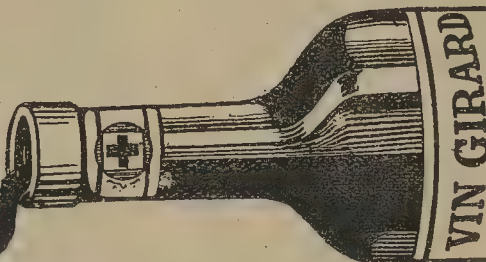
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE À MADÈRE
AVANT LE REPAS





SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rudaux, Devraigne, Jeannin, Brindeau, Tissier, Renault et Baudet.

Epreuve clinique. — MM. Vaudescal, 28 ; Cleisz, 25 ; Couinaud, 26.

Epreuve écrite (anatomie et physiologie). — MM. Cleisz, 22 ; Couinaud, 19 ; Vaudescal, 18.

Epreuve écrite (accouchement). — MM. Vaudescal, 22 ; Couinaud, 23 ; Cleisz, 24.

Admissibles : MM. Cleisz, 71 ; Couinaud et Vaudescal, 68.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont inscrits aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur pour compter du 30 avril 1921 :

MARINE. — (Active.) *Pour commandeur.* — M. le médecin en chef de 1re classe Seguin.

Pour officier. — M. le médecin en chef de 2e classe Prigent.

MM. les médecins principaux Le Coniac et Donva.

Pour chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Guay, Robin, Brunet, Negrié, Moudon.

MM. les médecins de 2e classe Carboni, Brette.

MM. les médecins de 2e classe auxiliaires Duliscouet, Gilbert, Loupy, Pecarrère, Leschi, Damany, Advier, Rolland, Dabbadie, Cassaigne, Duplan, Rouquet, Ganton, Saves.

M. le pharmacien chimiste de 1re classe Leudet de la Vallée.

M. le pharmacien de 1re classe Soumet.

M. le pharmacien de 2e classe auxiliaire Quesseveur.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1921 commencera le 3 octobre et sera terminée le 13 décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 19 au 23 décembre.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Prof. : MM. Calmette, Dopter, Joyeux, L. Martin.
Parasitologie. — Prof. : M. Brumpt.
Bactériologie. — Prof. : M. Roger.
Hygiène et épidémiologie exotiques. — Prof. : MM. Marchoux, Teissier, Tanon.
Maladies cutanées. — Prof. : M. Jeanselme.
Chirurgie des pays chauds. — Prof. : M. Lecène.
Ophtalmologie. — Prof. : M. de Lapersonne.
Règlements sanitaires. — Prof. : M. L. Bernard.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'Institut possède trente microscopes à immersion dont vingt offerts par l'Union coloniale Française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser (1). — Un droit d'immatriculation, 20 fr.; un droit de bibliothèque, 10 fr.; droits de laboratoires (Pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie), 350 fr.; deux examens gratuits.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 15 septembre, tous les jours, de midi à 3 h.

Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — COURS DE CLINIQUE ET DE MÉDECINE DES ENFANTS, sous la direction de M. le prof. NOBÉCOURT et de M. LEREBOULLET.

COURS DE VACANCES. — *Programme*. — 17 août : 10 h. 1/2. M. Tixier. Anémies et leur traitement; — 16 h. M. Merklen. Des principaux états morbides du foie chez les enfants.

18 août : 10 h. 1/2. M. Nadal. Diagnostic et traitement de l'appendicite aiguë et des péritonites aiguës; — 16 h. M. Merklen. Types chroniques des néphrites infantiles.

19 août : 10 h. 1/2. M. Tixier. Purpuras, hémophilies; — 16 h. M. Merklen. Albuminuries fonctionnelles.

20 août : 10 h. 1/2. M. Nadal. Formes cliniques et traitement des péritonites tuberculeuses; — 16 h. M. Merklen. Tuberculose rénale, infections rénales et vésicales du jeune âge.

22 août : 10 h. 1/2. M. Tixier. Leucémies, technique de l'examen du sang ; — 16 h. M. Stévenin. Hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx et insuffisance nasale.

23 août : 10 h. 1/2. M. Nadal. Formes cliniques, diagnostic et traitement de la pneumonie lobaire; — 16 h. M. Merklen. Epilepsie de l'enfant.

24 août : 10 h. 1/2. M. Tixier. L'hérédo-syphilis tardive et son traitement; — 16 h. M. Stévenin. Diagnostic et traitement des broncho-pneumonies chroniques et des dilatations des bronches.

25 août : 10 h. 1/2. M. Milhit. Diagnostic et traitement des stomatites; — 16 h. M. Darré. Diagnostic, prophylaxie et traitement des fièvres éruptives.

26 août : 10 h. 1/2. M. Nadal. Diagnostic et traitement des pleurésies; — 16 h. M. Stévenin. Diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chronique.

27 août : 10 h. 1/2. M. Duhem. Exploration radiologique des poumons; — 16 h. M. Darré. Formes malignes de la rougeole, de la scarlatine et leur traitement.

29 août : 10 h. 1/2. M. Tixier. Méningite tuberculeuse, diagnostic et traitement; — 16 h. M. Stévenin. Adénopathies du médiastin.

30 août : 10 h. 1/2. M. Lereboullet. Diagnostic et traitement des angines, notamment de l'angine diphtérique; — 16 h. M. Darré. Méningite cérébro-spinale et son traitement.

31 août : 10 h. 1/2. M. Duhem. Exploration radiologique du cœur; — 16 h. M. Lereboullet. Diagnostic des laryngites aiguës, prophylaxie de la diphtérie et traitement.

1er septembre : 10 h. 1/2. M. Nadal. Diagnostic et traitement des cardiopathies chroniques; — 16 h. M. Lereboullet. Les syndromes glandulaires et leur traitement.

2 septembre : 10 h. 1/2. M. Lereboullet. Rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques; — 16 h. M. Darré. Complications respiratoires de la rougeole et leur traitement.

3 septembre : 10 h. 1/2. M. Duhem. Electrodiagnostic et électrothérapie; — 16 h. M. Babonneix. Hémiplégies infantiles.

5 septembre : 10 h. 1/2. M. Milhit. Diagnostic et traitement des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes; — 16 h. M. Babonneix. Maladie de Little.

6 septembre : 10 h. 1/2. M. Milhit. Typho-bacillose et formes cliniques de la tuberculose aiguë; — 16 h. M. Babonneix. Les chorées.

(1) La dispense d'une partie des droits de laboratoire peut être accordée, à titre exceptionnel, par M. le Doyen, à des docteurs ou à des étudiants français qui devront adresser une demande justificative au secrétariat général de l'I. M. C.

7 septembre : 10 h. 1/2. M. Milhit. Dyspepsies gastro-intestinales et syndromes coliques; — 16 h. M. Babonneix. Poliomyélite aiguë infantile.

8 septembre : 10 h. 1/2. M. Bidot. Techniques de coprologie clinique; — 16 h. M. Babonneix. Réactions méningées.

Le droit est de 150 francs. Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine, guichet n° 3, jeudi et samedi, de 12 h. à 15 h. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Enseignement clinique libre, le matin à 9 h. 1/4, tous les jours, par le prof. Nobécourt.

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE. (Prof. M. PRENANT.) — M. le prof. Prenant fera personnellement un cours élémentaire de Technique histologique. Ce cours aura lieu tous les jours, de 14 à 18 h., du 1er octobre au 1er novembre.

Il convient aux étudiants désireux de compléter les travaux pratiques ordinaires et obligatoires par l'exercice de la Technique histologique, ainsi qu'aux docteurs français et étrangers non encore initiés à cette technique.

On insistera surtout sur les méthodes générales capables de mettre l'élève à même de pratiquer dans de bonnes conditions l'examen histologique d'un organe ou tissu quelconque. Mais, en outre, on passera en revue les principales méthodes spéciales : examen du sang, procédés de coloration des fibres conjonctives et élastiques, méthodes d'imprégnation métallique; technique du système nerveux; méthodes cytologiques, etc.

Le droit afférent à ce cours est de 80 fr. — Le nombre des places est limité à vingt.

Les étudiants intéréssés devront se faire inscrire au guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES AUTOMOBILES DE LA ROUTE DES ALPES ET DU JURA, de Nice au Ballon d'Alsace, par Briançon, Grenoble, la Grande Chartreuse, Annecy, Chamonix, Evian, Genève, Besançon.

Les services automobiles de tourisme de la route des Alpes et du Jura fonctionneront cette année :

A dater du 15 juin, entre Briançon et Chamonix par Grenoble, la Grande Chartreuse et Annecy;

A partir du 1er juillet, sur l'ensemble du parcours de Nice au Ballon d'Alsace, par Barcelonnette, Briançon, Grenoble, La Grande Chartreuse, Annecy, Chamonix, Evian, Genève, Morez, Champagnole, Besançon, Belfort.

Entre Briançon et Chamonix, les touristes auront deux itinéraires à leur choix, soit par Grenoble, la Grande Chartreuse et Annecy, soit par le col du Galibier, Saint-Jean-de-Maurienne, Albertville et les Gorges de l'Arly. Ce dernier itinéraire comportera une solution de continuité en chemin de fer entre Saint-Jean-de-Maurienne et Albertville.

Au Ballon d'Alsace, les services automobiles de la route des Alpes et du Jura seront en correspondance avec les services automobiles de la Route d'Alsace organisés par les chemins de fer d'Alsace et de Lorraine.

Le touriste pourra ainsi se rendre de Nice à Mulhouse et à Strasbourg en traversant les plus beaux sites des Alpes, du Jura et des Vosges.

Aux services automobiles de la Route des Alpes et du Jura se rattacheront de nombreux services annexes permettant d'excursionner dans le Briançonnais, le Vercors, le Trièves, le Massif de la Chartreuse, la Maurienne, la Tarentaise, la Vallée de la Valserine (circuit de l'Ain : Genève, Bellegarde, Saint-Germain-de-Joux, Nantua, Saint-Claude, Genève), et du Doubs (circuit du Doubs : Besançon, Malbuisson, les Pargots, Orchamps-Vennes, Besançon).

RENSEIGNEMENTS

578. — **DAME AYANT L'HABITUDE DES MALADES** cherche situation à la campagne auprès d'un malade. — Ecrire aux bureaux du journal R. B.

REVUE GÉNÉRALE

LE PROBLÈME DE LA SPÉCIFICITÉ DANS L'IMMUNITÉ ACQUISE

Par le Dr E. DUHOT (de Lille),
Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des hôpitaux.

Guérir, c'est vaincre; s'immuniser, c'est profiter de la victoire.

L'organisme envahi par une infection, après avoir subi, de prime abord, un fléchissement, peut, dans la suite, triompher de l'agresseur. Le fait que les revers initiaux font place au succès final indique déjà qu'au cours du processus pathologique l'individu est capable d'augmenter ses défenses, en perfectionnant des moyens antérieurs ou en acquérant des moyens nouveaux.

Il y a plus : après la guérison de nombreuses maladies microbiennes — mais non de toutes — le renforcement défensif se maintient et se perpétue. Le sujet se trouve ainsi doué d'un pouvoir de résistance qui le met à l'abri des récidives; il a conquis un véritable état réfractaire.

Cette immunité acquise doit être considérée comme la résultante de réactions organiques multiples, cellulaires et humorales, contre l'intervention étrangère.

Le rôle des *leucocytes* est unanimement reconnu; l'hématologie a précisé leurs divers aspects et leurs modalités d'action. La théorie phagocytaire, dont la géniale unité assimile aux phénomènes de digestion des protozoaires les phénomènes de défense des métazoaires, offre un intérêt capital au point de vue médical comme au point de vue philosophique.

Le rôle des *modifications humorales* n'est pas moins établi : à la démonstration des propriétés bactéricides et antitoxiques des sérums immuns toute une science nouvelle : la sérologie, apporte son faisceau d'arguments expérimentaux et cliniques; il n'est pas de doctrine scientifique qui ait fait éclore de plus rapides et précieuses applications pratiques : sérodiagnostic et sérothérapie.

Sur l'importance respective de ces deux grands facteurs, la discussion reste ouverte. Le leucocyte est-il l'élément primordial, non seulement par l'englobement des corps microbiens, mais par la production de substances antimicrobiennes et antitoxiques fixées en lui et n'extravasant dans les humeurs qu'après leucolyse? La phagocytose est-elle, au contraire, un phénomène secondaire, que doit nécessairement préparer l'action de produits secrétés par toutes les cellules de l'organisme et déversés par elles dans le milieu intérieur? Les deux processus sont vraisemblablement possibles, avec des variations en plus ou en moins, suivant les individus et les organes, comme suivant les agents d'agression.

Tel est le simple et solide édifice bâti sur la seule étude des faits; mais, voici qu'apparaît l'ornementation fragile des hypothèses lorsqu'il s'agit d'expliquer le mécanisme intime de l'immunité. De récentes lectures nous ont confirmé en cette idée, qu'essayer de marquer où nous en sommes à leur égard pourrait être un assez curieux divertissement.

La spécificité de l'immunité acquise reste, en effet, mystérieuse. Elle réside en ce fait que la réaction défensive est rigoureusement adaptée à la cause qui l'a provoquée et à elle seule : scarlatine, coqueluche, oreillons, fièvre typhoïde protègent l'être humain qui en fut atteint contre une réinfection identique, nullement contre toutes les autres maladies microbiennes. Cette notion de spécificité est à la base même de la vaccination préventive qui réalise l'immunité par l'injection de virus atténués; dans l'application thérapeutique, elle peut être poussée si loin qu'en certains cas, seul, le microbe qui a envahi l'organisme du malade peut, sous forme d'auto-vaccin, susciter une modification favorable non éveillée par les autres souches du même microbe; enfin, la sérothérapie n'est autre chose que le transfert de propriétés humorales spécifiques. Qu'à une action pathogène donnée, répondent toujours une sensibilité cellulaire et une réaction sécrétoire étroitement corrélatives, voilà la véritable énigme, et la plus frappante.

Cette spécificité n'est sans doute pas sans relation avec les phénomènes de chimiotaxie leucocytaire; mais, surtout, elle a pour facteur essentiel l'apparition dans le sérum de propriétés nouvelles, capables d'agir sur les microbes et les toxines en produisant la destruction des uns et la neutralisation des autres. Par là, les effets de l'infection microbienne sont bien différents des résultats de l'intoxication chimique qui ne crée aucune aptitude réactionnelle dans le sérum des sujets mithridatisés. La raison de cette particularité est que dans le premier cas les agents en cause sont de nature colloïdale, analogue à la structure du protoplasma vivant. Communément, ces propriétés acquises par le sérum à la suite d'une infection, et d'une spécificité incontestable sinon toujours absolue, sont cataloguées sous le nom « d'anticorps » répondant à l'attaque d'un « antigène ».

Il semble que, suivant une distinction sans doute trop tranchée, mais nécessaire à la clarté de l'exposé, il soit possible de ramener à trois les principales solutions opposées jusqu'à présent au problème de l'immunité spécifique d'origine humorale :

Théorie chimique (Ehrlich);
Théorie physique (Bordet);
Théorie mécanique (Le Dantec).

*
* *

Rappelons d'abord, brièvement, la première d'entre elles, qui reste la plus connue, sans pourtant justifier cette fortune. Pour la construire, Ehrlich emprunte à la chimie la conception dite des chaînes latérales.

L'immunité vis-à-vis des toxines s'exercerait par l'intermédiaire de substances appelées antitoxines, ayant l'origine suivante :

Les molécules protoplasmiques des cellules de l'organisme seraient composées comme certains corps de la série aromatique : d'une part, un noyau central caractéristique du fonctionnement vital, d'autre part, des chaînes latérales constituant des récepteurs capables de fixer les substances alimentaires, ou accidentellement les substances toxiques. Les molécules des toxines comprendraient également deux parties : un groupe haptophore, capable de se fixer sur les récepteurs cellulaires doués d'affinité, relié à un groupe toxophore où réside la propriété nocive.

Dans le cas d'intoxication microbienne, la toxine

inoculée à dose forte se fixe en masse par son groupe haptophore sur les cellules à récepteurs appropriés, et détermine leur mort grâce à son groupe toxophore. Mais, dans le cas d'immunisation, la toxine introduite à dose faible ne peut exercer une action destructrice sur les cellules ; il se produit, seulement, une combinaison entre un certain nombre de groupes haptophores et de récepteurs cellulaires. Ainsi, la cellule vivante perd une partie de ses récepteurs ; mais, d'après la loi de régénération avec surproduction des organes nécessaires, elle fabrique en excès de nouveaux récepteurs qui tombent dans le sang, sous forme de récepteurs libres. Ce sont eux qui constituent l'antitoxine : ils peuvent, en cas de réinoculation de toxine, en fixer les groupes haptophores, et avec eux, les groupes toxophores, avant leur arrivée aux cellules ; à ces dernières, ils servent, en quelque sorte, de boucliers.

L'immunité vis-à-vis des microbes s'exercerait de son côté au moyen des anticorps microbiens, substances dénommées suivant leurs effets : précipitines, agglutinines, bactériolysines, et apparaissant dans des conditions analogues aux précédentes.

La bactériolyse, exigeant l'intervention de deux éléments du sérum : l'ambocepteur ou sensibilisatrice qui est spécifique et thermostable, le complément ou alexine qui est banal et thermolabile, s'opérerait par le processus suivant : L'ambocepteur comprend deux groupements distincts, l'un s'adaptant au récepteur que le microbe possède comme toute cellule vivante (groupe cytophile), l'autre au complément (groupe complémentophile) ; il mérite ainsi son nom de corps intermédiaire, car il est le trait d'union grâce auquel peut s'effectuer l'action décisive du complément, fixé sur le microbe par son groupement haptophore et le détruisant par son groupement zymotoxe.

Ne voit-on point que cette surabondance de néologismes couvre une série d'affirmations gratuites, sans autres bases que de lointaines comparaisons ? La plus austère et classique réminiscence évoquée par ce système est la théorie des atomes crochus qui eut pour père Démocrite et pour chantre Lucrèce. Le plus moderne et souriant souvenir est le tableau de telle revue d'internat où l'on voyait une gracieuse Sensibilisatrice établir la liaison entre son Complément et un imprudent Antigène, au grand dam de ce dernier.

Sans doute, cette hypothèse, qui renouvela du point de vue humoral l'affirmation d'une analogie entre les phénomènes de nutrition et les phénomènes d'immunité, exerça une indéniable influence ; son apparente simplicité séduisit de nombreuses générations médicales, pour qui elle fut un instrument didactique de première force, et fixa l'attention générale sur des faits d'un haut intérêt. Mais, l'excès même de sa puissance passée incite à proclamer son actuelle caducité, avant de la rouler définitivement dans le « linceul de pourpre ».

Car le mal serait grand déjà, s'il ne fallait voir dans la théorie d'Ehrlich qu'une sorte de présentation imagée des faits, une traduction simplifiée en un langage symbolique. L'abus des schémas a obscurci, bien plutôt qu'éclairé, mainte question : en neuro-psychiatrie, celle de l'aphasie en est le plus bel exemple ; la « dissociation des idées », une fois unies par la magie des mots, est la tâche la plus malaisée.

Et pourtant il y a pis : par les appellations données aux modifications apparues dans les sérums-immuns, Ehrlich a véritablement *matérialisé* ces propriétés, qui apparaissent comme autant de substances aux noms variés présentant une structure moléculaire entièrement différente et une action qui relève uniquement de leur qualité propre, non de la nature de l'antigène ou des conditions de leur réunion. Ainsi, tout un jargon s'est créé, qu'à tout moment l'on rencontre en sérologie, et auquel il est devenu impossible d'échapper : antitoxine, précipitine, agglutinine, bactériolysine, alexine, sensibilisatrice, opsonine, stimuline, hémolysine, cytotoxine, anaphylatoxine, voire même anti-alexine, antisensibilisatrice, inhibitrice, antihémolysine, anti-antitoxine. Ne s'en est-il pas même évadé parfois, et ne vagabonde-t-il point en d'autres domaines de la biologie sous les espèces de coaguline, antipepsine, prosecrétine ?

Voici nombre d'années déjà que Le Dantec publia contre cet abus des insaisissables « phénoménines » le plus allègre et spirituel pamphlet : « Personne ne nie plus aujourd'hui que l'opium possède une vertu dormitive, et Molière se trouve être ainsi le précurseur de la médecine moderne. Vous constatez qu'un phénomène se manifeste quand le corps A est en présence du corps B. C'est bien simple à expliquer : c'est que la phénoménine correspondante se produit dans A ou dans B. Si le phénomène est une sécrétion, la substance est une sécrétine ; si c'est une précipitation, on a affaire à une précipitine ; les agglutinines produisent l'agglutination, et les dormitines le sommeil. C'est grâce au professeur Ehrlich que nous possédons aujourd'hui cette notion féconde de l'existence dans chaque liquide ou colloïde organique d'un corps défini correspondant à chacune des propriétés de ce liquide, corps défini moléculairement et dont la formule stéréo-chimique a même été esquissée. Toutes ces substances sont admirablement connues aujourd'hui ; les médecins en parlent comme de vieux amis. Et il y en a des milliers. » Ailleurs, il écrivait avec plus de sérieux et non moins de force : « Outre que cette manière de présenter les faits prêterait gratuitement aux éléments cellulaires de l'animal un véritable génie chimique leur permettant de fabriquer toujours l'antidote spécifique, la théorie d'Ehrlich a l'inconvénient de stériliser l'un de nos plus puissants moyens d'investigation biologique ».

Cependant cette terminologie factice n'en a pas moins continué à se carrer dans les traités classiques, qui sont loin de faire d'emblée toutes les réserves nécessaires, pour mettre en garde les débutants. Mais patience ! Si Le Dantec fut considéré par d'aucuns comme un mauvais plaisant, la voix plus grave de Bordet vient de prononcer l'ultime sentence :

« L'hypothèse d'Ehrlich est purement spéculative, on pourrait la passer sous silence, si de nombreux travaux n'y faisaient allusion. Son influence a été regrettable. En vue de la justifier ou de l'étendre, ceux qui s'en inspiraient ont formulé une série de déductions inexactes et ont interprété d'une façon souvent très artificielle les faits que l'expérience révélait. Elle a entravé la diffusion des idées concernant l'importance, pourtant considérable, des phénomènes d'adsorption dans les réactions d'immunité. Par l'abus qu'elle a fait des représentations graphiques assez puériles qui traduisent simplement l'aspect extérieur des phénomènes sans aucunement les pénétrer dans leur intimité, elle a répandu le goût décevant des explications faciles mais

illusoires. Elle n'a conduit à aucune découverte essentielle; l'investigation qui a fourni les données capitales de la sérologie ne lui doit rien; l'historique des recherches et de leur enchaînement le démontre. »

*
* *

Le terrain ainsi déblayé nous pouvons tourner notre attention vers des conceptions toutes différentes.

Une première réserve doit être formulée : Nos connaissances se bornent aux propriétés humorales caractérisées par des effets aisément accessibles à nos moyens d'investigation actuels; « il doit exister des anticorps insoupçonnés » dont le rôle dans l'immunisation peut être cependant capital. Une autre objection intervient encore : Jusqu'à quel point les anticorps que nous savons mettre en évidence in vitro sont-ils les facteurs de l'immunité in vivo? des recherches effectuées au cours de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, ou d'autres maladies, tendraient plutôt à les faire considérer comme des témoins de l'infection. Enfin, la part de l'inconnu une fois faite, — et des recherches comme celles que poursuit d'Hérelle sur le « bactériophage », la montrent encore imprévisible — une œuvre de synthèse est nécessaire :

Il est, en effet, certain que la multiplicité des anticorps, uniquement individualisés et étiquetés d'après leurs manifestations, n'est qu'une apparence. Elle vient non de ce qu'ils se répartissent par eux-mêmes en catégories absolument tranchées, mais de ce qu'ils agissent sur des antigènes, ou des fractions d'antigènes, différents, dont l'union avec les principes actifs correspondants se traduit par des résultats fort variés. Nicolle, après avoir admis l'existence de deux sortes d'anticorps seulement : d'une part, coagulines (comprenant agglutinines, précipitines, antitoxines), d'autre part, lysines (comprenant sensibilisatrices, cytolysines, toxinolysines) défend à présent une conception uniciste : A chaque antigène répond la production d'un seul anticorps exerçant un effet différent suivant la présence ou l'absence de complément : coagulation et décoagulation dont la dualité est liée à l'évolution de l'anticorps. Nous préférerions dire qu'à chaque antigène répond l'apparition d'une *propriété* réactionnelle unique, capable de s'objectiver par des modes différents suivant les variations expérimentales. La question gagne déjà ainsi en simplicité.

Reste à savoir comment se manifeste l'activité de cette propriété réactionnelle.

En accord avec les idées de Bordet, l'action de l'anticorps sur l'antigène est de plus en plus considérée comme d'ordre physique. A la théorie d'Ehrlich ou à la théorie d'Arrhénius-Madsen, d'après lesquelles leur union se fait suivant des affinités chimiques et des équivalents définis, s'oppose la conception de la fixation de l'anticorps sur l'antigène en proportions très variables selon les quantités relatives mises en présence, et par simple adhésion moléculaire, analogue aux phénomènes de fixation d'une teinture sur un tissu mordancé. Les hypothèses récentes se proposent de tenir compte du fait que les réactions d'immunité échappent aux théories chimiques habituelles parce qu'elles se passent entre colloïdes.

C'est qu'en effet, si les êtres animés renferment des cristalloïdes (chlorure de sodium, urée, glycose), variables en quantité et en qualité, et pouvant ainsi passer pour accessoires, le protoplasma en train de vivre est essentiellement constitué, avec une remarquable constance dans toute l'échelle biologique, par des colloïdes. Ce sont là deux ordres de corps très différents : Alors que dans une solution de sel marin, par exemple, l'espace occupé par la solution contient, uniformément réparties et séparées les unes des autres, les molécules mêmes du chlorure de sodium, au contraire la diffusion de la colle dans l'eau, par exemple, répartit dans ce liquide, non pas les molécules mêmes de la colle mais des particules beaucoup plus considérables : chacune d'elles constitue un édifice formé avec les molécules, un peu comme les molécules elles-mêmes sont formées avec les atomes.

Les colloïdes, caractérisés par l'existence au sein d'un *solvant* de particules en suspension (animées de mouvements browniens) ou *micelles*, extrêmement petites (de 1 millionième à 1 dix-millième de millimètre de diamètre), mais toutefois d'un ordre de grandeur bien supérieur à celui des molécules, jouissent par là de propriétés bien spéciales : hétérogénéité au point de vue optique, non-dialyse, coagulabilité, manière de se comporter vis-à-vis des filtres et de la force centrifuge. Ce n'est pas tout : leur constitution rend énorme la surface de contact entre les particules et l'ambiance (1 centimètre cube d'or réduit en particules de 3 millioniémes de millimètre de diamètre offrant, par exemple, une surface de contact de 1.000 mètres carrés); et la réalisation de ces grandes surfaces est la condition même d'apparition des phénomènes d'*adsorption*, fait par lequel une substance va se fixer sur une autre substance sans qu'il y ait ni réaction chimique proprement dite, ni dissolution proprement dite, mais seulement formation de complexes par accolement moléculaire, par adhésion sous l'action des forces capillaires. Enfin, la micelle colloïdale se compose d'un ion qui l'emporte de beaucoup comme grandeur et comme charge : le granule, et d'un certain nombre d'ions libres qui sont des ions ordinaires; la grosseur et la complexité du granule distingue précisément le colloïde du cristalloïde; dans les colloïdes mis au contact, la charge électrique des ions intervient pour beaucoup dans la formation et la floculation des complexes qui en résultent.

Les analogies que les réactions anticorps-antigènes présentent avec les interactions colloïdales ont été mises en évidence par de nombreux auteurs, tels que Landsteiner, Zangger, Gengou, Victor Henri. C'est ainsi que deux colloïdes mis en contact peuvent rester inchangés ou donner lieu à un précipité suivant que l'optimum de proportion est ou non réalisé (précipitines); si l'un d'eux est déjà précipité, l'autre peut augmenter la précipitation (agglutinines) ou la détruire (lysines). Il faut aussi noter que les deux « substances » qui passent pour nécessaires à la bactériolyse; alexine et sensibilisatrice, peuvent ainsi être ramenées à l'unité à titre d'états colloïdaux différents : Les particules micellaires d'un sérum sont transformées en particules plus grosses par le chauffage à 56 degrés, comme ce même chauffage détruit l'alexine ; ces dernières particules sont transformées en amas par le chauffage à 75 degrés, comme ce même chauffage détruit la sensibilisatrice; l'addition d'un colloïde dissous à un colloïde à demi-agglutiné peut détruire cette agglutination, comme l'addition d'un sérum neuf à un sérum inactivé peut lui rendre son activité.

Entre les colloïdes microbiens et les colloïdes de l'organisme se déroule un conflit d'états physiques où les proportions relatives des corps en contact, la concurrence des affinités d'adsorption, la tension de surface, la viscosité, l'osmose, la charge électrique sont les principaux facteurs actifs. Les réactions à l'or colloïdal, au benjoin colloïdal, mettent en évidence avec une particulière netteté les variations d'équilibre physique dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques nerveux. La réaction de Bordet-Wassermann est universellement considérée, ainsi que ses dérivés, comme liée à des actions intercolloïdales; par là, elle a paru déchoir du rang des autres séro-réactions. N'est-ce pas celles-là même qui viendront à leur tour la rejoindre dans une interprétation identique ?

La théorie de l'adsorption peut assurément se *concilier* avec le fait que l'immunité est spécifique. Au même titre que l'affinité chimique l'affinité d'ordre physique est loin d'être indifférente. Suivant la nature des corps en présence, l'adsorption se produit dans des proportions très variées, et des modifications légères d'ordre purement physique exercent sur elle une influence considérable; une seule et même substance mélangée à plusieurs autres peut manifester des avidités très diverses à leur égard et effectuer en conséquence un véritable choix; plusieurs substances en contact avec une autre peuvent se disputer celle-ci, et l'on peut même observer des phénomènes de substitution. « En somme, l'affinité d'adsorption est assez délicate, assez graduée, assez élective, pour que la notion de son intervention dans les réactions anticorps-antigènes soit compatible avec celle de la spécificité. »

Par contre, cette hypothèse n'explique pas le fait même de spécificité dans l'immunité acquise, dont la cause physiologique reste ainsi « un mystère ». Il faut, suivant les expressions mêmes de Bordet, faire intervenir « cet autre facteur jusqu'ici aussi irréductible et que les biologistes voient se déployer si souvent : le pouvoir dont l'être vivant est doué d'approprier sa réaction à la nature de l'excitant ». Les exemples de cette adaptation sont cités pour d'autres ordres de faits : végétaux accordés à des longueurs d'onde différentes pour la captation de l'énergie (algues rouges, oscillaires), ferments digestifs variables avec la composition du milieu nutritif. En somme, « l'apparition d'anticorps spécifiques représente une manifestation particulière d'une propriété générale qui, de quelque façon qu'elle se trahisse, est toujours aussi énigmatique ». Faut-il donc s'arrêter ici devant le mur qui marque les limites de la biologie selon Grasset?

*
* *

Plutôt, il faut s'efforcer de regarder par dessus, à l'exemple de ce libre esprit, animé d'une foi ardente en la mécanique universelle, que fut Le Dantec; avec P. Delbet, Abrami, Laumonier, nous sommes quelques-uns à garder sa mémoire. Deux idées dominent sa conception : 1° le déclanchement biologique de l'activité du protoplasma soumis à une agression est comparable au phénomène physique de la résonance; 2° la modification spécifique vis-à-vis de l'agent agressif que présente le protoplasma s'explique par ce que dernier assimile en tant qu'organe de lutte contre l'agent qui détermine son fonctionnement au moment considéré.

C'est là ce qu'il s'agit de développer, non sans quelques difficultés.

Il faut remarquer d'abord, et une fois de plus, que la distinction entre les notions d'aliment et de toxine n'est que relative; mis en présence de l'un ou de l'autre, l'organisme réagit par un phénomène général qui mérite le même nom de digestion; l'un et l'autre sont substances étrangères entrant en conflit avec un être vivant, et suivant que dans la lutte ce dernier est vainqueur ou vaincu, on dit qu'il a eu à faire à un aliment ou à une toxine. L'aliment pour une espèce est toxine pour une autre espèce, l'aliment à certaine dose est toxine à dose plus forte; les phénomènes de colloïdoclasie produits dans certaines conditions par l'ingestion de protéines alimentaires sont un argument nouveau.

Le résultat de la digestion ne doit pas être considéré comme un simple passage de l'état solide à l'état liquide, mais comme le passage d'un état colloïde à un autre état colloïde. Etape préparatoire de l'assimilation qui est le fait vital essentiel, la digestion est déjà une assimilation partielle; au moyen des diastases, elle impose à l'aliment digéré l'estampille, la marque spécifique, le taux personnel de l'individu digérant, taux représenté lui-même par une particularité physique de l'état colloïdal des protoplasmas. Ainsi la digestion est une assimilation physique.

Existe-t-il, hors de la biologie, des modèles d'action analogue ? Certes, l'assimilation, par laquelle un corps vivant transforme les substances différentes de lui en substance identique à lui, n'a pas d'équivalent dans le domaine de la chimie des corps bruts, où toute réaction se caractérise, au contraire, par une destruction des réactifs mis en présence. Mais, dans le domaine de la physique, on trouve, très répandue, une véritable assimilation physique: l'assimilation par le rythme, que l'on appelle résonance des mouvements oscillatoires ; ce terme de résonance doit être entendu au sens large : par exemple, il ne se limite pas au son, mais s'étend à la lumière (un corps qui devient bleu quand il est éclairé par le soleil est un résonateur de la couleur bleue que contient la lumière blanche). C'est ainsi le phénomène de résonance qui apparaît comme le phénomène élémentaire de la vie : l'assimilation, l'imitation, l'habitude sont des résonances.

Ce qui permet de poursuivre le raisonnement, c'est que le protoplasma est justement un complexe de nombreux colloïdes, ayant chacun un rythme personnel ; il est comparable à un orchestre à l'intérieur duquel se passent une quantité énorme de mouvements vibratoires et qui produit, à la fois, un grand nombre de rythmes variés, mais consonnants ; une dissonance et c'est la colloïdoclasie ! Le protoplasma est donc une merveilleuse machine à résonances, capable d'être impressionnée par les oscillations les plus diverses. D'autre part, tout colloïde ayant son rythme personnel étend sa résonance dans l'espace occupé par son solvant; un colloïde aqueux, plongé dans un milieu aqueux avec lequel son solvant est en continuité, occupe, en réalité, tout le milieu dans lequel il baigne, soit par lui-même en s'y diluant (ferments solubles), soit, seulement, par le rayonnement de son rythme, véritable rayonnement diastasique (globules rouges, par exemple). Si deux colloïdes sont en continuité de solvant, chacun d'eux tendra à imposer son rythme à ce solvant commun.

Mais, alors qu'un colloïde non vivant ne peut

mettre en jeu, dans la lutte avec un autre colloïde que son rythme préexistant, l'activité propre d'un colloïde vivant se manifeste par le fait que les rayonnements diastasiques émanés de lui ne sont pas indépendants de la nature des colloïdes ennemis qui éveillent sa résonance. Excité par un agent donné, le protoplasma peut adopter un rythme de circonstance rigoureusement calqué sur celui-ci et dirigé contre lui, capable de désarmer l'ennemi en annihilant son rythme comme la cire molle annule le relief d'un cachet.

Pour justifier cette notion, intervient la loi d'assimilation fonctionnelle, affirmation du mécanisme d'adaptation des êtres vivants aux variations du milieu et d'acquisition possible de caractères nouveaux. Le protoplasma vivant soumis à une agression et assimilant dans ces conditions, subit une modification spécifique par rapport à l'ennemi, parce que la présence même de celui-ci détermine un fonctionnement particulier : si nous appelons A, le complexe colloïdal vivant et B l'agent étranger, c'est en tant qu'organe de la fonction $A \times B$ que le protoplasma assimile au moment considéré ; il y a assimilation relative à la fonction exécutée, brièvement assimilation fonctionnelle. Sous nos yeux, s'est créée une fonction, fonction de défense, d'origine cellulaire, et son organe continuera à fonctionner sans excitation nouvelle : il y a une éducation et une mémoire organiques. La loi d'assimilation fonctionnelle est la condition même de l'existence des êtres vivants et le grand facteur de l'évolution.

La spécificité de la défense dans l'être vivant, le fait que celui-ci prend l'attitude précise qui est nécessaire pour la lutte, attitude rigoureusement contraire à celle de l'ennemi qu'elle imite exactement en sens inverse, peut d'ailleurs rencontrer des analogies même dans le domaine des sciences physico-chimiques, suivant les exemples donnés par Le Dantec. Témoin la loi de Lenz : « Le déplacement d'un courant électrique dans le voisinage d'un circuit fermé, y développe un courant induit qui tend à s'opposer à ce déplacement ». Témoin la loi, plus générale, de Le Chatelier, exposée autrement dans les travaux de Willard Gibbs : « La modification produite dans un système de corps à l'état d'équilibre par la variation d'un des facteurs de l'équilibre est de nature telle qu'elle tende à s'opposer à la variation qui la détermine. » Témoin, suivant la même généralisation conçue au point de vue chimique, le phénomène des réactions réversibles. Tout se passe comme si la vie, ainsi que la matière, tendaient au maintien d'un équilibre incessamment menacé.

*
* *

De tout ceci que conclure ?

Au sortir de si multiples hypothèses, aucune théorie précise de l'immunité ne saurait être instaurée ; d'ailleurs, les incertitudes ne sont-elles pas légitimes, en une science si jeune et qui dépend de tant d'autres sciences jeunes encore ; l'anaphylaxie, prolongement de son étude, suscite actuellement les mêmes controverses.

Assurément, la systématisation de large envergure, qui ressort des ouvrages de Le Dantec, offre une portée des plus intéressantes ; assurément, la connaissance complète des phénomènes d'adsorption peut faire accomplir un progrès considérable ; mais une explication purement mécanique ou purement physique peut-elle prétendre tout élucider ? L'état colloïdal peut modifier les vitesses de réaction, mais ne crée pas de réactions nouvelles. Suivant l'opinion d'un de nos amis, fervent des recherches de biochimie, en rejetant l'hypothèse vieillie d'Ehrlich, nous ne sommes pas autorisés à condamner toute théorie chimique en accord avec les faits scientifiques actuellement établis : « La spécificité de l'immunisation est un fait d'expérience aussi concevable que la spécificité des différentes albumines suivant les tissus, les organes et suivant les espèces, les sujets. Le nombre des albumines différentes est indéfini, et les notions que nous possédons sur elles, éclairent et expliquent leur individualité, le nombre d'acides aminés qui en forment le squelette étant considérable, et ceux-ci pouvant être unis d'une multitude de façons. »

Quoi qu'il en soit, dès maintenant, apparaissent de grandes directives :

C'est la tendance à ramener les phénomènes d'immunité aux phénomènes de digestion, non seulement en ce qui concerne la phagocytose, mais encore en ce qui concerne les actions humorales. *L'immunité est un cas particulier de la digestion.*

C'est encore la tendance à faire remonter la spécificité à des aptitudes physiologiques primordiales, en plaçant ce concept sous l'égide de la grande loi d'évolution. *L'adaptation à la défense est la condition même de la vie.*

C'est, enfin, la tendance à opérer la jonction des faits biologiques et de l'universelle vibration sur le plan colloïdal, et à chercher une vérification nouvelle de l'aphorisme : *La vie est du ressort de la chimie physique.*

F. Le Dantec. *Eléments de philosophie biologique*, édit. 1917. — *La science de la vie*, édit. 1918. — *La mécanique de la vie*, édit. 1919.
P. Delbet. *La science et la réalité*, édit. 1916.
J. Bordet. *Traité de l'immunité*, 1920.
M. Nicolle. *Les antigènes et les anticorps*, 1920.
A. Calmette. *L'infection bacillaire et la tuberculose*, 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 8 juillet 1921)

Un cas de rhumatisme cérébral. — MM. L. Marchand et R. Mignot rapportent l'observation d'un sujet à antécédents rhumatismaux et alcooliques. Au troisième jour de la maladie apparaissent des troubles psychiques sous forme de confusion mentale avec agitation violente nécessitant l'internement. A ce moment, les troubles articulaires ont disparu ; dès le lendemain, la mort survient dans le coma. Toute la maladie a évolué en six jours. Les lésions nerveuses consistent en une congestion intense méningée et cérébrale avec altération profonde des cellules pyramidales, sans aucune trace d'inflammation méningée ou vasculaire, sans aucune figure de neuronophagie. Le foie est atteint de dégénérescence graisseuse. S'appuyant sur des observations analogues, les auteurs montrent que le rhumatisme cérébral consiste en une intoxication suraiguë méningo-encéphalique survenant chez des individus prédisposés par une intoxication antérieure, généralement par l'intoxication alcoolique.

Amaurose quinique. — MM. Rathery et Cambessédès ont observé un malade qui avait absorbé, par négligence, 18 cachets de 0g50 de sulfate de quinine. Quelques heures après, une amaurose est survenue. Les auteurs font remarquer qu'il ne s'agit pas d'amaurose vraie et que l'amaurose

quinique paraît former une classe spéciale dans les amauroses toxiques; on n'y retrouve pas, en effet, de scotomie centrale avec intégrité du champ visuel, mais des caractères spéciaux, mydriase maximale longtemps persistante, rétrécissement extrême du champ visuel avec intégrité de la vision centrale, modifications précoces de la papille et des vaisseaux. L'intoxication s'est traduite, en outre, par de l'hémoglobinurie pendant quarante-huit heures et par une polyurie polychlorurée qui a fait suite à quatre jours d'oligurie transitoire.

Formes suraiguës de l'encéphalite léthargique. — M. H. Eschbach (de Bourges) rapporte deux observations d'encéphalite léthargique dans lesquelles l'évolution, particulièrement rapide, aboutit de suite au coma et se termina chez l'un en dix, chez l'autre en quatre jours.

Pigmentation hémithoracique avec troubles sympathiques associés. — MM. Gutmann et Dalsace présentent un malade porteur d'une pigmentation de l'hémithorax droit. De ce même côté, la pression artérielle est nettement diminuée et la sudation presque abolie. Il s'agit de troubles vraisemblablement congénitaux, peut-être liés à une hérédospécificité (Wassermann légèrement positif) ayant lésé le sympathique droit. Ce cas est intéressant au point de vue, récemment discuté, de l'origine des mélanodermies.

Les bruits propagés au poumon sain dans la tuberculose pulmonaire unilatérale. Leur interprétation pour la pratique du pneumothorax thérapeutique. — M. Salomon rappelle que fréquemment des lésions cavitaires unilatérales déterminent, du côté opposé, des bruits adventices d'interprétation délicate surtout quand il s'agit de peser les indications d'un pneumothorax thérapeutique. L'auteur indique quelques signes permettant la discrimination entre les bruits propagés et ceux qui sont nés sur place. Les bruits propagés sont surtout des signes postérieurs paravertébraux, sus et sous-épineux ; ils sont plus souvent constitués par des frottements que par des râles bulleux. Ils sont en continuité absolue avec ceux perçus au niveau du poumon malade ; ils ne sont jamais perçus au niveau de l'aisselle du côté sain, ni dans le creux sus-claviculaire correspondant. Leur origine est démontrée par leur disparition habituelle, à la suite des premières insufflations qui viennent ainsi confirmer la valeur des signes différentiels indiqués par l'auteur.

Pneumonie avec épanchement pleural postpneumonique. Myélite pneumococcique terminale. Examen histologique. — MM. Florand et Nicaud. Il s'agit d'un malade atteint d'un épanchement pleural postpneumonique suivi, douze jours après, d'une myélite dorso-lombaire apoplectiforme. L'examen histologique montre une réaction méningée très discrète et de très nombreux foyers congestifs ou hémorragiques fonctionnant dans la substance grise. Les mêmes lésions plus discrètes existaient au milieu des cordons blancs avec une réaction inflammatoire diffuse. Autour des foyers les cellules des cornes antérieures et les tubes nerveux sont très altérés.

Syphilis cérébro-méningée. Paralysie de la 3e paire. Hémiplégie incomplète et hémianopsie gauches. — MM. Florand et Nicaud. Le traitement par le novarsenobenzol a guéri la réaction méningée et, en même temps qu'elle, les lésions de la 3e paire. Les troubles moteurs des membres ont été très améliorés sans disparaître, surtout au membre inférieur. L'hémianopsie est restée inchangée. Malgré le traitement, le réflexe photomoteur de l'œil a disparu.

De la présence du bacille tuberculeux dans le liquide duodéno-pancréatique, retiré par tubage. — MM. Carnot, et Libert, fréquemment, ont constaté le bacille de Koch dans le liquide retiré par le tube d'Einhorn. Dans tous les cas, les malades étaient atteints de tuberculose pulmonaire, articulaire ou ganglionnaire. Jamais ils ne l'ont rencontré en dehors de la tuberculose. L'hypothèse de la déglutition des crachats bacillifères éliminée déjà par des recherches expérimentales dues à d'autres auteurs, l'est aussi par la constatation de la présence du bacille dans un cas de tuberculose fermée. En dehors de son intérêt général, cette méthode peut parfois présenter un intérêt diagnostique.

Notes de coprologie sur l'intestin du tuberculeux. — MM. Le Noir et Goiffon, en pratiquant l'analyse chimique des selles d'apparence normale de tuberculeux peu avancés et non fébriles, ont constaté un taux normal d'ammoniaque fécale, mais une exagération des acides gras valables de fermentation et une valeur très élevée de l'indice d'oxydibilité.

La régularité de la constatation de ce déséquilibre microbien intestinal doit attirer l'attention sur le rapport qui peut exister entre l'infection tuberculeuse et leur état digestif et impliquer la nécessité du contrôle coprologique de leur alimentation ou de leur suralimentation.

Foyer de ramollissement cérébral lié à l'évolution d'une méningite tuberculeuse. — MM. Lortat-Jacob et Turpin. L'autopsie montra des lésions de méningite tuberculeuse et l'existence d'un foyer de ramollissement rouge sous-cortical de l'hémisphère cérébral gauche. Les auteurs attirent l'attention sur le rôle que peut jouer la participation vasculaire dans la pathogénie de certaines des complications encéphaliques de la méningite tuberculeuse.

Les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires. — MM. A. Lemierre, Léon-Kindberg et P.-N. Deschamps. (Sera publié).

Diabète postinfectieux transitoire. — MM. M. Labbé et R. Debré rapportent l'observation d'un jeune homme de seize ans qui présenta une pancréatite ourlienne caractéristique ; dix-huit mois après, une érosion du sillon balano-préputial fit soupçonner aux auteurs et à M. Hudelo l'existence d'une glycémie dont l'examen des urines démontra l'existence (4 gr. de glucose par litre d'urine). Le régime de réduction des hydrocarbones fit disparaître la glycémie et permit la guérison de cette sorte de diabétide génitale. Les auteurs attribuent cette glycosurie, facilement curable, à un trouble pancréatique consécutif à la pancréatite ourlienne aiguë dont le patient a souffert et insistent à ce propos sur la question du diabète d'origine infectieuse.

Un cas de kyste dermoïde du médiastin antérieur guéri après extirpation totale par voie transpleurale. — MM. P. Duval et A. Clerc. Cette observation montre que dans les cas de tumeur médiastinale bien limitée à la radioscopie, le diagnostic de kyste dermoïde doit toujours être évoqué, malgré ses difficultés indéniables, car les signes de certitude sont très exceptionnellement rencontrés ; la nature de la tumeur n'est souvent démontrée qu'à l'occasion de l'intervention. Celle-ci doit être prévue en raison des complications possibles (compression, ouverture, suppuration, transformation maligne).

C'est l'extirpation totale qui donne, quand elle est possible, les meilleurs résultats puisque sur 10 observations connues, on compte 9 guérisons et une mort par péricardite.

ERRATUM. — Société médicale des hôpitaux, séance du 1er juillet (*Gaz. des hôpit.*, 9 juillet 1921, n° 54, p. 861) : **Anaphylaxie sérique ictérigène.** — MM. Charles Flandin et P. Vallery-Radot (lire : Pierre Vallery-Radot).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 6 juillet 1921)

A propos des volvulus de l'intestin grêle. — M. Descomps fait un rapport sur des observations envoyées à la Société par MM. Ginesty et Rudelle; il rappelle la fréquence de la torsion entéro-mésentérique, et étudie les variations du mésentère et les rapports de ces variations avec la pathogénie des volvulus.

Avantages de la greffe osseuse par application de lambeaux pédiculés ostéo-musculaires de Curtillet. — M. Mauclaire fait un rapport sur deux observations de MM. Tiller et Lutas qui ont eu de bons résultats par ce procédé.

M. Cunéo a fait lui aussi un assez grand nombre d'ostéoplasties de ce genre, surtout pour réparer des pertes de substance portant sur le fémur.

Large éventration abdominale sus-ombilicale traitée par transplantation cartilagineuse pédiculée. — Observation de M. CAPETTE, rapportée par M. MAUCLAIRE. L'auteur réséqua largement les parties herniées, détacha de la partie cartilagineuse du thorax un greffon pédiculé et eut un résultat parfait, le greffon étant resté extrêmement solide.

Un cas de sympathicectomie péri-artérielle pour maladie de Raynaud. — M. VEILLÉ (de Rochefort). M. MAUCLAIRE, rapporteur.

A propos de l'épilepsie traumatique. — M. LENORMANT rapporte de nouvelles observations d'épilepsies traumatiques de MM. GRIMAULT-ROLL et BILLET; plusieurs cas de plaies cranio-cérébrales par projectiles de guerre suivies d'accidents septiques, hernie cérébrale, crises épileptiques; guérison après intervention.

M. ROUVILLOIS présente à son tour trois observations de blessés opérés pour épilepsie consécutive à des blessures de guerre.

Quelques points de technique à propos de la résection du genou pour tumeur blanche. — M. FREDET vient exposer sa technique qu'il applique depuis plusieurs années déjà à la résection du genou et qui semble une amélioration considérable de la technique d'Ollier. Il rapporte treize cas opérés suivant cette technique.

Extirpation d'une rotule pour ostéomyélite postgrippale. — M. DUGUET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1921)

Réaction du benjoin colloïdal et réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis nerveuse. — M. René BENARD montre l'intérêt tout particulier que présente la réaction du benjoin colloïdal dans les cas de syphilis nerveuse, où celle-ci se montre positive alors que la réaction de Bordet-Wassermann, dans le sang comme dans le liquide céphalo-rachidien, est négative. Cette réaction fournit alors des renseignements de la plus haute importance, en vue du diagnostic à établir et du traitement à instituer.

Les types pathologiques des variations de la pression minima chez l'homme. — MM. MOUGEOT et Paul PETIT (de Royat) distinguent un type exagéré dans le sens normal, c'est-à-dire parallèle à la courbe d'ampliation thoracique, et qu'ils constatent chez les hypertendus avec excellente compensation cardiaque.

D'autre part, un type inverse dans lequel les variations sont contraires au sens physiologique et épousent un sens parallèle à la courbe de la pression intrathoracique.

Ce dernier type leur paraît être un signe d'insuffisance ventriculaire gauche.

Conception étiologique de l'encéphalite épidémique. — MM. LEVADITI, HARVIER et NICOLAU exposent l'ensemble de leurs recherches sur la nature des divers virus filtrants qui offrent des rapports étroits avec celui de l'encéphalite épidémique, à savoir le virus salivaire, le virus des porteurs sains et le virus dit de l'herpès. Le virus qui existe dans la salive de sujets sains ne provient pas de la sécrétion de la glande salivaire, car, si on cathétérise le canal de Sténon et que l'on inocule séparément à la cornée, d'une part la salive mixte, d'autre part, le liquide obtenu par cathétérisme, la première seule engendre la kératite, tandis que le second reste sans effet.

Le virus paraît vivre au contact des éléments figurés de la salive, en particulier des cellules épithéliales plates de la bouche. Il est même possible qu'il constitue un parasite de ces éléments.

Toutes les recherches expérimentales auxquelles ils ont soumis ces différents virus permettent de conclure qu'ils sont de même nature, mais de virulence inégale. Ils se comportent l'un vis-à-vis de l'autre comme des variétés plus ou moins pathogènes de certains germes cultivables, tels le streptocoque et le pneumocoque. C'est ce qui résulte des expériences d'immunité croisée, relatées par les auteurs. On est conduit ainsi à admettre que, avant l'éclosion des épidémies d'encéphalite, le virus de la maladie existait déjà dans la salive et dans certaines manifestations banales, tels l'herpès ou l'angine herpétique, sous sa forme atténuée, dénuée d'affinités neurotropes. Par suite d'une exagération de la virulence, le virus a acquis une aptitude nouvelle, celle de s'attaquer aux cellules nerveuses du mésocéphale (affinité neurotrope). Il déclancha ainsi la maladie de V. Economo, sous sa forme épidémique, et végéta aussi dans la salive des porteurs de germes. S'il est juste de faire remarquer que les hygiénistes ont soutenu cette idée que l'encéphalite épidémique, tout en étant une affection rigoureusement spécifique, n'est pas une maladie nouvelle, il faut reconnaître que cette conception est sortie du domaine de l'hypothèse, puisqu'elle peut être logiquement déduite de constatations expérimentales rigoureuses.

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1921)

Leucopénie et hyperleucocytose chez le nourrisson par ingestion de minimes quantités d'iode. — MM. H. DORLENCOURT, G. BANU, et A. PAYCHERE ont observé que si, à un nourrisson, on donne à ingérer sous forme de liqueur de Gram, des doses homéopathiques de l'ordre du milligramme ou de fractions de milligramme d'iode, il apparaît dans les 20 minutes une leucopénie importante suivie tardivement d'hyperleucocytose. La formule leucocytaire subit des variations qui tendent à exagérer la mononucléose normale de cet âge, l'augmentation porte surtout sur les lymphocytes. Les variations de la formule sont toutefois moins constantes, moins fixes que les variations du nombre des leucocytes. Quand les doses deviennent insuffisantes pour être efficaces c'est, semble-t-il, la réaction d'hyperleucocytose qui disparaît la première. Les auteurs insistent sur ce fait, c'est que l'iode aux doses indiquées provoque, par ingestion, des réactions leucocytaires en tous points identiques, superposables, à celles que chez le nourrisson on observe après l'absorption d'un repas lacté normal et qu'ils ont décrites dans des travaux antérieurs. Ce fait, du point de vue des conclusions théoriques importantes qu'il comporte, fera l'objet d'un prochain travail.

Recherches sur les réductases des selles du nourrisson à l'état normal et à l'état pathologique. Application à l'étude des modifications des pigments biliaires dans la dyspepsie du lait de vache. — MM. A.-B. MARFAN et H. DORLENCOURT, en se servant du réactif de Schardinger, ont pu s'assurer que les selles des nourrissons normaux renferment une réductase directe, qui est en grande partie fixée sur les particules solides, et en faible partie dissoute dans le milieu aqueux. Cette réductase est plus abondante dans la selle neutre ou alcaline de l'enfant nourri de lait de vache que dans la selle acide de celui qui est au sein.

Dans les selles pathologiques, le défaut, la présence ou l'excès de réductase est en rapport avec la réaction acide, neutre ou alcaline des matières fécales. Cette substance fait défaut ou est en petite quantité dans la selle acide de la diarrhée des enfants au sein. Dans la selle, dite « mastic » qui caractérise la dyspepsie du lait de vache et qui est très alcaline, la réductase est abondante. Dans les diarrhées des enfants privés du sein, elle est présente ou abondante, si la selle est neutre ou alcaline; elle est peu active ou même absente si la selle est acide. Des expériences de neutralisation ont montré que, si l'acidité peut masquer parfois la présence de réductase, la décoloration du bleu n'est pas fonction de la réaction des selles; cette réaction n'est que le témoin du défaut, de la présence ou de l'excès de la réductase. La réaction des selles est en rapport avec le degré de putréfaction du contenu intestinal; elles sont d'autant plus alcalines que la putridité est accusée. Il semble donc que la production de réductase est surtout en rapport avec l'activité des microbes protéolytiques.

In vitro, la réductase fécale, révélée par le réactif de Schardinger, n'exerce pas d'action réductrice sur la bilirubine. Ce fait est important pour la solution d'un problème que les auteurs ont déjà abordé et dont ils poursuivent l'étude : la

pauvreté en pigments biliaires de la selle « mastic » qui caractérise la dyspepsie du lait de vache. Cette pauvreté a été attribuée à ce que les pigments, sécrétés en quantité normale par le foie, seraient réduits par les processus putrides bien au delà du stade « stériobilinogène » et ne seraient plus décélables par les procédés ordinaires. Cette manière de voir est en désaccord avec le fait précédent; celle-ci est plutôt en faveur de la théorie qui attribue la décoloration de la selle « mastic » à ce que le foie ne sécrète plus de pigments biliaires en quantité suffisante.

Troubles de conductibilité intracardiaque sous l'influence de la quinine. — MM. Clerc et Pezzi ont enregistré isolément les battements des ventricules gauche et droit sur le cœur de chien *in situ*; à l'état normal, le retard n'est que 0"04 environ; on injectait ensuite dans la saphène une solution de chlorhydrate de quinine au 1/10, dans ces conditions le retard passe à 0"11, c'est-à-dire s'accroît de plus du double. De leurs expériences, il résulte aussi que cet allongement n'est pas dû à une action de l'alcaloïde sur le nœud de Tawara, mais encore de l'imprégnation de tout le système unitif amenant la diminution de l'excitabilité et de la conductibilité.

Du taux glycémique au cours des cirrhoses du foie et ses rapports avec la glycosurie alimentaire provoquée. — MM. A. Chauffard, P. Brodin et Zizine. A la période d'état des cirrhoses, le dosage du sucre du sang révèle d'une manière à peu près constante, un certain degré d'hyperglycémie, allant de 1g10 à 1g90 dans les cas données. Cette hyperglycémie indique un trouble du mécanisme glyco-régulateur, et explique pourquoi l'épreuve de la glycosurie alimentaire provoquée est en pareil cas si souvent positive. Il y a donc intérêt en clinique à remplacer l'épreuve de Colrat par le dosage du sucre du sang qui donne des renseignements plus précis. Quant à la cause même de cette hyperglycémie, il est encore difficile de la préciser; elle semble d'autant plus marquée que la circulation collatérale est plus développée, et, comme cette dernière traduit le degré de l'hypertension portale profonde, peut-être faut-il attribuer à une gêne de fonctionnement pancréatique, provoquée par cette hypertension, le trouble de la glycolyse.

Sur le rôle de la symbiose fuso-spirillaire de Vincent dans l'étiologie de la bronchite sanglante de Castellani. — M. Léopold Robert a étudié, à Bangkok, onze cas caractéristiques de bronchite sanglante de Castellani chez des Européens et chez des indigènes. La tuberculose est fréquemment associée à cette maladie ou peut venir la compliquer. Les préparations microscopiques colorées par la méthode de Hollande ont montré l'existence de spirochètes dont les ondulations sont en nombre moyen de 3, 4 ou 5 et qui sont associés au bacille fusiforme. Tantôt les spirochètes sont prédominants, tantôt ce sont les bacilles fusiformes, granuleux ou non. Les dimensions de ces derniers sont variables.

L'association fuso-spirillaire de Vincent a donc été constatée, à titre d'agent pathogène, dans ces onze cas de bronchite sanglante de Castellani. Ces cas viennent s'ajouter à ceux de Rothwell, de Chamberlain, de Roubier et Gauthier, de Delamare.

L'auteur estime qu'il convient de rechercher avec insistance et à de multiples reprises le bacille tuberculeux, même dans les expectorations très riches en fuso-spirochètes, car l'association tuberculeuse, lorsqu'elle existe, confère à la maladie un caractère de gravité particulière.

La présence constante, dans ces onze cas, de l'association à fuso-spirochètes de Vincent, jointe à l'identité morphologique absolue de Spir. bronchialis et de Spir. Vincenti est en faveur de la pathogénicité de cette symbiose dans la bronchite sanglante de Castellani, et de la nécessité d'identifier Sp. bronchialis Castellani (Fantham) à Sp. Vincenti (Blanchard).

L'action de la radiothérapie sur le passage dans le sérum des albumines des tumeurs. — MM. Loeper, Debray et Tonnet ont étudié les albumines du sérum des cancéreux après irradiation intensive faite par MM. Belot et Nahan. Dans 5 cas sur 6, ils constatent un accroissement de l'albumine totale; dans 4 cas sur 6, cet accroissement est dû à la globuline. Parallèlement, le taux des acides aminés et l'activité de l'érepsine montrent des variations importantes mais inverses de celles des albumines.

Ils concluent que la radiothérapie intensive et prolongée accroît, au moins momentanément, le passage dans le sérum des albumines des tumeurs.

Syndrome adiposo-génital et diabète insipide expérimental. — MM. Jean Camus et G. Roussy présentent un chien chez lequel ils ont déterminé, à la fin de l'année 1919, une lésion expérimentale de la région hypophysaire de la base du cerveau. A la suite de cette lésion, l'animal, qui pesait 15 kilogrammes et n'était pas complètement adulte, est passé au poids de 26 kilogrammes au cours de 1920.

Aussitôt après la lésion expérimentale, l'animal a été atteint de diabète insipide avec une polyurie énorme, et il a réalisé rapidement un syndrome adiposo-génital typique. A l'heure actuelle, son état reste le même, il est toujours atteint de diabète insipide, il reste obèse; son pénis et ses testicules sont très petits, ses bourses absentes. Il n'a pas d'instinct génésique.

Action catalytique de l'alcool benzylique. — M. J. Jacobson, en étudiant le mode d'action d'alcool benzylique sur les diastases et sur les toxines, a constaté que cet alcool a des propriétés de dédoubler l'eau oxygénée et de transformer l'amidon en dextrine.

Rachistovaïnisation et rachisyncaïnisation expérimentales. Leurs accidents, les moyens d'y remédier. — MM. René Bloch, Jean Camus et Hertz apportent les conclusions suivantes d'après des expériences portant sur vingt-six chiens.

La stovaïne et la syncaïne déterminent des accidents bulbaires et frappent plus spécialement les centres respiratoires.

La syncope respiratoire peut se produire avec des doses non habituellement mortelles, sous l'influence, semble-t-il, d'un changement de position, d'un mouvement brusque de l'animal.

La stovaïne est plus toxique pour les centres respiratoires que la syncaïne, et la marge entre la dose anesthésiante et la dose mortelle est plus étroite pour la première de ces substances.

La caféine est susceptible d'exciter les centres respiratoires et de combattre une syncope qui se produit fortuitement avec une dose d'anesthésique inférieure à la dose habituellement mortelle.

Elle ne neutralise pas les effets d'une dose d'anesthésique sûrement mortelle que l'injection de caféine soit faite avant, pendant ou après l'injection d'anesthésique.

Il est recommandé d'employer la respiration artificielle en même temps que la caféine.

La respiration artificielle, faite à la main, rend de grands services; la respiration bien réglée avec un soufflet électrique lui est très supérieure; elle doit être prolongée jusqu'au retour de la respiration spontanée, c'est-à-dire durer une heure, une heure et demie et plus; l'élimination de l'anesthésique demandant environ cette durée.

M. le Président prononce l'éloge funèbre de M. L. Matruchot.

LIVRES NOUVEAUX

Les Cardio-rénaux. Etude théorique et pratique (1), par MM. O. Josué et M. Parturier. (Monographies de cardiologie clinique publiées sous la direction du Dr O. Josué, n° 1.)

La série de monographies de cardiologie clinique que M. Josué, avec sa compétence toute particulière, inaugure aujourd'hui, sera particulièrement intéressante si on en juge par ce premier volume.

Les cardio-rénaux sont des malades qui souffrent à la fois du cœur et des reins. L'expression de *cardio-rénaux* est donc une définition très générale, imprécise aussi. M. Josué

(1) Paris, E. Le François.

s'efforce de l'expliquer, et il y parvient ainsi que l'on pourra s'en rendre compte en lisant ses conclusions :

1. L'équilibre cardio-rénal, indispensable à une dépuration urinaire normale, peut être rompu, soit par le cœur, soit par les reins. Dans les deux cas, le déséquilibre cardio-rénal aboutit à l'insuffisance de la dépuration urinaire qui se traduit en clinique par les syndromes cardio-rénaux.

Tous les procédés d'exploration rénale enregistrent cet état de déséquilibre cardio-rénal, aussi bien lorsqu'il dépend de l'insuffisance cardiaque que lorsqu'il relève de l'insuffisance rénale.

2. Mais l'équilibre cardio-rénal tend à se rétablir, et y parvient jusqu'à un certain point, grâce à un jeu compensateur entre le cœur et les reins, solidairement responsables de la diurèse : soit que le cœur compense l'insuffisance rénale par le mécanisme de l'hypertrophie cardiaque, soit que les reins compensent l'insuffisance cardiaque par le mécanisme de leur pouvoir concentrateur.

3. Le déséquilibre cardio-rénal s'accentue, au contraire, lorsque le système compensateur cardiaque ou rénal n'entre pas en jeu : soit que le cœur ne s'hypertrophie pas et même se laisse dilater, chez un brightique; soit que le pouvoir concentrateur des reins soit diminué chez un asystolique.

A une période avancée de la maladie, la compensation cardio-rénale devient impossible. D'une part, parce que le cœur hypertrophié s'épuise, par son effort même, dans la néphrite; d'autre part, parce que, la concentration rénale n'étant pas illimitée, les reins ne peuvent plus assurer la dépuration urinaire quand l'insuffisance cardiaque est très accentuée et s'accompagne d'une oligurie prononcée.

4. Nous avons été ainsi conduits à conclure légitimement que le traitement des syndromes cardio-rénaux, qu'ils aient à l'origine l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance rénale, doit être avant tout toni-cardiaque. Les résultats que l'on obtient, par ce traitement, dans la pratique, montrent bien que la conception physio-pathologique s'accorde ici avec l'observation clinique.

Une conclusion plus générale se dégage encore de cette étude.

Si les recherches de laboratoire nous ont quelquefois permis de pénétrer la signification de certains faits, les examens cliniques nous ont souvent permis à leur tour d'interpréter à leur juste valeur les données du laboratoire. De longue date, en physio-pathologie, les théories ont cédé tour à tour devant les procédés nouveaux d'investigation, alors que les acquisitions les plus anciennes de la clinique demeurent ; tant il est vrai que les conceptions parfois séduisantes, issues des laboratoires, n'ont de valeur qu'autant qu'elles s'accordent avec l'expérience accumulée par des générations de cliniciens.

Les procédés de laboratoire doivent être considérés comme des moyens propres, pour ainsi dire, à aiguiser nos sens mis au service de l'observation clinique. C'est en partant de cette observation clinique, considérée comme le pivot du diagnostic, en utilisant à son profit les instructions du laboratoire, qu'il nous a été possible de pénétrer plus avant dans la compréhension des syndromes cardio-rénaux. L. G.

Contribution à l'étude des sympathomes embryonnaires (1), par le Dr André Quirin, préparateur à l'Institut d'anatomie pathologique de Strasbourg.

Notre distingué confrère et ami, le Dr André Quirin, a eu l'occasion d'étudier à l'Institut d'anatomie pathologique de Strasbourg, dans le laboratoire du prof. Masson, deux cas de sympathomes embryonnaires. Ces deux cas ont été l'occasion pour lui de faire une étude très complète, très consciencieuse et documentée de ces tumeurs dont on connaît la rareté.

Voici ses conclusions :

1. Les neuroblastomes sympathiques, comprenant le sympathogoniome, le sympathoblastome et le parasympathome, sont des tumeurs neuro-épithéliales localisées sur le grand sympathique (sympathogoniome et sympathoblastome) et sur le système chromaffine (parasympathome).

2. Ils représentent le type embryonnaire des trois catégories évolutives (sympathomes, tumeurs chromaffines, ganglioneuromes) en reproduisant d'une façon identique la structure des ganglions sympathiques fétaux.

3. De structure alvéolaire, elles se composent de cellules embryonnaires indifférentes (sympathogonies) ou légèrement différenciées (sympathoblastes), groupées en amas compacts ou orientées en rosettes, et une substance neurofibrillaire jeune se disposant comme feutrage uniforme, comme matière de remplissage dans le centre des rosettes ou comme manchons autour des petits axes conjonctivo-vasculaires.

4. Selon la présence de rosettes et de substance fibrillaire ou leur absence, les sympathomes représentent une forme typique ou atypique, analogue aux épithéliomas typiques ou atypiques des autres organes.

5. Les rosettes sont comme celles des neuroépithéliomes des centres prolifératifs, au niveau desquels on n'observe qu'un développement d'éléments nerveux spécifiques; cette constatation témoigne en faveur de l'origine ectodermique du nerf sympathique.

6. Les sympathomes sont d'origine congénitale, à base dysontogénique, appartenant à la toute première enfance, sans prédilection du sexe et de caractère exclusivement malin.

7. La malignité se traduit par une croissance infiltrative, par la production de métastases nombreuses et à distance, surtout dans les ganglions et le foie.

8. Les tumeurs embryonnaires de la sympathique peuvent évoluer dans deux directions différentes, soit vers les tumeurs chromaffines, soit vers les ganglioneuromes; leur évolution toutefois est tributaire de l'âge et de la différenciation cellulaire; celle-ci progresse avec l'avancement en âge et correspond alors à un abaissement de la malignité.

9. Les foyers fréquents d'hémorragies et de nécroses, mais surtout les amas de macrophages à leur contact sont des preuves péremptoires de résorption néoplasique; leur constatation dans deux de nos observations personnelles sont une illustration de la possibilité de la guérison spontanée de tumeurs malignes. Ce fait, auquel, à notre avis, on a jusqu'à présent attaché trop peu d'importance, mériterait d'être confirmé par de plus amples recherches dans ce vaste domaine que représente le cancer. L. G.

(1) Th. de Strasbourg, 1921. — Imprimerie Anc. Dusch, S. P. A.

CONGRÈS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE. XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (3-5 octobre 1921). — Président : M. le Dr Bard, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Vice-présidents : MM. les Drs Thomas, président de la Société médicale du Bas-Rhin, et Schwartz, médecin chef de l'hôpital de Colmar.

Secrétaire général : M. le Dr Léon Blum, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Secrétaire général adjoint : M. le Dr Vaucher, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Trésorier : M. le Dr Albert Brion, médecin chef de l'hôpital-sanatorium Saint-François à Strasbourg.

Trésorier adjoint : M. le Dr Humbert, médecin de la policlinique de l'Université de Strasbourg.

I. Programme scientifique. — *Séance d'ouverture* (commune avec le Congrès de chirurgie) le lundi 3 octobre, à 9 heures, à la salle des Fêtes du palais de l'Université, sous la présidence de M. le Commissaire général.

Lundi 3 octobre, à 14 h. 30 : première séance.

Rapport : « De l'adaptation anatomique et fonctionnelle du cœur aux conditions pathologiques de la circulation. » (Rapporteurs : Mlle Cottin, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Strasbourg ; M. Demeyer, assistant à l'Institut de physiologie de Bruxelles.)

Discussion des rapports.

Communications sur les affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil pulmonaire.

Mardi 4 octobre, à 9 heures : deuxième séance.

Rapport : « Les glycémies. » (Rapporteurs : MM. les Drs Ambard, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Chabanier, chef de laboratoire à la Faculté de

médecine de Paris; Baudouin, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de Paris.

Discussion des rapports.

Mardi 4 octobre, à 14 h. 30 : troisième séance.

Suite de la discussion.

Communications sur les maladies de la nutrition, du tube digestif et des reins.

Mercredi 5 octobre, à 9 heures : quatrième séance.

Rapport : « L'anti-anaphylaxie. » (Rapporteurs : MM. les Drs F. Widal, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Abrami, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de Paris, et Pasteur Vallery-Radot, médecin des hôpitaux de Paris; Péhu, médecin des hôpitaux de Lyon.

Discussion des rapports.

Mercredi 5 octobre : cinquième séance.

Suite de la discussion.

Communications sur les maladies infectieuses, les intoxications, les maladies du système nerveux, etc.

A 17 h. 30 : clôture; réunion plénière.

II. Réceptions officielles, le lundi soir 3 octobre, au commissariat général.

Le mardi soir 4 octobre, banquet pour les membres du Congrès.

Le mercredi soir 5 octobre, réception chez le recteur de l'Université de Strasbourg.

Comité des dames. — Un comité des dames s'est constitué pour recevoir les dames qui viendraient à Strasbourg à l'occasion du Congrès en qualité de membres associés. Le Comité organisera des visites de la ville et de ses environs (pont du Rhin, Kehl, etc.).

Un certain nombre de réunions sont prévues pour les dames, notamment chez Mme Charlety, à l'hôtel du recteur de l'Université, et chez Mme la marquise de Loys Chandieu en son château de la Robertsau.

Excursions. — Des excursions sont prévues pour les trois jours qui suivent le Congrès (6-8 octobre). La première, d'une durée d'une journée, au Mont Sainte-Odile et au Hohwald; une deuxième, d'une durée de trois jours, permettra de visiter les points les plus intéressants des Vosges. — Le programme détaillé de ces excursions sera publié ultérieurement.

Bureau de renseignements. — Un bureau de renseignements fonctionnera, à partir du 2 octobre, au secrétariat du Congrès (clinique médicale A); les congressistes pourront y retirer leur carte de membre, le volume des rapports et les invitations.

III. Renseignements généraux. — *Membres.* — Art. 9 du règlement. — Les membres adhérents de chaque Congrès comprennent :

1° De droit, les membres de l'Association des médecins de langue française;

2° Sous réserve d'acceptation par le bureau du présent Congrès, les médecins et les savants qu'intéressent les questions médicales et qui désirent y prendre part. La cotisation pour le Congrès est de 30 francs pour les adhérents au Congrès.

Art. 10. — Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents peuvent être admis comme membres associés du Congrès et paient une cotisation de 15 francs.

Art. 11. — Tous les membres adhérents prennent part, au même titre, aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications. — Les membres permanents de l'Association possèdent seuls le droit de vote et sont seuls éligibles aux diverses fonctions.

Les membres de l'Association n'ont donc pas à envoyer leur adhésion, mais seulement leur cotisation au trésorier.

Les membres adhérents et les membres associés sont priés d'envoyer leur bulletin d'inscription, en même temps que leur cotisation, au trésorier, M. le Dr Albert Brion, 1, rue Kageneck, Strasbourg, compte de chèques postaux : Strasbourg 3.564. — Les inscriptions non accompagnées du montant de la souscription ne pourront être prises en considération.

Les membres associés ont droit à tous les avantages du Congrès, sauf les publications.

Communications. — Art. 4 du règlement. — Les communications personnelles devront être inscrites à l'avance dans le délai indiqué et acceptées par le bureau. Elles seront limitées à deux pour chaque membre du Congrès et ne pourront être exposées ou lues que par l'auteur, sauf autorisation de l'assemblée.

Art. 6. — La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser vingt minutes; les observations présentées au cours des discussions ne devront pas dépasser cinq minutes. Les membres du Congrès pourront se faire inscrire à l'avance pour prendre la parole sur les questions proposées, et, dans ce cas, le temps accordé sera de dix minutes.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en informer le secrétaire général avant le 1er août, en indiquant le titre choisi. Ce délai passé, il ne pourra plus être tenu compte d'aucune demande analogue.

Pour tous renseignements concernant le Congrès de médecine, s'adresser à M. le prof. Blum, clinique médicale B, à Strasbourg.

Association française de chirurgie. XXXe Congrès français de chirurgie (3-5 octobre 1921). — Président du Congrès : M. le prof. Jules Bœckel (de Strasbourg).

Bureau de l'Association :

Président : M. le Dr Le Dentu, membre de l'Académie de médecine.

Vice-président : M. le Dr Richelot, président de l'Académie de médecine.

Secrétaire du Comité : M. le Dr J.-L. Faure, professeur de gynécologie à la Faculté de Paris.

Secrétaire adjoint du Comité : M. le Dr M. Auvray, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Trésorier : M. le Dr Ch. Lenormant, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Programme scientifique. — Lundi 3 octobre, à 9 heures : Séance d'ouverture du Congrès (commune avec le Congrès de médecine), à la salle des Fêtes du Palais de l'Université, sous la présidence du commissaire général.

Discours du président M. Jules Bœckel.

Rapport de M. J.-L. Faure, secrétaire général.

Lundi 3 octobre, à 14 heures : Remise de la médaille offerte par souscription au prof. Jules Bœckel, président du Congrès.

A 14 h. 1/2, première séance.

Question mise à l'ordre du jour : « Traitement de l'épilepsie consécutive aux traumatismes craniens. » [Rapporteurs : MM. Billet (armée) et Ch. Lenormant (de Paris).

Discussion des rapports.

Mardi 4 octobre, à 9 h. 1/2 : visite de l'hôpital.

A 14 heures : deuxième séance.

Question mise à l'ordre du jour : « Séro et vaccinothérapie dans les affections ostéo-articulaires. » [Rapporteurs : MM. Debrez (de Liége) et R. Grégoire (de Paris)].

Discussion des rapports.

Mercredi 5 octobre, à 9 h. 1/2 : troisième séance.

Communications individuelles.

A 14 heures : assemblée générale.

A 15 heures : quatrième séance.

Question mise à l'ordre du jour : « Résultats éloignés du traitement du cancer du sein. » [Rapporteurs : MM. Forgue (de Montpellier) et Walther (de Paris)].

Discussion des rapports.

Exposition. — Une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale et d'objets de pansements sera installée dans le grand hall du rez-de-chaussée du palais de l'Université.

Mêmes réceptions et excursions que pour le Congrès de médecine.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire du Comité, 12, rue de Seine, Paris.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 57. — MARDI 19 & JEUDI 21 JUILLET 1921. 94e ANNÉE. MARDI 19 & JEUDI 21 JUILLET 1921. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Dieppe. — Le lundi 9 janvier 1922 à 9 heures du matin, un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour la nomination de deux médecins adjoints à l'hôpital de Dieppe.

Délai d'inscription : 9 décembre 1921.

S'adresser pour tous renseignements au secrétaire directeur des hospices civils de Dieppe.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Gaudier, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

M. Le Fort, professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à ladite Faculté.

M. Vanverts, professeur d'accouchements et d'hygiène de la première enfance à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lille (chaire d'université), est nommé, sur sa demande, professeur de médecine opératoire à ladite Faculté.

— Nancy. — La chaire d'ophtalmologie de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est supprimée.

Il est créé, à ladite Faculté, une chaire de médecine opératoire.

M. Michel, chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur de médecine opératoire à ladite Faculté.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins principaux de 1re classe Gruet et Martin.

MM. les médecins principaux de 2e classe Armynot du Chatelet et Spillmann.

(Rayé des cadres.) M. le médecin principal de 1re classe Pinard.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de 1re classe Hirtz.

MM. les médecins principaux de 2e classe Remlinger et Marchet.

MM. les médecins-majors de 1re classe Le Roux, Melot, Folly et Bonnette.

(Rayés des cadres.) MM. les médecins-majors de 1re classe Battarel, Bonnamy, Laurent, Morisset, Bourdel et Guiraud.

M. le médecin aide-major de 1re classe Schwebisch.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors et aides-majors Assailly, Dreneau, Jouffreau, Vielle, Servent, Chatinières, Nugue, Feuillet, Letang, Joseph dit Orme, Chauliac, Malard, Monziols, Marnata, Paris, Cazanove, Javelly, Ricau, Fleury, Pinaud, Carries, Jambon, François, Perret, Bouchaud, Salicetti, de Brisson de Laroche, Fosse, Mouchet, Poirier, Sieur, Villaceque, Rousseau, Chaumet, Dubois, Garnier, Jarry, Lafont, Audureau, Benard, Charmont, Constant, Cordonnier, Desforges-Mériel, Jacomet, Laran, Picot, Roguet, Carpentier, Aubert, Berger, Bourdier, Courcières, Ducasse, Dumas, Fontanier, Fonteilles, Fourneau, Gabarra, Gauthier, Guérin, Baudrimont, Guillaume, Guyot, Lacoste, Lagarrigue, Le Mée, Leroy, Lloubes, Louyriac, Maleplate, Monier, Moussaud, Buizard, Ferron, Rabinovitch, Marcon, Fritsch, Ferrand, Ramijean, Voyer, Bernardeau, Bezinf, Blamoutier, Boudeille, Charbonnier, Cocurat, Coffinières, Corbel, Crozat, Dantier, Dellinger, Despeignes, Despraieries, Destre, Deumie, Duboille, Dugué, Durieux, Dutech, Faligant, Faujas, Feldstein, Fombeure, Girand, Goupille, Guillon, Hébert de la Rousselière, Jarraud, Lebrun, Lefai, Leschelier, Lorion, Martin, Mathelin, Mazaud, Melin, Michot, Minon, Pautet, Coutaud, Devuns, Houel, Lambour, Laurent, Mercklen, Lefebvre, Pierre, Bernard, Chabriat, Gadrat, Gaudin, Guillot, Thébaut, Viel.

(Rayés des cadres.) MM. les médecins-majors de 1re classe Labroy, Arnaud et Rispal.

MM. les médecins-majors de 2e classe Frugier, Guinard, Vernet, Bourdin, Lemière, Gaudinau et Robert dit Melchior.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Desfosses et Richerolle.

— Sont inscrits au tableau spécial de la Légion d'honneur à compter du 16 juin 1920 les officiers rayés des cadres dont les noms suivent :

Pour officier. — M. le médecin principal de 2e classe Kalt.

M. le médecin-major de 1re classe Milian.

— Est inscrit aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur, à compter du 20 juin 1921 :

Pour chevalier. — M. le médecin aide-major de 1re classe Teiling.

HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE SOCIALES. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Sabouraud (de Paris).

M. Vaillant, ex-radiographe des hôpitaux à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Bureau (de Nantes), Molin (de Lyon), Soulhié (de Gramat), Bloch (de Paris), Camous (de Nice), Pissot (de Robert-Espagne), Mme Honnorée (de Paris).

M. Debains, chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital civil de Versailles.

MÉDAILLE MILITAIRE. — SERVICE DE SANTÉ. (Réserve.) — La médaille militaire a été décernée à MM. les médecins auxiliaires et sous-aides-majors dont les noms suivent :

Maechler, Verin, Adam, Berson, Bitterlin, Bourdon, Cachera, Cailleux, Celice, Cheyron, Corby, Gaboriaud, Jouisse, Lachapède, Lejard, Lumière, Massie, Ménuau, Meurdrac, Michel, Pecarrère, Rio, Singer, Thibault, Berna, Peltier, Rachou, Vidalou, Estève, Sarrouy, Lyon, Bariesty, Bastouil, Brossard d'Oimpuis, Coste, Cuvigny, Dechaume, Garnier, Haye, Leboucher, Malfre, Moret, Pouget, Queyroi, Saint-Martin, Wissocq, Carrie, Debray, Denel, Gaubert, Hure, Meydieu, Peindarie, Robert, Rouzet, Thibault (Gusman-Olivier), Vedrenne, Michel, dit de Pierredon.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Nous recevons la communication suivante :

« Paris, le 5 juillet 1921.

CESSATION DE LA CAMPAGNE CONTRE LE DÉCRET DU 9 MARS

La campagne organisée par l'Union des syndicats médicaux de France, et que le Syndicat des médecins de la Seine, a soutenue d'une manière particulièrement énergique vient d'être couronnée d'un plein succès.

Le décret du 9 mars est retiré et ne jouera ni pour le passé, ni pour le présent, ni pour l'avenir.

L'entente est, en fait, rétablie; une organisation de soins et de contrôle sera créée.

En conséquence, le Syndicat des médecins de la Seine, conformément aux directives de l'Union, suspend immédiatement la campagne, et les médecins sont invités à remplir les carnets administratifs.

Les carnets qui sont actuellement remis aux mutilés, pour l'obtention des soins médicaux, contiennent des souches composées chacune de quatre parties qui sont, de droite à gauche : l'ordonnance, le certificat, la déclaration de maladie, le talon.

1° L'ordonnance, une fois rédigée, doit être aussitôt remise au mutilé ;

2° Le certificat doit être gardé par le médecin jusqu'à l'expiration de chaque trimestre et joint alors à la note générale qui doit être envoyée par le médecin traitant dans les quinze jours qui suivent l'expiration du trimestre en triple exemplaire et en franchise à M. le Préfet de la Seine (direction des Affaires départementales), 44, quai des Orfèvres, Paris.

3° La déclaration de maladie, qui doit être remplie et envoyée par le médecin traitant, après chaque visite ou consultation, aussitôt que possible et en franchise à M. le Préfet de la Seine (direction des Affaires départementales), 44, quai des Orfèvres, Paris.

4° Le talon rempli doit rester adhérent au carnet.

Les anciens carnets à souches ne comprennent que trois fiches : l'ordonnance, le certificat de visite et le talon. Pour chacune des parties de cet ancien carnet, il sera fait comme il est indiqué ci-dessus.

N. B. — Pour l'arriéré, le règlement se fera suivant la convention établie avec M. le Préfet : 9 francs la consultation et 10 francs la visite.

Pour l'avenir : 8 francs la consultation et 10 francs la visite.

Pour le Conseil d'administration,
Le secrétaire général : F. JAYLE. »

L'ENSEIGNEMENT CHIRURGICAL PAR LE CINÉMATOGRAPHE. — On connait les beaux films dont un certain nombre de chirurgiens français, en particulier, le professeur J.-L. Faure, se servent pour l'enseignement.

La direction du *Journal* vient de présenter une sélection de films scientifiques retraçant les opérations exécutées par les chirurgiens américains.

Les vues ont été prises au moyen d'un objectif télescopique permettant de montrer les sujets sous un grossissement de 30 à 50 diamètres.

Les films ont été projetés dans l'ordre suivant :

1. Hystérectomie par la voie abdominale en cas de fibrome. Herbert W. Hewitt.

2. Examen cystoscopique de la vessie. Prostatectomie par la voie périnéale. Emploi du radium dans le traitement des lésions vésicales. Hugh W. Young.

3. Ovariotomie dans le kyste ovarien et ablation de l'appendice. Emil Ries.

4. Ablation de l'appendice dans l'appendicite chronique. Herbert W. Hewitt.

5. Opération pour la lacération complète du périnée. Edward J. Ill.

6. Cholécystectomie dans la cholécystite. Ablation de l'appendicite. Gastro-entérostomie. John F. Erdmann.

Les chirurgiens français qui assistaient à cette présentation ont particulièrement été intéressés par la prostatectomie par la voie périnéale de H. W. Young et la gastro-entérostomie de J. F. Erdmann.

V. E. M. 1921. — La liste des inscriptions pour le XVe V. E. M. est close. Il ne peut plus être reçu de demande d'inscription qu'à titre conditionnel pour le cas où surviendrait une vacance. Chaque adhérent recevra en temps utile toutes instructions complémentaires pour la concentration à Pougues-les-Eaux, le 4 septembre.

Correspondance : Dr M. Gerst, 94, boulevard Flandrin, Paris (XVIe).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE VINGT JOURS SUR LE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT PRATIQUES DE LA TUBERCULOSE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Trente-huit leçons théoriques et pratiques sur la tuberculose des ganglions, des os, des articulations, du péritoine, des poumons, du tube digestif, du système nerveux, de la peau et de l'appareil urinaire, par les prof. Auguste Broca et Louis Rénon, du 21 novembre au 11 décembre 1921, à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Necker.

Les leçons pratiques auront lieu tous les matins à 9 heures et les leçons théoriques tous les soirs de 16 heures à 18 h. 1/2.

La partie chirurgicale sera traitée par le prof. Auguste Broca et la partie médicale par le prof. Louis Rénon, avec l'aide de MM. Géraudel, Guinard, Jacquelin, Küss, Louste, Mignot, Monier-Vinard, Petit, Thibaut, Tixier et Verliac.

Le prix d'inscription pour ce cours est de 150 francs.

Un programme détaillé des sujets traités sera publié au début du mois d'octobre prochain.

RENSEIGNEMENTS

578. — **DAME AYANT L'HABITUDE DES MALADES** cherche situation à la campagne auprès d'un malade. — Ecrire aux bureaux du journal R. B.

LES
ARTHROPATHIES TABÉTIQUES AIGUES INFLAMMATOIRES

PAR
A. LEMIERRE, M. LÉON-KINDBERG
et P.-N. DESCHAMPS

Le 1er octobre 1920, nous trouvons à la visite du matin un homme de cinquante et un ans, entré la veille au soir à l'hôpital Andral avec le diagnostic de phlébite variqueuse. Nous apprenons qu'il a été agité pendant la nuit. Sa température, qui était à l'entrée de 40°, est maintenant encore à 39°5. En le découvrant, nous constatons que la jambe gauche présente un aspect phlegmoneux; elle est le siège d'une tuméfaction accentuée s'étendant depuis le cou-de-pied jusqu'au genou. La peau est d'une rougeur érysipélateuse et brûlante au toucher; les téguments se laissent facilement déprimer et l'on a une sensation d'empâtement. L'articulation du genou est le siège d'un épanchement très minime que décèle uniquement un léger choc rotulien. Les ganglions cruraux du côté gauche sont un peu plus perceptibles que ceux du côté droit, mais ne sont pas douloureux. Le pouls est à 110; la langue est saburrale; on ne constate aucun symptôme viscéral. Le malade ne se plaint pas; il paraît indifférent à ce qui l'entoure. Il est lucide néanmoins et donne avec précision tous les renseignements concernant son état.

Jusqu'au 25 septembre, il était bien portant et exerçait le métier fatigant de convoyeur. Le 25 septembre, à midi et demi, pendant qu'il était debout, il ressent soudain une douleur atroce dans le mollet gauche. Il rentre chez lui péniblement, se couche; la douleur s'atténue et disparaît au bout de quelques heures. Le lendemain, il se repose et ne souffre pas. Le surlendemain, 27 septembre, il se sent fiévreux et mal à l'aise. La douleur reparaît, moins forte d'ailleurs, et la jambe, qui jusque-là n'avait présenté rien de particulier, commence à enfler. Le 28 septembre, la douleur s'accentue et le sujet ne peut même poser le pied par terre; l'enflure de la jambe augmente, et, le malaise général se prononçant, le malade, deux jours plus tard, sur les conseils de son médecin, se fait transporter à l'hôpital.

Le diagnostic le plus probable semble être celui de lymphangite ou de phlegmon de la jambe, bien que l'absence de point de départ et d'adénites douloureuses de la racine du membre impose des réserves. Par précaution, avec l'arrière-pensée d'une phlébite possible, on évite de remuer le malade et on immobilise, dans une gouttière, le membre inférieur gauche entouré d'un pansement humide.

Les jours suivants, l'état général reste le même; la température se maintient entre 39°5 et 40 degrés. Le malade, affaissé pendant le jour, est agité et délirant pendant la nuit. La rougeur se localise à la face postérieure de la jambe; elle remonte à la face postérieure du jarret et de la cuisse jusqu'à la fesse, les téguments étant presque violacés. La face antérieure et les faces latérales de la jambe prennent un aspect luisant, blanchâtre, qui fait place, le 6 octobre, à une coloration jaune, ecchymotique, témoignant de l'existence d'une hémorragie profonde qui s'est lentement frayé un chemin vers la surface.

Le 8 octobre, survient un fait nouveau qui éclaire brusquement le diagnostic : le membre inférieur gauche apparaît très œdémateux dans toute sa longueur, la rougeur restant cantonnée en arrière. Le genou est fortement projeté en avant, et il existe, à la face antérieure de la jambe, immédiatement au-dessous de l'articulation, une profonde dépression en coup de hache. Cet aspect est dû à une luxation complète du tibia en arrière, l'extrémité inférieure du fémur, coiffée de la rotule, faisant fortement saillie en avant. L'articulation du genou est complètement disloquée; on réduit facilement la luxation et l'on perçoit le frottement, l'une contre l'autre, des deux extrémités osseuses; la luxation se reproduit dès qu'on abandonne le membre à lui-même. On imprime sans peine aux segments du membre des mouvements étendus de latéralité, et toutes ces manœuvres sont absolument indolores.

Le diagnostic d'arthropathie tabétique s'impose, corroboré par la constatation d'un signe d'Argyll-Robertson et l'absence des réflexes achilléen et rotulien au niveau du membre inférieur intact. Le liquide céphalo-rachidien est le siège d'une abondante lymphocytose.

Le même jour, le malade présente de la rétention d'urine, et l'on doit, à partir de ce moment, pratiquer quotidiennement le cathétérisme vésical.

Tel est le tableau morbide que nous avons observé chez un malade dont nous avons récemment publié l'observation détaillée à la Société médicale des hôpitaux (1). Cet ensemble symptomatique mérite d'être désigné sous le nom d'*arthropathie tabétique aiguë inflammatoire ou pseudo-phlegmoneuse*.

*
* *

Comme la plupart des arthropathies tabétiques, les arthropathies aiguës inflammatoires débutent brusquement, elles s'accompagnent d'un gonflement considérable et elles aboutissent à la dislocation articulaire. Mais elles se distinguent de la forme classique par l'existence de *douleurs particulièrement vives, par leur aspect local franchement inflammatoire et par l'existence de phénomènes fébriles concomitants.*

Cette forme clinique est apparemment assez rare; nous n'avons pu retrouver dans la littérature médicale que quelques observations reproduisant, plus ou moins exactement, les traits essentiels de celle que nous avons rapportée comme type. Les premières sont dues à Charcot (2) et à Ball (3) [1868]; en 1891, Fort (4) a consacré sa thèse inaugurale à deux cas d'arthrites tabétiques aiguës inflammatoires. D'autre part, en 1888, Kredel (5) avait signalé que les ostéo-arthropathies tabétiques peuvent débuter par de la douleur, de la rougeur de la peau. Les cas qui ont avec le nôtre les analogies les plus frappantes ont été publiés par Raymond (6) [1906], Zöppritz (7) [1908],

(1) A. LEMIERRE, M. LÉON-KINDBERG et P.-N. DESCHAMPS. Un cas d'arthropathie tabétique aiguë inflammatoire. Etude clinique et anatomo-pathologique, *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 8 juillet 1921.

(2) J.-M. CHARCOT. Sur quelques arthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau ou de la moelle épinière, *Arch. de physiol.*, 1868; t. I, p 160.

(3) B. BALL. Des arthropathies liées à l'ataxie locomotrice progressive, *Gaz. des hôpit.*, 1868, p. 506 et 522; 1869, p. 226, 234. 238, 242.

(4) Ch. FORT. Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques (trois cas d'arthrite tabétique aiguë), *Th. de Paris.* 1891-1892.

(5) KREDEL. Die Arthropathien und Spontanfracturen bei Tabes, *Volkmans Sammlung klin. Vort.*, 1888.

(6) F. RAYMOND. Les arthropathies tabétiques, *Journ. des prat.*, 1906, p. 661.

(7) ZÖPPRITZ. Ein Fall von Arthropathia tabetica pedis, *Med. Ges.*, in Kiel, 19 juin 1908; — *Münch. med. Woch.*, 1908, n° 32, p. 1718.

Brissaud, Bauer et Gy (1) [1909] et par Barré (2) dans sa thèse en 1911.

Les ostéo-arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires se sont montrées parfois chez des tabétiques avérés, comme dans les cas de Charcot, de Ball, de Fort, de Raymond, de Brissaud, Bauer et Gy.

Dans le cas de Zöppritz, chez un malade de Barré, chez notre malade, l'arthropathie a été l'accident révélateur du tabes. Notre malade avait certainement eu déjà auparavant des douleurs fulgurantes, mais peu intenses, et dont il ne s'était pas préoccupé.

Le début est brusque et marqué par des *phénomènes douloureux*. Barré (3) a montré qu'on a certainement exagéré l'indolence des arthropathies tabétiques; mais, dans la forme pseudo-phlegmoneuse, les douleurs qui accompagnent l'apparition du gonflement articulaire atteignent le plus souvent une acuité toute spéciale; en tous cas, elles ne font jamais défaut. Notre malade a eu subitement l'impression qu' « on lui enfonçait une lame de sabre dans la jambe »; un malade de Barré a comparé la sensation qu'il a soudain ressentie à celle d'une vrille qui pénétrait dans son genou et a souffert pendant la nuit suivante de « lancées terribles ». Un autre malade de Barré, sans avoir subi le moindre traumatisme, entend un bruit, sent comme un effondrement dans son genou et éprouve de si vives souffrances qu'on doit immédiatement le transporter à l'hôpital. Le malade de Brissaud, Bauer et Gy, a eu des douleurs fulgurantes intenses dans les deux membres inférieurs pendant les vingt-quatre heures qui ont précédé l'apparition de la tuméfaction inflammatoire du pied droit. Fort signale chez ses malades des douleurs très vives, exaspérées par la pression et par les mouvements. Dans les cas de Charcot, de Ball, de Raymond, de Zöppritz, les symptômes douloureux initiaux ont été moins accentués.

En général, ces douleurs ne se prolongent pas longtemps. Elles peuvent ne durer que quelques heures; elles peuvent persister quelques jours, mais moins intenses qu'au commencement. Chez notre malade, elles se sont produites en deux poussées successives séparées par un intervalle de calme d'environ quarante-huit heures.

A cette période de douleurs spontanées initiales fait suite une période d'indolence tout à fait remarquable et l'on est frappé du contraste qui existe entre l'aspect franchement inflammatoire de l'articulation ou d'un segment de membre, et de la facilité avec laquelle on peut, sans éveiller la moindre sensation pénible, palper la région tuméfiée et mobiliser la jointure. Cette indolence met sur la voie du tabes.

La *tuméfaction inflammatoire* apparaît tantôt au même instant que les douleurs, tantôt vingt-quatre ou quarante-huit heures après. C'est, le plus souvent, une infiltration énorme, comme cela est fréquent, du reste, dans toutes les formes d'arthropathies tabétiques; mais, au lieu d'être blancs et luisants, les téguments prennent une coloration qui varie du rose vif au rouge lie de vin; la température locale est si augmentée que certains malades disent percevoir, à travers leurs vêtements, la chaleur brûlante de la jointure atteinte. Bref, l'aspect est celui d'une lymphangite, d'un érysipèle, d'un phlegmon, d'une arthrite aiguë infectieuse. A la palpation, l'œdème est tantôt dur et si tendu, que la sensation de tension est perçue par le malade lui-même, tantôt mou et donnant une impression d'empâtement.

Dans les observations de Raymond et de Zöppritz on eut, d'une façon précoce, l'illusion d'une collection suppurée profonde; l'incision tomba en plein tissu œdémateux et ne donna pas de pus.

La tuméfaction inflammatoire ne siège pas toujours ou n'a pas toujours son maximum au niveau même de la jointure atteinte. Ainsi, dans notre cas, le gonflement pseudo-phlegmoneux occupait la jambe et s'arrêtait au genou, où l'on ne percevait qu'un léger choc rotulien. Dans l'observation de Zöppritz, où existaient des lésions accentuées de l'astragale, du calcanéum et du scaphoïde, avec dislocation de l'articulation tibio-tarsienne, le maximum du gonflement siégeait au tiers inférieur de la jambe et c'est là que porta l'incision; l'articulation tibio-tarsienne elle-même et le dos du pied étaient beaucoup moins œdématiés. Même, lorsque l'articulation intéressée est très volumineuse, la tuméfaction peut s'étendre très loin: chez une malade de Ball, le gonflement, avec rougeur presque bronzée de la peau, occupait non seulement la région de l'épaule malade, mais s'étendait en bas jusqu'au poignet. Au milieu de l'empâtement général, on perçoit, parfois, l'articulation tellement distendue par du liquide que la ponction peut s'imposer comme une nécessité.

Bien que l'aspect des téguments rappelle celui d'une lymphangite, on ne trouve pas de traînées lymphangitiques, et il n'existe pas à la racine du membre, d'adénopathie correspondante, ou tout au moins d'adénopathie en proportion avec les symptômes inflammatoires observés. Chez notre malade, et cela nous a d'emblée causé quelque surprise, les ganglions de l'aine gauche étaient à peine plus perceptibles que ceux de l'aine droite, et n'étaient aucunement douloureux. Fort, dans un cas d'arthropathie pseudo-phlegmoneuse, avec aspect lymphangitique de la peau, n'a perçu que deux petits ganglions sus-épitrochléens indolores. Cette constatation est d'autant plus intéressante, que, lorsqu'il s'agit d'arthropathies tabétiques fistulisées et secondairement infectées, les ganglions correspondants peuvent atteindre le volume d'un œuf de poule et sont très sensibles à la pression [Patel et Cavaillon (1), Lévy et Ludloff (2)].

Le troisième symptôme qui distingue les ostéo-arthropathies aiguës inflammatoires des arthropathies tabétiques classiques, est la *fièvre*. Celle-ci se montre en général dès le début des accidents et peut d'emblée atteindre 39° à 40°. La poussée thermique peut n'être que passagère: ainsi, dans le cas de Brissaud, Bauer et Gy, elle a cédé dès le surlendemain de son apparition. Ordinairement, la température s'abaisse au bout de six à huit jours. Dans notre cas personnel, après s'être maintenue entre 39°5 et 40° pendant six jours, elle a continué à

(1) Brissaud, Bauer et Gy. Arthropathie suppurée chez un tabétique, *Revue neurol*, 1909, t. II, p. 941.

(2) A. Barré. Les ostéoarthropathies du tabes, *Th. de Paris*, 1912, obs. XII et XIII, p. 135 et 138.

(3) Barré. Loc. cit., p. 67 et suivantes. — Voir aussi H. Zœppfel. Tabische Knochen und Gelenkerkrankungen, *Berl. klin. Woch.*, 1911, n° 45, p. 2032, et n° 46, p. 2072.

(1) Patel et Cavaillon. Arthropathie nerveuse traitée par la résection. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1903, p. 257.

(2) R. Lévy et K. Ludloff. Die neuropatischen Gelenkerkrankungen und ihre Diagnose durch das Röntgenbild, *Beitr. zur klin. chir.*, 1909, t. LXIII, p. 399.

osciller irrégulièrement entre 38° et 39°5 jusqu'à la mort du malade, survenue au bout d'un mois et demi.

Lorsqu'on passe en revue les observations qui entrent dans le cadre de cette étude, on est frappé de la gravité du pronostic que comportent les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires. Chez notre malade, l'état général est devenu rapidement inquiétant : malgré la disparition des phénomènes inflammatoires locaux, malgré la résorption de l'œdème, qui n'a laissé persister que la dislocation articulaire, l'état fébrile ne s'est pas amendé; la dépression psychique et le subdélire nocturne ont persisté, ainsi que les troubles sphinctériens ; un amaigrissement, accompagné d'atrophie musculaire, a progressé rapidement; des escarres du siège ont apparu. Lorsqu'une broncho-pneumonie est venue précipiter le dénouement, il était évident qu'en dehors de toute complication, le sujet ne tarderait pas à succomber du seul fait de la cachexie. Une malade de Ball, deux mois après le début soudain d'une arthropathie pseudo-phlegmoneuse de l'épaule, fut prise d'une diarrhée profuse et succomba dans le marasme en quinze jours. Un malade de Fort mourut au bout d'un mois et demi, après avoir présenté des arthropathies inflammatoires des genoux, des poignets et des épaules, avec fièvre persistante; l'examen bactériologique du liquide séro-purulent obtenu par ponction d'un genou, pendant la vie, montra l'absence complète de germes et écarta le diagnostic d'arthrites infectieuses, envisagé pendant un moment. Raymond, à propos de l'observation de Brissaud, Bauer et Gy, déclara avoir vu récemment un tabétique, qui, pris d'une arthropathie avec suppuration et gangrène, fut rapidement emporté.

Mentionnons aussi, deux cas d'un aspect très particulier, dus, l'un à Bourceret (1), l'autre à Chaumier (2), dans lesquels une artropathie de la hanche, après avoir débuté assez insidieusement, prit brusquement une allure grave, s'accompagna de phénomènes généraux intenses et entraîna rapidement la mort ; à l'autopsie, dans les deux cas, l'articulation de la hanche était distendue par du pus et l'étendue des délabrements osseux ne permettait pas de douter que le tabes fût bien réellement en cause. Malheureusement, dans ces deux cas, l'examen bactériologique du pus n'a pas été fait.

Dans les autres observations, l'évolution des arthropathies pseudo-phlegmoneuses n'a pas différé de celle qui est habituelle dans les arthropathies tabétiques banales. Après disparition de la poussée inflammatoire aiguë, il a persisté des déformations ostéoarticulaires graves, avec ou sans œdème chronique du membre.

Chez le malade de Brissaud, Bauer et Gy, porteur de lésions importantes des os du tarse, il se développa rapidement une tuméfaction fluctuante en avant de la malléole interne ; à deux reprises, la ponction de cette tuméfaction donna un liquide purulent, grumeleux, aseptique et ne tuberculisant pas le cobaye. Après la disparition de cette première crise aiguë, ce malade présenta, dans la suite, plusieurs poussées inflammatoires locales semblables, mais sans phénomènes généraux.

(1) BOURCERET. Arthropathie dans un cas d'ataxie locomotrice, *Progrès méd.*, 1875, n° 41, p. 573.

(2) CHAUMIER. Arthropathie suppurée chez un tabétique devenu paralytique général, *Revue neurologique*, 1910, t. II, p. 236.

*
* *

L'aspect si particulier des arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires, les réactions fébriles qui marquent leur apparition orientent d'abord tout naturellement le diagnostic du côté d'une arthrite infectieuse aiguë ou d'un phlegmon des membres; peut-être même leur véritable nature reste-t-elle ignorée plus souvent qu'on ne le pense. Dans notre cas personnel, il existait une leucocytose à 25.000 éléments blancs par millimètre cube, avec polynucléose neutrophile, qui venait renforcer le diagnostic de lymphangite aiguë, considéré tout d'abord comme le plus probable.

Lorsque, enfin, le diagnostic d'arthropathie tabétique s'impose, on ne peut se défendre de l'impression qu'une infection aiguë septique, surajoutée au tabes, s'est localisée secondairement à une articulation déjà compromise du fait de l'affection médullaire et a donné un coup de fouet aux lésions antérieurement existantes. N'est-il pas classique, en effet, que les arthropathies tabétiques peuvent s'infecter secondairement, réalisant ce que Chipault (1) a désigné sous le nom d'*arthrites tropho-suppurées*.

Pourtant, cette interprétation ne résiste pas à l'analyse des faits. La description des arthrites tropho-suppurées concerne presque exclusivement des arthropathies tabétiques banales, déjà existantes, qui s'infectent après s'être fistulisées ou après une ponction insuffisamment aseptique. Elles n'ont donc rien de commun avec celles que nous décrivons dans ce travail. P. Marie (2) et Chipault disent bien qu'une infection générale peut, chez les tabétiques, se localiser secondairement sur une articulation déjà atteinte. Chipault cite même un cas de Mossé dans lequel une arthropathie tabétique aurait suppuré consécutivement à une pneumonie. Il s'agit évidemment là de faits d'une excessive rareté, car nous avons vainement cherché des observations, corroborées par des examens bactériologiques, où un semblable apport microbien par voie sanguine ait été mis en lumière. Pouget (3), dans sa thèse consacrée aux rapports des maladies infectieuses avec le tabes, ne fait même pas allusion à cette éventualité.

Si nous passons au contraire en revue les observations d'arthropathies aiguës inflammatoires tabétiques, nous voyons que l'apparition d'aucune d'entre elles n'a été précédée d'une maladie infectieuse justiciable d'une désignation précise. Fait plus impressionnant encore, dans tous les cas où des examens bactériologiques ont été pratiqués, ces examens sont restés négatifs. Dans les cas de Fort, dans celui de Brissaud, Bauer et Gy, le liquide purulent obtenu par ponction des articulations atteintes s'est montré stérile et ne tuberculisait pas le cobaye; même résultat pour les liquides articulaires louches recueillis par Barré chez quatre sujets atteints d'arthropathies tabétiques. Dans notre observation personnelle, trois hémocultures sont restées stériles. Le séro-diagnostic avec les bacilles typhique et paratyphiques a été négatif quatre et sept semaines après le début des accidents. Nous avons vainement guetté l'apparition d'un point fluctuant ou d'un épanchement articulaire dont la ponc-

(1) A. CHIPAULT. Les arthropathies trophiques au point de vue chirurgical, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, p. 299.

(2) P. MARIE. *Leçons sur les maladies de la moelle*, Paris 1892, p. 238.

(3) P. POUGET. A propos d'un cas de fièvre typhoïde chez une tabétique. Maladies infectieuses et tabes, *Th. de Paris*, 1912.

tion aurait pu nous renseigner. A l'autopsie, l'articulation atteinte ne présentait pas trace de suppuration; les seules lésions septiques, des foyers de broncho-pneumonie et des infarctus du rein, étaient de formation toute récente.

L'impression qui se dégage de l'ensemble des faits publiés est que les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires ne sont pas la conséquence d'une infection générale aiguë préexistante. Il semble, au contraire, que ce soient les phénomènes articulaires qui débutent et qui, secondairement, retentissent sur l'état général; mais quelle est la nature de ces lésions articulaires?

***

Brissaud, Bauer et Gy, à propos de leur observation d'arthrite suppurée, concluaient que, malgré la stérilité du pus, il était difficile de croire qu'il ne s'agit pas là d'une arthrite infectieuse et que l'infection en cause était certainement *la syphilis*. Peut-être certaines arthropathies tabétiques suppurées ne sont-elles, en effet, autre chose que des ostéo-arthrites gommeuses à évolution aiguë. Barré, examinant des pièces d'arthropathies tabétiques, a découvert deux fois, dans les extrémités osseuses, des nodules qu'il a considérés comme des gommes syphilitiques. Le pus mal lié, grumeleux, riche en polynucléaires avariés, dépourvu de microbes, obtenu, par Brissaud, Bauer et Gy, en ponctionnant leur arthropathie suppurée, et par Barré en ponctionnant certaines arthropathies tabétiques plus banales, ressemble bien à celui que fournissent les gommes ramollies. On sait que parfois les gommes syphilitiques évoluent d'une façon aiguë et vraiment phlegmasique. L'un de nous en a observé avec Fège, dans le service du prof. Widal, un exemple remarquable chez une femme qui, six mois après s'être fracturé l'extrémité inférieure du péroné, présenta, consécutivement à une grippe, une tuméfaction rouge, chaude, très douloureuse, siégeant au niveau de la malléole précédemment traumatisée. Cette ostéo-périostite considérée tout d'abord comme d'origine grippale aboutit, en quelques jours, à la formation d'une collection suppurée dont la ponction donna un pus grumeleux, mal lié et totalement dépourvu de germes microbiens. L'apparition d'une ulcération linguale suspecte fit penser à la syphilis; la réaction de Wassermann se montra positive. Le traitement spécifique amena très rapidement la guérison de l'ulcération linguale et de l'ostéo-périostite malléolaire qui s'était fistulisée et ne montrait aucune tendance à la régression.

La suppuration dans les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires semble être un fait très exceptionnel. Seule l'observation de Brissaud, Bauer et Gy mérite d'être retenue ; celles de Bourceret et de Chaumier, où manque l'examen bactériologique du pus, ne peuvent entrer en ligne de compte. Au point de vue clinique, les arthropathies aiguës inflammatoires restent pseudo-phlegmoneuses; au point de vue anatomo-pathologique, elles se caractérisent, en général, par des délabrements ostéo-articulaires énormes et extrêmement rapides dans leur évolution, sans suppuration, et ne rappelant en rien les arthrites infectieuses aiguës.

Chez une malade de Ball, on ne retrouvait, deux mois et demi après le début d'une arthropathie scapulaire, le moindre vestige de la tête humérale. Chez un malade de Fort, les os du carpe et les ligaments de l'articulation du poignet étaient remplacés, à l'autopsie, par un liquide rougeâtre; les premiers symptômes s'étaient montrés, au niveau de cette articulation, quinze jours seulement auparavant.

Dans l'observation de Zöppritz, la radiographie montrait, quelques jours après le début des symptômes, la disparition presque totale de l'astragale et de profondes altérations des autres os du tarse. Chez notre malade, la dislocation articulaire a été complète en douze jours, impliquant la destruction totale de l'appareil ligamentaire du genou. A l'autopsie, il n'existait pour ainsi dire plus aucune trace des ligaments croisés et du tendon rotulien; le plateau tibial et les condyles fémoraux étaient érodés sur le pourtour du cartilage. Ajoutons que, dans notre cas, il s'est produit certainement, au début, une abondante hémorragie intra ou péri-articulaire qui, après avoir fusé dans les plans profonds de la jambe, s'est révélée quelques jours plus tard, sous l'aspect d'une coloration jaunâtre, ecchymotique des téguments.

Seul, un processus de nécrose aiguë atteignant à des degrés divers, suivant les cas, la capsule articulaire et les extrémités osseuses est capable de produire en aussi peu de temps des lésions semblables à celles que nous venons de décrire. A vrai dire, ces lésions sont celles des arthropathies tabétiques banales où l'on note les mêmes dislocations de la jointure, les mêmes effondrements osseux, les mêmes hémorragies.

On considère, depuis Charcot, les arthropathies tabétiques comme l'expression d'un trouble trophique. Mais on sait que cette conception pathogénique n'est pas acceptée par tous. Barré (1), notamment, a soutenu que le processus initial de toute ostéoarthropathie tabétique est une artérite syphilitique des artères nourricières des os. Les arthropathies aiguës inflammatoires n'apportent-elles pas de renseignements nouveaux sur cette question controversée en fournissant l'occasion d'étudier les lésions articulaires presque à leur début? Notre observation personnelle est la seule dans laquelle l'étude anatomo-pathologique macroscopique ait été complétée par une étude histologique. Voyons si nous pouvons en tirer quelques déductions.

Les coupes intéressant la capsule articulaire et les extrémités osseuses ont montré, tout d'abord, que les lésions avaient procédé de la cavité articulaire vers le squelette; il s'agissait bien d'une arthrite, les altérations osseuses n'étant que secondaires.

Cette arthrite ne ressemblait en rien, d'ailleurs, à une arthrite infectieuse aiguë et rien n'y venait rappeler l'action des agents septiques ordinaires : gonocoque, streptocoque, staphylocoque ou pneumocoque. Les lésions qui caractérisaient cette arthropathie étaient de deux sortes : des lésions de nécrose fibrinoïde aiguë visibles sur la synoviale, les ligaments, le squelette lui-même. Elles expliquent aisément la dislocation rapide de la jointure. En certains points de la synoviale, les zones de nécrose fibrinoïde s'accompagnaient d'hémorragies et, dans tout le tissu malade, se voyaient des macrophages chargés de pigment hématique. A côté des zones de nécrose existaient des lésions d'inflammation subaiguë caractérisées par la présence, au milieu d'un tissu conjonctif jeune, de très nombreux éléments mononucléaires groupés en certains points en amas très serrés et très étendus, allongés ou irrégulière-

(1) Barré. Loc. cit., p. 184.

ment arrondis ; par endroits, ces amas cellulaires étaient, en grande partie, constitués par des plasmazellen. Sur certaines coupes de la synoviale, enfin, on notait des altérations vasculaires assez remarquables. Certaines artérioles se montraient atteintes d'endartérite, allant, par endroits, jusqu'à la formation de thromboses. Mais, surtout, on voyait une infiltration périvasculaire intense, constituée en majeure partie par des plasmazellen, à un moindre degré par des lymphocytes.

En face de ces lésions inflammatoires subaiguës avec nécroses étendues, il est impossible de ne point songer, chez notre malade, syphilitique avéré, à l'intervention de la syphilis, d'autant plus que cette maladie est capable de réaliser occasionnellement, dans certains organes, des nécroses fibrinoïdes aiguës. L'existence de quelques altérations artérielles et surtout, l'infiltration périvasculaire à plasmazellen rappellent singulièrement ce que l'on voit dans la syphilis ; mais, d'autre part, l'absence de gommes microscopiques nettement constituées et le défaut de constatation du tréponème au sein des tissus malades ne permettent pas d'être affirmatif. Si la syphilis est en cause, il ne s'agit pas ici d'un processus chronique, mais d'une sorte de syphilome aigu articulaire.

En tous cas, ces constatations histologiques ne nous paraissent pas en faveur d'un simple trouble trophique. Nous sommes plus disposés à admettre l'intervention directe de la syphilis dans la production des arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires. Nous sommes même disposés à admettre avec Barré, que la syphilis agit directement dans la production de toutes les arthropathies tabétiques, puisque les lésions des arthropathies banales sont, en définitive, très analogues à celles des arthropathies aiguës inflammatoires.

Il doit être entendu du reste que nous ne considérons pas la question comme entièrement résolue, et qu'il demeure encore, dans la pathogénie de ces accidents, bien des points obscurs. Il faut notamment se demander pourquoi ce type d'arthropathies, s'il est dû à l'intervention directe de la syphilis, ne se rencontre qu'au cours du tabes, les arthropathies à type tabétique survenant chez les individus indemnes de tabes, sur lesquelles insiste Barré, ne constituant, somme toute, que des faits exceptionnels. Il est vraisemblable aussi, comme le fait remarquer Barré, que sinon dans la genèse, mais tout au moins dans l'aspect clinique de ces arthropathies, interviennent l'hypotonicité musculaire, les troubles de la sensibilité profonde et les désordres de l'innervation sympathique en relation directe avec le tabes.

L'inefficacité du traitement spécifique vis-à-vis des arthropathies tabétiques ne nous paraît pas un argument contre leur nature syphilitique : quand ce traitement intervient, et c'est ce qui s'est passé dans notre cas, il existe déjà des délabrements que rien ne peut réparer, et qui doivent, dans les formes ordinaires, peser sur l'évolution ultérieure de l'arthropathie. Le traitement spécifique ne peut pas plus remplacer la capsule articulaire détruite qu'il n'est capable de régénérer certains foyers de ramollissement cérébral conditionnés par l'artérite syphilitique (1).

*
* *

Il nous reste à rechercher la raison des réactions inflammatoires locales et des phénomènes généraux qui caractérisent la forme aiguë d'arthropathie tabétique que nous étudions aujourd'hui, et qui se sont montrés tellement intenses dans notre observation personnelle. Nous croyons pouvoir en trouver l'origine dans les foyers étendus de nécrose hémorragique dont la constitution massive peut seule expliquer la dislocation rapide de la jointure. On sait que les épanchements hémorragiques profonds suffisent à provoquer des mouvements fébriles, et chez notre malade, il y a eu certainement des hémorragies importantes, dont témoignent l'ecchymose tardive et la présence de très nombreux macrophages, chargés de pigment hématique, au milieu des tissus articulaires altérés. Mais ce sont les foyers de nécrose que nous rendons surtout responsables de la persistance de la fièvre, de l'atteinte profonde de l'état général et de la cachexie rapide qu'on note parfois dans les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires, symptômes qui ont imprimé un cachet si spécial à l'observation de notre malade.

Des expériences de Lhermitte et Schæffer (1) ont montré que la production d'un foyer de ramollissement cérébral aseptique entraîne, à bref délai, une réaction inflammatoire locale se traduisant par un afflux de leucocytes; il existe, de plus, une hyperleucocytose sanguine, qui se chiffre par 15 à 20.000 éléments blancs par millimètre cube, avec polynucléose neutrophile. Nous avons, dans notre cas, à l'examen histologique des lésions, constaté l'afflux lococytique local autour des foyers nécrotiques, et nous rappelons que l'hyperleucocytose sanguine, avec polynucléose neutrophile, s'est élevée au début à 25.000 éléments blancs par millimètre cube. Si un foyer de ramollissement cérébral aseptique, forcément très limité, est susceptible de provoquer une réaction générale, dont l'hyperleucocytose est le témoin, quelle ne doit pas être l'action des substances résultant de la fonte massive des tissus articulaires, ligaments, synoviale, cartilage, extrémités osseuses, qui, une fois frappés de mort, subissent l'attaque des ferments organiques? De la transformation de ces tissus, peut-être déjà altérés par le virus syphilitique, naissent des albumines hétérogènes plus ou moins nocives qui sont reprises et entraînées par la circulation.

Récemment, Quénu (2), Pierre Delbet (3), Pierre Duval et Grigaut (4) ont invoqué, pour expliquer certains chocs graves, survenant chez les blessés de guerre, la résorption de toxalbumines nées des tissus contus et nécrosés. De même, les œdèmes inflammatoires qui marquent l'apparition des arthro-

(1) Il n'est pas absolument certain, du reste, que le traitement spécifique soit toujours sans action vis-à-vis des arthropathies tabétiques. Barré a soutenu qu'il peut être efficace. A l'occasion de notre communication à la Société médicale des hôpitaux, M. Ménétrier a déclaré avoir vu une arthropathie tabétique guérir sous l'influence d'un traitement par l'arsenobenzol. Chez notre malade qui avait reçu plusieurs injections d'arsenobenzol, l'examen histologique de l'articulation montrait en certains points des signes évidents de réparation.

(1) J. Lhermitte et H. Schæffer. Les phénomènes réactionnels du ramollissement cérébral aseptique ; leurs caractères différentiels d'avec l'encéphalite compliquée de ramollissement, *Semaine méd.*, 1910, n° 3, p. 25.

(2) Quénu. *La toxémie traumatique à syndrome dépressif (shock traumatique) dans les blessures de guerre*, Paris, 1919, F. Alcan.

(3) Pierre Delbet. Remarques à propos du rapport de W. B. Cannon, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1918, p. 858.

(4) Pierre Duval et A. Grigaut. L'intoxication par les plaies de guerre. La rétention azotée des blessés, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1918, p. 873.

pathies tabétiques aiguës pseudo-phlegmoneuses traduisent, pensons-nous, la réaction locale aux toxalbumines engendrées dans le foyer nécrotique articulaire, et les phénomènes généraux résultent de la résorption de ces toxalbumines.

Ajoutons que, dans notre observation, l'examen histologique des centres nerveux a montré des lésions dégénératives très accentuées des cellules des cornes antérieures, sur toute la hauteur de la moelle. Il vient, tout naturellement, à l'esprit de les mettre sur le compte de l'infection terminale. Mais notre malade avait présenté, d'une façon assez précoce, une atrophie musculaire diffuse et rapidement progressive, ainsi que de la rétention d'urine, si bien que nous nous demandons si les cellules des cornes antérieures n'ont pas, elles aussi, subi l'atteinte des toxalbumines parties de l'articulation.

*
* *

Au point de vue pratique, ce que nous avons dit de l'origine syphilitique probable des arthropathies tabétiques est un encouragement à mettre en œuvre le traitement spécifique intensif, dès qu'on se trouve en face d'une de ces arthropathies, et notamment de la forme aiguë inflammatoire. Sans doute, on ne peut espérer remplacer ce qui a été détruit, mais on peut peut-être empêcher la production de délabrements nouveaux. A plus forte raison, chez les tabétiques avérés, l'apparition du moindre symptôme ostéoarticulaire est une indication formelle de traitement mercuriel, ioduré, ou mieux encore, arsenical.

Peut-être aussi, certaines arthropathies aiguës inflammatoires sont-elles justiciables d'une thérapeutique spéciale. En face de la persistance de la fièvre et de l'aggravation de l'état général, il serait logique d'ouvrir largement la jointure, de curetter la cavité articulaire, d'abraser, en un mot, les tissus nécrosés dont la résorption constitue un danger. Jusqu'à présent, la chirurgie des arthropathies tabétiques n'a eu pour but que des restaurations fonctionnelles ou le traitement de l'articulation secondairement infectée. Avec les arthropathies aiguës inflammatoires se présente une nouvelle indication opératoire que l'on n'aura sans doute à discuter que d'une façon très exceptionnelle, mais dont il est bon d'être averti.

*
* *

Nous nous sommes efforcés de décrire, dans ce travail, une forme clinique particulière des arthropathies tabétiques, distincte de la forme ordinaire par son début en général très douloureux, par l'existence de phénomènes inflammatoires pseudo-phlegmoneux au siège même ou au voisinage de la jointure atteinte, par l'apparition d'une réaction fébrile et par une atteinte souvent marquée de l'état général. Elle se caractérise également par la gravité du pronostic qu'elle comporte, puisque la mort, dans un délai de quelques semaines, en est parfois la conséquence. Nous avons tenté, en nous appuyant sur les constatations bactériologiques et anatomopathologiques faites par d'autres et par nous-mêmes, de comprendre sa pathogénie et nous sommes arrivés à admettre comme probable le rôle direct de la syphilis dans la genèse des lésions articulaires.

Maintenant que l'attention des médecins est attirée sur les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires, qui, en raison de leur évolution spéciale peuvent prêter à des examens histologiques précoces, nous espérons que de nouveaux documents viendront bientôt jeter quelque lumière sur ce point intéressant de la pathologie.

DE L'AMYGDALITE CRYPTIQUE
MALADIE GÉNÉRALE

Par le Dr Jean GUISEZ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il y a une douzaine d'années, frappé de l'amélioration importante et immédiate obtenue par le traitement local des amygdales cryptiques, dans un état général défectueux chez de jeunes sujets et, en particulier, chez de jeunes filles et de jeunes femmes, nous avons porté notre attention vers la recherche de troubles souvent graves, dus à cette affection purement locale. Nous devons dire que ces constatations ont été on ne peut plus fréquentes et nous ont amené à des conclusions que nous désirons exposer dans ce travail.

Bien que l'amygdalite cryptique purulente soit décrite comme lésion fréquente dans la pathologie pharyngée, on ne trouve mentionnée nulle part, dans les traités classiques, la véritable part qu'elle devrait tenir dans la pathogénie d'affections d'ordre général. Tout dernièrement, cependant, ont paru à l'étranger, en Angleterre et en Amérique, quelques travaux sur ce sujet, et en particulier un de Salzmann dans le *Medical record*, nº 3, 1920.

Elle est, comme on sait, constituée par l'inflammation catarrhale chronique de cryptes amygdaliennes. Tandis que les cryptes se remplissent du produit de sécrétion des glandes mucipares enflammées, leurs orifices s'oblitèrent plus ou moins sous l'influence de cette même inflammation chronique. Quand l'occlusion de ces cryptes n'est que partielle, le magma purulent vient faire issue par son orifice, amenant ainsi, à la surface de l'amygdale, une série de points caséeux jaunâtres, mais la rétention est complète quand la crypte est profonde et que son orifice s'est oblitéré. Lorsque les microorganismes qu'elle contient sont peu virulents, la sécrétion cryptique peut rester *enkystée* sans donner lieu à aucun trouble, mais, dans le cas contraire, il peut en résulter, soit des accidents locaux (phlegmon d'amygdale), soit en déversant dans la circulation générale des produits septiques, des phénomènes d'intoxication générale, de pyohémie plus ou moins marquée.

Si on n'a point donné, à cette affection, la place qu'elle mérite, cela tient souvent *au peu de signes locaux fonctionnels et physiques* auxquels elle donne lieu. Elle ne s'accompagne que rarement de sensations locales bien nettes, à peine y a-t-il un peu de douleur vague à la déglutition, un peu de toux, l'organe lui-même n'est souvent pas hypertrophié de façon apparente, c'est souvent par hasard, à l'occasion de l'examen avec un abaisse-langue par des efforts du malade dans les mouvements de nausée que l'on voit sortir de la surface de l'amygdale cryptique des granulations blanches jaunâtres, purulentes. Il est, la plupart du temps, nécessaire de soulever le pilier antérieur avec un crochet pour les apercevoir, il s'agit d'amygdales hypertrophiées profondément, dites encapuchonnées; on s'explique

qu'elles échappent souvent au médecin qui fait un examen superficiel avec l'abaisse-langue et qu'elles aient été si souvent et si longtemps méconnues. Sans doute, il peut survenir de temps à autre des poussées aiguës, à la suite d'un coup de froid ou, chez la femme au moment des périodes menstruelles, mais elles sont rares, et une fois passées tout semble rentrer dans l'ordre. Cependant, de pareils malades se plaignent parfois dans l'intervalle de ces poussées de douleurs vagues, mal localisées, de la région sous-angulo-maxillaire qui se propagent dans la région auriculaire, bien que l'on est parfois consulté par eux pour des douleurs d'oreille. Il y a souvent de la sensibilité à la pression externe dans la région qui correspond aux amygdales.

Il est, cependant, un signe clinique que nous n'avons trouvé mentionné nulle part, et qui, cependant, a la plus grande valeur : c'est la *rougeur du bord libre du pilier antérieur* qui tranche nettement de la coloration rosée de la muqueuse voisine. Ce signe est caractéristique, ne fait jamais défaut, et indique un état inflammatoire de l'amygdale sous-jacente.

De plus, on n'a pu enregistrer de résultats réellements positifs et nets au point de vue de l'amélioration de l'état général de ces malades, que depuis que l'on pratique l'énucléation complète des amygdales malades, c'est-à-dire, puisqu'on les opère par morcellement à la pince emporte-pièce ou mieux que l'on s'adresse au procédé de l'anse froide ou galvanique, méthode radicale puisqu'elle permet d'enlever tous les tissus malades, et non dangereuse car avec l'anse on ne sectionne les parties hypertrophiées qu'une fois qu'elles sont énucléées de la loge amygdalienne.

Ainsi donc, une notion demeure très nette, d'après la structure anatomique des amygdales, qu'elles ne peuvent se débarrasser spontanément de leurs produits purulents lorsqu'elles sont infectées profondément. Le contenu des cryptes, les grains jaunâtres sont composés d'un magma de pus caséeux à flore bactériologique variée, mais toujours *extrêmement septique*. On conçoit que s'ils ne sont pas évacués, ces amas purulents déverseront dans la circulation des produits infectieux et amèneront des troubles graves et persistants.

Il est normal que les amygdales s'atrophient d'elles-mêmes, vers la puberté ; si elles persistent chez l'adulte, c'est toujours sous forme d'un tissu pathologique à cause de l'infection résiduelle qui reste à leur intérieur. De fait, les troubles dus à l'amygdalite cryptique s'observent chez les jeunes sujets, mais surtout de quinze à trente ans, et c'est surtout chez les jeunes filles et jeunes femmes que l'on observe les troubles généraux dont nous allons parler.

Il est une forme d'*infection légère* que nous avons constatée chez elles, on ne peut plus fréquemment. La santé n'est pas parfaite. Il y a des périodes d'inappétence complète, de la lassitude vers le soir sans aucune raison apparente, la figure est souvent tirée, les yeux cernés. Elles se plaignent de douleurs dans les jambes, dans la région lombaire qui s'exagèrent dans la situation debout. La malade se lève fatiguée, mange à peine vers midi, et, de nouveau, se sent lasse vers quatre ou cinq heures, en même temps que survient un accès de fièvre, 38 degrés ou 38°5. On les a soignées pour de l'anémie, de l'asthénie, elles ont suivi des traitements reconstituants, on les a envoyées dans des stations d'altitude, elles sont classées comme neurasthéniques, alors qu'il s'agit, en réalité, chez elles, de phénomènes infectieux d'origine amygdalienne. L'amélioration, on peut dire immédiate, survenant après le morcellement d'amygdales cryptiques, nous a montré que cette pathogénie est tout à fait la vraie.

On connaît les troubles par infection descendante chez les amygdaliens, qui partie de l'amygdale gagne le larynx et la trachée amenant de la toux et de la laryngo-bronchite tout à fait tenace.

Tous les laryngologistes ont été frappés du changement remarquable qui s'observe dans la santé générale des enfants après le morcellement des amygdales. Le signe le plus courant qui indique l'intoxication générale, c'est la *perte d'appétit*. Si on examine la langue, on constate qu'elle est chargée. Ils ont mauvaise haleine et mangent de façon capricieuse. Il y a fréquemment des troubles d'entérite, d'entérocolite, de crises d'appendicite, cette relation est bien admise aujourd'hui. L'ablation des amygdales amène un changement remarquable de l'état général et la mère, à sa première visite, une semaine à peine après l'ablation des amygdales, nous dit que son enfant est inrassasiable, tant son appétit est vif. Mais comme souvent, l'hypertrophie des amygdales coïncide avec celle des végétations, que l'opération vise à la fois les deux ordres de lésions, il est assez difficile de dire quelle était la part de l'une ou l'autre dans ce mauvais état général.

Les vomissements bilieux coïncidant avec de l'inappétence disparaissent radicalement avec un morcellement des amygdales. Nous avons revu tout récemment un petit garçon opéré il y a deux ans, et chez qui ces vomissements avec état nauséeux survenant par véritables crises duraient depuis plusieurs années. Il est maintenant tout à fait normal et les troubles digestifs ont complètement disparu.

Chez l'adulte, ces troubles digestifs, pour être moins apparents n'en existent pas moins (Loever (J. B.), *Méd. clin. of. M. A.*, III, 5, p. 1107) a établi que de nombreux cas d'infection de la vésicule biliaire, ont leur origine dans des amygdales infectées. Cette infection et même l'ulcère du duodénum et de l'estomac, serait d'origine hématogène et aurait sa source dans des amygdales cryptiques. Ceci semble avoir bien été démontré par Rosenow, mais toutefois il est toujours assez difficile de suivre la filiation des phénomènes.

L'albuminurie des adolescents et en particulier l'*albuminurie orthostatique* a souvent une pareille origine. Nous en avons la preuve évidente chez plusieurs jeunes sujets opérés d'amygdales et en particulier, il y a six mois, chez le fils d'un confrère argentin, qui nous fut adressé par notre collègue le Dr Tixier. Cet enfant, âgé de douze ans, présentait de l'albuminurie orthostatique avec 48 centigrammes par jour depuis deux ans, que rien n'avait pu faire disparaître, ni le régime végétarien, ni l'alimentation exclusivement lactée, continuée pendant plusieurs semaines. Huit jours après le morcellement des amygdales, toute trace d'albumine avait disparu et n'a pas réapparu depuis. Nous avons également observé chez une femme âgée de trente-six ans, opérée il y a deux ans, la disparition de façon définitive d'une albuminurie intermittente après la simple discision d'amygdales cryptiques avec morcellement partiel.

Certains *troubles cardiaques* tels que la faiblesse du myocarde et des crises d'angine de poitrine sans lésions du cœur sont fréquentes chez des gens por-

teurs de lésions amygdaliennes. C'est ainsi que J. Mackenzie, sous le titre « d'angines toxiques », dit « plus je vois de ces sujets atteints d'angines de poitrine, moins je songe à attribuer les attaques dont ils souffrent à une lésion cardiaque, et je suis de plus en plus convaincu que chez les femmes au-dessous de cinquante ans, qui souffrent d'attaques d'angine sans grandes lésions cardiaques, la douleur cardiaque est un signe simplement de fatigue cardiaque, et doit nous faire chercher ailleurs la cause des troubles constatés ».

On admet aujourd'hui que certaines AFFECTIONS DE LA PEAU semblent dues à des foyers divers d'infection dans différentes parties du corps. Nous avons observé un cas de psoriasis, plusieurs cas d'*eczéma*, de *dermatite infectieuse* qui ont disparu complètement après l'ablation de volumineuses amygdales cryptiques. Du reste, nous avons fait la même constatation il y a cinq mois chez un jeune confrère qui présentait une sorte d'eczéma du cuir chevelu, et dont la cause résidait dans la résorption putride d'une sinusite frontale opérée incomplètement. Il a suffi d'une opération radicale sur le sinus et l'ethmoïde pour que disparaissent ces troubles qui duraient depuis plus de dix mois. Il n'est pas étonnant qu'il en soit de même des foyers amygdaliens.

En somme, l'infection amygdalienne peut donner lieu chez l'adulte à des manifestations et des localisations diverses depuis la simple infection légère que nous avons décrite plus haut, si commune chez les jeunes femmes et les adolescents, jusqu'à celle qui peut amener dans l'organisme soit du côté des organes digestifs, des reins, du cœur et de la peau, des troubles tenaces et rebelles à tous les traitements ordinaires. Et ce qui prouve bien que telle était la cause de ces troubles, c'est que la suppression radicale des foyers purulents amygdaliens a amené une guérison rapide. La chose paraît banale et tout à fait logique, et il est curieux qu'elle ait passé si longtemps inaperçue, une des principales raisons semblerait résider dans ce fait que ces amygdales cryptiques échappent à un examen superficiel, à ce que leurs lésions sont considérées par elles-mêmes comme banales et insignifiantes et aussi au peu de troubles fonctionnels locaux auxquelles elles donnent lieu en dehors des poussées aiguës, angineuses ou phlegmoneuses après lesquelles tout semble rentrer dans la normale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1921)

Le sucre protéidique chez les cancéreux. — MM. H. BIERRY, F. RATHERY et Mlle LEVINA. Le taux du sucre protéidique dans le sang varie avec les diverses espèces d'animaux. MM. Bierry, Rathery et Mlle Levina ont cherché ce que devient la glycémie protéidique chez l'animal ou chez l'homme à l'état pathologique. Ils nous donnent aujourd'hui les résultats de leurs recherches relatives aux cancéreux.

Il en résulte que, chez les cancéreux, la teneur du plasma protéidique est extrêmement élevée, près de quatre fois la teneur qu'on peut observer chez l'individu normal. Les chiffres les plus élevés ont été trouvés chez les cancéreux présentant des métastases multiples avec cachexie marquée.

Les troubles profonds dans le fonctionnement de l'organisme ont donc une répercussion marquée sur le « milieu intérieur », et l'étude de la glycémie protéidique complétée par l'étude de l'azote des divers protéidiques constitue un moyen d'investigation nouveau qui permet de suivre chez le même individu les variations en qualité et en quantité de divers constituants du plasma sanguin. Il y a là un élément important de pronostic.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1921)

Eaux minérales et stations climatiques. — M. POUCHET fait une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

L'encéphalite épidémique et la grossesse. — Sur ce sujet, M. MARINESCO fait une communication que nous regrettons vivement de n'avoir pas entendue. Des quelques mots que nous avons pu saisir, il semble résulter que M. Marinesco s'est surtout attaché à montrer les dangers de l'accouchement, prématuré ou non, en pleine crise d'infection, et à poser les indications d'une intervention.

M. BAR prend la parole et insiste, à son tour, sur ce fait que, quelle que soit la maladie infectieuse dont est atteinte une femme enceinte, il faut s'appliquer, autant que possible, à ce que l'accouchement ni aucune intervention n'aient lieu pendant la phase aiguë de la maladie.

Le vinaigre des quatre voleurs. — M. BOINET fait une communication d'où ressort ce fait intéressant que si l'on frotte avec ce vinaigre la peau des malades porteurs de poux ou de puces, on les en débarrasse et on les met ainsi à l'abri des affections qui peuvent être transmises par ces parasites.

Traitement des vomissements névro-toxiques graves et particulièrement des vomissements dits incoercibles de la grossesse par la ventilation pulmonaire intensifiée. — M. J. PESCHER montre que les malades atteints de certaines affections courantes des voies digestives (dilatation de l'estomac, aérophagie, gastro-entérites chroniques, entérocolite muco-membraneuse) ne sont pas seulement des défaillants de l'estomac et de l'intestin, mais aussi, le plus souvent sans qu'ils s'en doutent, des défaillants de la respiration.

La diminution de leur capacité respiratoire, constamment observée, est aussi facile à constater sur le flacon du spiroscope que l'élévation de la température sur un thermomètre dans les maladies fébriles.

Ces malades, qui ont tout ce qu'il faut pour bien respirer et qui cependant respirent insuffisamment par suite d'une inhibition respiratoire bulbaire permanente, d'origine émotive, deviennent peu à peu des anhématosiques plus ou moins gravement touchés, l'anhématosie, syndrome morbide, étant à la fonction respiratoire ce que l'asystolie est au cœur.

L'anhématosie joue un rôle considérable en pathologie humaine, rôle d'autant plus redoutable qu'il est moins connu, les malades n'attirant jamais de ce côté, spontanément, l'attention du médecin.

La seule conduite rationnelle, au point de vue du traitement, en présence des cas énumérés ci-dessus, consiste à s'occuper autant de l'entraînement respiratoire que du régime et du traitement.

Le médecin montre au malade son insuffisance en la lui faisant constater d'une manière directe.

Cela l'intéresse immédiatement et le dispose à suivre avec docilité toutes les prescriptions formulées. Le malade est, d'autre part, puissamment encouragé en voyant d'un jour à l'autre ses progrès s'inscrire à mesure sur le flacon gradué.

M. J. Pescher cite de nombreuses observations de malades montrant que la ventilation pulmonaire, ainsi objectivée et intensifiée, a une action constamment heureuse, sinon décisive, dans les cas graves, quand le patient est mis en danger par des vomisssements névro-toxiques incessants que rien ne parvient à faire céder, et, particulièrement, dans les vomissements dits incoercibles de la grossesse.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de trois membres correspondants nationaux. Sont élus : MM. Bousquet (de Clermont-Ferrand), Estor (de Montpellier) et Le Fort (de Lille).

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de coprologie clinique (1),
par R. GOIFFON, préface du Dr J.-Ch. ROUX.

M. Goiffon a, depuis 1910, été spécialement chargé des examens coprologiques dans le service d'Albert Mathieu; il s'est donc trouvé dans des conditions parfaites pour suivre les progrès réalisés dans l'étude méthodique des fèces et a pu contribuer à en fixer les règles. Aussi trouvera-t-on dans son Manuel une description très précise des techniques à la fois les plus simples et les plus sûres pour l'examen chimique, bactériologique et parasitologique des fèces.

M. Goiffon a consacré d'excellentes pages à l'interprétation parfois si difficile des différents syndromes coprologiques, et, dans un dernier chapitre, montré comment l'analyse coprologique pouvait utilement orienter la thérapeutique et la diététique. L. G.

Contribution à la pratique de la chirurgie osseuse (2) [travail du service de M. le prof. CUNÉO], par le Dr Pierre ROLLAND, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

C'est un véritable traité de chirurgie osseuse que vient d'écrire le Dr Pierre Rolland, et un excellent traité clair, complet, illustré de nombreuses figures remarquablement dessinées et de très belles radiographies.

L'auteur décrit dans ce travail un certain nombre d'instruments mis au point sous la direction de M. Cunéo. Ces instruments ne sont pas nouveaux, dit M. Rolland, la plupart existaient déjà dans l'industrie ou l'arsenal de chirurgie générale, mais l'auteur les a modifiés et adaptés à la chirurgie des os. Aussi pouvons-nous les considérer, malgré la modestie de l'auteur, comme des instruments nouveaux.

Tous les chirurgiens voudront lire et garderont précieusement cet excellent travail aussi original que documenté.

L. G.

CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE : XXIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE (3-5 octobre 1921). — Le XXIe congrès français d'urologie se tiendra à Strasbourg, au Palais de l'Université, salle 11.

Bureau :

Président : M. le Dr Jeanbrau, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Vice-président : M. le Dr Noguès (de Paris).

Secrétaire général : M. le Dr Pasteau (de Paris).

Secrétaire général adjoint : M. le Dr Minet (de Paris).

Trésorier : M. le Dr Chevassu (de Paris).

PROGRAMME SCIENTIFIQUE. — Lundi, 3 octobre, à 9 h. 1/2 : séance d'ouverture du Congrès. Allocution de M. Jeanbrau.

Rapport de M. O. Pasteau, secrétaire général.

A 14 h. 1/2 : première séance.

Question à l'ordre du jour : l'anesthésie chez les urinaires. (Rapporteurs : MM. Chevassu et Rathery.) — Discussion.

Mardi, 4 octobre, matin : visite des hôpitaux; à 14 h. 1/2 : deuxième séance, communications.

Mercredi, 5 octobre, à 9 h. 1/2 : troisième séance, communications.

A 15 heures : quatrième séance, communications (Clôture).

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr O. Pasteau, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 13, avenue de Villars, Paris.

IIIe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE (5 octobre 1921). — Les séances auront lieu à l'amphithéâtre du service de Chirurgie infantile de la Faculté de médecine de Strasbourg, le matin à 9 h. et l'après-midi à 14 h., à partir du 5 octobre 1921.

Président : M. le Dr Kirmisson, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris.

Vice-président : M. le Dr Auguste Broca, professeur de Clinique chirurgicale des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

Secrétaire général : M. le Dr Nové-Josserand, professeur de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Lyon.

Secrétaire général adjoint : M. le Dr Albert Mouchet, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Trésorier : M. le Dr Estor, professeur de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les questions proposées sont :

1° Résultats éloignés de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. (Rapporteur : M. le Dr Frœlich, professeur de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Nancy.)

2° L'arthrodèse du pied. (Rapporteur : M. le Dr Ombrédanne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris);

3° Traitement opératoire des ankyloses du genou. (Rapporteur : M. le Dr Tavernier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.)

Prix de la cotisation : 25 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général adjoint : M. le Dr Albert Mouchet, 124, rue de Courcelles, à Paris, auxquels doivent être adressées les demandes de candidature, et d'inscription pour la discussion des rapports.

VIIIe RÉUNION SANITAIRE PROVINCIALE : CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE (3, 4, 5, 6 et 7 novembre 1921). — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes une réunion sanitaire provinciale qui prendra le sous-titre de Congrès annuel d'hygiène, à laquelle elle désire vivement vous voir participer.

Cette réunion se tiendra à Paris dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, dimanche 6, lundi 7 novembre 1921.

Le programme en a été arrêté provisoirement ainsi qu'il suit :

Jeudi 3 novembre. — A 14 h. Réunion de l'Amicale des directeurs de bureaux d'hygiène et des inspecteurs départementaux d'hygiène.

A 17 h. M. le Dr Martial, directeur des Services d'hygiène de Fez (Maroc) : *La ville de Fez.* Conférence avec projections cinématographiques.

Vendredi 4 novembre. — A 9 h. Allocution du président d'honneur; discours du président de la Société; rapport de M. le prof. Couvelaire : *Sur l'hygiène du nourrisson;* rappor de Mme Gonse Boas : *Sur les centres d'élevage;* rapport de M. le Dr Darré : *Sur la tuberculose et la syphilis du nourrisson.*

A 14 h. Discussion des rapports. Communications diverses.

Samedi 5 novembre. — A 9 h. Rapport de M. le prof. Dopter : *Sur la vaccination antityphique obligatoire,*

A 14 h. : 1° Discussion du rapport de M. le prof. Dopter; 2° Conférence par MM. Levaditi ou Harvier : *Sur l'encéphalite épidémique*; 3° Communications diverses.

Dimanche 6 novembre. — A 9 h. : 1° Rapport de M. le commandant Hébert sur : *Sports et Santé publique;* 2° Discussion du rapport.

A 15 h. Démonstration au Stade athlétique.

Lundi 7 novembre. — A 9 h. : 1° Rapport de MM. Bonnier et Legros : *Projet de règlement de voirie pour une ville de 10.000 habitants élaboré par la Renaissance des Cités*; 2° Discussion du rapport. — Visite : Usine municipale d'assainissement de Villeneuve-Saint-Georges.

N. B. — Les demandes de communications seront reçues jusqu'au 16 septembre et devront être adressées à l'Agent de la Société, M. Bossus, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (15e).

Les communications qui ne seront pas annoncées avant le 15 septembre ne figureront pas au programme et ne pourront être présentées en séance qu'après épuisement de l'ordre du jour.

(1) Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Paris, Moderne imprimerie.



NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU 1er DEGRÉ[1]

d. *Urines.* — La polyurie est fréquente, précédée de fièvre, d'abattement. On doit la rapprocher de la polyurie de la tuberculose rénale; cette polyurie est due à l'action sur les reins ou sur les nerfs, de la toxine tuberculeuse.

Signaler : l'albuminurie prétuberculeuse (Teissier), le diabète phosphaturique (Teissier). La phosphaturie avec déminéralisation intense en phosphates, chlorures, sels de chaux, le syndrome de Robin caractérisé par la polyurie et la déminéralisation considérable, le coefficient de déminéralisation étant normalement de 0,32.

Enfin, il faut signaler l'acidité anormale de l'urine : les urines restent 10-12 jours acides après leur émission.

D. **Signes fonctionnels locaux, d'ordre pulmonaire.** — *a.* L'EXAMEN DU THORAX montre un aplatissement précoce des fosses sous-claviculaires, l'atrophie des muscles pectoraux, intercostaux ; le décollement des omoplates (scapulœ alatœ). Cette atrophie des muscles, cette sorte d'autophagie musculaire, se traduit toujours par un symptôme qu'il est aisé de rechercher par la percussion d'un faisceau musculaire d'un pectoral : le *myœdème*.

b. La RESPIRATION est faible, superficielle; la spirométrie indique une diminution de la capacité respiratoire, mais le nombre des respirations augmente.

La dyspnée est fréquente, parfois nocturne comme celle de l'asthme, parfois seulement à l'occasion d'efforts.

c. Les DOULEURS THORACIQUES sont vagues, passagères ou permanentes, mal limitées, siégeant au sommet, sous les clavicules, dans la région interscapulaire, augmentées par les mouvements, la toux, la pression sur le muscle. Souvent elles traduisent la pleurésie sèche du sommet.

d. La VOIX devient voilée, plus faible ; le débit de la parole est un peu haletant, souvent entrecoupé d'une toux brève, répétée, incessante.

e. La TOUX est surtout due à des poussées de congestion, aux lésions de la plèvre ou des ganglions trachéo-bronchiques; tantôt quinteuse, tantôt sèche et brève provoquée par des chatouillements laryngés, par le froid, l'effort, les poussières.

f. EXPECTORATION. — La toux de la tuberculose pulmonaire au début, ne fait pas cracher, mais vomir (toux émétisante). On peut, cependant, noter des crachats salivaires, muqueux, aérés, rares. Dans les cas de bronchites concomitantes, l'expectoration peut être plus abondante.

La recherche des bacilles est exceptionnellement positive, tant que la tuberculose est fermée.

g. L'HÉMOPTYSIE est assez fréquente, 2/3 des cas. Ce n'est pas un accident banal, car il est des formes de tuberculose pulmonaire sans hémoptysies et des formes hémoptoïques où les hémorragies prennent la première place dans la symptomatologie.

Le début est brusque le plus souvent, survenant au cours d'une bonne santé apparente. Elle est favorisée par la congestion prétuberculeuse et par le surmenage, la fatigue, les variations de température, les époques menstruelles. Spontanément ou à l'occasion d'une de ces causes énumérées, il survient un chatouillement laryngé, puis de la toux et le crachement de sang se produit. La quantité est variable de 100 grammes à 1.000 grammes. Le sang rejeté est rouge, rutilant, mousseux, pur. L'hémoptysie peut s'arrêter là ou se renouveler les jours suivants à plusieurs intervalles. Le sang rejeté contiendrait des bacilles.

Les signes stéthoscopiques sont discrets : la présence de sang dans les bronches s'accompagne de râles muqueux, râles à la base qui disparaissent rapidement.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 55, p. 879.

Au bout de quelques jours, les crachats deviennent noirâtres, hémoptoïques. Parfois, en même temps, il se produit une poussée fébrile, qui traduit une aggravation de la tuberculose. Rendu a signalé un purpura hémorragique prémonitoire.

E. **Signes physiques locaux.** — Le médecin doit chercher à les dépister le plus précocement possible; à côté des signes physiques directs, traduisant les lésions du poumon, on peut observer des signes indirects, traduisant les lésions des organes voisins (plèvres, paroi, ganglions, etc.).

A L'INSPECTION. — Le malade est examiné nu jusqu'à la ceinture. Son thorax apparaît étroit, aplati, les muscles atrophiés, les épaules faisant saillie (scapulœ alatœ).

La mensuration de la capacité respiratoire au spiromètre indique une diminution notable. Et cependant, d'après Robin, on peut noter une exagération des échanges respiratoires. Le rapport $\frac{CO^2}{O^2}$ est diminué.

Enfin la mensuration de l'hémithorax indique une diminution de l'ampliation thoracique du côté malade.

A LA PERCUSSION, on ne peut rien noter encore de net. Cependant, dans la plupart des cas, on peut constater une élévation de la tonalité du côté malade ; on recherchera aussi le signe de la transonance; la percussion de la clavicule, pendant qu'on ausculte la fosse sus-épineuse du même côté, donne un bruit sec, dur, mieux transmis du côté malade que du côté sain.

A LA PALPATION, les vibrations thoraciques sont normales ou exagérées. Mais il ne faut pas oublier que ce phénomène est normal à droite.

A L'AUSCULTATION, on entend bien souvent des modifications du murmure vésiculaire, qui permettent de penser à la tuberculose.

Normalement, le murmure vésiculaire est léger, moelleux, régulier, musical. A l'état pathologique, on voit se succéder progressivement, d'après Queyrat, les modifications suivantes :

— diminution du murmure à l'inspiration ;
— puis inspiration granuleuse;
— puis inspiration rude ;
— respiration saccadée.

1. *Diminution du murmure vésiculaire à l'inspiration.* — L'affaiblissement du murmure est souvent considérable. Pour déceler cette obscurité respiratoire, il faut ausculter soigneusement les deux sommets et les comparer.

Grancher faisait remarquer qu'on trouvait souvent une dissemblance respiratoire sans qu'on puisse préciser lequel des deux sommets respire moins bien.

2. *L'inspiration granuleuse.* — Woillez a appelé l'attention sur cette modification du murmure vésiculaire : « La respiration granuleuse, dit-il, modifie légèrement le murmure vésiculaire. Elle donne bien à l'auscultation, la sensation du passage de l'air dans des voies à parois inégales, comme le fait au toucher le doigt parcourant une surface granulée. Localisée au sommet d'un poumon dans la région sous-claviculaire, elle est un excellent signe de tuberculisation pulmonaire. »

L'inspiration granuleuse ne serait donc qu'un degré au-dessous de la respiration rude. Faut-il pousser plus loin cette différenciation et admettre, avec Sézary : une inspiration granuleuse (celle de Woillez) et une *respiration granuleuse* : celle-ci tend à individualiser les granulations ; elles deviennent de plus en plus distinctes et finissent par se transformer en légers craquements. Cette transformation est d'ailleurs progressive. (*A suivre.*)

Ier Congrès de la Société internationale d'urologie (Paris. 5-7 juillet 1921). Tome I : *Rapports sur les questions mises à l'ordre du jour*, résumés et publiés par le Dr DESNOS, secrétaire général du Congrès. 1 vol. in-8 raisin de 300 pages, avec 53 fig. dans le texte et hors texte. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **7** fr.	6 mois : **13** fr.	1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr.	6 mois : **18** fr.	1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Séance du 18 juillet. — MM. Lequeux, 17; Lemeland, 19; Couinaud, 11; Guéniot, 17; Vaudescal, 14; Cleisz, 12; Ecalle, 19.

Consultation écrite. — Séance du 20 juillet. — MM. Guéniot et Lequeux, 18; Vaudescal, 15; Ecalle, 19; Lemeland, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira le 18 octobre prochain.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Des concours seront ouverts :

Le lundi 24 octobre 1921, pour la place de chef de clinique chirurgicale.

Le jeudi 20 octobre 1921, pour les places de chef de clinique obstétricale et de chef de clinique des maladies mentales et nerveuses.

Le mercredi 26 octobre, pour les places de chef de clinique des maladies des voies urinaires et d'oto-rhino-laryngologie.

Le mardi 15 novembre, pour la place de chef de clinique de gynécologie.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, jusqu'au mercredi 12 octobre, à 16 heures (pour les cinq premières places); jusqu'au 10 novembre, pour la place de chef de clinique de gynécologie.

En se faisant inscrire les candidats déposeront leur diplôme de docteur, leur acte de naissance et la notice de leurs titres et travaux.

La durée des fonctions de chef de clinique est de trois ans. Les titulaires entreront en fonctions le 1er novembre 1921.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le Dr Henri Lerat, ancien interne des hôpitaux de Paris, suppléant de la chaire de pathologie externe, est nommé professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

LÉGION DHONNEUR. — Sont inscrits aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur, pour compter du 30 avril 1921 :

Marine. — *Pour commandeur.* — (Rayé des cadres.) M. le médecin en chef de 1re classe Mercié.

Pour officier. — (Active.) M. le médecin principal Carbonnel.

(Réserve.) M. le médecin principal Berriat.

Pour chevalier. — (Active.) MM. les médecins de 1re classe Juhel, Guilloux, Nayrolles et Gueguen.

M. le médecin de 2e classe Le Floch.

MM. les médecins de 2e classe auxiliaires Le Moult, Bernard et Digne.

M. le pharmacien chimiste de 1re classe Salle.

(Réserve.) M. le médecin de 2e classe Rivière.

(Rayés des cadres.) M. le médecin de 1re classe Bergougnoux.

M. le pharmacien chimiste principal Calot.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — Une médaille d'honneur en *argent* a été décernée à M. le Dr Marty (de Lanuéjouls).

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE. — Le Dr Terson (de Paris), chargé d'un rapport à la Société d'ophtalmologie sur les « Troubles visuels après les pertes de sang », serait obligé à ses confrères civils et militaires de lui communiquer les cas qu'ils ont pu observer, en particulier pendant la guerre, et le traitement suivi.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MADRID. — L'éminent spécialiste des maladies infantiles, Dr Arquellada, médecin de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, a été élu président de la Société de pédiatrie de Madrid. Ce choix est particulièrement heureux. Etant donnée la situation du nouveau président, nous sommes assurés qu'il donnera une grande impulsion à la Société et, ce qui est plus important pour nous, qu'il resserrera grandement les relations entre les médecins espagnols et français. Pour cette raison, nous félicitons sincèrement le Dr Arquellada qui vient suivre dans cette Société la voie tracée par Gonzalez Alvarez et Tolosa Latour.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN. (Prof. M.-F. Widal.) — Sous la direction de M. le prof. Widal et de

MM. Lemierre et Abrami, agrégés, commenceront à la Clinique médicale de l'Hôpital Cochin, à partir du lundi 12 septembre 1921, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours, à 14 heures.

Deux cours, de dix leçons chacun, seront faits successivement.

Le nombre des assistants est limité à 25.

OBJET DU COURS. — *Procédés d'exploration clinique appliqués au diagnostic des maladies.* — PREMIER COURS. — 1° Maladies du rein (6 leçons) : *a.* Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin; *b.* Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Pronostic des néphrites par le dosage de l'urée du sang. Constante d'Ambard. Epreuve de phénolsulfonephtaléine; *c.* Hypertension artérielle.

2° Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons) : Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et de ses dérivés. Leur importance dans l'établissement du régime.

3° Réactions de fixation (2 leçons) : Généralités. Séro-diagnostic de la syphilis et réaction de Bordet-Wassermann. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — 1° Maladies du foie (4 leçons) : *a.* Etude des ictères. — I. Recherche de la bilirubine et de l'urobiline et de la stercobiline. Valeur de ces recherches; — II. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Ictères dissociés; — III. Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies; *b.* Etude de l'insuffisance hépatique. Rapport azoturique et azote. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie : hémoclasie digestive.

2° L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

3° Diagnostic des maladies typhoïdes (2 leçons) : Hémocultures et séro-diagnostic.

4° Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons) : Examen chimique : albumine sucre, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques.

5° Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon) : Pleurotuberculose, Pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet 3), les jeudis, samedis, de midi à 3 heures.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

ACTION DIRECTE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS PRESCRIPTION

L'article 4 de la loi du 9 avril 1898 décide que le chef d'entreprise supporte les frais médicaux et pharmaceutiques, quand il s'agit d'un accident du travail. Un traitement médical est susceptible de comporter trois hypothèses différentes : ou bien, la victime est traitée par le médecin de l'établissement industriel; — ou bien, elle a fait choix d'un autre médecin; — ou bien, elle a été placée en traitement à l'hôpital. (*Législation sur les accidents du travail*, Sachet, n° 367, p. 209.)

Si la victime est soignée par le médecin attaché à l'établissement, c'est le patron qui paie directement les frais médicaux, comme aussi les frais pharmaceutiques. Si elle choisit son médecin, le chef d'entreprise n'est tenu qu'au paiement des frais fixés par le juge de paix qui se conforme aux tarifs en vigueur; au cas où le médecin ne se contenterait pas des honoraires ainsi fixés, il peut s'adresser à la victime elle-même et lui demander un complément d'honoraires, mais, pour ce surplus, il n'a aucune action contre le chef d'entreprise.

Quelle est la prescription applicable à l'action du médecin ou du pharmacien contre le chef d'entreprise? L'article 18 de la loi de 1898 dispose : « L'action en indemnité prévue par la présente loi se prescrit *par un an* à dater du jour de l'accident ». La question s'est posée de savoir si ce texte concernait l'action des médecins et pharmaciens, née de la loi de 1898, ou bien s'il fallait appliquer le texte général de l'article 2272 C. civ., ainsi conçu : « l'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens pour leurs visites, opérations et médicaments se prescrit par deux ans ».

Cet article 2272 C. civ. accorde un délai double de celui de l'article 18 de la loi de 1898.

Quoique l'article 18 ne vise que l'action en indemnité, on considère qu'il est applicable à l'action en paiement de frais médicaux et de frais pharmaceutiques (Sachet, *op. cit.*, n° 988); et la Cour de Cassation dans un arrêt récent du 4 juillet 1921 (*Gaz. des trib.*, des 15 et 16 juillet 1921) a consacré cette opinion, en décidant que l'action que les médecins et pharmaciens peuvent intenter directement contre le chef d'entreprise, pour soins donnés ou fournitures faites à son ouvrier, victime d'un accident du travail, *est soumise à la prescription d'un an* de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898 et non à la prescription de deux ans de l'article 2272 du Code civil.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE BÉNÉFICE DE L'ANCIEN RÉGIME ET LES SURSITAIRES DE LA CLASSE 1919

Le ministre de l'Instruction publique, interrogé à ce sujet, par M. Vallette-Viallard député, vient de lui faire la réponse suivante que M. Vallette-Viallard, veut bien nous communiquer :

« Aux termes des règlements en vigueur, le bénéfice de l'ancien régime est réservé aux démobilisés des classes 1918 et antérieures qui ont été retenus sous les drapeaux au delà de la durée normale du service militaire. Ces dispositions ne peuvent être étendues, par décisions d'espèce, qu'aux sursitaires de la classe 1918 qui ont servi, pendant trois mois, dans une unité combattante et aux jeunes gens de la classe 1919 qui ont contracté, avant l'appel de leur classe, un engagement volontaire dans une unité combattante.

Les sursitaires de la classe 1919 ne sauraient légitimement prétendre à bénéficier de la même mesure de faveur.

Il convient, en effet, de remarquer que ces jeunes gens ont été mis en sursis au bout de dix-huit mois de service pour continuer régulièrement leurs études.

Leur situation ne peut être comparée à celle des étudiants de la classe 1920, qui ont dû contracter un engagement spécial pour pouvoir poursuivre leur scolarité et qui seront tenus, quelle que soit la durée du service militaire imposée à leur classe, d'accomplir trois années de service actif. Ils seront également astreints à concourir pour le grade de sous-lieutenant de réserve.

Si les sursitaires de la classe 1919 sont rappelés sous les drapeaux pour terminer les trois années de service auxquelles leur classe est astreinte, je ne manquerai pas d'envisager à ce moment, en leur faveur, des mesures spéciales. »

RENSEIGNEMENTS

578. — **DAME AYANT L'HABITUDE DES MALADES** cherche situation à la campagne auprès d'un malade. — Ecrire aux bureaux du journal R. B.

REVUE GÉNÉRALE

LES ARTÈRES CORONAIRES DU CŒUR

CARACTÈRES MORPHOLOGIQUES DISTRIBUTION INTRA-PARIÉTALE. TERRITOIRES CORONAIRES ANASTOMOSES

P. BROCQ
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris,

A. MOUCHET
Ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Toulouse,

et R. MADURO.

Depuis les recherches de Dragneff sur les artères coronaires (*Thèse de Nancy*, 1897), l'étude de la vascularisation du cœur s'est enrichie d'un assez grand nombre de travaux d'ordre anatomique, d'ordre physiologique, d'ordre chirurgical.

Les anatomistes se sont attachés à préciser les détails de distribution de ces vaisseaux. Une véritable controverse s'est engagée sur l'importante question des anastomoses entre les deux systèmes, coronaire droit et coronaire gauche, et malgré la variété des techniques employées pour résoudre ce problème, l'accord n'est pas encore réalisé sur ce point.

Les physiologistes ont cherché à élucider le mécanisme complexe de la circulation cardiaque, qui s'effectue dans des conditions si particulières de pression et de milieu. Ils ont fait justice de la prétendue occlusion pendant la systole de l'orifice intra-aortique des coronaires par les valvules semi-lunaires.

Les chirurgiens ont observé des plaies des artères coronaires, surtout de la coronaire antérieure au niveau du sillon inter-ventriculaire antérieur. La recherche de la cause de la mort, fréquente après ligature de ces vaisseaux, a été le point de départ de discussions sur la suppléance vasculaire à la suite de la blessure d'une artère coronaire.

Par l'expérimentation sur l'animal, on a essayé d'établir le degré de gravité de la ligature de l'artère coronaire antérieure, et les chances de survie suivant la hauteur variable de cette ligature.

Les dernières études anatomiques sur les artères coronaires ont sensiblement modifié les conceptions classiques, basées avant tout sur des dissections après injections de matières colorantes. Les travaux de Banchi (1903), la thèse de Dragneff (1897) avaient déjà fait progresser la question. Puis vint le travail de Piquand (1910).

Dans la suite, l'application de la radiographie à l'étude des artères injectées devait rendre plus pratique et plus rapide l'étude complexe de la distribution intra-pariétale, des anastomoses, des variations enfin. Porter (1894), en usa, croyons-nous, le premier pour les artères du cœur. Freyett pratiqua les premières radiographies stéréoscopiques de ces vaisseaux.

Peu après, Jamin et Merkel publièrent leur *petit atlas de radiographie stéréoscopique du cœur* (1907).

Escande et Mouchet (1912) utilisèrent particulièrement la radiographie de coupes sériées.

La méthode des corrosions avait eu, avant l'ère radiographique, de nombreux partisans. Plus récemment, l'un d'eux, Spalteholtz (1907), resté fidele à cette pratique ancienne, la modifia et, sous le nom de vitrification, défendit avec force arguments un procédé d'étude qu'il considère à tort selon nous comme le meilleur : il injecte les vaisseaux à l'aide d'une masse spéciale (une partie de jaune de chrome et deux parties de gélatine) et la plonge ensuite dans un mélange de benzine et de sulfate de carbone. Sous l'influence de ce liquide, le myocarde devient transparent, ce qui permet de voir ainsi les vaisseaux qui cheminent dans ses parois. Certes, cette technique donne de bons résultats lorsqu'il s'agit d'un cœur de faible volume, comme le cœur du fœtus. Mais il n'en est pas de même pour le cœur de l'adulte. Les tissus, en effet, ne deviennent transparents que sous une faible épaisseur, et c'est seulement dans la couche superficielle qu'il est alors possible d'apercevoir directement les vaisseaux injectés.

Tout récemment (1920), deux d'entre nous (P. Brocq et A. Mouchet) viennent de publier une *Etude anatomique des artères coronaires du cœur*, résultat de longues recherches, portant sur 400 cœurs d'adultes. Ce travail est basé sur la dissection, sur la radiographie plane et stéréoscopique, sur la radiographie de coupes sériées, sur l'expérimentation.

Nous renvoyons ceux que cette question intéresserait particulièrement à ce mémoire, publié chez Maloine (1). On y trouvera une description détaillée des caractères morphologiques de ces artères, de leur distribution intrapariétale, des territoires coronaires; la question si discutée des anastomoses y est particulièrement étudiée par la radiographie stéréoscopique, par la radiographie de coupes sériées, et par l'expérimentation, suivant une technique personnelle.

I

ETUDE DESCRIPTIVE

La vascularisation du cœur est assurée par deux artères coronaires, l'une droite ou postérieure, l'autre gauche ou antérieure.

NOMBRE. — Exceptionnellement, il peut n'exister qu'une seule coronaire, droite ou gauche, anormalement développée.

Par contre, le nombre des coronaires peut s'élever à trois et même à quatre. Ces anomalies par surnombre sont relativement plus fréquentes (2 p. 100 des cas pour Halbertsma).

En général, l'anomalie artérielle par surnombre provient de la naissance isolée, sur l'aorte, de branches, qui sont normalement des collatérales des artères coronaires; l'anomalie existe de préférence à gauche (par ex., la branche auriculo-ventriculaire gauche).

Très rarement, l'artère ou les artères surnuméraires sont issues d'une source éloignée (artère pulmonaire, crosse de l'aorte, etc.)

ORIGINE. — Les coronaires naissent de la portion initiale de l'aorte, au niveau des sinus de Valsalva :

la coronaire gauche dans le sinus gauche, souvent dans sa partie postérieure;

la coronaire droite dans le sinus droit, le plus souvent à sa partie moyenne.

L'origine des deux artères se trouve habituellement à la hauteur même du bord libre de la valvule sigmoïde correspondante, parfois au-dessus, plus rarement au-dessous.

La détermination du siège exact de l'origine en hauteur a fait l'objet d'une longue controverse, do-

(1) P. BROCQ et A. MOUCHET. *Etude anatomique des artères coronaires du cœur*, Paris, 1920, A. Maloine et fils.

minée par un problème physiologique. Il s'agissait en effet de déterminer si le sang pénétrait dans le système coronaire au moment de la systole, ou si, à cet instant, les valvules aortiques venaient en s'appliquant contre les parois artérielles obturer les orifices coronaires.

Les anciens anatomistes pensaient que les orifices des coronaires étaient situés au-dessous des replis vasculaires et étaient obturés par conséquent au moment de la systole. Hyrtl et depuis la plupart des auteurs s'élèvent contre cette assertion, et localisent l'origine de ces vaisseaux au-dessus du bord libre de la valvule. Cependant, d'autres observateurs, comme Sappey et Banchi, admettent des variations topographiques de cette origine, et placent le plus souvent son niveau exact en regard du bord libre des valvules.

Artère coronaire gauche. — Contrairement à l'opinion classique, contrairement aussi à celle de Dragneff, il semble que, seul, mérite d'être considéré comme tronc de la coronaire gauche, ce segment du vaisseau, qui s'étend de son origine jusqu'à la naissance de l'artère auriculo-ventriculaire gauche ; celle-ci, en effet, apparaît souvent aussi volumineuse que l'artère interventriculaire antérieure.

Artère auriculo-ventriculaire gauche et artère interventriculaire antérieure deviennent, de ce fait, branches de bifurcation de la coronaire gauche.

Tronc. — Le tronc du vaisseau ainsi compris mesure en moyenne 10 millimètres de longeur; son calibre est habituellement supérieur ou égal à celui de la coronaire droite.

Il se dirige en bas et à gauche, ou selon Piquand, en avant, à gauche et un peu en haut. Recouvert par le feuillet épicardique, il est presque toujours masqué par l'abondant tissu adipeux de la région.

La coronaire gauche contourne d'abord l'aorte à laquelle elle reste accolée sur 5 millimètres environ, puis l'artère pulmonaire. A gauche, elle répond à l'oreillette gauche et à la base de l'auricule gauche dont le sommet atteint ordinairement l'angle de bifurcation du tronc artériel.

Collatérales. — Avant de se bifurquer, la coronaire gauche a fourni deux collatérales principales :

a. Une branche artérielle dont les divisions forment en avant de l'aorte, avec des ramuscules analogues de la coronaire droite, le réseau vasculaire de la portion originelle de l'aorte.

b. Un rameau auriculaire, grêle, court, qui se perd rapidement dans la base de l'auricule.

Terminales. — Le tronc de la coronaire gauche se divise à l'origine du sillon interventriculaire antérieur en artère interventriculaire antérieure et artère auriculo-ventriculaire gauche.

1° *Artère interventriculaire antérieure.* — Cette artère descend dans le sillon homonyme, contourne le flanc droit de la pointe du cœur et se termine dans le sillon interventriculaire postérieur — comme l'avait écrit Dragneff — à 10 ou 20 millimètres de celle-ci en moyenne. Une distance de 8 millimètres environ sépare sa terminaison apparente de celle de l'artère interventriculaire postérieure.

Plongée dans le tissu adipeux du sillon interventriculaire antérieur, l'artère y décrit des flexuosités variables. La veine homonyme, origine de la grande veine coronaire, située en avant de l'artère à la partie inférieure du sillon, va en montant, se placer sur son flanc gauche et s'en séparer. Artère et veine forment ainsi un angle aigu à sinus supérieur que l'origine de l'artère auriculo-ventriculaire gauche transforme en un triangle ; dans l'aire de ce triangle vasculaire, haut de 30 millimètres environ, repose la pointe de l'auricule gauche.

Sur les parties latérales du sillon interventriculaire antérieur, enfin, cheminent les lymphatiques dont les anastomoses croisent la face superficielle des vaisseaux.

Les collatérales de l'artère interventriculaire antérieure se divisent en :

a. *Branches droites*, grêles, destinées à la paroi du ventricule droit.

L'une d'elles, plus importante, naît dans la région de l'infundibulum auquel elle se distribue, ainsi qu'au tissu adipeux du pédicule vasculaire du cœur. Dragneff a montré que ce rameau, que les classiques désignent souvent du nom d' « artère graisseuse de Vieussens » ne mérite guère cette appellation, car l'artère graisseuse décrite par Vieussens — d'ailleurs très inconstante — est une branche, non de la coronaire gauche, mais de l'aorte elle-même qui lui donne naissance par son côté droit. Piquand signale des cas où cette artère de Vieussens anormalement développée, devient une véritable coronaire supplémentaire.

b. *Branches gauches*, destinées à la paroi antérieure du ventricule gauche; d'autant plus grêles qu'elles sont plus voisines de la pointe, elles croisent à leur origine la face postérieure de la veine interventriculaire antérieure.

Leur nombre est très variable, le plus souvent de 4 à 6, mais pouvant aller de 4 à 9.

Il arrive parfois (13 p. 100 des cas) que l'artère interventriculaire antérieure se divise en deux branches d'un volume sensiblement égal :

L'une, prolongeant l'interventriculaire antérieur.

L'autre, cheminant à la face antérieure du ventricule gauche (*artère préventriculaire gauche*).

Cette division en artère interventriculaire antérieure et artère préventriculaire gauche s'effectue, tantôt tout près de son origine, tantôt vers la partie moyenne du sillon interventriculaire.

D'où trois types (Brocq et Mouchet) :

Premier type : habituel, pas de division (87 p. 100 des cas);

Deuxième type : division haute (7 p. 100 des cas).

Troisième type : division basse (6 p. 100 des cas).

c. Et *artères perforantes antérieures* au nombre d'une dizaine, en général, qui vont s'épuiser dans la partie antérieure de la cloison interventriculaire.

Les trois premières sont habituellement très volumineuses et longues de 40 à 55 millimètres.

De la *deuxième perforante* naît presque toujours l'*artère du pilier antérieur du ventricule droit;* celle-ci passe dans la bandelette ansiforme, la suit dans toute sa longueur, et arrive à la base du pilier, dans l'épaisseur duquel, elle s'épanouit en un certain nombre de rameaux qui parviennent jusqu'à la pointe.

Remarquable par sa longueur (35 à 40 millimètres) et son trajet, cette artère du pilier antérieur du ventricule droit l'est plus encore par son isolement, au milieu du territoire coronaire droit : il y a là une sorte de hernie du territoire coronaire gauche

dans le territoire droit, comme deux d'entre nous, l'ont montré dans une étude récente (1).

Terminaison de l'artère interventriculaire antérieure. — L'artère interventriculaire antérieure fournit souvent dans la région de la pointe, un rameau droit et un rameau gauche qui remontent le long des bords correspondants du cœur et dont le développement est en raison inverse de celui des artères des bords droit et gauche, à la rencontre desquelles ils semblent se porter.

L'artère interventriculaire antérieure s'épuise dans le quart inférieur du sillon interventriculaire postérieur où elle mérite le nom d'artère *récurrente interventriculaire postérieure ;* elle est là, croisée superficiellement par l'origine de la veine interventriculaire postérieure.

Le plus souvent, elle se termine sans se diviser, après avoir émis quelques collatérales droites, gauches, et perforantes. Plus rarement, elle se bifurque en abordant le sillon interventriculaire postérieur en *artère récurrente interventriculaire postérieure* proprement dite et *artère apexienne postérieure,* branche gauche de bifurcation, qui se termine très vite sur le bord gauche de la pointe.

2° *Artère auriculo-ventriculaire gauche.* — Branche gauche de bifurcation de la coronaire gauche, elle chemine dans le sillon auriculo-ventriculaire et se termine habituellement sur la face postérieure du ventricule gauche, à distance variable du sillon interventriculaire postérieur.

D'abord superficielle, elle devient d'autant plus profonde qu'elle se rapproche davantage du bord gauche du cœur.

Son origine est masquée par l'auricule gauche dont elle contourne la base.

Elle chemine en arrière de la grande veine coronaire — continuation de la veine interventriculaire antérieure — jusqu'au niveau du bord gauche. A partir de ce point, l'artère se place au-dessus d'elle, tout en restant plus profonde, de telle sorte que ses branches souscroisent la veine.

Une couche adipeuse, d'épaisseur variable, recouvre les vaisseaux.

Les collatérales de l'artère sont ascendantes ou auriculaires, et descendantes ou ventriculaires.

a. Le groupe des *branches ascendantes* comprend :

α. *Une à trois artères auriculaires antérieures* dont quelques ramuscules vont à la partie supérieure de la cloison interauriculaire.

β. *Une artère auriculaire du bord gauche* destinée à la face gauche de l'oreillette et à la base de l'auricule.

γ. *Une artère auriculaire gauche postérieure* généralement peu développée.

b. Les *branches descendantes* se répartissent en :

α. *Une à deux artères ventriculaires antérieures* de petites dimensions.

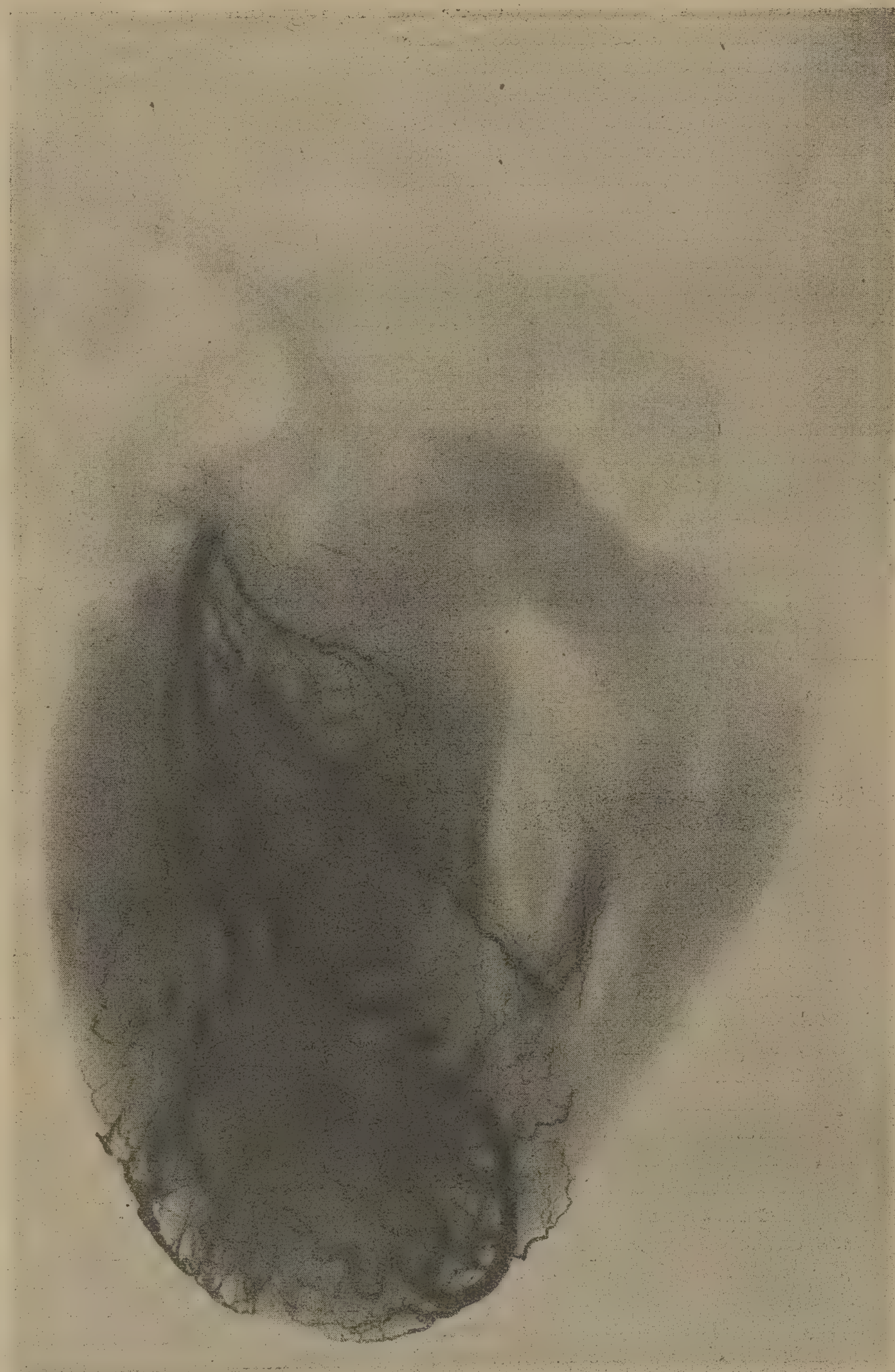


Fig. 1. — *Artère interventriculaire antérieure. Artère du pilier antérieur du ventricule droit.*

β. *Une artère descendante du bord gauche,* en général, assez volumineuse, longue de plus de 5 centimètres dans les deux tiers des cas.

γ. Et *deux à quatre artères descendantes postérieures,* longues de 4 à 5 centimètres.

Il importe de signaler, à titre d'exception, les cas où l'artère auriculo-ventriculaire gauche, très développée, fournit l'artère interventriculaire postérieure.

(1) Brocq et Mouchet.

Artère coronaire droite. — Elle occupe d'abord le sillon auriculo-ventriculaire droit, puis le sillon interventriculaire postérieur, et présente ainsi deux segments à étudier.

Tronc. — Dans sa première portion, l'artère, flexueuse, chemine dans le sillon auriculo-ventriculaire droit qu'elle atteint après un court trajet oblique en avant, en haut et à droite sur le segment moyen de la face antérieure du cœur.

Elle est recouverte par le feuillet épicardique et, d'abord superficielle sur une longueur de 2 mm., disparaît bientôt sous un épais bourrelet adipeux. Le bord inférieur de l'auricule droit vient encore la masquer en recouvrant une partie du sillon auriculo-ventriculaire droit.

Sur la face diaphragmatique du cœur, l'artère reste à distance de la veine cave inférieure, mais vient se placer immédiatement au-dessous du sinus coronaire dont les dernières branches afférentes la croisent superficiellement.

Arrivée à quelques millimètres du sillon interventriculaire postérieur, elle se coude avant de devenir *artère interventriculaire postérieure;* mais elle a auparavant fourni un gros tronc — *tronc commun des artères rétro-ventriculaires gauches* — qui semble la prolonger à gauche vers le sillon auriculo-ventriculaire.

Artère interventriculaire postérieure et tronc commun des artères rétro-ventriculaires gauches seront étudiées plus loin au titre des branches terminales.

Collatérales. — Dans son segment auriculo-ventriculaire, la coronaire droite fournit deux ordres de rameaux : les uns ascendants ou auriculaires, les autres descendants ou ventriculaires.

a. *Les branches ascendantes* se répartissent en :

α. *Une artère auriculaire droite antérieure*, la plus volumineuse des artères auriculaires, parfois double;

β. *Une artère auriculaire du bord droit* s'épuisant dans l'espace qui sépare les deux veines caves;

γ. *Une artère auriculaire droite postérieure* parfois double, souvent absente, née en regard du bord postérieur de la cloison interauriculaire dans laquelle elle peut pénétrer.

De ces collatérales ascendantes, la plus intéressante est l'auriculaire droite antérieure.

Volumineuse, elle franchit le plus souvent la cloison interauriculaire pour atteindre la face supérieure de l'oreillette droite.

Elle se bifurque au voisinage de l'embouchure des veines caves et s'épanouit en deux bouquets terminaux, dont l'un enlace l'embouchure de la veine cave supérieure, dont l'autre se répand autour du pédicule veineux pulmonaire droit.

b. *Les branches descendantes* de la coronaire droite se répartissent aussi en trois groupes :

α. *Deux ou trois branches ventriculaires antérieures* qui, parallèles au bord droit du cœur, descendent vers la pointe sans l'atteindre. De la première de ces branches naît l'artère infundibulaire droite;

β. *Une artère du bord droit*, volumineuse, enchâssée dans une coulée graisseuse, qui atteint la pointe dans la moitié des cas;

γ. *Une artère ventriculaire postérieure*, souvent absente, le plus souvent unique, grêle et courte; parfois, au contraire, développée, elle se porte alors obliquement du voisinage du bord droit vers le sillon interventriculaire postérieur qu'elle n'atteint presque jamais, et mérite ainsi le nom d'*artère diagonale postérieure* du ventricule droit.

Terminales. — Sous ce nom, il faut entendre l'artère interventriculaire postérieure et les artères rétro-ventriculaires gauches.

1° *Artère interventriculaire postérieure.* — Elle chemine dans le sillon interventriculaire postérieur et n'atteint que rarement la pointe.

Masquée par la graisse du sillon, elle est plus profonde que la veine homonyme qui la croise dans le tiers supérieur du sillon, sous un angle aigu pour aboutir au sinus coronaire.

L'artère interventriculaire postérieure fournit trois ordres de branches :

a. *Quatre à cinq branches droites*, à trajet le plus souvent intramyocardique pour la paroi postérieure du ventricule droit;

b. *Des branches gauches*, comparables aux précédentes, pour le ventricule gauche;

c. *Et des artères perforantes postérieures* au nombre de 7 à 12, moins développées que les perforantes antérieures et d'autant plus courtes qu'elles naissent plus loin de la base du cœur; comme ces dernières, elles fournissent des rameaux droits pour le ventricule droit, des rameaux gauches pour le ventricule gauche, et des rameaux moyens pour la cloison.

2° *Artères rétro-ventriculaires gauches.* — Au nombre de une à trois, elles naissent d'un tronc commun qui paraît continuer le tronc de la coronaire droite.

Le tronc commun des artères rétro-ventriculaires gauches, en effet, longe le sillon auriculo-ventriculaire, sous le bord inférieur du sinus coronaire, en s'insinuant sous la terminaison de la veine interventriculaire postérieure. Après un trajet variable dans le sillon auriculo-ventriculaire gauche, il se termine sur la face postérieure du ventricule gauche.

Le territoire ventriculaire de ces artères rétro-ventriculaires gauches varie avec leur nombre et n'atteint que rarement la région apexienne.

II

DISTRIBUTION INTRAPARIÉTALE DES ARTÈRES DU CŒUR

La configuration des artérioles intramyocardiques est très différente suivant les régions du cœur. Aucune comparaison ne saurait être établie entre les fines arborisations vasculaires, qui s'épanouissent dans les parois auriculaires et les bouquets artériels qui pénètrent les parois du ventricule gauche. Aussi, pour l'étude des caractères morphologiques de ces ramifications, est-il logique d'adopter une division régionale, sans s'occuper des sources artérielles. Le type d'une artère est en effet commandé, non pas par son origine, mais par son territoire de distribution.

I. Artères de la portion auriculaire du cœur. — 1. Artères des oreillettes. — Le dôme auriculaire est parcouru par les deux volumineuses artères auriculaires antérieures droite et gauche, auxquelles s'ajoutent les divers rameaux plus grêles et plus courts venus du sillon auriculo-ventriculaire.

De ces différentes artères naissent des ramus-

cules dont les caractères communs sont la gracilité extrême et la flexuosité.

Les orifices veineux caves et pulmonaires sont entourés de boucles artérielles incomplètes, qui, au niveau des deux veines caves, sont formées, partie par la terminaison des auriculaires antérieures, partie par l'artère auricutaire du bord droit.

2. Artères des auricules. — L'artère principale des auricules née de l'artère auriculaire antérieure correspondante, suit la face profonde de l'auricule dans toute sa longueur et abandonne, chemin faisant, des ramuscules très flexueux.

Les artères accessoires pénètrent l'auricule par sa base et suivent également un trajet parallèle à son axe.

3. Artères de la cloison interauriculaire. — La plus remarquable d'entre elles est l'*artère dite étoilée*, constituée par l'auriculaire droite antérieure qui, au cours de son trajet dans le segment antérieur de la cloison, abandonne deux rameaux, l'un supérieur, l'autre inférieur (Dragneff).

II. Artères des ventricules. — 1. Artères des parois ventriculaires. — Les artères pariétales sont moitié moins nombreuses au niveau du ventricule droit qu'au niveau du ventricule gauche où elles affectent un aspect pénicillé des plus nets.

2. Artères de la cloison interventriculaire. — Leurs caractères morphologiques sont très spéciaux : les perforantes antérieures sont volumineuses, longues et flexueuses. Elles se divisent dès leur pénétration dans la cloison, en une série de rameaux parallèles ; elles ont chacune leur territoire propre et leurs rameaux terminaux seuls semblent s'entre-croiser.

Les perforantes postérieures sont moins développées ; leur disposition générale est la même.

La prédominance du système antérieur sur le système postérieur est considérable.

3. Artères des piliers. — Elles ne présentent, en général, aucun caractère particulier. Un seul point mérite d'être rappelé pour sa constance et sa singularité : c'est l'irrigation du pilier antérieur du ventricule droit par la coronaire gauche.

4. Il n'y a jamais d'artères, ni dans les valvules, ni dans les cordages tendineux. Les travaux de Darier ont, en effet, montré que, ni les sigmoïdes aortiques et pulmonaires, ni les valves tricuspidiennes, ni la valve gauche de la mitrale ne renferment de vaisseaux. *Seule, la grande valve droite de la mitrale* en possède dans son sixième supérieur qui est charnu et non pas fibro-élastique ; ce réseau vasculaire de la valve droite de la mitrale lui est fourni par la coronaire gauche.

III

TERRITOIRES CORONAIRES

Schématiquement, les deux artères coronaires droite et gauche se distribuent, respectivement, au cœur droit et au cœur gauche. Mais, cette disposition n'est vraie que dans une certaine mesure. Les territoires artériels ne se superposent pas exactement aux territoires anatomiques, et leurs limites sont parfois très irrégulières.



Fig. 2. — *Perforantes antérieures.*

D'autre part, ici encore, comme en beaucoup d'autres points, intervient la notion de la grande variabilité des artères du cœur et de leurs ramifications.

Nous suivrons la ligne de partage des deux territoires coronaires au niveau :

1° Des oreillettes et de la cloison intraauriculaire.

2° Des ventricules et de la cloison interventriculaire.

1° **Au niveau des oreillettes et de la cloison interauriculaire.** — D'une façon générale — sous réserve d'exceptions — la limite des deux territoires passe à gauche de la ligne médiane sur le dôme auriculaire, de sorte que la vascularisation de la cloison et d'une partie de l'oreillette gauche est assurée par les branches de la coronaire droite.

2° **Au niveau des ventricules.** — Sur la face antérieure, la ligne de partage est parallèle au sillon interventriculaire, et à 1 centimètre à sa droite. Elle contourne le bord droit du cœur à 2-3 centimètres de la pointe.

Sur la face postérieure, elle monte obliquement de ce point du bord droit pour atteindre le sillon auriculo-ventriculaire gauche, vers sa partie moyenne, en décrivant une courbe plus ou moins marquée à concavité droite.

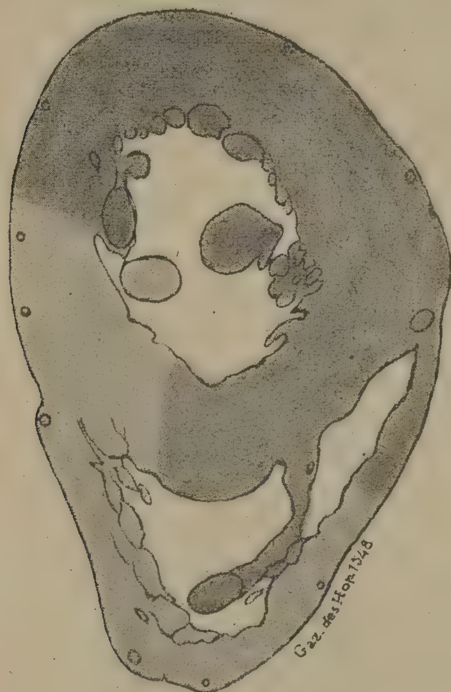


FIG. 3. — *En clair :* territoire coronaire droit; — *En foncé :* territoire coronaire gauche.

3° **Au niveau de la cloison interventriculaire.** — Le quart inférieur de la cloison est tributaire de la coronaire gauche.

La vascularisation des trois quarts supérieurs est mixte : dans ses deux tiers antérieurs, système coronaire gauche; dans son tiers postérieur, système coronaire droit. Donc, prédominance considérable du système de la coronaire gauche dans l'irrigation de cette cloison.

4° Il importe, enfin, de rappeler l'irrigation du **pilier antérieur du ventricule droit** par la coronaire gauche, notion jusqu'ici passée sous silence par les classiques, et que deux d'entre nous ont mise en évidence par des radiographies, de la coronaire gauche injectée (1).

(1) J. BROCQ, P. BROCQ et A. MOUCHET. *Etude anatomique des artères coronaires du cœur.*

IV

ANASTOMOSES DES ARTÈRES CORONAIRES

Les deux territoires artériels, droit et gauche, sont-ils rigoureusement indépendants ou communiquent-ils par des anastomoses plus ou moins volumineuses?

Question des plus importantes, car le cœur ne possédant que deux sources artérielles, la suppléance vasculaire devra s'exercer, lorsque, pour une cause accidentelle ou pathologique, l'une des deux sources est tarie, totalement ou en partie.

Question bien controversée; à l'heure actuelle encore, l'accord n'est pas fait entre les anatomistes. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les conclusions des traités les plus récents.

Les anciens anatomistes avaient vu dans les cercles artériels qui suivent les sillons auriculo-ventriculaires et interventriculaires une disposition bien particulière et avaient traduit leur opinion sur ce point par la dénomination d'artères coronaires.

Terme acceptable d'ailleurs, à la condition de ne pas considérer les cercles artériels comme fermés.

D'après cette conception ancienne, les artères s'anastomosaient à plein canal au niveau des sillons auriculo-ventriculaires et interventriculaires.

Or, depuis longtemps, Hyrtl et Henle avaient soutenu que les anastomoses étaient rares et que les cercles artériels du cœur restaient interrompus.

Dragneff, qui n'a trouvé des anastomoses que dans un cas sur cinq, par la dissection; Jamin et Merkel, qui ont utilisé la radiographie-stéréoscopique, Piquand enfin, concluent de façon plus précise à la rareté ou même à l'absence d'anastomoses sur nombre de cœurs. Hirsch et Spalteholz soutiennent au contraire des conclusions totalement opposées, et affirment qu'il existe d'innombrables anastomoses entre les différentes branches coronaires, à tous les étages du cœur. Rappelons qu'ils ont employé pour leurs recherches la méthode de la vitrification.

D'où vient le désaccord, comment expliquer des opinions si diamétralement opposées? La raison en est, pensons-nous dans la diversité des méthodes d'études adoptées par les auteurs.

La dissection est impuissante à déceler de fins rameaux anastomotiques dans des plans plus ou moins profonds. La méthode radiographique, sous forme de radiographie stéréoscopie et de radiographie de coupes sériées, donne des résultats meilleurs, mais elle expose néanmoins à des erreurs :

L'injection de masses homogènes, mais peu fluides, dont on se sert pour préparer les artères à radiographier, peut ne pas pénétrer dans les vaisseaux les plus fins, et ces vaisseaux représentent parfois des voies anastomatiques. Inversement, l'injection trop fluide, remplissant à la fois le système artériel et le système veineux ne permet guère de distinguer ce qui revient à ces deux ordres de vaisseaux, et l'on risque dans ces conditions de prendre pour des anastomoses artérielles des mailles du réseau veineux.

Deux d'entre nous ont repris récemment la question des anastomoses des artères coronaires (1) et se sont attachés à résoudre ce problème complexe par l'expérimentation suivant une méthode personnelle et par la radiographie.

Une canule était placée dans chaque artère coro-

(1) BROCQ et A. MOUCHET. *Loc. cit.*

naire; l'une d'elles était reliée à une ampoule de 500 centimètres cubes de sérum ou de sang défibriné se déplaçant le long d'une règle graduée; le nombre de gouttes s'échappant par minute de l'autre canule, pour chaque position de l'ampoule, était noté sur une fiche.

D'autre part, la radiographie stéréoscopique après l'injection d'un seul territoire coronaire permettait de voir les branches anastomotiques jetées entre les deux systèmes coronaires et d'en étudier la topographie, surtout en contrôlant les radiographies stéréoscopées par des radiographies de coupes sériées.

Ainsi furent établies les conclusions suivantes :

1° Dans 97 p. 100 des cas, existent des anastomoses;

2° Ces anastomoses ne sont volumineuses que dans 25 p. 100 des cas. Dans tous les autres cas, elles sont moyennes ou faibles;

3° Elles siègent, par ordre de fréquence sur :

La cloison interventriculaire (perforantes);

Le sillon interventriculaire;

Le sillon auriculo-ventriculaire postérieur;

La pointe du cœur;

Le dôme auriculaire;

La région de l'infundibulum.

Tous les cas intermédiaires peuvent être vus à la radiographie stéréoscopique ou sur des coupes sériées, depuis des vaisseaux anastomotiques importants jusqu'à de fines anastomoses. La variabilité est si grande qu'il est difficile d'apporter d'autres précisions anatomiques à cette étude. Mais ce que l'on peut affirmer, semble-t-il, c'est que les anastomoses volumineuses entre les deux artères coronaires sont rares et n'existent que dans les limites que nous venons d'énoncer.

Le plus souvent les voies anastomotiques sont représentées par des artérioles très fines, siégeant aux points d'élection déjà étudiés, points d'élection nullement exclusifs, car on peut en rencontrer dans d'autres régions du myocarde. Jamais P. Brocq et A. Mouchet n'ont vu les anastomoses innombrables, décrites par Spalteholz à tous les étages et dans toute l'épaisseur du myocarde.

Dans un récent et important travail, D. Martelli est arrivé à des conclusions sensiblement identiques (1).

Pour si intéressantes que soient les recherches anatomiques, elles ne peuvent résoudre le seul côté pratique de la question. Elles ne peuvent nous dire quelle est la valeur des voies anastomotiques pour la suppléance vasculaire au cas de ligature ou de thrombose d'une coronaire. La solution du problème est d'ordre physiologique.

Tant de conditions nouvelles interviennent sur le cœur vivant. Le tonus du myocarde et ses contractions rythmiques jouent certainement un rôle très important dans la circulation coronarienne. Les variations de pression, résultat des modifications incessantes dans l'état du tonus myocardique, constituent des faits uniques dans l'économie; car, même dans le système musculaire, les conditions de circulation sanguine ne présentent pas de phénomènes superposables.

Enfin, il faudrait pouvoir déterminer la résistance du tissu considéré à l'ischémie temporaire imposée par une plaie vasculaire ou une thrombose, le rétablissement par anastomose s'effectuant dans un temps plus ou moins appréciable. Or, il est acquis que les divers tissus, le tissu cérébral et le tissu musculaire, par exemple, supportent d'une manière différente une privation momentanée de l'apport sanguin.

Comment, dans ces conditions, déterminer la suffisance ou l'insuffisance des anastomoses anatomiquement constatées?

L'expérimentation seule peut donner des résultats valables. Et encore faut-il faire des réserves, principalement pour deux raisons :

L'une, c'est la grande variabilité de distribution des coronaires. L'autre, c'est la nécessité d'expérimenter sur des animaux, dont la circulation artérielle se rapproche le plus possible de celle de l'homme.

Or, toutes les expériences ont porté sur l'animal, ce qui ne permet pas d'affirmer que leurs conclusions soient absolument valables pour la pathologie humaine. Quoiqu'il en soit, voici les conclusions expérimentales de M. Tuffier :

1° La blessure ou la piqûre d'une coronaire entre sa naissance et sa bifurcation est toujours suivie d'un arrêt momentané du cœur et d'une arythmie prolongée par extra-systole.

La ligature à ce niveau est fatale : le cœur s'arrête en diastole et aucune reviviscence n'est possible.

2° La ligature ou la blessure dans la région comprise entre sa bifurcation et sa terminaison est beaucoup moins grave et généralement bien supportée.

Martelli dans la partie expérimentale de son travail, arrive à des résultats identiques (expérimentation sur le chien).

Les conclusions que l'on peut tirer des études anatomiques et de l'expérimentation sur l'animal donnent raison à M. Ombrédanne, qui, en février 1914, à la Société de chirurgie, se demandait si la mort rapide après ligature haute de l'artère coronaire gauche devait être attribuée à la brusque ischémie du myocarde.

La question des anastomoses et de leur valeur pour la suppléance vasculaire intéresse aussi la médecine. La faiblesse des anastomoses explique que toute oblitération rapide d'un vaisseau important entraîne des accidents graves, les suppléances n'ayant pas le temps de se faire.

L'obstruction lente, au contraire, peut ne s'accompagner d'aucune lésion inquiétante.

La thrombose brusque d'un gros rameau est incompatible avec la vie, Martelli rapporte à ce sujet une observation probante.

Les oblitérations lentes entraînent des troubles moins immédiatement mortels (infarctus du myocarde). On peut donc conclure que si les coronaires ne peuvent être en général considérées, au point de vue anatomique, comme des artères vraiment terminales non anastomotiques, la faiblesse de leurs anastomoses ne permet pas de compter pratiquement après l'oblitération pathologique brusque ou la ligature des gros troncs, sur la possibilité suffisamment rapide et importante de la suppléance vasculaire.

BIBLIOGRAPHIE

Dragneff. Recherches anatomiques sur les artères coronaires du cœur chez l'homme, *Th. de Nancy*, 1897.

Baumgarten. Infart. in the Heart, *Amer. Journ. of physiol.*, 1899.

(1) D. Martelli. La pathologie chirurgicale des vaisseaux coronaires du cœur. (Sienne, 1919, Imprimerie San Bernardino. Analysé dans le *Journal de chirurgie*, t. XVI, n° 6.)

BIER. Die Entstehung des Kollateral Kreisfaufes, *Virch. Arch.*, Bd CXLVII et CLIII.

ZIMMERL. *Ricerche anat. comparat. sui vasi cardiaci pegli animali domestici*, Parma 1900.

FAGENSTECHER. *Deut. med. Woch.*, 1901.

LANGENDORF. Hirzmuskel und intracardiale innervation, *Ergeb. der Physiol.*, 1902.

GALLI (Giovanni). Ueber anastomotische Circulation des Herzens, *Münch. med. Woch.*, 1903, n° 27.

MARSCHNER. Beiträge zur Anat. und Physiologie des Herzens und der Gross, *Gef. der Wassers.*, Breslau 1901.

BANCHI. Le variazoni delle art. coronaria cordis et la morfologia di questi vasi, *Lo Sperimentale*, 1903, anno LVII; — Morfologia della arterie coronarie cordis, *Arch. ital. anat., embryol.*, 1903, tol. 3; — Un nuovo rarissimo casa d'arteria so pronomerria cordis, *Monit. zool. ital.*, 1907, anno XVIII.

BOURDELLE. Les artères cardiaques chez les ruminants domestiques, *Revue vétérinaire*, Toulouse 1905.

MERKEL. Zur Kentniss der Krauzarterien des Menschlichen Herzens, *Verhand. Deut. pathol. Ges.*, Stuttgart 1906, Iéna 1907.

JAMIN und MERKEL. *Die Coronarterien des Menschlichen Herzens unter nurmalen und pathologischen Verhältnissen*, Iéna 1907.

HIRSCH und SPALTEHOLZ. Coronarterien und Herzmuskel arterien. Anatomische und experimentelle Untersuchungen, *Kongr. intern. Med.*, Wiesbaden 1907.

SPALTEHOLZ. Zur Vergielchenden Anatomie der Arter. coronar. cordis, *Verhand. anaut. Ges.*, Berlin 1908; — Ueber die arterien der Herzwand, *Verhand. Deut. pathol. Ges.*, Leipzig 1909.

MOUCHET (A.). *Etude radiographique des artères du cerveau*, Toulouse 1911.

PIQUAND. Recherches sur l'anatomie des vaisseaux sanguins du cœur, *Journ. de l'anat. et physiol.*, 1910, t. XLVI.

ESCANDE et MOUCHET. Etude radiographique des artères du cœur, *C. R. de l'Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, Dijon 1911.

OMBRÉDANNE. *Bull. de la Soc. de chir.*, fév. 1914, n° 6, t. XL, p. 168.

MARTELLI. *La Pathologie chirurgicale des vaisseaux coronaires du cœur*, Sienne 1919, impr. San Bernardino.

P. BROCQ et A. MOUCHET. *Etude anatomique des artères coronaires du cœur*, Paris 1920, Maloine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1921)

Un cas d'intolérance à l'antipyrine. — MM. M. LABBÉ et J. HAGUENAU rapportent un nouveau cas d'anaphylaxie à l'antipyrine. Les points sur lesquels ils insistent sont l'absence de phase de sensibilisation par la substance spécifique chez leur malade, l'insuccès de leurs essais de désensibilisation par l'ingestion de petites doses quotidiennes, le succès de la méthode antianaphylactique. Les auteurs étudient en outre la crise vasculo-sanguine d'un type particulier qu'ils ont observée chez leur malade.

Forme neuro-végétative de l'encéphalite épidémique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et COULAUD, montrent un jeune homme de vingt-quatre ans, qui au cours d'une encéphalite épidémique grave à manifestations parkinsonniennes a présenté un syndrome neuro-végétatif à prédominance vagotonique essentiellement caractérisé par la bradycardie, l'exagération à un certain moment considérable du reflexe oculo-cardiaque : une hypotension relative, la raie blanche de Sergent, l'abolition du reflexe pilo-moteur, la sialorrhée, la non-augmentation du glucose urinaire après injection d'adrénaline, la mydriase et la faiblesse extrême du reflexe pupillaire à la convergence. Si le syndrome complet est rare, ses manifestations dissociées sont au contraire très fréquentes.

Abcès du poumon à pneumocoques. Sérothérapie. Guérison. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, et COULAUD, présentent un malade de vingt-trois ans, qui, à la suite d'une affection pulmonaire à pneumocoque a souffert d'un certain nombre d'abcès non gangréneux dans son parenchyme pulmonaire. L'existence de ces abcès diagnostiqués cliniquement a été confirmé à plusieurs reprises par la radiologie. Trois fois, la sérothérapie est venue à bout de récidives. Actuellement, le malade est en parfait état et peut être considéré comme guéri. Il n'existe plus de signes radiologiques de cavités.

Un cas de diabète rénal. — M. M. LABBÉ publie un cas de diabète rénal découvert à l'âge de six ans. Chez une jeune fille de seize ans bien développée, la glycosurie varie de 15 à 44 grammes, elle est permanente, existe même à jeun et ne cesse point par le régime, elle ne s'accompagne d'aucun symptôme de diabète sucré. La glycémie est normale (0g78 à jeun) et l'ingestion de glycose provoque une hyperglycémie très modérée (1 gramme) non prolongée, tout à fait semblable à ce qu'on voit chez un sujet sain. La glycosurie s'accompagne d'une albuminurie orthostatique variant de 0g25 à 0g75, non influencée par l'alimentation sans symptômes de néphrite : elle s'accompagne en outre de troubles hépatiques transitoires. Le diabète rénal dont le pronostic est bénin offre un intérêt considérable, il a une durée très longue, peut-être indéfinie. C'est une affection souvent familiale et héréditaire. Son diagnostic repose essentiellement sur la coexistence d'une glycosurie permanente avec une glycémie normale. Il consiste au point de vue physiologique en un abaissement du seuil rénal du glycose sans trouble de la glycorégulation.

Les répercussions nerveuses des dyspepsies et le rôle du pneumogastrique. — MM. LOEPER, DEBRAY et FORESTIER, étudient les répercussions suivantes des états gastriques et des dyspepsies. Ils y voient la conséquence fréquente d'une résorption et d'une imprégnation par des toxines et toxiques de tout ordre du système nerveux gastrique et particulièrement du nerf vague. Ils rappellent des expériences récentes où la toxine tétanique et le formol introduits dans l'estomac fermé d'un chien après érosion légère de la muqueuse purent être retrouvés dans le pneumo-gastrique et même dans un cas dans le bulbe du chien. Cette résorption toxique explique de nombreux troubles nerveux et éclaire peut-être aussi la genèse de certaines affections ou lésions du système nerveux central dont la porte d'entrée peut être digestive. Ils insistent enfin sur l'imprégnation du nerf vague et du bulbe par la pepsine, particulièrement au cours de la digestion du chien et sur l'apparition de pepsine dans le liquide céphalo-rachidien plus encline encore chez les hyperpeptiques et les ulcéreux que chez les apeptiques et les cancéreux. Et cette constatation, intéressante au point de vue même de la physiologie générale puisqu'elle montre le passage dans le système nerveux d'un organe du produit même de sa sécrétion, témoigne sans doute d'une influence tonique et régulatrice de la pepsine sur le bulbe. Au point de vue pratique, ils conseillent d'éviter chez tout dyspeptique suspect de lésion de la muqueuse les médicaments ou produits à action nerveuse et surtout volatile. Ils concluent que la pepsine n'est pas qu'un produit d'action gastrique et n'est pas qu'un ferment, et que la thérapeutique doit s'inspirer de ses propriétés nouvelles autant que la physiologie pathologique.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCES DES 17 JUIN ET 1er JUILLET 1921)

Considérations sur la meilleure instrumentation pour l'examen de l'urètre postérieur. — M. Georges LUYS présente des considérations sur la meilleure instrumentation pour l'examen de l'urètre postérieur.

Il estime que son urétroscope présente pour l'examen de l'urètre postérieur des avantages incontestables sur tous les autres, car il restera toujours le plus simple et le plus pratique, et qu'il se recommande de lui-même par ces deux qualités primordiales. Mais il ne doit être employé qu'après dilatations lentes et méthodiques de l'urètre postérieur avec des béniqués. Les résultats les plus précis et les plus exacts ne sont obtenus qu'à cette condition, et la faute opératoire est de

vouloir pratiquer une urétroscopie sur un malade que l'on voit pour la première fois.

M. Zislin. Il ne lui semble pas que l'urétroscope de Luys diffère autrement que par des modifications de détail de l'appareil de Valentine; le principe des deux appareils est exactement le même et l'auteur estime que le nom du chirurgien américain mérite de rester associé à celui de Luys.

Des obstacles mécaniques de la rétention d'urine chez les prostatiques et leur évolution en trois stades. — M. G. Luys, négligeant les influences simplement occasionnelles et secondaires du processus nerveux et de la congestion, pense que la rétention d'urine chez les prostatiques est toujours due à des obstacles mécaniques divers dont il convient de déceler la présence par l'examen au cystoscope à vision directe.

C'est ainsi que l'auteur a pu surprendre la marche progressive de l'adénome prostatique qui se fait toujours d'avant en arrière. Les premiers obstacles sont au début simplement urétraux, alors qu'à une deuxième période ils progressent jusqu'au niveau du col, et ce n'est qu'à la troisième période que la tumeur parvient jusqu'à la cavité vésicale qu'elle envahit.

L'auteur étudie ensuite successivement les lésions que provoque l'adénome prostatique dans l'urètre, au niveau du col vésical et dans la vessie et, à l'appui, des projections accompagnent sa démonstration.

De ces données, il conclut à la nécessité absolue d'examiner méthodiquement tous les prostatiques avec le cystoscope à vision directe avant de leur proposer l'intervention qui doit leur être appropriée.

De plus, lorsque l'adénome n'a évolué qu'aux deux premières périodes, il conclut à la légitimité et à l'exclusivité de l'unique opération endoscopique destinée à le détruire, c'est-à-dire le « forage de la prostate ».

Deux observations de corps étrangers volumineux remarquablement tolérés. — M. René Dumas. Rapport de M. Robert Dupont. Il s'agit, dans le premier cas, d'une lame de couteau qui séjourna pendant vingt mois dans le poumon et qui finit par manifester sa présence en entraînant des hémoptysies abondantes. L'opération guérit rapidement et complètement le blessé. Cet homme ayant été versé dans l'auxiliaire comme étant suspect de tuberculose, le rapporteur s'étonne que ce diagnostic ait été porté aussi légèrement. C'est un cas de plus à ajouter à ceux signalés récemment par Rint. Pour éviter à l'avenir de telles erreurs, il importe que la composition des conseils de revision soit modifiée et que l'on introduise parmi les membres des gens compétents dotés de tout le matériel nécessaire pour examiner complètement et sûrement les conscrits.

Le second cas a trait à un énorme corps étranger (fusée) inclus dans le massif facial et qui y séjourna pendant près de quatre mois. M. René Dumas pratiqua son extraction facilement après avoir taillé un lambeau analogue à celui utilisé pour la résection du maxillaire supérieur. La guérison fut rapide et complète. Le rapporteur signale un cas analogue de Morestin qui fut opéré par voie buccale.

Du choix des anesthésiques chez les urinaires. — M. Pasteau. En principe, l'emploi du chloroforme et même de l'éther, dont l'action nocive sur les cellules hépatiques et rénales a été maintes fois démontrée, devrait être évité, spécialement chez les malades atteints d'affections urinaires.

Le développement toujours plus étendu de l'anesthésie locale et de l'anesthésie régionale doit être poursuivi.

En pratique, dans la chirurgie urinaire, il est indispensable pour beaucoup d'opérations que le degré de l'anesthésie varie avec les moments opératoires; et c'est pourquoi le chloroforme, qui est de beaucoup le plus maniable des anesthésiques, doit être malgré tout assez souvent utilisé.

Personnellement, l'auteur recommande un mélange de trois quarts de chloroforme et de un quart d'éther dont il se sert depuis une vingtaine d'années et qui lui donne complète satisfaction. Le mélange anesthésique doit être de préférence administré par un aide expérimenté, et à la compresse, sans appareils spéciaux.

M. Pauchet. L'anesthésie régionale obtiendra la sympathie de tous les chirurgiens le jour où ils auront pris la précaution d'éduquer un aide spécialisé.

Cette éducation, une fois faite, rend à l'opérateur des services immenses car elle ne comporte aucun des inconvénients de l'anesthésie générale.

La rachi-anesthésie est une très bonne méthode, à condition qu'elle soit faite seulement pour les grandes opérations. M. Pauchet ne comprend pas qu'on fasse une rachi-anesthésie pour opérer les hémorroïdes, une hydrocèle, une hernie, voire même une appendicite. Il y a disproportion entre la gravité de l'anesthésie et l'importance de l'opération. La rachi-anesthésie est excellente pour faire une amputation abdomino-périnéale du rectum, voire même un fibrome ou un cancer du col utérin, mais pas pour les petites opérations, puisque sa gravité est égale à celle du chloroforme. Son avantage est de rendre les grandes opérations plus faciles; donc elle améliore leur pronostic.

Les interventions chirurgicales et le régime chez les diabétiques. — M. Paul Delbet. Il est de règle, dans les opérations sur les diabétiques, de faire précéder l'intervention d'une cure de déglycémisation, et cela pour supprimer l'action favorisante du sucre sur l'infection. Cette pratique est défectueuse ; les travaux de chimistes contemporains (Chabanier, Rathery, Binet) montrent, en effet, que la chute de la teneur du sang en sucre a pour corollaire le développement de l'acidose. Il en résulte que, en cherchant à juguler par la diminution du glucose, une infection, évitable d'ailleurs par d'autres méthodes, on conduit les opérés au coma diabétique.

Actuellement, dans toutes les affections non septiques (kystes de l'ovaire, fibromes, etc.) et dans les affections septiques extirpables à l'aide d'incisions passant dans les tissus sains (gangrène des extrémités, anthrax), non seulement l'auteur ne cherche pas à abaisser le taux de la glycémie, mais encore il donne aux futurs opérés des aliments hydrocarbonés et même du sucre. Trois amputations faites pour gangrène avec déglycémisation presque complète lui ont donné trois morts par coma diabétique; trois opérations faites après traitement par le régime hydrocarboné lui ont donné trois succès.

Traitement du cancer du côlon pelvien. — M. Pauchet indique le traitement à appliquer dans les cas de cancer avec occlusion aiguë, ventre ballonné (anus cæcal), ventre peu ballonné (laparotomie et résection de l'intestin) et dans les cas de cancer sans occlusion : cancer bas situé (amputation abdomino-péritonéale), anse pelvienne longue (résection segmentaire et abouchement termino-terminal).

Complications. — a. *Adhérences à l'utérus.* — Se garder de libérer la tumeur d'avec l'utérus. Se porter immédiatement vers le cul-de-sac vaginal antérieur; désinsérer le vagin, amener l'utérus dehors avec la tumeur et le côlon et réséquer le côlon avec l'utérus. L'adhérence de ce dernier empêche l'écoulement du pus et des matières pendant l'opération.

b. *Adhérences à la vessie.* — Si la vessie est prise, l'exciser partiellement et suturer.

c. *Adhérences à l'uretère.* — Si l'uretère est envahi par le cancer, le réséquer, lier son bout supérieur, d'où atrophie du rein ou néphrectomiser secondairement. Si l'uretère est simplement coupé, le réimplanter dans la vessie ou le suturer bout à bout.

d. *S'il y a abcès péricolique profond*, près du Douglas, il faut réséquer en masse la tumeur, tamponner le rectum au fond de la plaie, amener la tumeur au dehors, réséquer le plus possible du côlon et terminer par une colostomie iliaque gauche définitive. Le tamponnement rectal est enlevé huit jours plus tard.

Cas d'hémorragies utérines inexpliquées. — M. Robert Loewy a fait l'année dernière, à une jeune femme ayant eu deux enfants, immédiatement après ses règles une périnéorraphie antérieure à la novocaïne-adrénaline. L'utérus n'avait pas été touché. Suites absolument normales. Mais le douzième jour, hémorragie profuse survenant à minuit et mettant ses jours en danger. Tamponnement. Guérison.

M. Loewy a refait dernièrement, chez une jeune femme ayant eu trois enfants, un périnée antérieur et un périnée pos-

térieur à la novocaïne-adrénaline. L'utérus n'avait pas été touché. Neuf jours après, une hémorragie utérine survint qui faillit emporter la malade.

Pas de syphilis dans aucun de ces cas.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie interne et de diagnostic (1) [Collection des guides de médecine pratique], par le Dr Roger HYVERT. 5e édition entièrement revue et augmentée.

Le précis du Dr Hyvert, si pratique dans sa conception, si commode par son format en est à sa 5e édition, c'est dire le succès si justifié de cet excellent manuel.

Comme dans les précédentes éditions, les maladies sont classées par ordre alphabétique. C'est donc un véritable dictionnaire dans lequel les questions sont résumées d'une façon schématique mais très substantielle. Cet ouvrage, si apprécié des praticiens, le sera également des étudiants qui trouveront en lui un guide sûr et clair. L. G.

Observations cliniques et recherches expérimentales sur l'anesthésie générale par éthérisation rectale. Contribution à l'étude de l'absorption par le rectum (2), par le Dr Philippe LACROIX. (Travail de l'Institut physiologique de la Faculté de Strasbourg.)

De ce très important travail consacré à l'étude clinique et expérimentale de l'anesthésie par injection d'éther, l'auteur tire les conclusions suivantes :

« *A.* OBSERVATIONS CLINIQUES. — Neuf anesthésies ont été pratiquées. Nous avons obtenu quatre fois une anesthésie suffisante (obs. I, IV, V et VIII), trois anesthésies médiocres (obs. II, VI et VII) et deux échecs complets (obs. III et IX). Deux cas d'inflammation grave de la muqueuse rectale (obs. VIII et IX) nous ont fait abandonner cette méthode. Nous avons, dans le chapitre III, p. 33, discuté les indications de l'anesthésie par éthérisation rectale qui sont, en définitive, peu nombreuses et qui nous semblent faites surtout des contre-indications des autres méthodes d'anesthésie.

B. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES. — I. *Expériences sur l'animal.* — Nos expériences ont été faites sur le chien. Nous avons dosé l'éther dans le sang à des intervalles de temps variables après l'injection rectale. Ces dosages ont montré qu'il était difficile, sinon impossible, d'atteindre la dose qui, dans le sang, produit l'anesthésie, c'est-à-dire 100 à 120 milligrammes d'éther pour 100 centimètres cubes de sang, d'après Nicloux. Sur huit animaux, un seul a dormi; la quantité d'éther dans le sang s'élevait à 100 milligrammes pour 100 centimètres cubes (expérience III, p. 19). Elle a atteint 96 milligrammes pour 100 centimètres cubes dans une autre expérience (expérience IV, p. 22), mais, d'une façon générale, a oscillé entre 20 et 50 milligrammes pour 100 centimètres cubes de sang sans ébauche d'anesthésie.

Nous avons observé, d'autre part, que la muqueuse rectale perd une partie de son pouvoir d'absorption quand on tente une anesthésie sur un animal ayant déjà servi à une précédente expérience (expérience V, p. 22).

II. *Absorption de l'alcool par la muqueuse rectale.* — Le fait précédent a été, d'ailleurs, confirmé par des expériences avec l'alcool. Nous avons constaté que la muqueuse rectale d'un animal ayant reçu auparavant une injection d'éther absorbe une quantité d'alcool très notablement inférieure à celle absorbée par le rectum de l'animal sain.

Nos expériences ont montré, p. 25, le pouvoir considérable d'absorption, absolument comparable à celui de l'estomac, de la muqueuse rectale pour l'alcool.

III. *Mesure des tensions de vapeur.* — On trouvera, p. 30, un certain nombre d'expériences sur les mesures des tensions de vapeur des différents mélanges d'éther et d'huile à des températures voisines de celle de l'organisme.

IV. *Interprétations des résultats.* — Nos expériences nous ont conduit, pour expliquer les variations d'absorption de l'éther par le rectum, à formuler l'hypothèse suivante (voir pour les détails, le chapitre III, p. 39, consacré à l'interprétation des résultats) : le rectum possède un pouvoir d'absorption considérable, mais qui serait rapidement diminué par des modifications de la muqueuse immédiatement consécutives à l'injection rectale d'éther et variables suivant les individus. Dès lors, puisque le poumon fonctionne comme organe d'élimination, si le rectum absorbe moins d'éther, la quantité d'anesthésique éliminée au niveau du poumon devient supérieure à celle absorbée par le rectum et l'éther diminue rapidement dans le sang. Il arrive un moment où ces deux quantités, absorbée et éliminée, sont à peu près égales pendant un certain temps et où la quantité dans le sang reste sensiblement constante, mais habituellement cette quantité n'est pas suffisante pour provoquer ou maintenir l'anesthésie. C'est ce que montrent fort bien nos courbes.

Nos observations cliniques, corroborées par l'étude expérimentale de l'anesthésie par éthérisation rectale, nous permettent de formuler notre opinion nettement : ce mode d'anesthésie qui ne semble pas avoir d'indication bien formelle ne saurait être que très exceptionnellement préféré à l'anesthésie par inhalation, moins brutale dans son emploi et plus sûre dans ses résultats. » L. G.

Valeur des variations morphologiques du bacille tuberculeux au point de vue du diagnostic et du pronostic de la tuberculose pulmonaire (1), par le Dr André ROLLOT.

Sur les conseils de M. le prof. Fernand Bezançon, dans son service de l'hôpital Boucicaut, M. Rollot a repris « l'étude systématique du bacille tuberculeux dans les crachats, chez un certain nombre de malades pour lesquels, d'autre part, on avait cherché à préciser la forme clinique par toutes les autres méthodes d'investigation : radioscopie, cuti-réaction, étude des affections associées, réaction de fixation du complément, étude de la formule hémoleucocytaire »; les malades ont été examinés par M. Fernand Bezançon lui-même, c'est dire avec quel soin.

Partant de cette base, M. Rollot a écrit une thèse tout à fait remarquable dont voici les conclusions :

« De l'étude de ces cas, il ressort qu'il est impossible, au point de vue pratique, de tirer parti de la morphologie du bacille pour en déduire qu'on est en présence d'une forme clinique plutôt que d'une autre; on peut voir dans les formes graves des bacilles granuleux aussi bien que des bacilles homogènes; il est intéressant de noter que, bien souvent, dans les jours qui ont précédé la mort, nous avons vu apparaître presque exclusivement des bacilles granuleux, alors qu'auparavant on avait trouvé des bacilles homogènes; par contre, nous n'avons pas observé de bacilles granuleux dans les cas favorables et évoluant vers l'amélioration, contrairement aux affirmations d'un certain nombre de publications récentes concernant certains médicaments spécialisés et qui tendraient à faire croire que, sous l'influence du médicament préconisé, apparaîtraient dans l'expectoration des bacilles granuleux, ceux-ci étant d'un pronostic favorable et indiquant une amélioration.

Nous faisons une réserve pour les formes fibreuses avec emphysème, où les cas observés n'ont pas été assez nombreux pour qu'on puisse en déduire des conclusions solides et où dans un cas existaient de rares granuleux et dans un autre de très nombreux granuleux (apparition d'ailleurs suivie quelques jours après de bacilles homogènes dans ce dernier cas).

Dans les cas assez fréquents où l'on voit alterner des bacilles homogènes et des bacilles granuleux, il nous a été impossible de superposer à l'observation bactériologique aucune modification clinique appréciable, aggravation de la poussée ou au contraire amélioration.

La forme des bacilles n'est pas non plus en rapport avec leur nombre et, si nous avons trouvé quelquefois la forme granuleuse coïncidant avec le petit nombre des bacilles, dans d'autres cas, nous avons trouvé la même forme alors que les bacilles étaient très nombreux. » L. G.

(1) Th. de Paris, 1921. — Paris, Le François.

(1) In-8 broché. — Prix : 15 francs. — Paris, Maloine.

(2) Paris, Imprimerie Maretheux.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 juillet. — MM. Lemeland et Lequeux, 28.

Séance du 23 juillet. — MM. Guéniot, 27; Ecalle, 29.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Ecalle et Lemeland.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Bougault, agrégé, est nommé, à partir du 1er novembre 1921, professeur de pharmacie galénique.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Piqué est nommé professeur d'anatomie.

— Toulouse. — M. Caubet est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile.

M. Dambrin est nommé professeur de clinique chirurgicale.

— La chaire de médecine opératoire de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est transformée en chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le prof. Fernand Widal est élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

Le monde médical tout entier se réjouira de cette haute distinction accordée à l'un des savants qui honorent le plus la science française. Qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser ici nos très respectueuses et très affectueuses félicitations.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Arloing (de Paris), Barnsby (de Poitiers), Boussenat (de Paris), Brin (d'Angers), Bureau et Col (de Nantes), Dauzats (de Paris), Gaujoux (d'Aix), Heuilly (de Nancy), Hutinet (de Paris), Juillet (de Montpellier), Maurice [Albert] (de Paris), Mayer (de Strasbourg), Mouriquand et Policaret (de Lyon), Ponthieu (de Doullens), Raybaud (de Marseille), Rémy (de Nancy), Reverchon (de Paris), Reynès (de Marseille), Ricard (d'Agen), Roques (de Montauban), Rouslacroix (de Marseille), Samalens (d'Auch), Tondeur (de Lille), Vassal (de Charleville).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Allembach (de Strasbourg), Bostetter (de Brumat), Frizac (de Rambouillet), Gueit (de Montpellier), Guérithault (de Nantes), Jouhaud (de Limoges), Mahaut (de Lyon), Mayoud (de Vienne), Moog (de Toulouse), du Pasquier (du Havre), Pau (de Paris), Raynaud (d'Alger), Roussel (de Lyon), Schaaff (de Strasbourg), Sinaud (de Guéret), Sonneville (de Lille), Tacquet (d'Abbeville), Vezeaux de Lavergne [de] (de Paris), Vincent (de Lyon), Vinsonneau (d'Angers), Garsonnin (d'Orléans).

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DES MUTILÉS ET RÉFORMÉS DE GUERRE DE LA SEINE. — L'aide immédiate (Reconnue d'utilité publique). École pratique de rééducation professionnelle de Paris, 5, rue d'Aligre, Paris (12e). — L'œuvre fait connaître aux médecins qu'elle a une section d'apprentissage de mutilés de guerre très bien placée pour exécuter, par séries de six mois ou d'un an, la reliure ou la brochure des livres, des journaux ou des revues.

L'atelier de papeterie se charge d'une façon courante de ces travaux et ceux-ci ont toujours donné satisfaction à la clientèle. A titre de références, l'atelier a exécuté des reliures commerciales pour de grandes librairies, telles que la Librairie Pigier, et des reliures de bibliothèques pour de grands

lycées : Lycées Carnot, Montaigne, etc. Le seul but de la demande étant de procurer des travaux à nos pupilles mutilés, les prix sont très modérés, on prend et livre à domicile.

NOTES DE PRATIQUE

ALBUMINURIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Régime lacto-végétarien hypochloruré.
Restriction des liquides (1.200 g. par 24 heures).
Deux à trois fois par jour, un cachet de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée, pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.
Si le cœur fléchit, digitale à petites doses ou employer la Théosalvose digitalique (2 à 3 cachets de 0g50 par jour).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES TARIFS MÉDICAUX RELATIFS AUX INVALIDES DE GUERRE

Le *Journal officiel* du 20 juillet, publie le décret suivant, consacrant l'accord intervenu avec les représentants du corps médical et avec la commission tripartite composée de délégués de l'administration, des mutilés et des médecins, au sujet de la fixation des tarifs pour la rémunération des soins médicaux auxquels les invalides de la guerre ont droit en vertu de la loi des pensions.

Ce décret, approuvé par le Conseil d'Etat, divise les communes en trois catégories, au lieu de cinq catégories que prévoyait le décret du 9 mars 1921 :

« ARTICLE PREMIER. — Les articles 1er et 3 du décret du 9 mars 1921 sont remplacés par les dispositions suivantes :

Article premier. — Le prix de la consultation et de la visite médicale, y compris les menues interventions telles que pansements simples, petits massages, pointe de feu, ventouses, injections hypodermiques, est fixé comme suit :

1° Communes de 5.000 habitants au plus :

Consultation.................... 5 fr.
Visite.......................... 6 fr.

2° Communes de 5.001 à 100.000 habitants et communes des régions libérées :

Consultation.................... 7 fr.
Visite.......................... 8 fr.

3° Communes au-dessus de 100.000 habitants :

Département de la Seine et cantons suivants du département de Seine-et-Oise : Versailles, Argenteuil, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres, Montmorency, le Raincy ;

Communes dont la totalité ou la partie la plus importante de la population se trouve située dans une zone de 2 kilomètres à partir de la limite administrative des villes de 200.000 habitants et au-dessus.

Consultation.................... 8 fr.
Visite.......................... 10 fr.

Lorsqu'il sera procédé à une visite, le billet de visite devra faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin.

Le tarif applicable est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi de 1919.

Art. 3. — Le prix de la visite est doublé lorsque, dans les cas d'urgence, elle doit avoir lieu entre vingt heures et six heures.

Mesures transitoires

ART. 2. — Les tarifs fixés ci-dessus s'appliqueront à toutes les visites et consultations faites en vertu de la loi du 31 mars 1919 depuis le jour de son application; toutefois, dans les départements où des tarifs spéciaux ont été approuvés par le ministre des pensions, sur la proposition du préfet, les prix ainsi fixés seront appliqués pour tous les soins donnés antérieurement à la publication du présent décret. »

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE POUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE 4 DU DÉCRET DU 9 MARS 1921 CONCERNANT LES FRAIS DE DÉPLACEMENT DES MÉDECINS.

L'application de l'article 4 du décret du 9 mars 1921 a soulevé deux questions :

1°. Aux termes du paragraphe 3 dudit décret, l'indemnité kilométrique n'est allouée en aucun cas pour les parcours de moins de 2 kilomètres. Que faut-il entendre par parcours de moins de 2 kilomètres?

2° Au delà de ce parcours minimum, comment seront payées les fractions de kilomètre?

Ces questions comportent les réponses suivantes :

1° L'article 4, paragraphe 3, du décret du 9 mars doit être interprété en ce sens que l'indemnité kilométrique n'est pas allouée lorsque la distance entre le domicile du malade et le domicile du médecin est inférieure à 1 kilomètre, c'est-à-dire lorsque le parcours ne comporte pas une distance totale de 2 kilomètres, aller et retour;

2° En ce qui concerne les fractions de kilomètre effectuées au delà du parcours minimum de 2 kilomètres, celles égales ou inférieures à 500 mètres ne comportent pas d'indemnité kilométrique, celles supérieures à 500 mètres sont tarifées comme 1 kilomètre.

LIVRES NOUVEAUX

Dermatologie usuelle. Diagnostic et traitement (1), par le Dr Raymond BARTHÉLEMY, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, médecin de l'hospice départemental de Nanterre. Préface du Dr BALZER.

Présenté sous la forme d'un aide-mémoire dans lequel les maladies sont rangées très pratiquement par ordre alphabétique, le petit livre du Dr Raymond Barthélemy est un excellent livre de vulgarisation qui sera très goûté par les étudiants et surtout par les praticiens qui ne font pas tous les jours de la dermatologie.

Nul ne pouvait mieux réaliser un pareil livre que le Dr Raymond Barthélemy. Ses études à Saint-Louis, une tradition familiale le désignaient particulièrement pour écrire ce livre qui remportera certainement un succès du meilleur aloi.

L. G.

Les Maladies des femmes et leur cure hydro-minérale (2), par le Dr L.-M. PIENA.

C'est le résultat de son expérience personnelle à Luxeuil que notre excellent confrère le Dr Piena expose dans ce nouveau petit livre. Gynécologue expérimenté, esprit clair, connaissant à fond les ressources hydrominérales de France, le Dr Piena montre la grande place qu'il faut faire aux cures hydro-minérales dans le traitement des affections génitales de la femme. On lira avec intérêt cet intéressant volume que l' « Expansion scientifique française » nous présente d'une façon particulièrement soignée et même élégante.

F. L. S.

(1) In-8. — Prix : 7 francs. — Paris, Louis Arnette.
(2) L'Expansion scientifique française, 7, rue de Valois, Paris.

TOCHLORINE

Paratoluène-sulfo-chloramine

Donne des solutions antiseptiques inodores, incolores, pratiquement dénuées de toxicité, ne précipitant ni ne coagulant les protéines du sérum sanguin.

INDICATIONS PRINCIPALES :

USAGE INTERNE :

Désinfection intestinale, etc., 20 centigrammes par jour ou davantage, suivant prescription médicale.

USAGE EXTERNE :

Irrigation des blessures profondes	Solution	3	%
Pansement des plaies superficielles.	»	1 ½	%
Blessures de la bouche et mâchoire.	»	1	%
Injections urétrales, Lavage de vessie	»	1/2	%

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES

92, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE - PARIS (IIIe)



NOUVEAU
SEL DE CHAUX
INJECTABLE
INDOLORE

Gaurol

RECALCIFICATION
INTENSIVE

Autofixation dans les tissus
du Phosphate Tricalcique
naissant et colloïdal.

Une ampoule de 1 cc. par jour
en injections sous-cutanées
ou intramusculaires.

DRAEGER

ANUS ILIAQUE

AVEC TORSION EN BOUCLE DE L'ANSE INTESTINALE POUR OBTENIR LA CONTINENCE DES MATIÈRES FÉCALES

Par M. MAUCLAIRE,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Bien des procédés opératoires ont été essayés pour obtenir la continence des anus iliaques. Certes, quelques opérés ont un anus iliaque supportable en faisant le matin un lavage du côlon descendant, en prenant un peu d'opium et en mettant de la poudre de camphre dans leur pansement. Ils ont une journée tolérable pour eux et leurs voisins.

A la longue, y a-t-il une adaptation fonctionnelle du bout supérieur?

Brenner (1) affirme que, avec l'anus iliaque ordinaire, il se fait souvent naturellement une déformation en siphon du bout supérieur aboutissant à la peau (fig. 1). Il serait facile de vérifier cette affirmation en faisant des injections de bismuth dans le bout supérieur et en radiographiant ensuite le malade.

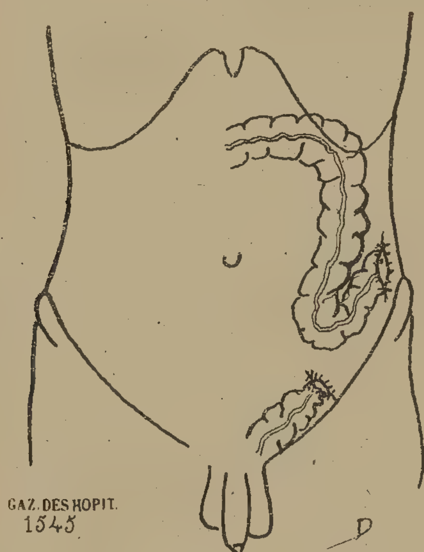


Fig. 1. — *Anus iliaque.* — Déformation spontanée en syphon du bout supérieur, d'après Brenner.

Albert (1885), Verneuil, Maydl ont conseillé de dissocier les muscles de la paroi abdominale en suivant leurs faisceaux.

Witzel essaya sans grand succès la fistulisation oblique à travers le muscle droit.

Puis il essaya une colostomie à travers le bord supérieur du grand fessier (1889). L'S iliaque est attiré sous le pont formé par les parties molles cutanéo-musculaires séparant l'incision iliaque et l'incision fessière. Si le sphincter artificiel constitué par le bord supérieur du muscle fessier reste insuffisant, il est facile d'obtenir l'occlusion de l'anus à l'aide d'une simple pelote appliquée au niveau du trajet sous-cutané de l'intestin, celui-ci étant dès lors comprimé contre l'os iliaque, d'où une certaine continence.

Linkinheld, qui a employé cette technique, déclare que la coudure de l'intestin par-dessus la crête iliaque suffisait à réaliser l'occlusion intermittente.

Rappelons que, pour l'anus sacré, Gersuny (1893) tordait le bout supérieur une fois ou une fois et demi sur son axe.

Frank (1893) fait passer l'anse sous un pont cutané.

Gleich (1894) n'hésite pas à perforer la fosse iliaque pour attirer le côlon et le fixer à la peau. La continence est assurée au moyen d'une simple pelote qui bouche l'orifice en s'appuyant sur l'os iliaque.

Rydygier (1894) tord le bout supérieur de l'S iliaque sur son axe à la manière de Gersuny.

Braun (1894) conseille de faire un anus iléo-crural. L'S iliaque est attirée dans une incision iliaque. Le lendemain l'anse est sectionnée et le bout supérieur est attiré sous la peau dans la région crurale.

Chez un malade ayant une diarrhée profuse, il releva le pont cutané avec l'anse adhérente, et il sutura les deux bords interne et externe de ce lambeau cutané entourant l'intestin. Cette véritable trompe intestino-cutanée, longue de 10 centimètres, pouvait être introduite dans le réservoir d'un appareil.

Roux (1895) amène l'S iliaque dans le bord supérieur de la symphyse pubienne échancrée. La pelote de l'appareil qui fermera l'anus par intermittence prend un bon point d'appui osseux sur le pubis. Le bout supérieur a été tordu un peu suivant le procédé de Gersuny.

Von Hacker (1899) fait aussi la colostomie à travers le muscle grand droit de l'abdomen, suivant un trajet un peu oblique en dedans, dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Pour plus de détails sur la technique des procédés sus-indiqués, je renvoie au livre de Jeannel (1).

Marro (2) a conseillé également le passage du bout supérieur à travers le muscle droit après un trajet dans les parties molles de la paroi, et en lui faisant subir une petite torsion.

En 1900, le prof. Hartmann et Dubouchet ont préconisé la dissociation méthodique des trois muscles de la paroi abdominale suivant la direction de leurs faisceaux et ils se déclarent très satisfaits de ce procédé.

Pauchet (3) conseille l'abouchement du bout supérieur à la paroi abdominale à travers la boutonnière musculaire (grand droit ou petit oblique) après torsion sur l'axe à 180°.

Jules François (d'Anvers) a utilisé (1920) la méthode des tubes de peau placés dans l'épaisseur des parties molles. On connaît l'emploi de cette méthode pour cinématiser des moignons d'amputation afin de faire passer dans ces tubes cutanés des lacs qui, par leur traction, déterminent des mouvements des doigts ou de la main ou du pied (Vanghetti).

Ombrédanne a utilisé ces tubes cutanés artificiels pour rendre continents des orifices d'épispadias et d'incontinence d'urine par insuffisance du sphincter dans le spina bifida.

Jules François a eu recours à cette méthode pour oblitérer à volonté des anus iliaques (4). Il fait donc deux tubes cutanés, l'un en dedans, l'autre en dehors de l'anus iliaque. Un appareil comprenant deux tiges rapprochables par une vis, est appliqué

---

(1) Brenner. *Centralbl. f. Chir.*, 1913, p. 1452.

(1) Jeannel. *Chirurgie de l'intestin*, 2e édition (1910).

(2) Marro. Continence des matières fécales dans la colostomie iliaque, *Ann. of surg.*, fév. 1911.

(3) Pauchet. Traitement du cancer du rectum, *Presse méd.*, 1920, p. 707.

(4) Jules François. *Presse méd.*, 4 mai 1921, et rapport Ombrédanne. *Soc. de chir.*, 16 mars 1921.

de telle sorte qu'une tige entre dans chaque tube. En rapprochant les deux tiges, on ferme momentanément l'anus iliaque.

A mon tour, j'ai essayé plusieurs techniques que voici :

PREMIÈRE TECHNIQUE (1910). — *Anus iliaque en cæcum.* — Dans ce procédé que j'ai essayé plusieurs fois

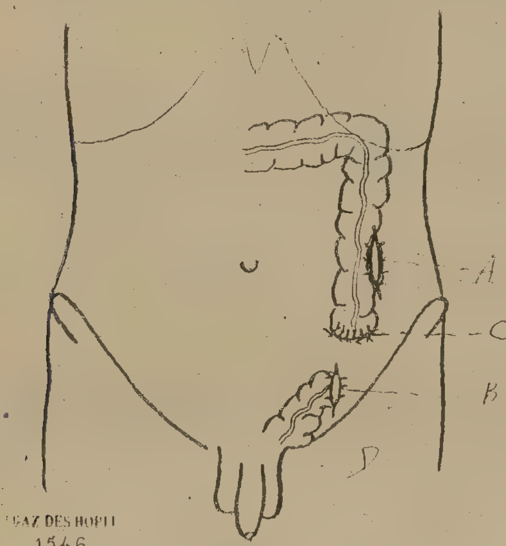


FIG. 2. — *Anus iliaque en cæcum.* — A. Orifice cutané du bout supérieur; — B. Orifice cutané du bout inférieur; — C. Extrémité inférieure invaginée du bout supérieur.

en 1910, j'ai procédé ainsi : 1° section de l'S iliaque à sa partie moyenne ; 2° abouchement du bout inférieur à la peau un peu au-dessus de l'arcade crurale; 3° fermeture par invagination du bout supérieur; 4° abouchement à la peau du bout supérieur à 10 centimètres au-dessus du cul-de-sac déclive de ce bout supérieur (fig. 2).

J'ai employé plusieurs fois cette technique que j'avais décrite dans une leçon faite en 1910 à la Charité et reproduite en partie dans la Clinique (15 avril 1910). Mais ce procédé est un peu long, car les sutures à faire sont nombreuses.

DEUXIÈME TECHNIQUE (1916). — *Anus iliaque avec demi-torsion en boucle du bout supérieur* (fig. 3).



FIG. 3. — *Anus iliaque avec demi-torsion en boucle du bout supérieur.* — L'anse une fois sectionnée, les matières sortent par l'orifice cutané inférieur, suivant la direction de la flèche.

(Dessins dus à l'extrême obligeance de M. Desnoyer, interne des hôpitaux.)

Ce procédé comporte les différents temps suivants :
1° Attraction au dehors de l'S iliaque;
2° Torsion en boucle de cette anse;
3° Passage d'une baguette dans le méso iliaque;
4° Section totale de l'S iliaque jusqu'à la baguette deux jours après, un peu au-dessus du milieu de l'anse extériorisée. Par suite de la mésosigmoïdite rétractile consécutive, l'anse extériorisée rentre peu à peu dans le ventre et les deux orifices intestinaux restent à fleur de peau.

Plusieurs fois, le méso étant infiltré ou assez adhérent, je n'ai fait qu'une demi-boucle et les deux orifices ne sont plus alors, l'un supérieur et l'autre inférieur, comme avec la torsion totale. Ils sont l'un externe et l'autre interne, s'il n'y a qu'une torsion d'un quart de cercle.

Dans quelques cas d'adhérence de l'S iliaque à la fosse iliaque, on pourrait rendre mobilisable l'intestin iliaque en pratiquant son décollement suivant son plan de clivage avasculaire, comme l'a conseillé P. Duval pour la résection de l'S iliaque.

On comprend facilement le mécanisme de la continence dans le cas de « torsion en boucle ». Le bout supérieur décrit une courbe à concavité supérieure, d'où une tendance pour ce bout supérieur à former siphon, ce qui produit une certaine continence. Un mois après l'opération, j'ai fait radiographier mon dernier opéré après lui avoir injecté du bismuth dans le bout supérieur. On voit très bien une courbure en siphon, mais pas aussi marquée que celle représentée par Brenner.

J'avais déjà indiqué ce procédé, en 1917, dans mon livre sur *La Chirurgie de guerre* (p. 476). Depuis, je l'ai pratiqué six fois dans des cas de cancer du rectum et j'en ai été très satisfait. Les malades ont un anus suffisamment continent, ils ne vont à la selle que deux fois par jour. Les matières sortent en masse. Deux des malades prenaient tous les deux jours une cuillère à café d'huile de ricin pour que les matières soient un peu plus molles et sortent plus facilement.

J'ai cru intéressant de faire connaître surtout mon deuxième procédé, car je crois qu'il est appelé à rendre des services au point de vue de la continence relative des anus artificiels iliaques.

On n'obtiendra jamais un « vrai sphincter », car qui dit sphincter dit irritation sensitive de la muqueuse intestinale et, par action réflexe, contracture et relâchement volontaire des fibres musculaires de ce néo-sphincter.

Schmieden (1) a conseillé la formation d'une courbure qui produit une ampoule pour les anus sacrés ou abdominaux. Il pense que, dans certains cas, un tiraillement du péritoine au moment où l'ampoule artificielle se remplit peut éveiller une « douleur signal » sous l'influence de laquelle les muscles abdominaux se contracteront et la continence sera assurée au moins durant quelque temps; le rétrécissement de l'orifice s'opposera à l'émission involontaire des matières.

J'ai interrogé plusieurs opérés d'anus iliaque pour savoir s'ils avaient une sensation spéciale annonçant la nécessité ou l'imminence involontaire de l'issue de matières fécales par l'anus artificiel. Tous m'ont dit ne pas avoir cette sensation préalable. Il ne peut donc pas y avoir de contraction isolée des fibres musculaires entourant l'orifice de l'anus artificiel.

(1) SCHMIEDEN *Soc de méd. de Berlin,* 18 juin 1912, et *Semaine méd.*, 1912, p. 311.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

DE L'ACCOUCHEMENT EN PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES

Par M. le docteur Bourret,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, Accoucheur de la Maternité du Creusot.

L'accouchement étant, vous le savez, l'ensemble des phénomènes *mécaniques* et *physiologiques* qui accompagnent, au terme de la grossesse, l'expulsion du fœtus, nous allons passer rapidement en revue les particularités qui caractérisent ces phénomènes dans le cas de présentation du siège décomplété mode des fesses.

Phénomènes mécaniques. — *Engagement.* — Qu'il s'agisse d'un siège complet ou d'un siège décomplété mode des fesses, le plus grand diamètre ou plus exactement le diamètre le moins réductible de la présentation est le bitrochantérien ; c'est donc lui qui va s'orienter, le plus généralement, suivant l'un des obliques du bassin, exceptionnellement, dans les bassins aplatis par exemple, suivant le transverse. Mais si le diamètre d'engagement est le même dans les deux cas, cela ne veut pas dire que le volume de la présentation est identique : le siège complet est considérablement plus volumineux que le siège en mode des fesses, et c'est ce qui explique la particularité essentielle de l'engagement dans ce cas : alors que l'engagement dans le siège complet est, en général, tardif et ne se fait, le plus souvent, que sous les premières contractions du travail, dans le siège décomplété mode des fesses, l'engagement a lieu, au contraire, habituellement dans les derniers mois de la grossesse ; il ressemble donc, tout à fait, à l'engagement précoce de la présentation du sommet, de là des erreurs de diagnostic fréquentes, aussi bien au palper qu'au toucher, qui indique une présentation régulière, arrondie, coiffée d'un segment inférieur parfaitement constitué.

Descente. — La descente dans le siège décomplété mode des fesses doit forcément se faire en ligne droite. En effet, suivant la remarque de Tarnier, les membres inférieurs relevés au-devant de la poitrine constituent deux attelles rigides qui, maintenues par le tassement, rendent impossible toute inflexion latérale.

Dégagement. — Les mêmes difficultés d'inflexion latérale gêneront naturellement le dégagement ; le siège ne saura se dégager autour de la symphyse qu'en décrivant une courbe très longue, qui amènera l'orifice anal a regarder directement en haut, « à bombarder le ciel » suivant l'expression consacrée.

Phénomènes physiologiques. — La formation précoce et parfaite du segment inférieur résulte de la facilité de l'engagement; pour la même raison, la poche des eaux est habituellement plate comme dans le sommet, et comme dans le sommet aussi, les procidences du cordon sont plus rares, mais plus graves que dans le siège complet. Par contre, la longueur et la lenteur de la descente nécessitent, en général, une durée et une efficacité toute particulières des contractions utérines, surtout, naturellement, chez les primipares. Mais la principale particularité physiologique de l'accouchement en siège décomplété résulte de l'engagement trop facile de cette présentation à travers un col souvent incomplètement dilaté : cette éventualité n'est évidemment guère à craindre, lorsque l'enfant est bien à terme et volumineux, mais elle se produit presque toujours lorsque le fœtus est petit; elle a naturellement des conséquences graves, car les bras se relèvent sur les lèvres du col, et la tête s'y défléchit, d'où des difficultés d'extraction, certainement plus fréquentes dans le siège mode des fesses que dans le siège complet.

Le mécanisme, considéré comme normal, peut être troublé, présenter un certain nombre d'anomalies ; l'engagement peut se faire en transverse, cas peu favorable d'après Mme Lachapelle et Moreau ; il peut y avoir de l'asynclitisme dû, soit à l'obliquité utérine, soit à un rétrécissement du bassin ; il peut également y avoir défaut d'engagement ; la descente qui, normalement, doit amener sous la symphyse la hanche la plus rapprochée, peut ne pas se faire, ou se faire d'une façon exagérée, ou enfin se faire en arrière, donnant lieu aux variétés sacro-pubienne ou sacro-sacrée, créant une dystocie particulière du dégagement qui devient, sinon impossible (Baudelocque), du moins particulièrement pénible.

Toutes ces considérations expliquent que, malgré pourtant l'opinion contraire de certains auteurs (Bloc, Bonnaire, Dubrisay), on admette, en général, que le pronostic de l'accouchement en présentation du siège décomplété mode des fesses soit plus grave que celui du siège complet. Cette aggravation du pronostic se traduit par une mortalité infantile qui, dans la plupart des statistiques, oscille aux environs de 10 p. 100 et une fréquence des interventions qui sont nécessaires dans 15 à 20 p. 100 des cas.

Le pronostic doit être, bien entendu, cela se conçoit aisément, particulièrement réservé dans les cas de parturiantes primipares, et de fœtus ou trop gros ou trop petits.

Conduite a tenir. — I. *Pendant la grossesse.* — La gravité du pronostic justifie pleinement les tentatives de version par manœuvres externes vers la fin de la grossesse; malheureusement, ces manœuvres échouent fréquemment, notamment chez la primipare, c'est-à-dire, précisément dans les cas où elles seraient particulièrement utiles ; cela tient à ce que le fœtus en siège décomplété constitue, vous le savez, une tige rigide qui s'infléchit difficilement pour adapter ses diamètres à ceux de l'utérus, à ce que les parois abdominales et utérines de la primipare se laissent difficilement déprimer, et enfin à ce que, comme l'enseignent certains auteurs, ce mode particulier de présentation coïncide fréquemment avec l'oligoamnios.

Le meilleur moment pour pratiquer la version par manœuvres externes est le courant du septième mois, plus tard elle est, en général, impossible ou dangereuse par la mobilisation du cordon qu'elle détermine. Dans certains cas de rétrécissements du bassin (aplati) et si l'on soupçonne un placenta prævia, il y a avantage à conserver la présentation du siège.

II. *Pendant le travail.* — La conduite que vous aurez à suivre en présence d'un accouchement en présentation du siège décomplété mode des fesses doit être basée sur un certain nombre de considérations qui découlent pour la plupart des notions

de mécanique obstétricale que nous avons brièvement exposées.

Si vous voulez bien vous rappeler que dans tout accouchement en siège, il s'agit de faire passer à travers la filière pelvienne trois parties fœtales de volume que l'on peut considérer comme progressivement croissant, siège, épaules, tête, vous conclurez naturellement que, surtout dans le siège mode des fesses, vous aurez intérêt à ne pas diminuer le volume déjà trop restreint de la présentation. D'autre part, n'oubliez pas que les trois accouchements, dont se compose en réalité l'accouchement en siège : siège proprement dit, épaules et tête, ne sont pas absolument indépendants l'un de l'autre; évitez donc toute mobilisation fœtale qui risque de désolidariser les parties fœtales, les unes des autres, ne croyez pas que vous aurez fait œuvre utile, si, pour favoriser l'issue d'un siège qui ne demande qu'à sortir seul ou presque, vous avez créé une dystocie autrement redoutable par le relèvement des bras ou la déflexion de la tête dernière; rappelez-vous bien que dans l'accouchement en siège, les grosses dystocies, les anomalies de rotation, sont créées, le plus souvent, par l'accoucheur dont l'intervention maladroite ou intempestive déplace les parties fœtales, ou sollicite la rétraction utérine.

En règle générale et pour vous donner une directive précise, n'intervenez pour extraire artificiellement un siège, qu'il soit complet ou décompléte, que dans les cas correspondant à ceux où en présentation du sommet, vous feriez une application de forceps.

Ces notions générales étant bien établies, voyons-en l'application.

En pratique, vous vous trouverez en présence de deux variétés de cas : tantôt, vous aurez à surveiller, à assister dès le début du travail, une malade qui a une présentation du siège décompléte mode des fesses; dans d'autres cas, vous serez appelé à un moment quelconque, pour parer à un accident survenant dans la marche de l'accouchement.

Premier cas. — Vous avez à surveiller un accouchement mode des fesses depuis son début. C'est dans ces cas-là surtout que vous aurez à vous pénétrer des considérations que nous avons établies plus haut, et que vous aurez à vous garder de toute manœuvre inopportune. Rappelez-vous bien les notions de mécanique et les particularités physiologiques de cet accouchement qui nécessite toujours des contractions énergiques et prolongées; cela vous aidera à vous armer de patience et vous évitera bien des interventions, pour le moins inutiles.

Donc, pendant la dilatation, vous vous contenterez d'observer la malade, d'ausculter les bruits du cœur, d'éviter des touchers trop multipliés. Vous pourrez, si vous avez à faire à une primipare à parties molles résistantes, placer, dans le vagin, un gros ballon de Champetier qui fera l'office de dilatateur préfœtal et vous évitera souvent bien des ennuis pour l'extraction de la tête dernière. Le seul inconvénient de cette méthode est d'être assez pénible pour la malade qui est prise d'un besoin irrésistible de pousser; pour cette raison, il est souvent préférable de ne mettre le ballon vaginal qu'à dilatation complète.

Celle-ci réalisée, vous aurez à vous rendre compte par le toucher de la marche de l'engagement; si celui-ci n'est pas réalisé nous tombons dans l'un des cas dystociques que nous étudierons plus loin; s'il est réalisé, vous n'avez qu'à laisser la descente se faire spontanément, il est absolument inutile d'intervenir en l'absence de toute indication formelle du côté du fœtus ou de la mère; vous n'avez qu'à vous armer de patience, à bien être persuadé que l'accouchement du siège est souvent très long, mais que la nature fera beaucoup mieux que toute manœuvre de votre part. Vous bornerez donc votre activité à encourager la parturiente, à ausculter fréquemment les bruits du cœur fœtal sans vous laisser impressionner par un écoulement abondant de méconium qui n'a aucune signification défavorable dans cette présentation. Vous aurez aussi à préparer dès ce moment tout ce qui pourra devenir utile au cours des interventions que vous allez avoir à pratiquer ultérieurement : mise de la malade en travers du lit, le siège étant surélevé, préparation du forceps et des ciseaux, en prévision de difficultés d'extraction de la tête dernière, préparation de tout ce qui sera nécessaire pour ranimer le nouveau-né en cas de mort apparente.

Ce n'est qu'au moment du dégagement que vous commencerez à jouer un rôle actif dans l'accouchement : celui-ci, dans l'accouchement du siège décompléte doit en effet toujours être fait artificiellement. Par des tractions digitales sur le pli inguinal antérieur facilement accessible, vous compléterez la descente de la hanche antérieure et sa fixation sous la symphyse; celle-ci réalisée, des tractions sur la hanche postérieure la descendront à son tour : puis, des tractions simultanées ou successives sur les deux attireront le siège hors de la vulve : à ce moment, il sera bon d'abaisser les membres inférieurs relevés : pour cela, il suffira d'appuyer sur le creux poplité, et de pratiquer sur les cuisses du fœtus un mouvement d'abduction qui fléchira la jambe et le pied et permettra de les attirer au dehors.

L'accouchement du siège réalisé, évitez de tirer, ce qui favoriserait le relèvement des bras et de la tête; évitez de toucher l'abdomen; faites l'anse au cordon *sans le pincer;* attendez quelques instants les contractions qui amèneront à la vulve les bras repliés au-devant de la poitrine; il vous sera alors extrêmement facile de les abaisser; à ce moment, ne perdez pas de temps et pratiquez rapidement la manœuvre de Mauriceau.

Deuxième cas. — Vous êtes appelé pour une dystocie du siège ou parce qu'il existe du côté de la mère ou de l'enfant une raison de terminer artificiellement l'accouchement :

1. La dystocie est due au *défaut d'engagement :* nous n'envisageons bien entendu que la dystocie due au mode de présentation proprement dit, et n'étudions pas ici la thérapeutique des rétrécissements du bassin : dans ces cas, il faut procéder à l'abaissement curatif du pied antérieur qui constitue sans conteste l'agent de traction idéal pour extraire le siège; certains auteurs ont même préconisé cet abaissement à titre prophylactique et avant même que le col ne soit complètement dilaté; la manœuvre n'étant pourtant pas sans inconvénients pour le fœtus, il nous semble préférable de ne la pratiquer qu'en présence tout au moins de probabilités de dystocie, par exemple, chez la primipare, lorsqu'à dilatation complète le siège n'est encore qu'incomplètement engagé. Pour abaisser le pied, vous irez avec la main, qui dans la position normale de demi supination regarde le ventre du fœtus, appuyer l'in-

dex et le médius d'abord sur la hanche antérieure puis, en suivant la cuisse, sur le creux poplité; en ce point, vous pratiquerez un mouvement de pression et surtout d'*abduction* de la cuisse qui fléchira la jambe et la fera tomber au contact de la face dorsale de vos doigts; il vous sera alors facile de saisir le pied et de l'entraîner à la vulve (manœuvre de Pinard-Mantel), si vous voulez pratiquer l'extraction immédiate, soit simplement à travers le col (manœuvre de Bonnaire), si vous ne voulez réaliser qu'une manœuvre d'attente, et ne pas diminuer le volume d'une présentation déjà généralement insuffisante pour bien dilater les parties molles.

Si comme nous le supposons, vous êtes intervenu sur une indication, vous vous servirez immédiatement du membre antérieur abaissé comme agent de traction, en tirant aussi en arrière que possible suivant la ligne ombilico-coccygienne; la traction sera facile à réaliser suivant la bonne direction, si vous avez bien abaissé le pied antérieur; il n'en serait pas du tout de même avec le pied postérieur dont le sens de traction se dirigerait forcément très en avant, arrivant même à charger la hanche antérieure sur la symphyse et à empêcher ainsi toute descente.

2. La dystocie se produit au cours de la descente, *dans l'excavation :* les moyens préconisés dans ce cas pour extraire artificiellement le siège décomplété sont nombreux, c'est dire qu'aucun n'est à l'abri de toute critique, et c'est précisément pour éviter l'emploi éventuel de ces manœuvres que certains auteurs préconisent l'abaissement prophylactique du pied antérieur dans tous les cas.

En premier lieu, essayez toujours la manœuvre de l'abaissement du pied antérieur; si le siège n'est pas très engagé, il est probable que le premier temps de nos manipulations le refoulera au-dessus du détroit supérieur, et s'il reste un peu d'eau dans l'utérus vous ferez facilement évoluer la cuisse; si le siège est profondément engagé, vous pourrez encore réussir ainsi que l'a démontré Potocki, les dimensions de l'excavation (12cm partout) permettant théoriquement au moins, l'évolution d'un fémur de nouveau-né (11cm) : pratiquement pourtant, sachez que l'on échoue souvent : n'insistez pas trop, ne brisez pas le fémur car vous avez d'autres moyens d'extraction à votre disposition.

On a préconisé l'emploi du forceps (thèse d'Olivier) : théoriquement cet emploi peut être défendu, pratiquement il doit être rejeté, car la prise pour être solide doit être assujettie par compression des crêtes iliaques, compression qui aussi bien dans les positions antérieures que dans les postérieures risque fort de léser les organes abdominaux ou lombaires du fœtus.

Si l'enfant est mort, rien ne s'opposera bien entendu à ce mode d'extraction, mais les crochets inguinaux ou mieux la pince cranioclaste, sont dans ce cas des moyens d'extraction autrement efficaces.

Au lieu du forceps, employez chez l'enfant vivant les tractions inguinales, soit au moyen de lacs choisis aussi peu vulnérants que possible, soit au moyen des doigts.

Les lacs ont l'inconvénient de réaliser des tractions souvent trop énergiques et surtout de ne faire porter l'effort sur la ceinture pelvienne du fœtus que dans les positions antérieures : dans les postérieures la traction a lieu fatalement sur les extrémités fémorales et risque fort de les briser. Pour ces raisons, beaucoup d'auteurs ne conseillent l'emploi des lacs que d'une façon fort prudente et accidentelle, et leur préfèrent les tractions inguinales digitales. « Pour accrocher les aînes, disait Viardel, l'accoucheur ne possède-t-il pas dans ses doigts le plus beau, le plus utile des instruments. » Avec les doigts seulement, il est possible de ne pas blesser le fœtus, de se rendre compte à chaque instant de la force que l'on déploie, et de modifier à chaque instant si besoin est, la direction de sa traction : que l'on introduise l'une ou l'autre de ses mains, on pourra toujours en modifiant son orientation, faire porter la pression sur l'os iliaque du fœtus et éviter la fracture du fémur : le seul inconvénient de ces manœuvres est qu'elles sont très pénibles pour l'accoucheur et qu'elles n'agissent qu'assez lentement : aussi est-il indiqué dans les cas où on les emploie de ne pas endormir les malades, car la moindre contraction utérine rendra les tractions plus efficaces.

Que l'on emploie les lacs ou les tractions digitales, il y a intérêt à ne tirer sur le siège qu'au moment des contractions, afin d'éviter dans la mesure du possible le relèvement des bras et de la tête dernière. Les tractions seront faites toujours très en arrière, puis alternativement en arrière et en avant, lorsque la hanche postérieure est devenue accessible et que l'on a pu mettre un doigt sur chaque pli inguinal. Le siège progressera peu à peu et, au fur et à mesure que les plis inguinaux deviendront plus accessibles, les tractions se montreront plus efficaces, jusqu'au dégagement qui sera réalisé comme nous l'avons vu précédemment.

Le siège extrait, il vous restera bien entendu à faire l'anse au cordon, et à traiter si elle se produit la dystocie des épaules et de la tête dernière, mais comme cette dystocie n'est pas spéciale à l'accouchement en siège décomplété mode des fesses, nous l'envisagerons ultérieurement dans une étude spéciale.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Les travaux présentés devant les diverses sections de l'American Medical Association à sa réunion annuelle donnent généralement une idée assez complète des diverses *questions scientifiques à l'ordre du jour aux Etats-Unis.* De même, les comptes rendus des sessions de la Chambre des délégués, montrent très nettement quels sont les problèmes d'intérêt général et les sujets médico-sociologiques et médico-politiques d'actualité. Cette Chambre est formée par les représentants élus par les différentes Sociétés des Etats, dont l'ensemble constitue l'Association, représentants qui naturellement sont choisis parmi les membres les plus distingués et les mieux qualifiés. L'étude de ces comptes rendus est donc instructive; à côté de détails inévitables qui n'ont qu'un intérêt local, on y trouve le point de vue américain sur à peu près toutes les questions d'intérêt mondial actuel, exprimé par des voix autorisées. La réunion de cette année vient d'avoir lieu à Boston, les 6, 7 et 8 juin.

Dans le rapport du secrétaire, nous trouvons les chiffres suivants : l'Association compte 84.971 membres sur les 145.608 médecins des Etats-Unis. Sur 3.048 comtés, 588 seulement ne sont pas organisés. Nous trouvons aussi un regret exprimé au sujet d'une certaine tendance qui se manifeste en divers

endroits à se laisser dominer par des tendances commerciales et à s'écarter quelque peu des beaux principes qui sont inscrits en tête du code de l'Association. Il faut voir là une réaction d'après-guerre, due probablement à l'acuité du souci du lendemain dans les jours difficiles que nous traversons.

Il y a eu 4.110.112 exemplaires du journal imprimés en 1920. Cela fait une moyenne hebdomadaire de 79.040; 6.726 de plus qu'en 1919. Depuis le 1er janvier 1921, aucun numéro n'a été tiré à moins de 80.000 copies. La circulation de l'édition espagnole, augmente lentement; elle n'atteint encore que 3.611, mais couvre déjà presque tous les pays de langue espagnole. Les cinq autres publications de l'A.M.A., sauf une, ont terminé leur exercice fiscal avec un déficit. Le journal, grâce à l'augmentation de prix des annonces, malgré un déficit dans les six derniers mois, a eu un bénéfice net de 30.000 dollars à la fin de l'année.

L'A. M. A. s'est intéressée officiellement à la question des vétérans de la guerre qui, ici aussi, constituent un grave problème. Naturellement, comme le pays est plus grand et que les mutilés et invalides de toute sorte sont beaucoup moins nombreux, ce problème ne prend pas les proportions économiques formidables qu'il revêt dans les pays d'Europe. Mais les mêmes difficultés surgissent et les mêmes récriminations se font entendre, malheureusement avec raison dans bon nombre de cas, il faut le reconnaître. Les foules ont la mémoire et la reconnaissance courtes pour ce qui ne les touche pas personnellement, et ceux qui n'ont pas souffert de la guerre ne demanderaient pas mieux que d'oublier le déchet humain qu'elle nous a légué. Ce sont les hôpitaux de l'armée et ceux du *Public Health Service* qui ont assumé la tâche du soin des blessés. Les médecins civils n'ont pas eu à intervenir jusqu'à présent. Cependant, en vue des plaintes nombreuses qui se sont fait entendre dans ces derniers temps, on s'est demandé si les ressources en bâtiments et en personnel étaient adéquates. Le Congrès vient de passer une loi autorisant le président à rappeler à l'activité autant de médecins de réserve qu'il sera nécessaire pour assurer le service médical des vétérans dans les hôpitaux militaires.

Au sujet de la lutte contre le charlatanisme pharmaceutique, le Comité directeur fait remarquer que les Ecoles de médecine en tiennent compte dans leur enseignement. Le *Council on Pharmacy and Chemistry* qui est l'agent actif de cette lutte, continue son travail sans relâche; mais les problèmes dont il a à s'occuper aujourd'hui diffèrent radicalement de ceux qui se présentaient au moment de son organisation, il y a vingt ans. Au lieu de mixtures secrètes de produits simples exploitées sous des noms fantaisistes, il y a surtout maintenant des produits biologiques poussés en avant pour raisons purement commerciales et sans base scientifique. De même, les produits pour injections intraveineuses sont lancés sans tenir suffisamment compte des dangers très réels que cette méthode peut présenter. Dans ces deux cas, ce qui promettait d'être un bienfait semble devenir une menace.

Le Comité d'hygiène et d'instruction publique a fait un très long rapport, où sont passées successivement en revue 23 grosses questions de son programme, qui a été adopté en 1914 et vigoureusement poursuivi depuis. Ce programme, c'est : 1, la centralisation de données exactes sur toutes les phases de la santé publique; 2, l'éducation du public et de la profession médicale par tous les moyens propres à faire comprendre au public les progrès de la science médicale et la possibilité d'utiliser ces progrès pour la prévention des maladies, et la réduction de la mortalité et la préservation de la vie humaine; 3, l'expression du sentiment public ainsi créé en lois d'hygiène pratique. En lisant ce rapport et ceux des sous-commissions qui l'accompagnent, on ne peut s'empêcher de songer que ce Comité joue en réalité aux Etats-Unis le rôle de certaines sections de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène de France; avec moins de caractère officiel, mais avec une liberté d'initiative personnelle illimitée.

Deux des points traités méritent une mention particulière, à savoir, l'attitude recommandée vis-à-vis des sectes pseudo-médicales et la question des narcotiques. L'Amérique est le pays par excellence des sectes et « cultes » médicaux ou para et pseudo-médicaux. L'homéopathie et la *Christian Science* y sont nées; aujourd'hui, nous avons en plus l'ostéopathie, la chiropraxie, la naprapathie, etc... Toutes ces sectes poursuivent une politique très agressive et veulent se faire attribuer par la loi toutes les prérogatives des médecins réguliers sans avoir d'autre bagage scientifique qu'une doctrine, des notions très sommaires d'anatomie et beaucoup d'audace. Naturellement, les médecins s'opposent à tous les empiètements sur leurs droits, mais souvent les sectaires semblent être mieux organisés et avoir plus de pouvoir politique que nous; et ils ne se découragent pas facilement. Or, voici ce que le Comité de l'A. M. A. a à dire sur la question. Le point de vue est nouveau, peut-être un peu paradoxal au premier abord. « L'histoire de chacun de ces cultes est la même. Ils prennent origine dans une méthode de traitement fantaisiste conçue par un individu sans éducation scientifique, mais avec un don pour la propagande. Cette méthode est prêchée avec un zèle et une ferveur quasi-religieux. Elle reçoit l'appui de cette partie du public qui est attirée par tout ce qui est nouveau et bizarre; l'opposition et les déboires la font prospérer; ses adhérents acquièrent une ferveur, un dévouement et une influence tout à fait hors de proportion avec leur nombre. Chaque secte apparaît, grandit et fleurit pendant un certain temps, puis, peu à peu, laisse tomber ses points particuliers, ses doctrines absurdes et, finalement, ou disparaît ou est absorbée dans les rangs de la profession médicale générale. » C'est ce qui est arrivé à l'homéopathie, c'est ce qui arrive maintenant aux sectes plus récentes. Si cette philosophie est exacte — et elle semble l'être à peu près — il s'ensuit que l'attitude des médecins envers les sectes dans le passé n'a été ni empreinte de dignité, ni efficace. Ils se sont toujours efforcés de supprimer les sectes, tant pour des motifs d'intérêt personnel que par désir de protéger le public. Seulement ils ont toujours commis l'erreur de discuter les sectes au point de vue de leurs prétentions scientifiques, oubliant que le public n'a pas la compétence nécessaire pour apprécier ou décider les questions scientifiques. Il s'agit ici, non de science, mais de psychologie populaire et le remède, c'est l'éducation du public.

Toutefois, un autre Comité important de l'A. M. A. n'est point disposé à regarder les sectes médi-

cales avec autant de tolérance passive. C'est le Comité d'éducation médicale qui a tant fait, dans ces quinze dernières années, pour élever le niveau des études. Il a contre elles une objection majeure : c'est qu'elles veulent toutes avoir tous les privilèges des médecins sans en avoir l'instruction et n'ont aucun scrupule sur le choix des moyens pour arriver à ce but. Le Comité fait remarquer avec raison que ce qu'il peut y avoir de bon dans leurs systèmes de traitement ne sera en rien diminué par l'obligation d'en savoir un peu plus long avant d'obtenir le droit d'exercer.

Toute cette question des sectes peut paraître bizarre aux médecins de France dont la situation officielle n'a jamais été menacée; mais supposons que les rebouteux de France soient cent fois plus nombreux qu'ils ne sont, qu'ils soient installés dans les meilleures rues de toutes les grandes villes, qu'ils aient la prétention de soigner tout; qu'ils aient derrière eux une assez grande partie du public et assez de pouvoir politique pour trouver à volonté des députés pour introduire à la Chambre des projets de loi leur donnant le droit de pratiquer, d'écrire des ordonnances et de signer des certificats de décès, et nous aurons une idée exacte de ce qui se passe ici. A moins que l'A. M. A. ne présente promptement un programme défini, il est probable que les avis de tolérance mentionnés ci-dessus ne seront guère écoutés. La concurrence des ostéopathes et autres peut-être ne gêne guère les brillantes situations des leaders arrivés, mais elle est certainement redoutable pour le praticien de condition moyenne.

Les homéopathes ne comptent plus parmi les adversaires de la profession médicale; ils ont été absorbés. Ils parlent bien encore avec affectation de « leurs » remèdes, de la « vieille » école, des « allopathes » (qu'est-ce que c'est qu'un allopathe, sinon une fiction née dans le cerveau d'un homéopathe pour les besoins de sa cause?), mais leurs écoles de médecine ont eu à se mettre à un niveau suffisant et, sauf pour la thérapeutique, leurs diplômés ont à passer le même examen que les autres pour obtenir la licence d'Etat qui, seule, leur permet d'exercer. D'ailleurs, la plupart des homéopathes ne se font point faute de se servir de méthodes « allopathiques », et, inversement, les médecins de l'école ordinaire n'ont aucun scrupule à emprunter à l'homéopathie ce qu'ils y trouvent de bon. Toutefois, les homéopathes voient le nombre d'étudiants dans leurs collèges diminuer et ils désireraient les remplir de nouveau en diminuant le niveau de l'éducation préliminaire requise pour l'entrée. A la dernière réunion de l'American Institute of Homeopathy, l'on déclara qu'il manquait 25.000 médecins aux Etats-Unis et qu'il fallait faire des efforts spéciaux « pour encourager les jeunes gens à étudier la médecine ». A bon entendeur, salut. Mais les chiffres démontrent qu'il y a dans le pays 1 médecin par 726 habitants, ce qui est plus qu'assez. Les seules régions qui réclament des médecins sans pouvoir en obtenir sont les régions rurales ou peu peuplées, où les médecins ne veulent pas aller parce qu'ils ne peuvent pas ou croient ne pas pouvoir y gagner leur vie. Le problème n'est pas le nombre insuffisant des praticiens; c'est leur mauvaise distribution. Abaisser le niveau des études médicales pour enfler démesurément le nombre des étudiants dans les écoles ne donnerait pas la solution nécessaire et ferait beaucoup de mal.

La législation des narcotiques est rendue très confuse aux Etats-Unis par la superposition de lois d'Etat, variant d'un Etat à l'autre, à la loi fédérale qui s'applique à tout le pays. Des législateurs locaux trouvant, ou tout au moins croyant trouver dans la loi Harrisson (loi fédérale) des imperfections, s'appliquent à les corriger de leur mieux, sans se rendre compte que la bonne volonté ne saurait tenir lieu de compétence en une matière aussi grave. Si leurs successeurs trouvent que le remède voté ne leur plaît pas, ils passent une nouvelle loi; dans l'Etat de New-York, la loi a été changée trois fois depuis 1917. A moins d'être doué d'un sens légal très fin, il est quelquefois difficile de savoir exactement où l'on en est. Le remède est évidemment l'uniformisation de la loi; et si la loi fédérale était parfaite, il n'y aurait plus lieu d'y chercher des améliorations notables.

La première chose à faire est de donner des définitions nettes et claires. La loi Harrisson déclare que la cocaïne et les opiacés peuvent être prescrits par les médecins dans l'exercice de leur profession. Il faut dire nettement ce qu'est l'exercice légitime de la profession sous ce rapport, de manière à ne pas entraver en quoi que ce soit ce qui est correct, mais en même temps ne pas permettre le ravitaillement en narcotiques des habitués sous le masque fallacieux d'un traitement par réduction progressive, aujourd'hui condamné par tous les médecins sincères.

Une injustice flagrante de la loi Harrison, c'est que les dépenses administratives qu'elle entraîne sont à la charge des médecins. Or, quelle raison plausible peut-on donner pour nous faire ainsi payer les frais d'une loi de protection du public en général? Le droit de 1 dollar par an a été élevé à 3 lors de la guerre; mais, depuis que la guerre est finie, il y est resté. Bien plus, la somme perçue en 1920 de cette façon a été de 1.515.000 dollars environ, chiffre beaucoup plus élevé que les dépenses actuelles. L'A. M. A. demande que l'on revienne à l'ancien taux et, surtout que tout l'argent collecté dans l'application de la loi soit utilisé à une application plus sérieuse de la loi. Elle demande aussi que l'apomorphine et la codéine qui ne causent que très rarement l'accoutumance soient exemptées des provisions de la loi; que la loi fédérale soit complétée par les lois d'Etat *uniformes, sans taxation* (car toutes ces lois d'Etat ont pour caractère commun de faire sortir de nouveaux droits de la poche du praticien) qu'il n'y ait plus de paperasseries à faire inutilement en double ou triple pour le gouvernement fédéral d'une part, et pour le gouvernement d'Etat, d'autre part, que les habitués soient placés sous contrôle judiciaire jusqu'à leur guérison; mais que le projet de loi, maintenant devant le Congrès, limitant l'importation des narcotiques à certaines quantités, ne soit pas voté, car si l'intention est louable, le projet lui-même est prématuré, faute de renseignements suffisants.

A ceux qui trouveraient que c'est là s'agiter beaucoup pour une question peut-être secondaire, je rappellerai simplement, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, que le problème des narcotiques prend ici l'aspect d'un véritable fléau social, dépassant de beaucoup tout ce qui existe en Europe dans ce genre, même dans la région des ports de la Méditerranée. Il faut avoir vu la situation de près pour y croire.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1921)

Etude électrocardiographique de l'arrêt du cœur dans l'électrocution. — MM. CLUZET et BONNAMOUR.

Activité de l'infection par voie aérienne. — MM. A. TRILLAT et R. KANEKO. Dans leurs expériences précédentes sur les propriétés des nuages microbiens, MM. Trillat et R. Kaneko ont montré qu'il suffisait d'un contact excessivement court pour infecter les animaux. Ils cherchent aujourd'hui à déterminer quelles sont les conditions de l'infection. On peut conclure de leurs expériences que le contage se produit par l'ensemencement simultané des muqueuses buccales, rhino-pharyngiennes, conjonctivales et surtout l'ensemencement des surfaces pulmonaires.

Sur l'action du réflexe orbiculo-costo-diaphragmatique sur les systèmes sympathique et parasympathique. — M. Henri FROSSARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1921)

Virilisme pilaire, son association avec l'insuffisance glycolytique (diabète des femmes à barbe). — Sous ce titre, M. ACHARD lit une note intéressante.

A ce propos, M. DUPRÉ fait observer que les asiles d'aliénés contiennent un nombre relativement considérable de femmes à barbe.

Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — M. JONNESCO (de Bucarest), rappelle avoir, au mois d'octobre de l'an dernier, communiqué les résultats éloignés de la première intervention qu'il a faite dans le traitement de l'angine de poitrine par la résection du sympathique cervico-thoracique. Ces résultats excellents se maintiennent depuis cinq ans. Le 12 juin dernier, il a eu l'occasion d'opérer un deuxième malade aortique ancien et souffrant d'une angine de poitrine très caractéristique et qui a été diagnostiquée dans différents pays et notamment, par son ami et collègue Vaquez. Conseillé par son collègue et ami, le prof. Paulesco (de Bucarest), ce malade accepta l'intervention chirurgicale et le 12 juin M. Jonnesco a pratiqué la résection unilatérale gauche de toute la chaîne sympathique cervicale y compris le premier ganglion thoracique. Les résultats immédiats, tant opératoires que thérapeutiques, furent excellents. Quant aux résultats tardifs, il faut laisser passer un certain temps pour pouvoir les faire connaître l'automne prochain, en même temps qu'il présentera l'observation complète qu'il ne possède pas actuellement.

M. Jonnesco fait observer seulement que chez son premier malade, il avait réséqué seulement le dernier ganglion cervical et le premier ganglion thoracique. Cette fois-ci, il a étendu l'opération à toute la chaîne sympathique cervicale pour abolir de cette façon toute communication entre le plexus cardio-aortique et les centres nerveux par l'intermédiaire des nerfs cardiaques qui naissent du premier et du deuxième ganglion cervical.

Malgré l'excellent résultat donné par la première intervention limitée, il croit préférable de l'étendre, comme il vient de le montrer, d'autant plus que le point délicat de l'intervention est la résection du dernier ganglion cervical et du premier thoracique, tandis que le reste du sympathique cervical est très facile à enlever.

M. VAQUEZ trouve les communications de M. Jonnesco, vraiment impressionnantes et il semble bien qu'il ait réussi à enrayer par la résection des ganglions sympathiques, thoraciques supérieurs et cervical inférieur, des crises récidivantes d'angine de poitrine. S'agit-il seulement d'une opération palliative, on pourrait le croire en ce qui concerne l'aortite diffuse à marche subaiguë, mais, même en ce cas, le succès a une grande importance, car l'on sait que les aortites évoluent très lentement, sans s'accompagner souvent d'autre chose que d'un peu d'oppression et de douleurs persistantes ou paroxystiques.

Là où l'intervention sanglante pourrait avoir un résultat plus décisif encore, c'est pour ce qui a trait à l'aortite localisée au pourtour des artères coronaires et particulièrement responsables des crises typiques d'angor pectoris avec ses irradiations bien connues, et cela en raison des riches filets nerveux qui se rendent de cette région au plexus cardiaque. Ici, la durée de l'affection peut être parfois fort longue et sa gravité résulte de l'éventualité de la mort subite par réflexe. En supprimant alors les causes du réflexe, on pourrait supprimer une des causes les plus habituelles de la mort. C'est du moins ce qui semble ressortir des observations de Jonnesco. S'il est définitivement admis que cette opération a bien les effets signalés par lui, il en faudra conclure que la chirurgie cardio-vasculaire a fait un grand pas.

M. TUFFIER a eu l'occasion de pratiquer récemment cette opération sur un malade, opération qui lui a paru très facile. Quant à l'anesthésie, elle peut, dans ces cas, avoir ses dangers. Peut-être faudra-t-il préférer l'anesthésie locale ou tout au moins, si l'on a recours à l'anesthésie générale, l'interrompre au moment même de la résection du nerf et des ganglions.

La crise de l'allaitement. — M. WALLICH. Les femmes, en France, n'allaitent plus. Le lait de vache tend à remplacer le lait de la mère et de la nourrice. M. Wallich a cherché à dénombrer les enfants élevés au biberon, soit dans leur famille, soit chez des nourrices. Avec son élève Deresse, il avait constaté avant la guerre, que dans la clientèle des maternités, un tiers seulement des femmes, réussissaient pour des raisons diverses, médicales et sociales, à donner le sein. En appliquant ces chiffres sur le total des naissances, il est probable que, c'est aux environs de 100.000 que les enfants seraient annuellement élevés au biberon, Pour les enfants mis en nourrice, ou protégés, séparés de leur mère, ce n'est pas, d'après la statistique publiée par le Ministère de l'Hygiène en 1920, un tiers des enfants, mais 90 p. 100 d'entre eux qui sont élevés au biberon. Or, l'allaitement artificiel est extrêmement difficile à bien conduire. Quand il est mal dirigé, il entraîne fréquemment, comme autrefois, une mortalité de 50 p. 100 ou plus. Cette crise de l'allaitement est donc des plus graves et des plus menaçantes pour la vie de nos enfants, surtout au cours d'un été, comme celui que nous subissons actuellement.

Anesthésie rachidienne. — M. MÉRIEL (de Toulouse), a eu recours un millier de fois à l'anesthésie rachidienne par la novocaïne. Il n'a pas eu un seul cas de mort, ni jamais d'accidents sérieux. Avant la ponction lombaire, il fait une injection sous-cutanée d'huile camphrée et de caféine. Il ajoute que ce mode d'anesthésie procure un calme abdominal parfait, ce qu'on n'obtient pas toujours avec l'éther ou le chloroforme.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1921)

Sclérose en plaques probable à forme cérébelleuse consécutive à l'encéphalite épidémique. — MM. SOUQUES et ALAJOUANINE présentent un malade ayant eu, trois semaines après une encéphalite épidémique caractérisée par de la diplopie, du ptosis, de la somnolence, des troubles considérables de l'équilibre : impossibilité de la station debout et de la marche; asynergie marquée des quatre membres avec hypermétrie et dysmétrie, adiadococinésie, nystagmus.

A ce syndrome cérébelleux s'ajoutent des troubles bulbaires : parésie vélo-palatine, difficulté de la déglutition, paralysie des muscles de la face, dysarthrie considérable.

Les auteurs discutent l'hypothèse d'une sclérose en plaques consécutive à l'encéphalite épidémique.

Remarques à propos de la guérison clinique d'un syndrome de Brown-Séquard. — MM. Pierre MARIE, H. BOUTTIER et René MATHIEU présentent un malade qui peut être considéré comme actuellement guéri d'un syndrome de Brown-Séquard.

Début rapide en octobre 1919, établissement du syndrome avec troubles sensitifs à gauche, moteurs à droite; la limitation supérieure des troubles sensitifs permettant la localisation de la lésion médullaire vers le sixième ou septième segment cervical; augmentation progressive et diffuse des troubles moteurs et pyramidaux, le malade ayant été confiné au lit avec une quadriplégie pendant plus de six mois.

Le diagnostic le plus probable, en raison des douleurs, des crampes et de l'évolution diffuse et progressive, était celui d'une compression médullaire dont il fallait préciser la nature (Wassermann négatif, ponction lombaire : hyperalbuminose légère avec lymphocytose).

Or, contre toute attente, l'évolution se fit progressivement vers la guérison et actuellement le malade ne présente plus qu'un reliquat neurologique léger du syndrome grave dont il fut atteint. Au point de vue fonctionnel, l'état est encore meilleur puisqu'il est capable de faire des marches prolongées (5 à 6 kilomètres) sans fatigue.

Les auteurs discutent le diagnostic très difficile en l'espèce. Ils rappellent les travaux sur les formes bénignes du syndrome de Brown-Séquard.

Ils soulignent les caractères qui opposent leur observation à celles des auteurs, les symptômes ayant été dans le cas présent plus graves que dans les mémoires précités et ayant évolué, en dépit de cette gravité, beaucoup plus vite vers la guérison.

Après avoir rappelé les travaux relatifs à la méningite séreuse postérieure à la myélite funiculaire d'Henneberg, ils concluent qu'il convient d'être prudent avant de poser une indication opératoire formelle, même dans le cas où le diagnostic de compression médullaire paraît cliniquement le plus vraisemblable.

Un cas de tabes sympathique. — MM. P. WIART, Fernand LÉVY et HARTGLAS présentent un homme de trente-sept ans, sans antécédents syphilitiques avoués, qui fut pris brusquement, sans douleur, d'une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit avec déformation de la hanche et production d'un hématome suppuré de la cuisse. La radiographie montre l'existence d'une fracture intraarticulaire avec chevauchement des fragments.

Il n'y a ni abolition des réflexes tendineux, ni ataxie, ni incoordination, ni lymphocytose rachidienne. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Par contre, on constate des signes oculaires : inégalité et irrégularité pupillaire, immobilité de la pupille droite, signe d'Argyll-Robertson à gauche. Il y a des anesthésies viscérales profondes, en même temps que des crises gastriques dans les commémoratifs. Il existe enfin une tachycardie permanente avec hypertension et abolition du réflexe oculo-cardiaque.

Il semble que ce tabes, vraisemblablement conditionné par l'hérédo-syphilis, ait surtout touché le système sympathique : c'est ce qui fait l'intérêt de cette observation.

Pseudo-tumeur cérébrale. — M. SOUQUES représente un malade qu'il a présenté deux fois à la Société de neurologie; la première fois, il y a douze ans, et la seconde fois, il y a huit ans. Il s'agit d'un syndrome d'hypertension intracranienne que la trépanation décompressive, faite il y a douze ans, a rapidement et définitivement guérie. L'évolution a montré qu'il ne s'agissait pas de tumeur, mais très probablement de méningite séreuse ventriculaire.

Epilepsie jacksonnienne et traitement chirurgical. — MM. Henri et Raymond FRANÇAIS présentent une malade atteinte d'épilepsie partielle localisée au membre supérieur gauche. L'intervention montra que les phénomènes jacksonniens étaient sous la dépendance d'une formation kystique développée au niveau de la circonvolution frontale ascendante droite. Le kyste ayant été enlevé, il y a eu amélioration notable de l'état de la malade. Si la guérison n'a été que partielle, c'est sans doute en raison de la présence concomitante de lésions d'encéphalite, lésions dont l'examen histologique de la paroi du kyste a démontré l'existence.

Réflexes toniques de posture. — M. FOIX attire l'attention sur ces réflexes qui s'observent au niveau de tous les articles, plus spécialement au niveau du cou-de-pied. Ils tendent à maintenir le segment dans la position passive où on l'a porté. Ils sont à rapprocher de la shortening et de la lenghtening contraction décrites par Sherrington chez l'animal décérébré. Ils sont abolis ou diminués chez les tabétiques, les hémiplégiques, les cérébelleux, et sont, semble-t-il, modifiés aussi dans les hypertonies d'origine non pyramidale.

L'action du bromhydrate de cicutine sur les paraplégies spasmodiques en flexion et sur l'automatisme médullaire. — MM. Pierre MARIE, H. BOUTTIER et J.-R. PIERRE attirent l'attention sur l'efficacité du bromhydrate de cicutine dans le traitement des paraplégies spasmodiques en flexion.

Ils ont utilisé cette médication par séries de huit injections intramusculaires de 1 milligramme.

Ils ont régulièrement constaté dans sept cas (mal de Pott dorsal inférieur, compression cervicale, myélite syphilitique) la diminution ou la disparition des mouvements de retrait spontané des membres inférieurs que les malades accusaient, en se plaignant d'une sensation de crampes très douloureuses. La motilité volontaire est recouvrée suffisamment pour permettre des mouvements d'extension et de flexion impossibles avant le traitement; les malades peuvent ainsi passer les nuits dans un sommeil à peu près ininterrompu. Objectivement, on constate la disparition des phénomènes d'automatisme médullaire. Ces faits posent des questions intéressantes relatives à la physiologie pathologique de l'automatisme médullaire; il y a lieu de poursuivre méthodiquement l'étude comparative de bromhydrate de cicutine et d'autres substances (curare en particulier) en ce qui concerne leurs actions respectives sur l'automatisme médullaire.

Il faut opposer à ces heureux résultats l'inefficacité habituelle de la cicutine dans le traitement des syndromes parkinsonniens postencéphalitiques ou autres, et des scléroses en plaques; la cicutine ne semble pas agir sur le tremblement, mais sur certaines manifestations cliniques de la spasmodicité.

Syndrome excitomoteur (chorée, tics, spasmes, stéréotypies et dysarthrie), séquelle vraisemblable d'encéphalite épidémique à forme singultueuse et algomyoclonique survenue en 1914. — M. H. ROGER (de Marseille) observe actuellement un malade présentant un syndrome excito-moteur complexe (instabilité motrice choréiforme, avec quelques secousses myocloniques, mouvement stéréotypé de frottement de l'œil droit avec la main droite, battement incessant des paupières, tic de reniflement, dysarthrie, tic de grattage, diplopie pour la vision en haut et de près) associé à une hémihypoesthésie brachio-faciale droite qu'il rattache à une atteinte des noyaux gris centraux. Ce syndrome a débuté d'une façon aiguë, en fin 1914, par un « hoquet convulsif », des secousses choréiques brusques, des douleurs vives, tous symptômes qui ont duré six mois et peuvent être, selon toute vraisemblance, rattachés à une encéphalite épidémique à forme singultueuse et algomyoclonique.

Les troubles actuels, étant fixés dans leur évolution depuis plusieurs années, rentrent plutôt dans le cadre des « séquelles » que dans celui des formes prolongées d'encéphalite.

Ce fait montre la possibilité du passage à la chronicité de certaines formes excito-motrices, de même que l'évolution des formes hypertoniques se fait parfois vers le Parkinson définitif et pose le problème de l'origine encéphalitique de certains paramyoclonus multiples chroniques.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. Tome XVIII : **Tuberculose.** — Paris, Maloine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des affections de l'oreille, par M. Lermoyez, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine; M. Boulay, ancien interne des hôpitaux de Paris, et A. Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Tome Ier : *Généralités, Oreille externe, Oreille interne.* — 1 vol. grand in-8 raisin de 1014 pages, avec 345 figures dans le texte. Prix : 65 fr. — Paris, G. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE AU 1er DEGRÉ (1)

3. L'*inspiration rude* : « Dans la respiration rude, dit Grancher, l'oreille a la sensation d'une colonne d'air qui glisse avec frottement sur une surface inégale et rétrécie, et cette sensation exprime assez bien la réalité. » Elle est localisée au sommet, fixe, permanente et localisée à un seul sommet pour un temps du moins.

4. La *respiration saccadée* peut s'observer parfois. Elle est niée par certains auteurs.

5. L'*expiration* est rude, prolongée.

6. Enfin, on n'oubliera jamais d'ausculter les deux bases et les régions hilaires. A la base du poumon atteint, on constate une légère submatité à la percussion, une respiration rude, fixe et grave due à la congestion du poumon. Au niveau du hile, on recherchera les souffles, l'égophonie.

On explorera aussi les régions axillaires : l'adénopathie, d'après Fernet, serait un bon signe du côté malade.

Tous ces symptômes pulmonaires peuvent varier au moment d'une poussée congestive qui s'accompagne alors de la production de râles disséminés ou d'une bronchite locale.

Mais dans leur ensemble tous ces symptômes sont très atténués, et ce n'est que par une auscultation très attentive que, dans bien des cas, on fera un diagnostic de finesse. Plus tard, lorsqu'on constatera de la matité, des vibrations exagérées, des craquements secs, de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone, le diagnostic deviendra évident. Mais on ne sera plus à la période de début; la tuberculose pulmonaire sera confirmée.

Ajoutons que l'on peut tirer des éléments de diagnostic par :

a. La constatation d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

b. Lorsqu'il survient une pleurésie séro-fibrineuse de la base.

L'examen du liquide pleural, la coexistence du schéma de Grancher au sommet : sonorité exagérée, vibrations augmentées et respiration diminuée, sont d'une réelle importance.

Toute pleurésie, en apparence primitive, est tuberculeuse; mais il est difficile d'affirmer si une pleurésie est primitive ou secondaire. Enfin, l'inoculation du liquide au cobaye est positive, et la réaction du malade à la tuberculine est fortement positive.

ÉVOLUTION. — Si la maladie est reconnue à temps et soignée convenablement, la guérison est certaine, avec toutes les réserves que peut comporter l'avenir.

Mais bien souvent la tuberculose pulmonaire au début subit des poussées successives qui aboutissent parfois à la tuberculose confirmée. C'est ce que Bezançon a étudié sous le nom de *poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique*. L'évolution est intermittente, coupée de poussées et de rémissions, d'accalmies. Leur constatation doit être basée sur l'étude d'une série de phénomènes : la courbe de température avec de petites oscillations, la longueur extraordinaire de la défervescence, la pression artérielle baisse, puis remonte à la normale, le poids subit la même courbe; d'abord diminué, il remonte rapidement entre les poussées; l'examen des urines montre que, après une phase de rétention chlorurée, l'on constate de grosses débâcles chlorurées chroniques. Enfin, l'examen du sang montre au moment des poussées une leucocytose moyenne avec 75 p. 100 de polynucléaires. Puis vient un moment où la leucocytose polynucléaire diminue. Les leucocytes reviennent à un taux normal, et il y a alors une inversion de la formule : mononucléose avec éosinophilie persistante qui indiquent la convalescence et la tendance à la guérison.

FORMES CLINIQUES. — *Suivant la prédominance* d'un symptôme, il est classique de décrire des formes chlorotique, anémique, dyspeptique, neurasthénique, hémoptoïque, etc.

Suivant l'âge, chez l'enfant, on observe plus souvent l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse; chez l'adulte, la forme pleurétique, chez l'adolescent, la forme commune pulmonaire.

Suivant le terrain, enfin, on peut distinguer la tuberculose de l'arthritique, du diabétique, etc.

DIAGNOSTIC. — **I. Positif**. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début est toujours délicat à poser : les signes cliniques (généraux, fonctionnels et physiques) sont bien souvent très atténués, effacés et ne suffisent certainement pas à affirmer dans tous les cas qu'il s'agit de tuberculose pulmonaire. On doit essayer de confirmer le diagnostic par la *radiologie* et les *recherches de laboratoire*.

Robin a décrit le syndrome des états tuberculeux, comprenant les signes qui traduisent l'hyperactivité des échanges et la déminéralisation.

1° Augmentation de l'acide carbonique produit, de l'oxygène consommé total et de l'oxygène consommé dans les tissus; d'où diminution du quotient respiratoire $\frac{CO^2}{O^2}$.

2° Déminéralisation organique.

3° Signes fournis par l'habitus extérieur; diminution du coefficient de robusticité de Pignel; saillie des omoplates, facies spécial, rougeur des pommettes, teinte vénitienne des cheveux.

4° Croissance trop rapide.

5° Amaigrissement ou tout au moins désaccord entre une alimentation suffisante et un retard dans l'augmentation du poids, toutes réserves faites sur l'état des fonctions digestives.

6° Moindre aptitude à l'exercice physique, fatigue précoce.

7° Certains vices de conformation du thorax, rétrécissement du thorax, exagération du diamètre bi-huméral, de l'angle de Louis; diminution de l'angle xiphoïdien.

8° Exagération du pouvoir diathermane de la peau et du rayonnement calorique.

9° Sensation de chaleur interne, élévation habituelle de la chaleur moyenne; rapidité de l'ascension thermique.

10° Moindre écart entre les températures axillaire et cutanée.

11° Augmentation du nombre des respirations et des pulsations, avec élévation de leur rapport au-dessus du chiffre normal. Le rapport normal est égal à $4 = \frac{72 \text{ pulsations}}{18 \text{ respirations}}$.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 55, p. 879, et n° 57, p. 911.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. — Tome XV : **Infections à germe connu**, par MM. le professeur HUTINEL, DARRÉ, LENGLET, AYRIGNAC, PHILIBERT, PAILLARD, MILHIT, BAUR, A. LEMIERRE, VIOLLE, MARCANDIER, AMEUILLE, H. ROGER, BOIDIN, MARTEL, BOTREAU-ROUSSEL, NEVEU-LEMAIRE. In-8, avec 104 fig. — Prix : 30 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

L'Epilepsie, par le Dr Jules PECH, médecin-major de 1re classe. In-8. — Paris, Maloine et fils.

Manuel pratique de la médication hypodermique [3e édition], par MM. P. ABRAMI, G. BOSC, FERNET, N. FIESSINGER, H. GILLET, L. RIVET, SAÏSSI, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux ou anciens internes des hôpitaux de Paris, et HERPIN, dentiste des Quinze-Vingts. 1 vol. de 342 pages avec 11 fig. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Buisson, 157, rue de Sèvres.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon — Le concours qui devait s'ouvrir le 7 novembre 1921, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Besançon, est reporté au 21 du même mois.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. le médecin auxiliaire Pesme est nommé médecin aide-major de 2e classe.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :
Officiers d'Académie. — MM. les Drs Daguet (de Besançon), Ducuing (de Toulouse), Dudouyt (de Coutances), Lerat (de Nantes), Maisonnet (de Paris), Malaval (de Saint-Cyr), Musy (de Nantua), Théodore (de Strasbourg).

MÉDAILLE DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — La *médaille en argent* est conférée à M. E. Somers, de nationalité belge, docteur en médecine à Turnhout.

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées pour services rendus à la Mutualité aux personnes dont les noms suivent :
Médaille d'or. — M. le Dr Metge (de Paris).
Médailles d'argent. — MM. les Drs Paris (de Liancourt); Bertrand, Bué, Courtillier, Ferrand et Nissim (de Paris).
Médailles de bronze. — MM. les Drs Druelle (de Marseille); Levrat (de Toulouse); Boussi, Cartier, Courties, Didsbury, Estrade, Fournier, Garin, Heins, Judet, Lacroix, Rosenthal (de Paris); Spinder (de Lille).
Mention honorable. — M. le Dr Reynaud (de Marseille).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRE. — Le Congrès interallié qui vient de se tenir à Bruxelles, a terminé ses travaux. A la fin du congrès, il a été décidé la fondation d'une association interalliée des médecins militaires, comprenant les médecins des pays alliés, associés et neutres.

Le prochain congrès aura lieu dans trois ans à Madrid.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — Année scolaire 1921-1922, semestre d'hiver :

Cours. — M. Bouin. Histologie, 1re et 2e années (La cellule en général, la cellule nutritive et les organes nutritifs. Le sang, l'hématopoïèse et les organes hématopoïétiques. Le tube digestif et les glandes annexes) : lundi, mercredi, 14 h. à 15 h.; vendredi, 18 h. à 19 h.

M. Forster. Anatomie, 1re et 2e années. Myologie. Splanchnologie : mardi, jeudi, vendredi, 14 h. à 15 h.; lundi, 18 h. à 19 h.

M. Masson. Anatomie pathologique (Généralités. Pathologie de l'appareil digestif. Pathologie de l'appareil respiratoire) : mardi, vendredi, 14 h. 30 à 18 h.; mercredi, 16 h. à 17 h.

M. Chavigny. Médecine légale : lundi, mercredi, 15 h. à 16 h.

Cliniques. — M. Bard. Clinique médicale : mardi, samedi, 11 h. à 12 h.

M. Léon Blum. Clinique médicale : jeudi, 11 h. à 12 h.

M. Sencert. Clinique chirurgicale : lundi, vendredi, 11 h. à 12 h.

M. Stolz. Clinique chirurgicale : mercredi, 11 h. à 12 h.

M. Barré. Clinique neurologique : mardi, vendredi, 18 h. à 19 h.

M. Duverger. Clinique ophtalmologique : mardi, vendredi, 8 h. 30 à 9 h. 30; lundi, 18 h. à 19 h.

M. Pautrier. Clinique dermatologique et syphilitique : mercredi, samedi, 8 h. 30 à 9 h. 30.

M. Pfersdorff. Clinique psychiatrique : lundi, mercredi, 17 h. à 18 h.; jeudi, 18 h. à 19 h.

M. Schickelé. Clinique obstétricale : lundi, mercredi, vendredi, 12 h. à 13 h.

M. Rohmer (chargé de cours). Clinique infantile : lundi, jeudi, 8 h. 30 à 9 h. 30.

M. Canuyt (chargé de cours). Clinique oto-rhino-laryngologique : mardi, jeudi, 12 h. à 13 h.

M. Lickteig (chargé de cours). Clinique dentaire : tous les jours, matin et soir.

Conférences. — M. Bellocq. Anatomie, 1re année. Ostéologie. Arthrologie. Angéiologie : lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 30 à 10 h. 30.

M. Aron. Histologie, 1re année (Cellule en général. Multiplication des cellules. Différenciation cellulaire. Cellule et tissus de soutien) : lundi, mercredi, 10 h. 30 à 11 h. 30.

M. Hanns. Pathologie générale : mardi, jeudi, 18 h. à 19 h.

M. Vaucher. Pathologie interne : lundi, mercredi, vendredi, 18 h. à 19 h.

M. Gelma. Pathologie mentale générale : lundi, 16 h. à 17 h.; Médecine légale psychiatrique et criminologie : jeudi, 15 h. à 16 h.

M. Boëz. Parasitologie : jeudi, 15 h. à 18 h.

M. Reeb. Obstétrique : mardi, jeudi, 18 h. à 19 h.

M. Hugel. Démonstrations élémentaires de dermatologie : mercredi, 18 h. à 19 h.

M. Paul Blum. Thérapeutique : mardi, 18 h. à 19 h.

Clinique chirurgicale A. Propédeutique chirurgicale : lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 30 à 9 h. 30.

Clinique chirurgicale B. Propédeutique chirurgicale : mardi, jeudi, samedi, 8 h. 30 à 9 h. 30.

Clinique médicale A. Cours d'examens de laboratoire : lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 30 à 9 h. 30.

Clinique médicale B. Cours d'examens de laboratoire : mardi, jeudi, samedi, 8 h. 30 à 9 h. 30.

M. Gunsett. Radiologie et physiothérapie : lundi, 17 h. à 18 h.

Travaux pratiques. — Histologie : mardi, jeudi, samedi, 9 h. 30 à 11 h.

Dissection : lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, 15 h. à 18 h.

Anatomie pathologique : mardi, vendredi, 14 h. 30 à 18 h.

Parasitologie : jeudi, 15 h. à 18 h.

Radiologie : tous les jours, 9 h. à 12 h.

Division des études du semestre d'hiver. — Première année : Anatomie. Histologie. Pathologie générale. Propédeutique.

Travaux pratiques obligatoires : dissection, histologie.

Deuxième année : Anatomie. Histologie. Leçons de cliniques générales.

Travaux pratiques obligatoires : dissection.

Stage dans les cliniques générales.

Troisième année : Pathologie interne. Anatomie pathologique. Obstétrique (manœuvres sur le mannequin). Parasitologie. Cours de technique de laboratoire. Leçons de cliniques générales.

Travaux pratiques obligatoires : anatomie pathologique, manœuvres obstétricales, parasitologie.

Stage dans les cliniques générales.

Quatrième année : Pathologie interne. Anatomie pathologique. Leçons de cliniques générales.

Travaux pratiques obligatoires : anatomie pathologique.

Stage dans les cliniques spéciales.

Cinquième année : Thérapeutique. Médecine légale. Leçons de cliniques générales.

Stage dans les cliniques générales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du Dr Paul Bérard, ancien professeur de chimie à l'Ecole Turgot et à l'Ecole supérieure de commerce de Paris, ancien membre du Comité consultatif des arts et manufactures, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 84 ans. Le Dr Bérard était le fils d'un des professeurs qui ont le plus honoré la vieille Faculté de médecine de Montpellier, il était aussi le neveu d'Orfila dont il avait été le préparateur à la Faculté de médecine de Paris; — de M. le Dr Jules Blechmann (de Paris). Nous prions son fils, le Dr G. Blechmann, de trouver ici l'expression de notre très douloureuse sympathie; — et du prof. Henri Lajoux (de Reims), membre correspondant de l'Académie de médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — OUVERTURE DE CINQ NOUVEAUX GUICHETS A PARIS. — Dans le but de donner de plus grandes facilités aux voyageurs, la Compagnie P.-L.-M. vient d'ouvrir à sa gare de Paris, dans le local où sont distribués les tickets pour la location des places, cinq nouveaux guichets de délivrance de billets, agencés dans des conditions toutes nouvelles.

Les voyageurs obtiendront ainsi, dans le même local, les billets nécessaires pour effectuer leur voyage et retenir leurs places à l'avance et les tickets leur assurant ces places.

Economie de pas, économie de temps.

— SERVICE AUTOMOBILE P.-L.-M. ENTRE ISSOIRE, SAINT-NECTAIRE, MUROLS, BESSE ET LE LAC PAVIN. — Le service automobile P.-L.-M. d'Issoire à Saint-Nectaire, Murols et Besse est prolongé jusqu'au Lac Pavin.

Les baigneurs de Saint-Nectaire peuvent ainsi se rendre au Lac Pavin dans l'après-midi et visiter au retour Besse où un arrêt d'une heure est prévu à cet effet.

Saint-Nectaire, départ 13 h.; Besse, arrivée 14 h. 05; Lac Pavin, arrivée 14 h. 20; Lac Pavin, départ 15 h. 20; Besse, arrivée 15 h. 30; départ 16 h. 30; Saint-Nectaire, arrivée 17 h. 45.

— Pour faciliter les relations avec les régions touristiques et les grandes stations thermales, la Compagnie P.-L.-M. a mis en marche cinq nouveaux trains rapides :

1° Rapide de *nuit*, lits-salons, couchettes, 1re et 2e classes, entre Paris et la Savoie : Paris, départ, 20 h. 05; Evian, arrivée, 9 h. 05; Annecy, arrivée, 7 h. 11; Chamonix, arrivée, 11 h. 15;

2° Rapide de *jour*, 1re et 2e classes, wagon-restaurant, entre Paris, Genève, la Savoie et le Dauphiné; Paris, départ, 7 h. 50; Genève, arrivée, 20 h. 05; Aix-les-Bains, arrivée, 17 h. 57; Chambéry, arrivée, 18 h. 20; Grenoble, arrivée, 19 h. 34;

3° Rapide de *jour*, 1re et 2e classes, entre Paris, Berne et Lausanne; Paris, départ, 8 h.; Lausanne, arrivée, 18 h. 45; Berne, arrivée, 21 h. 15;

4° Rapide de *jour*, lits-salon, 1re classe et wagon-restaurant, entre Paris et Vichy : Paris, départ, 14 h. 50; Vichy, arrivée, 20 h. 25;

5° Rapide de *nuit*, lits-salons, wagons-lits, 1re classe et wagon-restaurant, entre Paris et St-Gervais-les-Bains; Le Fayet, avec correspondance pour Chamonix : Paris, départ, 17 h. 45; St-Gervais, arrivée, 7 h.; Chamonix, arrivée, 8 h. 27.

Ce rapide sera mis en marche tous les jours jusqu'au 13 août et du 15 septembre au 29 septembre, mais n'aura lieu que trois fois par semaine (mardi, jeudi et samedi au départ de Paris) du 14 août au 14 septembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Evolution de l'organisme et la maladie (*Pathologie générale évolutive*), par M. KLIPPEL, médecin des hôpitaux de Paris. Un vol. grand in-8 raisin de 480 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

La Glande génitale mâle et les glandes endocrines. *Etude histo-physiologique*, par le Dr Edouard RETTERER, docteur ès sciences naturelles, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et Serge VORONOFF, directeur de la station de chirurgie expérimentale du collège de France. Un vol. petit in-8 de 240 pages, avec 51 figures dans le texte. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin.

Le traitement actuel de la syphilis, par le docteur E. EMERY, médecin de Saint-Lazare, avec la collaboration du docteur A. MORIN, ancien interne de Saint-Lazare. 1 vol. in-8 de 229 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

LA FRÉQUENCE DES THROMBOSES & DES EMBOLIES POST-OPÉRATOIRES

Par le Dr E. CHAUVIN (de Marseille).

Graves et fréquentes, ces deux complications sœurs de l'acte opératoire, ne me paraissent pas avoir retenu, autant qu'elles le méritent, l'attention des chirurgiens et des gynécologues français.

Graves, elles le sont indéniablement, et le pronostic de la phlébite et de l'embolie est connu de tous.

Fréquentes, je vais essayer de montrer qu'elles le sont beaucoup plus qu'il n'est classique de l'admettre en France.

Depuis qu'en 1912, mon maître, le prof. Forgue, attira sur elles mon attention et m'autorisa à poursuivre dans son service une longue série de recherches qu'il avait depuis longtemps entreprises à leur sujet, il m'a paru qu'on les observait en clinique d'une façon relativement fréquente. J'ai pu personnellement réunir 8 observations d'embolies post-opératoires, mais il m'est impossible de dire le chiffre total d'opérés auquel correspondent ces 8 cas. Pour établir avec quelle fréquence relative on observait embolies ou thromboses à la suite des opérations chirurgicales, j'ai dû faire appel aux statistiques publiées par les divers auteurs.

Les difficultés que l'on éprouve dans l'appréciation de ces statistiques, les écarts invraisemblables qui les séparent, expliquent l'imprécision ordinaire de nos connaissances à ce sujet.

Pour apprécier la fréquence des thromboses, on se heurte à trois difficultés :

Depuis la phlegmatia alba dolens typique jusqu'à l'œdème de jambe fugitif et léger, il est toute une série d'intermédiaires qui doivent être rapportés à la même complication vasculaire. Mais si le diagnostic est évident dans les cas graves, on ne saurait affirmer avec autant de certitude la vraie nature des cas légers; un doute subsiste.

De même pour certaines thromboses de jambe chez des variqueux, le rôle provocateur de l'acte opératoire peut rester douteux.

Les thromboses profondes, enfin, restent le plus souvent latentes. Je n'en veux comme preuve que la fréquence des embolies d'emblée, embolies que n'a précédées aucun signe de thrombose et qui frappent « comme la foudre dans un ciel serein ». Rien ne révèle ordinairement ces thromboses pelviennes, et les signes de Mahler et de Michaelis ne nous fournissent à leur sujet que de très vagues présomptions.

« Une seule statistique est scientifiquement valable, dit Krönig, c'est celle des thromboses oblitérantes de cuisse. Leurs signes sont assez nets pour que l'on puisse comparer les chiffres donnés par les divers auteurs au sujet de leur fréquence. » Même avec ces précisions, admises par la plupart des chirurgiens, nous allons voir que les avis diffèrent encore dans d'assez notables proportions, pouvant varier du simple au quintuple, de 0,63 p. 100 (Morley) à 3,77 p. 100 (Freidberg).

BURNHAM.............	sur 11.655 opérations, observe	94 thromboses, soit	0,81 p. 100
CORDIER..............	14.000	236	1,65
FRANTZ..............	1.600	30	1,87
FRIEDMANN............	9.228	144	1,53
FREIDBERG............	1.349	51	3,77
HOLZBACK.............	1.000	12	1,2
KLEIN................	5.851	70	1,2
KRÖNIG...............	2.641	18	0,68
MORLEY...............	1.756	11	0,63
RANZI................	6.871	81	1,2
SCHENCK (1re série)....	7.130	48	0,7
SCHENCK (2e série)......	638	5	0,8
SCHWENNINGER.........	1.315	25	1,9
WERTHEIM.............	5.574	50	0,9
	70.608	875	1,23

Même en éliminant la statistique de Freidberg, dont le résultat est par trop différent de ceux fournis par les autres auteurs, nous trouvons encore, pour un total de 69.259 opérations, 824 thromboses, soit une moyenne de 1,18 p. 100. Cette moyenne est établie d'après un nombre de cas suffisamment élevé pour pouvoir être considérée comme exacte.

Pour apprécier la fréquence des embolies, on éprouve, comme pour la thrombose, des difficultés diverses :

D'abord seules les statistiques importantes, portant sur un très grand nombre d'interventions, peuvent être prises en considération. La fréquence des embolies n'est, ainsi que nous allons le voir, que de 0,19 p. 100, et les chiffres observés, même après des milliers d'opérations, peuvent être faussés par une série malheureuse.

D'autre part, il est, pour l'embolie comme pour la thrombose, des formes qui laissent le diagnostic hésitant. Dans bien des cas, on a cru à une bronchopneumonie, à des foyers de congestion, à des points de pleurésie sèche, à des pleurésies séro-fibrineuses, alors qu'il s'agissait simplement d'un embolus de volume et de siège variables.

Enfin, les formes graves elles-mêmes, de diagnostic en apparence évident, ne sauraient être rapportées toujours et sans discussion au processus embolique. « La mort foudroyante, immédiate, la mort sans phrases, est moins souvent qu'on ne le dit le fait d'un embolus logé dans l'artère pulmonaire », et Tuffier croit à la fréquence, dans ces cas, de lésions bulbaires. Delbet incrimine de même les insuffisances surrénales aiguës.

Une statistique sur la fréquence des embolies est donc sujette à deux causes d'erreur. Les chiffres sont trop faibles en ce sens que les cas légers, bien souvent, ne sont pas diagnostiqués. Ils sont, au contraire, trop forts en ce sens que certaines morts subites postopératoires sont attribuées à une embolie

alors qu'elles seraient dues peut-être à une autre cause.

Il faut remarquer encore que cette complication étant ordinairement considérée comme presque spéciale à la chirurgie de l'utérus, les gynécologues, plus que les autres chirurgiens, se sont intéressés à son étude. Bien des statistiques, quoique portant théoriquement sur un chiffre total d'opérations de tous ordres, comprennent surtout des opérations gynécologiques, et fournissent de ce fait un pourcentage trop élevé. Frantz, Freidberg, Klein, Krönig, Wertheim, Zurhelle ne considèrent que des opérations abdominales. Ceci nous explique la différence entre leurs chiffres et ceux beaucoup plus faibles des frères Mayo, par exemple, qui tiennent compte de toutes les opérations pratiquées dans une clinique de chirurgie générale.

Il ne faut donc pas accorder grande valeur aux chiffres fournis par les diverses statistiques, en somme assez peu comparables, et je dois reconnaître qu'il est fort malaisé, sinon impossible, de se faire une opinion précise et exacte sur la fréquence des embolies à la suite de l'acte chirurgical considéré tout à fait en général.

Ces réserves étant faites, voyons tout de même quels sont les avis des divers auteurs :

FREIDBERG	après	1.349 opérations, observe	26 embolies, soit	1,92 p. 100
FRIEDMANN		9.228	28	0,3
KLEIN		6.000	29	0,48
KRÖNIG		2.641	5	0,15
LENORMANT		792	4	0,51
LOMER		3.500	3	0,1
MAYO		63.585	53	0,08
RANZI		6.871	57	0,8
SCHOFFER		1.600	3	0,19
VEIT		4.000	15	0,37
		99.566	223	0,224

Même en éliminant, ici comme pour la thrombose, la statistique de Freidberg, il reste, pour 98.217 opérations, 197 embolies, soit 0,19 p. 100.

Il faut, d'ailleurs, encore remarquer que la plupart des statistiques (celles de Veit, Lomer, Mayo, par exemple) ne tiennent compte que des cas mortels. On s'aperçoit alors que près de 2 grandes opérées (je dis grandes opérées parce que la chirurgie abdominale, ainsi que je l'ai expliqué, est le plus souvent la base de ces statistiques), 2 grandes opérées sur 1.000 meurent d'une embolie postopératoire. L'anesthésie générale compte assurément moins de victimes ; et cependant combien de travaux n'ont-ils pas été produits sur les méfaits du chloroforme et sur les moyens de les combattre, alors que si peu d'auteurs se sont intéressés à l'embolie postopératoire!

Fréquence suivant les diverses interventions. — Ces statistiques globales n'offrent, d'ailleurs, qu'un intérêt fort relatif. Il est, en effet, des opérations à la suite desquelles la thrombose et l'embolie ne surviennent presque jamais ; il en est d'autres, à la suite desquelles on les observe avec une particulière fréquence.

OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES. — Les opérations gynécologiques, à ce point de vue, sont ordinairement considérées comme jouissant d'un fâcheux privilège. C'est ainsi que Willson, rapportant la statistique des frères Mayo, trouve seulement 53 embolies mortelles à la suite de 63.585 opérations, soit une proportion faible de 0,08 p. 100. Mais en ne considérant plus que les opérations intéressant l'appareil génital de la femme, il arrive à un total de 10 embolies mortelles pour 7.993 opérations, soit une moyenne beaucoup plus forte de 0,13 p. 100. Sur 8 de mes cas personnels, 5 succédèrent à des opérations gynécologiques.

Même différence pour la thrombose ; Friedmann, à la clinique de Rostock, trouve, pour 9.228 opérations, un total de 144 thromboses, dont 87 après 2.766 laparotomies (soit 3,1 p. 100) et 57 seulement après 6.462 opérations non abdominales (soit seulement 0,92 p. 100).

La fréquence des thromboses et des embolies, à la suite des opérations gynécologiques et abdominales, peut être appréciée d'après les deux tableaux suivants, dont le premier est tiré de l'article de Burnham :

FRIEDMANN	sur	2.766 laparotomies, observe	87 thromboses, soit	3,6 p. 100
BUSSE		1.107	18	1,6
LANG		1.326	19	1,4
W. et C. MAYO		1.788	18	1,0
KLEIN		5.851	70	1,2
		12.838	212	1,57

Chirurgiens	Opérations gynécologiques	Thromboses	P. 100	Embolies	P. 100
KRÖNIG	2.884	13	0,6	3	0,12
W. et C. MAYO	7 993			10	0,13
BURNHAM	1.582	27	1,7		

Parmi les opérations gynécologiques, il faut encore établir des distinctions : thromboses et embolies sont surtout fréquentes après l'hystérectomie pour fibrome et pour cancer ; elles sont rares après les hystérectomies pour annexites et les autres opérations sur l'appareil génital de la femme. Leur fréquence, après l'hystérectomie pour fibrome, est clairement démontrée par les chiffres suivants :

BURNHAM.......	après 293 opérat. pour fibromes, observa	12 thromboses, soit	4,1 p. 100
BURKHARDT.....	236	10	4,6
DUVERGEY......	260	4	1,6
GOLDMANN......	174	8	4,6
HOFFMEYER.....	389	6	1,5
KELLY.........	727	19	2,6
KLEIN.........	720	24	3,3
KRÖNIG........	391	5	1,3
WENCZEL.......	105	5	5,0
ZURHELLE	526	18	3,4
	3.821	111	2,90

La fréquence, après les interventions pour cancer utérin, serait à peu près semblable; elle serait même légèrement supérieure, d'après certains auteurs : Klein est de cet avis; Veit, dans le service de Fromme, sur 25 embolies, en trouve 8 consécutives à des hystérectomies totales pour cancer et 3 consécutives à des opérations pour fibrome. Goldmann, sur 805 laparotomies, a 18 thromboses, parmi lesquelles 8 chez des fibromateuses (soit une proportion de 4,6 p. 100) et 8 également chez des cancéreuses (soit une proportion légèrement plus élevée de 5 p. 100).

Krönig, cependant, et la plupart des auteurs, pensent que les fibromes constituent la cause prédisposante principale et que le cancer utérin ne vient qu'en deuxième ligne.

Des 8 cas d'embolies que j'ai pu personnellement réunir, 2 survinrent chez des cancéreuses et 2 chez des fibromateuses.

La fréquence, d'ailleurs, de la thrombose et de l'embolie à la suite des opérations pour fibrome et pour cancer, paraît varier encore suivant la technique opératoire employée. La voie vaginale abaisserait au maximum les risques d'embolie après les myomectomies, tandis que l'hystérectomie abdominale pour cancer l'élèverait au maximum. D'après Klein, l'opération de Wertheim donnerait trois fois plus de thromboses que l'hystérectomie pour fibromes par la voie vaginale. Comparant ensuite la laparotomie et la voie vaginale en général, il dit :

« Sur 1.720 laparotomies, on a observé 1,7 p. 100 de thromboses et 0,8 p. 100 seulement sur 1.992 opérations par la voie vaginale... Des chiffres frappants sont obtenus si l'on considère l'embolie mortelle : après 1.720 laparotomies, 9 embolies mortelles; pas une seule après 1.992 opérations par voie vaginale, et il faut remarquer que ces opérations vaginales furent cependant longues et difficiles. »

Wertheim signale une différence semblable : « Chez les fibromateuses, dit-il, nous avons eu 2,9 p. 100 de thromboses après la laparotomie et 0,9 p. 100 seulement après l'opération vaginale. »

Krönig a fait, à Fribourg, 2.884 opérations gynécologiques. Ces 2.884 cas comprennent 2.265 laparotomies et 619 opérations vaginales. Les thromboses fémorales ont été observées exclusivement après les laparotomies, et on en a observé 13, soit 0,6 p. 100, avec 3 embolies mortelles, soit 0,1 p. 100.

Les interventions gynécologiques autres que l'hystérectomie pour fibrome ou pour cancer sont bien moins souvent la cause de thromboses ou d'embolies. Krönig et Zweiffel en ont observé quelques cas à la suite d'opérations pour kystes de l'ovaire. De mes 8 cas, 1 survint après une opération de ce genre.

Goldmann, sur 376 opérations de prolapsus avec laparotomie et 294 opérations pour annexite, n'a observé qu'une thrombose, sans embolie. Zurhelle, qui pour les fibromes accuse 3,4 p. 100 de thromboses, n'en observe que 0,7 p. 100 après les opérations pour annexites, sans aucune embolie. Krönig, à la suite de 2.250 laparotomies, a observé 13 thromboses et 3 embolies mortelles. « Aucune n'est survenue après une opération d'annexite. »

La simple laparotomie exploratrice, surtout pour néoplasmes inopérables, peut donner naissance à des thromboses et à des embolies. Des cas de Hulles, Lomer, Zurhelle, Zweifel, Klein, Krönig en font foi.

Estor en a observé un cas après colpopérinéorraphie; Klein, après un simple curettage.

OPÉRATIONS NON GYNÉCOLOGIQUES. — Il fut ainsi longtemps classique d'admettre que thrombose et embolie étaient des complications de l'hystérectomie, et en particulier de l'hystérectomie pour fibrome et pour cancer; qu'on les observait de façon tout à fait exceptionnelle après les interventions non gynécologiques. C'est cependant à la suite des opérations pour appendicite et après les cures radicales de hernies qu'on les avait surtout étudiées en France.

A la suite de l'appendicectomie, depuis l'observation de Jalaguier en 1903, Legueu, Guinard, Dieulafé, Duvergey, Toussaint, Bull, Druais, Robert, en ont successivement signalé des cas isolés, et Robert, dans sa thèse de 1907, pouvait déjà réunir 12 phlébites après appendicectomie à froid. J'en ai personnellement observé un bel exemple. Mais, en somme, l'accident reste rare et les cas se comptent.

Après les cures radicales de hernies, Bosc, Ranzi, Rudel en rapportèrent les premiers exemples, et Mauclaire, à propos d'un fait personnel, put en réunir, en 1908, 50 cas connus. En réunissant les statistiques de Bull et Coley, de Stori, de Gardini, portant respectivement sur 1.000, 3.000 et 2.000 cas, on trouve, pour 6.000 cures radicales, 13 thromboses, ce qui fait une proportion de 0,2 p. 100. A la clinique des frères Mayo, 4.507 opérations de hernie ont donné 5 morts par embolie, soit 0,11 p. 100. J'ai eu personnellement l'occasion d'observer, à la suite de deux cures radicales, une embolie mortelle et un infarctus bénin.

Au total, rares après les cures radicales et les appendicectomies, exceptionnelles après les opérations sur les membres, thromboses et embolies pouvaient avec quelque vraisemblance être considérées comme une complication de la chirurgie gynécologique, et cette opinion est encore classique. Il semble que l'on doive aujourd'hui changer d'avis.

Jusqu'à ces dernières années, les opérations sur les vaisseaux et les organes splanchniques étaient relativement exceptionnelles, et l'on n'avait pas eu l'occasion, après les rares interventions pratiquées, d'observer les complications qui nous occupent en nombre suffisant pour se faire une idée exacte de leur fréquence. Il n'en est plus de même à la suite de

l'essor pris par les chirurgies vasculaire et viscérale.

Robert, dès 1906, avait cependant rapporté à la Société de chirurgie de Lyon un cas d'embolie mortelle après la prostatectomie sus-pubienne, et Castelain, dans sa thèse, signale la possibilité d'embolies à la suite de cette opération. Grigorakis, cette année même, analysant les observations de Raffin (de Lyon), trouve, après 300 prostatectomies, 2 morts par embolie, ce qui fait une moyenne de 0,66 p. 100, exactement égale à celle de Willson.

A la suite des opérations sur le rectum, Mauclaire déjà attirait l'attention sur la fréquence des embolies et pour les frères Mayo, la chirurgie du tube digestif se rangerait immédiatement après la prostatectomie comme cause d'embolies. D'après les deux mêmes auteurs, la chirurgie vasculaire viendrait en troisième rang.

Malheureusement, nous ne disposons encore, pour apprécier la fréquence de cet accident à la suite des opérations viscérales, que de la statistique des frères Mayo, publiée par Willson. Elle est heureusement assez importante (portant sur 63.585 opérations) pour pouvoir servir de base à des conclusions fermes. Je la donne en entier :

601	opérations sur la prostate	ont donné	4 morts par embolie,	soit 0,66 p. 100
389	l'intestin grêle		1	0,26
2.530	le gros intestin		5	0,20
4.597	les voies biliaires		9	0,19
1.372	les vaisseaux sanguins		2	0,14
7.993	l'utérus et les annexes		10	0,13
2.391	l'estomac et le duodénum		3	0,12
4.507	de hernies		5	0,11
900	sur les reins		7	0,11
3.266	le corps thyroïde		2	0,06
2.287	la bouche		1	0,05
9.908	l'appendice		4	0,04
22.844	de tous ordres		0	0,09
63.585			53	0,08

Cette statistique nous montre que les opérations sur l'intestin (grêle ou gros), les voies biliaires et les vaisseaux sanguins, autant et même beaucoup plus pour certaines que les opérations gynécologiques, exposent les malades à la thrombose et à l'embolie. C'est là une notion récente qui deviendra de plus en plus évidente au fur et à mesure que se multiplieront les cas et que pourront être établies des statistiques plus importantes.

Conclusions. — Qu'on me pardonne l'aridité de cette longue énumération de chiffres. Elle m'a permis d'attirer l'attention sur une complication grave de l'acte opératoire et de montrer :

1° Que la thrombose et l'embolie sont des accidents relativement fréquents dans les suites de l'acte chirurgical.

Malgré les difficultés que l'on éprouve à se faire une idée d'ensemble, on peut admettre que, sur 1.000 grands opérés, 12 font une phlébite et 1,9 meurent d'embolie.

2° Que la fréquence de ces complications varie avec la nature de l'opération.

Les interventions qui paraissent leur donner le plus souvent naissance sont, non point comme on le croit ordinairement, les seules opérations gynécologiques, mais, par ordre de fréquence décroissante, les prostatectomies, les opérations sur l'intestin et les voies biliaires, la chirurgie vasculaire, et enfin l'hystérectomie qui ne vient qu'en quatrième rang.

3° Que la fréquence des morts par embolies, à la suite de ces interventions particulièrement favorisantes, est assez grande pour en assombrir le pronostic et pour devoir être prise en considération dans la discussion des indications opératoires.

BIBLIOGRAPHIE

Bull. Thrombose et embolie après opération d'appendicite, *Beitr. z. klin. Chir.*, vol. LXXXII, fasc. 2.

Burnham. Thrombophlébites postopératoires, *Ann. of surg.*, fév. 1913.

Busse. Succès et insuccès dans les opérations gynécologiques, *Prakt. Ergeb. d. Geb. und Gyn.*, année 3, cahier 1.

Chauvin. La thrombose et l'embolie post-opératoires, *Th. de Montpellier*, 1913.

Cordier. Phlebitis following abdominal and pelvic operation, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 9 déc. 1905.

Burkhardt. Thrombose und embolie nach myom operatione, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1900, fasc. 1.

Duvergey. La phlébite des membres inférieurs consécutive à l'appendicectomie à froid, *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 4 nov. 1906.

Forgue. *XXIIe Congrès français de chirurgie.* oct. 1909;

Freidberg. Thrombose et embolie après les opérations gynécologiques, *Th. de Strasbourg*, 1910.

Friedmann. Etude clinique sur les thromboses et embolies postopératoires, *Beit. z. klin. Chir.*, sept. 1910, p. 459-535.

Goldmann. Thromboses et embolies après les opérations gynécologiques, *Th. Heidelberg*, 1910.

Grigorakis. Contribution à l'étude de la prostatectomie d'après 300 observations, *Th. de Lyon*, 1921.

Hofmeyer. Fréquence de la thrombose après les opérations gynécologiques, *Centralbl. f. Gyn.*, 2 janv. 1909.

Hulles. *Soc. gyn. et obst. de Vienne*, 9 mai 1912.

Klein. Thromboses et embolies postopératoires, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1911, p. 549-569.

Krönig. *La Thrombose par stase; le lever précoce. Contribution à la question des thromboses*, Leipzig 1912.

Lenormant. Embolies pulmonaires postopératoires, *Arch. gén. de chir.*, 1909, 1er sem., p. 221.

Lomer. Le lever précoce en chirurgie, *Réunion obst. de Hambourg*, 11 juin 1912.

Mayo. Voir Willson.

Morley. Phlebitis femoralis et cruralis postoperationem, *Arch. f. Gyn.*, 1907.

Ranzi. Ueber postoperative lungen complication, isbesonder Embolien, *Congrès allemand de chir.*, 1908, p. 438.

Schenck. Thromboses et embolies après les opérations et les accouchements, *Surg. gyn. and obst.*, nov. 1913.

Schwenninger. Lever précoce des opérés et thrombo-phlébite, *Th. de Münich*, 1910.

Veit. Prophylaxie de l'embolie dans les opérations gynécologiques, *Centralbl. f. Gyn.*, 10 janv. 1910.

Wertheim. *Soc. gyn. et obst. de Vienne*, 9 mai 1912.

Willson. Des embolies postopératoires, *Ann. of surg.*, déc. 1912.

WITZEL. Die postoperative thrombo-embolie, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1906.
ZURHELLE. Thrombose et embolie après les opérations gynécologiques, *Arch. f. Gyn.*, fév. 1908.

ACTUALITÉS

LA RELATIVITÉ D'EINSTEIN

Les médecins doivent se préoccuper des grandes controverses scientifiques : leur éducation permet qu'ils y prennent part et qu'ils en saisissent l'importance. C'est pourquoi je me propose aujourd'hui de les entretenir de la relativité d'EINSTEIN, dont on parle beaucoup dans le monde savant et qui a éveillé un peu partout la curiosité. Il s'agit, en effet, d'une transformation, en apparence complète, de nos concepts de temps, d'espace et de force, basée sur des déductions mathématiques. On comprend donc qu'il ne soit pas facile d'exposer ces théories en langage ordinaire. Je vais m'y essayer néanmoins, malgré l'insuccès de quelques tentatives du même genre, en me bornant, pour la facilité de l'exposition, aux indications essentielles.

***

Albert EINSTEIN est un juif d'origine allemande, qui a professé les mathématiques et la physique à Zurich et à Prague et a été appelé, en 1914, à diriger le laboratoire de physique de l'Institut Kaiser-Wilhem de Berlin. Ses partisans lui font un grand mérite de ne pas avoir signé le honteux manifeste des 93. En réalité, autant que je le sache, son adhésion ne fut pas bien vivement sollicitée, en raison de sa qualité d'israélite. Du reste, c'est là une autre question. L'esprit mathématique et le sentiment moral n'ont rien de commun et nous n'avons à rechercher que la valeur des idées scientifiques.

Il ne faut pas croire que ces idées soient le fruit d'une génération spontanée. EINSTEIN a pris, pour point de départ de ses déductions, le principe de relativité et le postulat de LORENTZ, D'après le principe de relativité, qui remonte à NEWTON, il est impossible à un observateur terrestre de mesurer le mouvement *absolu* de la terre; on ne peut mesurer que son mouvement *relatif* par rapport au soleil supposé fixe au centre du système. FIZEAU ayant démontré que l'éther, ce milieu vibrant universel qui transmet les ondes lumineuses et électromagnétiques, est immobile par rapport à tous les astres, on chercha à déterminer le mouvement de la terre par rapport à l'éther, ce qui équivaudrait à fixer son mouvement *absolu*. Dans ce but, MICHELSON et MORLEY tentèrent, en 1887, une expérience qui, reprise depuis à différentes reprises, a toujours abouti à un résultat contradictoire de celui de FIZEAU, à savoir que tout se passe comme si la terre était immobile par rapport à l'éther.

Pour résoudre cette contradiction, un physicien hollandais, LORENTZ, avait, dès 1892, imaginé que les corps mobiles *se contractent*, dans le sens du déplacement, d'une fraction qui augmente avec la vitesse. Sous l'influence de cette contraction, et si la vitesse était suffisante, un cercle deviendrait un ovale, et un carré un rectangle aplati. La terre étant mobile, l'instrument (interféromètre) de MICHELSON et MORLEY subissait nécessairement un aplatissement qui venait exactement en compensation de la différence des interférences et rendait compte de la contradiction jusqu'alors insoluble entre les expériences de FIZEAU et celles de MICHELSON.

EINSTEIN accepta le postulat de LORENTZ et s'efforça aussitôt d'en tirer toutes les conséquences; ce fut l'objet de ses premiers mémoires. Comme les corps mobiles se contractent plus ou moins suivant leur vitesse, il s'ensuit que deux corps identiques qui se déplacent avec une vitesse différente cessent d'avoir la même longueur : un homme qui court a moins d'épaisseur antéro-postérieure qu'un homme qui marche, un avion en pleine vitesse est plus court qu'un avion au repos, etc., et enfin, si le corps en mouvement atteint la vitesse de la lumière dans le vide (300.000 kilomètres par seconde), il devient infiniment plat, ses dimensions transversales n'étant pas modifiées. Par conséquent, les dimensions des corps, dans l'espace, sont relatives et varient nécessairement avec la vitesse dont ils sont animés.

Mais nous mesurons l'espace par le temps et aucun événement n'est indépendant du lieu et du moment où il se produit. Etant donné que la contraction croît avec la vitesse, LORENTZ avait, d'une manière arbitraire, supposé l'existence d'un *temps local*, dont les secondes s'allongent suivant la vitesse, de telle façon que la contraction soit, pour ainsi dire, compensée et que les calculs restent en accord avec les données admises. Dans cette hypothèse, deux montres, qui battent synchroniquement la seconde sur la terre, cesseront de le faire si l'une d'elles est transportée sur le soleil, et celle de la terre retardera, puisque notre planète est mobile par rapport au soleil. EINSTEIN adopta le temps local, qui est, pour lui, le temps *vrai*. En d'autres termes, il n'y a pas de temps *absolu*, si bien que la montre placée sur un corps entraîné à la vitesse de la lumière, aurait, aux yeux d'un observateur de l'éther fixe, des secondes d'une durée infinie. Par suite, l'homme qui porterait cette montre semblerait ne pas vieillir. Il suffirait, pour acquérir l'immortalité, de se résigner a être réduit au plan géométrique et de se promener par le monde à la vitesse de la lumière. Malheureusement, les moyens pratiques manquent encore.

Quoi qu'il en soit, de ces étonnants calculs ressortent deux conclusions : c'est d'abord que la vitesse de la lumière est une vitesse-limite, qui ne peut être dépassée, puisque, si elle l'était, le temps et l'espace s'évanouiraient et, en second lieu, que le temps et l'espace sont des données relatives qui changent avec la vitesse des corps.

***

Nous ne sommes encore qu'au début de nos surprises, car EINSTEIN, dans son impitoyable logique, n'a pas voulu s'arrêter à mi-route. Suivons, en effet, ses raisonnements. Du moment que la vitesse, ne pouvant dépasser celle de la lumière, est *finie*, il n'y a pas d'action à distance *instantanée*, comme l'ancienne mécanique l'admettait pour la gravitation, par exemple. Mais puisque, d'autre part, le principe de l'action et de la réaction demeure intangible, nous voilà contraints d'admettre que la force, l'énergie, est douée d'inertie, possède une masse et que, dès lors, tout changement d'énergie est accompagné d'une variation de masse et par suite de poids. Un corps chaud est donc plus lourd que ce même corps froid. Du reste, LEBEDEW a montré que la pression exercée sur la surface terrestre par les radiations solaires répond à 400 kilogrammes par kilomètre carré. La lumière, forme de l'énergie,

est, elle aussi, pesante et doit être déviée de sa course et attirée par les masses sidérales, ainsi que l'a prouvé l'observation de l'éclipse totale de soleil du 29 mai 1919. C'est la nouvelle de cette singulière découverte que la *lumière est pesante* qui a surtout attiré l'attention du public sur les conceptions d'EINSTEIN. Mais le problème est bien plus vaste et le calcul en atteste l'ampleur. Variant avec la vitesse qui détermine une modification linéaire de l'espace (contraction de LORENTZ), le temps s'ajoute nécessairement aux trois coordonnées de l'espace qui devient aussi à quatre dimensions. Or, en vertu de la formule de MINKOWSKI, un point matériel mobile décrit, dans cet espace tétradimensionnel, non une ligne droite, mais une courbe à courbure variable, d'où EINSTEIN déduit son *principe de l'équivalence*, suivant lequel les effets de la gravitation sont identiques à ceux de l'accélération due à la pesanteur dans un champ libre d'action gravifique. Envisagée de ce point de vue, la gravitation n'est plus une *force*, mais une simple *propriété* de l'espace et la trajectoire des astres cesse d'être la résultante de deux forces antagonistes et représente le plus court chemin dans un espace courbe dont la courbure augmente avec la proximité et la grandeur des masses. La lune tourne autour de la terre parce que celle-ci a une masse supérieure et crée un champ de courbure finie que notre satellite se contente de suivre dans son mouvement.

* * *

De ces déductions mathématiques, et je n'en ai indiqué que quelques-unes, les partisans des théories d'EINSTEIN ont conclu au bouleversement du système du monde, tel qu'il a été établi par NEWTON et LAPLACE. C'est aller un peu vite en besogne. Remarquons, en effet, que tout se borne à ajouter une neuvième ou dixième décimale à nos opérations, par conséquent une approximation un peu plus grande, mais sans portée pratique, attendu que, d'une part, les vitesses atteintes sur la terre sont trop éloignées de celle de la lumière et que, de l'autre, tout subissant sur la terre les mêmes modifications, celles-ci ne sauraient nous être perceptibles. Tout se passe donc comme devant et il n'y a guère que la métaphysique qui soit intéressée à la relativité du temps, de l'espace et de l'énergie. Ce n'est que pour l'observateur de l'éther fixe que notre mètre se raccourcit et notre seconde s'allonge ; pour nous, ils demeurent invariables. Et quant aux espérances de voyager dans l'avenir et de prolonger la vie humaine que l'enthousiasme un peu aventureux de M. LANGEVIN nous fait entrevoir, je crois qu'il est sage, jusqu'à plus ample informé, de ne les caresser qu'avec beaucoup de scepticisme.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1921)

Intervention probable du zinc dans les phénomènes de fécondation chez les animaux vertébrés. — MM. Gabriel BERTRAND et R. VLADESCO.

Disparition des germes pathogènes au cours de l'épuration des eaux d'égout par les boues activées. — MM. Paul COURMONT, A. ROCHAIX et F. LAUPIN.

Au sujet des boues activées. — M. F. DIÉNERT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1921)

Traitement de la migraine par les injections intraveineuses de carbonate de soude. — MM. SICARD, PARAF et FORESTIER montrent, en présentant des malades, les résultats parfois remarquables que l'on peut attendre du traitement de la migraine légitime par les injections intraveineuses de carbonate de soude, sel dépourvu de toute toxicité. Les injections sont répétées tous les deux ou trois jours, à la dose de 1g50 à 2 grammes pour 80 centimètres cubes de sérum artificiel ou d'eau distillée. La cure totale est de dix injections. La guérison paraît se maintenir, au moins pendant quelques mois, après la cessation du traitement.

Sur la valeur du test de Bram à la quinine, comme moyen de diagnostic du goitre exophtalmique. — MM. SAINTON et E. SCHULMANN ont vérifié la valeur de ce test sur une série de dix malades basedowiens et sur quelques témoins, et leurs résultats sont loin de confirmer ceux de Bram. D'ailleurs, il y a longtemps que la quinine est utilisée, en France, comme traitement du goitre exophtalmique avec une fortune variable, et même R. Gaucher insiste sur sa remarquable tolérance chez certains basedowiens. Quoiqu'il en soit, la quinine peut rendre des services, au point de vue thérapeutique, mais son emploi comme test biologique semble aux auteurs, plus discutable.

La sacralisation d'après l'étude radiographique et clinique de 100 régions sacro-lombaires. — M. A. LÉVI. La fréquence anatomo-radiographique de cette anomalie est extrême. L'auteur l'observe très accentuée dans 53 cas et relativement marquée dans la moitié des cas restants.

Dans l'ensemble, c'est dans plus des trois quarts des cas qu'en cas de douleurs lombaires ou sciatiques l'épreuve radiographique aurait pu justifier le diagnostic de sacralisation douloureuse. En réalité, au point de vue clinique, l'importance de la sacralisation est bien plus restreinte ; c'est tout au plus si, sur ces 77 cas, 6 ou 7 fois l'hypertrophie transversale de la 5e lombaire pouvait peut être expliquer les douleurs éprouvées par les malades. En somme, il n'y a pas de syndrome spécial à la sacralisation douloureuse et un examen radiographique, en apparence démonstratif, ne suffit pas pour faire admettre ce diagnostic ; celui-ci ne devra être fait que par exclusion. En dehors des pseudo-sacralisations par ossification ligamenteuse des modifications diverses dans la forme ou les rapports de la 5e lombaire (aplatissement ou élèvement, enfoncement entre les os iliaques) ont peut-être plus d'importance pathologique que l'hypertrophie des apophyses transverses.

La glycémie et l'hyperglycémie provoquée chez les sujets atteints de goitre exophtalmique. — MM. SAINTON, SCHULMANN et G. BESANÇON montrent que l'hyperglycémie n'est pas constante chez les basedowiens et que l'augmentation de taux du sucre dans le sang est, en général, peu élevée ; il n'y a aucun rapport entre la glycémie et l'intensité du processus basedowien, qu'il s'agisse de glycémie normale ou de glycémie provoquée ; d'autre part, les résultats de l'hyperglycémie provoquée ne diffèrent guère de ceux qu'on obtient chez des malades atteints d'affections diverses.

D'ailleurs, le problème de la coexistence du diabète et du syndrome de Basedow se pose non seulement au point de vue étiologique, mais encore au point de vue pathogénique. La faible proportion des cas de diabète ou de glycosurie simple avec le goitre exophtalmique ne doit-elle pas nous faire demander s'il s'agit d'une simple coïncidence, et s'il n'y a pas, à la base de cette association, une cause provocatrice commune. Le rôle de la syphilis dans la production du syndrome basedowien apparaît de plus en plus évident et Pinard et Vielnot ont insisté sur le rôle de la syphilis dans le diabète.

Il y a donc lieu de se demander si, goitre exophtalmique et diabète ne pourraient pas, dans certains cas, relever d'une cause commune agissant sur différentes glandes, au lieu de localiser son action sur une seule.

Deux cas de sténose duodénale sous-pylorique. — MM. F. Ramond, H. Vincent et R. Clément rapportent deux observations exceptionnelles de sténose sous-pylorique, l'une par cancer, l'autre par compression extrinsèque du bulbe duodénal par un ganglion caséeux, tuberculeux. Les symptômes du cancer duodénal rappelaient ceux du cancer du pylore, mais sans incontinence pylorique ; la compression duodénale par l'adénopathie tuberculeuse occasionnait une forte dilatation de l'estomac avec hyperchlorhydrie marquée, preuve que celle-ci n'est pas toujours fonction d'un ulcère du pylore, mais bien surtout de la sténose et de la rétention alimentaire qui le suit.

Sclérodermie et opothérapie pluriglandulaire. — M. Lereboullet présente un malade, âgé de vingt-quatre ans, atteint, depuis l'enfance, de sclérodermie. Mis au traitement polyglandulaire régulier par l'hypophyse, la surrénale et la thyroïde administré simultanément, ou de manière alternée, le malade s'est vite amélioré et on peut considérer le processus sclérodermique comme actuellement enrayé chez lui; la peau est revenue à l'état normal et, seule, persiste la scléro-atrophie des extrémités digitales remontant à l'enfance. Son état général s'est transformé et l'infantilisme relatif qu'il présentait a disparu. L'opothérapie pluriglandulaire a paru plus active dans les périodes où les divers extraits étaient employés associés que dans celles où ils étaient alternés.

Inefficacité du sérum antidiphtérique administré par la bouche et le rectum. — MM. Aviragnet, Lereboullet et P. L. Marie. Ni les résultats cliniques, ni l'expérimentation ne justifient un pareil mode d'administration du sérum. Les auteurs ont observé des malades qui n'avaient reçu, en ville, que ce traitement et qui n'ont pu être sauvés par les injections sériques trop tardives faites à l'hôpital. D'autre part, l'expérimentation montre que l'antitoxine, administrée par la bouche ou par le rectum, ne franchit pas la muqueuse digestive en quantité appréciable, même avec des méthodes très sensibles. Les auteurs ont pu voir, notamment, qu'après ingestion ou injection intrarectale de sérum, la réaction de Schick chez les sujets réceptifs à la diphtérie n'était nullement influencée, à l'inverse de ce qui a lieu lorsqu'on injecte le sérum sous la peau, même en minime quantité.

Asthme d'origine équine. Essai de désensibilisation par des cuti-réactions répétées.— MM. Pasteur Vallery-Radot et J. Hagueneau ont obtenu des cuti-réactions très positives avec du poil de cheval, chez un sujet atteint d'asthme d'origine équine. Le poil de cheval, appliqué sur les scarifications cutanées, déterminait non seulement des phénomènes locaux, mais encore des phénomènes généraux, crise hémoclasique et souvent attaque d'asthme. Les auteurs se demandèrent si, étant donné ces phénomènes généraux observés après les cuti-réactions spécifiques, on ne pourrait pas désensibiliser cet asthmatique en le soumettant par des cuti-réactions répetées à la localisation réitérée de petites quantités de protéines nocives. Les résultats répondirent à leur attente. Après avoir pratiqué pendant plusieurs semaines, chaque jour, une cuti-réaction au poil de cheval, l'asthmatique vit ses crises devenir moins fréquentes, puis disparaître. Actuellement, ce sujet peut respirer impunément l'odeur de cheval. Cette observation démontre que les cuti-réactions répétées, lorsqu'elles s'accompagnent de phénomènes généraux, sont capables dans certains cas, en mettant l'organisme sous l'influence réitérée de la protéine nocive, de désensibiliser le sujet anaphylactisé.

Un cas d'endocardite aiguë végétante à bacille de Yersin. — MM. P. Teissier, Gastinel et Reilly rapportent l'observation et l'étude anatomo-pathologique du premier cas de peste bubonique, soigné à l'hôpital Claude-Bernard, en 1920. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt ans ayant présenté une adénite inguinale avec état septicémique entraînant la mort en quelques jours. L'intérêt tout particulier consiste en la présence d'une endocardite aiguë occupant le bord libre de la valvule mitrale, constituée par de petites végétations. Histologiquement, cette endocardite répondait au type fibrino-plastique avec abondante dissémination de bacilles de Yersin jusque dans la zone sous-endocardique. Les auteurs complètent cette observation par l'étude histologique de l'adénite et des différents viscères.

Note sur quelques essais comparatifs de vaccinothérapie auto-entérogène de la fièvre typhoïde. — M. d'Œlsnitz (de Nice).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 13 juillet 1921)

Sténose du pylore chez le nouveau-né. Pylorotomie. — M. Veau présente l'observation d'un nouveau-né chez qui il pratiqua cette opération; il fut assez gêné par l'épiploon et croit qu'une incision latérale serait, dans certains cas, d'une grande utilité.

Trépanation dans un cas d'épilepsie en état de mal. — M. Robert Picqué apporte une observation : très mauvais état général, crises subintrantes ; l'auteur se borna à libérer des adhérences durales.

Hémorragie sous-dure-mérienne à apparition tardive. — M. Rouvillois fait un rapport sur une observation de M. Phélip (de Vichy) ; un blessé par accident d'auto, plaie de la tête, contusions, ne semblant présenter aucune gravité immédiate ; un mois après, coma brusque; la ponction lombaire ramène du sang, amélioration; puis, quinze jours après, nouvelle apparition des accidents. Trépanation, incision de la dure-mère, guérison. M. Rouvillois reprend, à ce sujet, l'histoire des hémorragies sous-dure-mériennes.

Coexistence d'une péritonite tuberculeuse passée inaperçue, d'un fibrome et de deux kystes de l'ovaire. — M. Pouliquen (de Brest). Rapport de M. Auvray.

Genu valgum double opéré par deux procédés différents. — M. Ombrédanne fait un rapport sur une observation de M. Basset qui fit, d'un côté, une opération de Mac Even, de l'autre, une opération d'Ogston. Bon résultat.

A propos du traitement des ulcères variqueux. — M. Proust résume la discussion.

La gastro-entérostomie dans les cas d'ulcères perforés. — M. Sencert fait la gastro-entérostomie complémentaire systématiquement; la bouche fonctionne bien, et, sans cette opération, le pylore normal ne permet qu'une évacuation incomplète.

— La prochaine séance de la Société de chirurgie aura lieu le 19 octobre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 17 juillet 1921)

Etude expérimentale de l'hérédité syphilitique. — MM. Levaditi, A. Marie et Isaim ont étudié l'hérédité de la syphilis expérimentale du lapin en se servant du virus syphilitique proprement dit et du spirochète de la spirochétose spontanée (spirochétose cuniculi). Il résulte de leurs recherches que les descendants de générateurs, porteurs de lésions tréponémiques, non seulement n'héritent pas de l'infection spirochétienne, mais encore ne jouissent d'aucun état réfractaire. Il y a une différence fondamentale entre ce qui se passe, au point de vue hérédité, dans la syphilis humaine et l'infection expérimentale du lapin. Rien de ce que l'on observe chez l'homme, ni la transmission héréditaire de l'infection, ni les phénomènes qui rentrent dans le cadre de la loi de Profeta, ne se rencontre chez le lapin. On ne constate que des dystrophies, des arrêts de développement, et une mortinatalité exceptionnelle.

Ces différences s'expliquent par le fait que chez le lapin,

l'infection expérimentale reste, en général, localisée et ne touche pas les cellules germinatives. On conçoit que chez l'homme également, alors qu'une syphilis légère évolue, sans trop se généraliser et sans porter atteinte aux allures germinales, les procréateurs engendreront des rejetons non contaminés et non réfractaires. C'est là un fait que la clinique, loin de contredire, confirme.

Note sur la réaction du benjoin colloïdal dans la syphilis et l'hérédosyphilis nerveuse non évolutives. — M. René Targowla. Dans trois cas de syphilis non évolutive et dans deux cas de paralysie générale fixée, la réaction du benjoin colloïdal a pris un type subpositif, constituant une forme « résiduelle » de la réaction parallèle à la lymphocytose résiduelle; le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien était négatif.

Plus sensible, à ce titre, que le Wassermann, la réaction de Guillain peut disparaître avant la lymphocytose. Cependant, dans ces cas, on peut observer une précipitation très minime avec changement de teinte des tubes qui constituent une ébauche légère de floculation.

Dosage comparatif de l'urée du sang prélevé par ventouse scarifiée et par ponction veineuse. — M. Ed. Peyre dose comparativement l'urée dans 73 sérums recueillis en même temps par ventouses scarifiées et par ponctions veineuses. Les résultats sont variables : 22 fois le taux de l'urée est égal ou sensiblement égal (moins de 5 centigr. d'écart) dans le sang de la veine et de la ventouse ; 26 fois le taux est plus élevé dans le sang veineux (12cg85 d'écart moyen) et 23 fois dans le sang recueilli par ventouse (écart moyen 11cg60). On sait combien est variable, dans une même journée, la teneur en urée du sérum d'un individu normal et Peyre se demande, s'appuyant sur les dosages comparatifs chez un même sujet, si le sang recueilli par ventouse ne donne pas une idée plus exacte que la teneur uréique moyenne.

Inversement, pour le rapport uréo-secrétoire où doivent être appréciés le taux de l'urée sanguine et la concentration urinaire de la même heure, c'est le sang veineux qu'il convient de prélever.

La propagation au bulbe de certains toxiques ou ferments de l'estomac. — MM. Loeper, Debray et Forestier rappellent leurs recherches sur la diffusion dans le pneumogastrique de poisons et toxines introduits dans l'estomac malade et ligaturé; et aussi celle de la pepsine dans l'estomac le plus normal.

Ils ont pu retrouver jusque dans le bulbe la toxine tétanique, mais la recherche du formol fut douteuse.

Ils ont pu déceler, en outre, un ferment peptique dans le bulbe; ce ferment analogue à la pepsine n'existe pas dans le cerveau.

Ils estiment que ces constatations éclairent la pathogénie de certains troubles nerveux consécutifs aux affections gastriques.

Affinité neurotrope du virus de la vaccine. — MM. Levaditi, Harvier et Nicolau ont étudié l'action du virus de la vaccine introduit dans le cerveau du lapin. Si la pulpe vaccinale s'est montrée inoffensive, par contre, le virus après un passage par le testicule (méthode de Noguchi) devient pathogène en injection intracérébrale. Il engendre une encéphalite vaccinale mortelle, dont les lésions consistent en une véritable pustule vaccinale de la dure-mère, une méningite à mononucléaire et une légère encéphalite aiguë cervicale. Il n'y a pas d'atteinte des cellules nerveuses, sous forme de neuronophagie, comme dans l'encéphalite provoquée par la maladie de von Economo.

Le cerveau des animaux morts provoque la kératite et l'orchite vaccinales; de plus, inoculé à la peau suivant la méthode de Calmette et Guérin, il engendre une belle éruption de pustules.

L'affinité neurotrope du virus de la vaccine diffère de celle du germe de l'encéphalite, en ce sens qu'elle est inconstante, facultative et non pas obligatoire.

La réaction émotive normale observée en trois temps. — M. A. D. Waller (de Londres).

(Séance du 23 juillet 1921)

Le rapport lipocholestérinique du sérum des cancéreux. — MM. Loeper, Debray et Tonnet ont constaté chez les cancéreux la diminution fréquente de la cholestérine et l'augmentation, en dehors de tout repas, du taux des autres lipoïdes. Le rapport de ces deux ordres de substances se trouve de ce fait extrêmement faible. La moyenne obtenue se tient aux environs de 0,40 et 0,30, alors qu'elle atteint 0,55 à 0,60, chez les sujets normaux.

Les plus faibles rapports se rencontrent chez les cancéreux anémiques. On doit faire exception pour les hépatiques qui présentent de la rétention biliaire.

Il y a lieu de rapprocher ces dosages de ceux que donnent les tumeurs elles-mêmes. La cholestérine y oscille entre 2 et 4 grammes p. 1000 et les lipoïdes y atteignent jusqu'à 12, spécialement dans les tumeurs malignes.

Le taux des lipoïdes s'accroît après la radiothérapie. La cholestérine reste invariable.

Il semble que la cholestérine soit consommée par la tumeur et qu'une partie des lipoïdes soient excrétés par elle.

Etude des diurétiques par la perfusion rénale. — MM. P. Carnot, F. Rathery et P. Gérard appliquent à l'étude des diurétiques la technique des perfusions sur l'animal vivant qu'ils ont indiquée précédemment.

En isolant circulatoirement un rein qui n'est relié au reste de l'organisme que par ses nerfs et en introduisant dans l'organisme un diurétique (Allylthéobromine) on met en évidence une action nerveuse à distance à la fois vasoconstrictive et secrétoire qui augmente notamment le rendement, quantité d'urine sécrétée pour une même quantité de liquide perfusé.

En faisant agir directement le diurétique sur le rein (addition au liquide de perfusion), on augmente simultanément le débit sanguin et le débit urinaire.

Les diurétiques agissent donc à la fois indirectement par voie nerveuse et, surtout, directement par action sur les vaisseaux et l'épithélium du rein.

Les injections intraveineuses de salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — MM. A. Gilbert, Alfred Coury et H. Bénard. De leurs essais cliniques et expérimentaux, de l'étude de nombreuses courbes d'élimination du salicylate injecté dans les veines, les auteurs concluent :

1° Que le salicylate de soude en injection intraveineuse donne de bons résultats dans le rhumatisme articulaire aigu grave ou compliqué d'endocardite;

2° Que les injections de 2 grammes et davantage d'une solution à 25 p. 100, ne donnent lieu à aucun accident général ou local;

3° Que l'élimination du salicylate intraveineux est relativement lente et n'est complète qu'au bout de 12 à 13 heures;

4° Que malgré ses avantages, la méthode ne peut que rester une méthode d'exception à réserver aux cas graves et compliqués.

Étude pharmacodynamique de l'adrénalone. I. Action vaso-constrictive et respiratoire; effets sécrétoires. — M. Ed. Jaeger a étudié en détail les modalités d'action de l'adrénalone qni est la cétone correspondante de l'adrénaline. Il a trouvé que l'intensité vaso-constrictive de l'adrénalone mesurée par les variations de la pression artérielle est 200 à 220 fois plus faible que celle de l'adrénaline. La modalité de l'action de l'adrénalone diffère de celle de l'adrénaline en ce que l'adrénalone agit d'une façon beaucoup durable, son action étant 6 à 8 fois plus prolongée que celle de l'adrénaline; cette dnrée plus longue dépend vraisemblablement de la moindre oxydabilité de l'adrénalone qui est moins facilement détruite dans l'organisme.

L'adrénalone ne produit pas la même longue période d'apnée que l'adrénaline. Il n'y a qu'un arrêt très court suivi par une respiration profonde et intense.

L'adrénalone fait augmenter la sécrétion salivaire et pancréatique, ainsi que la sécrétion urinaire. Les urines, après

injection, contiennent du sucre et donnent légèrement mais très nettement la réaction de Vulpian.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies congénitales du cœur (1), par Ch. LAUBRY et C. PEZZI.

Ce traité, écrit aussi bien pour les étudiants que pour les médecins, n'a pas seulement un intérêt théorique et pathogénique comme on pourrait le croire au premier abord, sa valeur pratique est également très grande puisqu'on est à même de rencontrer souvent de telles affections; et si elles paraissent aujourd'hui très exceptionnelles, cela tient peut-être à la difficulté qu'on éprouve quelquefois à en faire le diagnostic. Il est possible qu'elles semblent moins rares, maintenant qu'on les connaîtra mieux grâce à l'exposition si claire et si vécue qu'en ont faite les auteurs.

Car, en dehors de la compétence toute spéciale qui s'attache à leur nom et qui donne déjà à ce traité une valeur importante, on est frappé par ce fait qu'ils parlent surtout de ce qu'ils ont vu, des difficultés qu'ils ont eu à résoudre pour faire profiter le lecteur de leurs réflexions. Ajoutons à cela une critique très sévère et judicieuse en ce qui concerne la pathogénie si discutée de ces maladies congénitales.

Signalons, en particulier, la théorie à laquelle ils se rattachent. Ils ne croient pas à la théorie inflammatoire ou infectieuse et reconnaissent une grande supériorité à la théorie embryogénique. Parmi les raisons qu'ils mettent en avant, celle-ci est particulièrement intéressante. « La coexistence de certaines lésions, disent-ils, avec des particularités anatomiques qui ne se rencontrent que dans le cœur normal que pendant une très courte période de la vie embryonnaire, implique, ou bien un vice de développement, ou bien une infection qui se produise exactement à la même époque et pour ainsi dire choisisse son heure. Ainsi le rétrécissement pulmonaire associé à la communication interventriculaire, qui est une des formes habituelles des affections congénitales, exige un processus morbide d'une durée limitée à quelques jours et débutant rigoureusement à la septième semaine : plus précoce, le septum n'est pas encore formé; plus tardif, le cloisonnement est achevé. Et comme fréquemment la perforation a les mêmes dimensions, il faut invoquer une infection d'à peine quelques heures. »

Comment ne pas être frappé par ce défaut de la théorie inflammatoire qui exigerait du processus infectieux une précision si grande dans le temps et dans l'espace.

Le traité débute par des notions générales sur le développement du cœur, très nettement décrites avec des figures fort démonstratives, elles servent de guide dans les différentes anomalies envisagées ensuite, tant des points de vue anatomo-pathologique et pathogénique que symptomatique et diagnostique, et faisant ainsi l'objet de plusieurs chapitres.

Les auteurs terminent par l'étiologie et le traitement. Ils insistent en particulier sur l'importance de l'hérédité, directe ou indirecte, en faisant une large part à l'hérédo-syphilis et à l'hérédo-tuberculose. Ils se rendent parfaitement compte d'ailleurs que « bien des lacunes sont encore à combler, bien des inconnues à identifier. Les grandes tares qui mutilent la race humaine n'expliquent pas tout... Avouons, disent-ils, que des causes nous échappent... Autant qu'une mise au point de la question, c'est cette impression que nous avons voulu dégager pour les observateurs futurs. Ils ont des voies nouvelles à explorer, ou, s'ils se contentent des voies anciennes, ils feront encore beaucoup en perfectionnant leurs méthodes d'investigation, en l'enrichissant des ressources de la technique moderne, à condition qu'ils n'oublient ni la patience dans leurs recherches, ni la sagacité, ni la précision des détails qui permettent seules de faire état d'une fiche étiologique. »

Comment pourrait-on envisager de façon plus critique et plus scientifique un chapitre aussi délicat de la pathologie?

L. BABONNEIX.

(1) In-8° avec 100 figures dans le texte. — Paris, Baillière et fils.

De l'évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets (1), par le Dr Adrien BESSON, professeur suppléant à la Faculté libre de médecine de Lille.

C'est un véritable traité sur cette question si délicate de la détermination de la valeur physiologique de l'individu, que vient de publier le Dr Adrien Besson. Nul, d'ailleurs, n'était mieux préparé que lui à aborder ce problème. Tous les médecins qui ont à s'occuper des conseils de revision devront lire et méditer ce consciencieux travail, dont voici les conclusions :

1° L'aptitude physique des jeunes soldats (tout élément pathologique excepté) peut être exprimée par le coefficient de robusticité dont M. Pignet a donné le premier la formule : ce coefficient de robusticité (valeur numérique ou indice) résume les indications des trois grandes mensurations : *Taille, poids, périmètre*. Ces trois éléments restent bien le véritable trépied physiologique de la valeur physique de l'individu et il ne semble pas que l'un d'entre eux puisse être remplacé ou modifié par un mode nouveau de mensuration.

2° L'indice se calcule en additionnant le poids et le périmètre et en retranchant leur somme du chiffre de la taille exprimé en centimètres. Le produit de cette opération est généralement inférieur au chiffre de la taille ; mais il peut, dans certains cas, lui être supérieur et on le fait alors précéder du signe +.

3° L'indice est, en général, favorable jusqu'à — 25, discutable de — 26 à — 30, défavorable au delà. Il y a lieu de faire une restriction pour les petites tailles dont le quantum d'appréciation doit être nettement abaissé de 5 points environ ; par contre, pour les grandes tailles, ce quantum peut, dans la zone discutable ou à son voisinage, être souvent sensiblement élargi.

4° L'indice constitue un critérium d'une sûreté indiscutable pour l'appréciation de l'aptitude physique normale la corrélation de ses éléments étant, en effet, constante et leur correction « mutuelle » en quelque sorte « automatique », empêchant dans leur énonciation toute impossibilité physiologique.

Il permet d'apprécier non seulement l'aptitude physique du moment, mais aussi les variations qui peuvent se produire dans l'état de santé des jeunes soldats après leur incorporation, une élévation notable ou continue de son chiffre, devant immédiatement appeler l'attention du médecin.

L'utilité de ces indications n'a pas échappé, d'ailleurs, aux compagnies d'assurances, et le Dr Saellen formulait à leur IIIe Congrès international (1903) les propositions suivantes : « Les rapports entre la taille, le périmètre et le poids sont importants au point de vue de l'estimation des chances de longévité. Ces rapports, rapprochés de l'hérédité et de la profession des proposants, font peser leur influence sur les conclusions (refus ou admission) des médecins experts. »

6° Cependant, quelque précieux que soit l'indice, il ne doit jamais constituer pour le médecin qu'un moyen de contrôle, une « preuve », pour ainsi dire de son examen médical, qu'il peut puissamment aider, mais jamais *précéder*. La science et le sens clinique du médecin expert doivent toujours rester, dans le champ si vaste de ces graves et difficiles responsabilités, les éléments fondamentaux de l'examen et de la décision.

L. G.

Traitement de la tuberculose par le vaccin B_2 de Bossan en clientèle. Technique, posologie, résultats, observations (2), par le Dr A. GÉRARD.

Important travail de vulgarisation que le Dr Gérard termine par les conclusions suivantes :

« La vaccinothérapie antituberculeuse est possible.

Le vaccin B_2 de Bossan est spécifique de la maladie. Son emploi constitue la médication de choix. Il peut être utilisé contre toutes les localisations de la tuberculose sans exception.

Il est introduit dans l'organisme par la voie intratrachéale ou par la voie endo-veineuse, ou par les deux simultanément, ou, dans certains cas, par la voie sous-cutanée locale seule ou complétée par la voie endo-veineuse.

Il peut sans danger être porté dans les grandes cavités : plèvre, canal rachidien.

(1) In-8. — Lille, 1921, Imprimerie Morel.
(2) Paris, Imprimerie Paul Marmy.

Le Rendement professionnel des mutilés, par le Dr J. GOURDON, directeur de l'Ecole pratique de rééducation professionnelle des mutilés de guerre de Bordeaux, consultant technique du Centre d'appareillage de la 18e région, membre de l'Office national des mutilés et réformés de guerre, et le Dr H. DIJONNEAU, chef du Laboratoire de physiologie professionnelle à l'Ecole pratique et normale de rééducation des mutilés de guerre à Bordeaux, et J. THIRAUDEAU, ingénieur E. A. M., chef des travaux à l'Ecole pratique et normale de rééducation des mutilés de guerre à Bordeaux. In-8 carré de 252 p., 68 fig. ou graph. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin.

Il peut, par les mêmes voies, être administré chez les enfants qui, mieux que tous, en ressentiront les bienfaits.

Il agit plus rapidement, d'une façon générale, sur les localisations tuberculeuses non pulmonaires.

Il y aura d'autant plus d'effet, et d'autant plus rapidement, qu'il sera employé dans les formes récentes et dans les formes douteuses, qu'on peut maintenant facilement caractériser grâce à l'examen du sang pratiqué par le procédé Sabathé-Buguet.

Dans les tuberculoses graves, avancées, cachectisantes, il ne peut avoir qu'un rôle de soulagement et parfois de prolongation.

Il constitue le seul moyen efficace de prophylaxie par son action sur les bacilles qu'il diminue de nombre ou rend avirulents dans les cas graves ou qu'il fait disparaître dans ceux où son action a le temps de se produire complète. » L. G.

Le Diagnostic clinique de la syphilis (1),
par le Dr Gilbert PIGUET.

Le Dr Piguet a voulu donner aux médecins un livre leur permettant de faire le diagnostic de la syphilis sans les obliger à des recherches de laboratoire qui, faciles dans les grandes villes, sont impossibles à la campagne.

Ainsi que l'écrit M. le prof. Nicolas (de Lyon) dans la préface, M. Piguet a écrit un livre dont la lecture « instructive et attrayante constitue la meilleure et la plus solide des recommandations ». L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (professeur : M. A. GILBERT ; professeur agrégé : M. Maurice VILLARET). — COURS DE PERFECTIONNEMENT (septembre 1921). — *Les notions récentes médico-chirurgicales sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies du tube digestif.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 12 septembre 1921, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Herscher, médecin des hôpitaux ; Guilleminot, professeur agrégé ; Lippmann, Chabrol, anciens chefs de clinique ; Leven, François Moutier, anciens internes des hôpitaux ; Henri Bénard, Saint-Girons, Dufourmentel et Coury, chefs de clinique ; Paul Descomps, Dumont et Deval, chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie ; Durey, Dausset, Lagarenne et Gérard, chefs et assistants du laboratoire des agents physiques de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30.

Le cours comprendra 30 leçons et sera complet en deux semaines ; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude de trois jours sera organisé les 23, 24 et 25 septembre, à Vichy et à Châtel-Guyon.

Les élèves du cours, désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1920-1921 ont lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions, et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement : *a.* L'un sur les maladies du foie et du pancréas (vacances de Pâques) ; *b.* l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : septembre).

2° Un cours de revision : Sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (grandes vacances : juillet).

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE (125, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. COUVELAIRE). — COURS COMPLÉMENTAIRES DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — Cours réservés aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants ayant terminé leur scolarité, sous la direction de M. Lévy-Solal, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de MM. Vignes, accoucheur des hôpitaux ; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux ; Cleisz, chef de clinique ; Morisson-Lacombe et Sellet, chefs de clinique adjoints.

Durée : deux semaines, le matin et l'après-midi.

Première série du 12 au 24 septembre 1921. — Deuxième série du 17 au 29 octobre 1921.

PROGRAMME. — I. *Leçons.* — Diagnostic de la gestation. — Diagnostic des présentations par le palper, le toucher et l'auscultation. — Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation, l'accouchement et la délivrance. — Diagnostic et traitement des toxémies (vomissements graves, albuminurie, convulsions éclamptiques). — Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle fœtale et infantile. — Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. Dilatation artificielle. Ballon de Champetier de Ribes. — Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — Traitement de la mort apparente du nouveau né. — Conduite à tenir au cours de l'accouchement et de la délivrance.

II. *Exercices cliniques, individuels, journaliers.*

III. *Manœuvres obstétricales.* — Forceps, extraction du siège, version, basiotripsie, embryotomie.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

COURS DE VACANCES DE CHIRURGIE INFANTILE ET D'ORTHOPÉDIE. — Dans son service de l'Hôpital des enfants de Bordeaux et à sa Clinique orthopédique, le Dr H.-L. Rocher, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, fera une série de conférences et de démonstrations pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, avec projections et présentation de photographies, radiographies, pièces anatomo-pathologiques, de malades, avant, pendant et après traitement.

Cet enseignement aura lieu tous les jours de 9 h. à midi, et de 3 h. à 5 h. 1/2 de l'après-midi.

Les examens de malades seront faits sous la direction du Dr Rocher, par les médecins et les étudiants inscrits, ainsi que les applications d'appareils plâtrés dans la coxalgie, le mal de Pott, les tumeurs blanches, les ponctions et injections dans les tuberculoses articulaires et ganglionnaires.

Pendant ces six jours, seront pratiquées la plupart des opérations courantes en chirurgie infantile et orthopédie. Ultérieurement paraîtra le programme détaillé des conférences et exercices pratiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Prière d'adresser son inscription (gratuite) et toutes demandes de renseignements, au Dr H.-L. Rocher, Clinique orthopédique, 91, rue Judaïque, Bordeaux.

(1) In-8. — Prix : 10 francs. — La Maison française d'art et d'édition, 37, rue Falguière, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale Marx (Maurice).

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — Des médailles d'honneur sont accordées aux médecins et agents du service pénitentiaire de l'Algérie qui ont fait preuve de courage et de dévouement au cours de diverses épidémies :

Médailles d'or. — MM. les Drs Schieffer (de Tlemcen), Cubry (de Tiaret), Bonnard (d'Alger), Molbert (d'Orléansville), Peloni (de Boukanéfis).

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Queyrat (de Mostaganem), Aucaigne (de Vialar), Kosiell (de Duperré), Barbe (de Médéa), Béraud (d'Aïn-Temouchent), Mlle Boirivant (de Tlemcen), MM. Rehm (de Saïda), Vaugien (de Mascara), Primislas-Lallement (d'Oran), Feraud (de Philippeville), Jacques (de Marnia).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Appel (d'Ammi-Moussa), Gehre (de Mascara), Guérido (d'Oran), Pouget (de Mustapha), Domergue (de Michelet), Tchekoff (de Burdeau), Bordes (de Mascara), Creutz (d'Aïn-Témouchent), Nicolas (de Mercier-Lacombe), Pons-Leychard (de Montagnac), Vidal (de Télagh).

CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. Jeanselme.) — Cours de perfectionnement. — *Dermatologie et maladies vénériennes*, sous la direction de M. le prof. Jeanselme, avec la collaboration de M. le prof. Sébileau et de MM. Thibierge, Darier, Hudelo, Milian, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Louste, Lian, Darré, Tixier, de Jong, Sézary, médecins des hôpitaux; Gougerot, professeur agrégé, Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux; Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Sabouraud, chef du laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis; Levaditi, de l'Institut Pasteur; Touraine, P. Chevallier, Burnier, Marcel Bloch, chefs de clinique et de laboratoire à la Faculté; Pomaret, Giraudeau, chefs des travaux chimiques et physiques; Marcel Sée, Bizard, médecins de Saint-Lazare; Noiré, Civatte, Ferrand, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Carron de la Carrière, Barbé, médecins des asiles; Rubens-Duval, ancien chef de laboratoire.

Deux séries de cours auront lieu chaque année en octobre, novembre, décembre et en avril, mai, juin.

Chaque série comprendra : 1° un cours complet de dermatologie ; 2° un cours complet de vénéréologie.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Les cours commenceront le deuxième lundi d'octobre et le deuxième lundi d'avril de chaque année.

Un programme détaillé sera distribué aux élèves.

Les cours auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre de la clinique (salle Henri-IV), 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après-midis de 1 h. 30 à 4 heures, et les matinées seront réservées aux polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat sera attribué aux assistants à la fin des cours.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 3).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Marcel Bloch, chef de laboratoire à la Faculté, 40, rue Bichat (Xe), hôpital Saint-Louis.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

NOUVELLE LOI SUR LES LOYERS

LOI DU 16 JUILLET 1921

La loi du 1er mars 1921 était une loi provisoire, votée en attendant l'apparition d'une loi définitive qui devait consacrer le retour définitif au droit commun. Le Parlement a eu peur; cette loi définitive n'a pas été votée et, comme on ne pouvait attendre, une nouvelle loi provisoire est née; on peut augurer qu'elle ne sera sans doute pas la dernière : quand on est sorti du droit commun, du respect des conventions, surtout dans une matière qui intéresse la grande majorité des citoyens, nombreux sont les obstacles qui se dressent pour revenir à la situation normale.

La loi du 16 juillet 1921 (*Journal officiel*, 17 juillet 1921) est intitulée : *loi assurant aux locataires dont les locations sont à expiration un maintien en possession provisoire*. Elle est ainsi conçue :

« *Article unique.* — Toutes prorogations ou demandes de prorogation de baux écrits ou locations verbales venues à expiration le 30 juin 1921 ou pouvant venir à expiration après cette date, quelle que soit leur origine et quelle que soit la loi qui les régisse actuellement, seront, jusqu'au 1er avril 1922, réglées et jugées suivant les formes et principes de la loi du 1er mars 1921. Toutefois, dans la limite du 1er avril 1922, la prorogation ne pourra être moindre d'un terme.

Les prorogations seront toujours prolongées d'un délai suffisant pour achever le mois en cours, s'il s'agit de locations au mois, le trimestre en cours, s'il s'agit de locations comportant quatre termes par an, et le semestre en cours s'il s'agit de locations ne comportant qu'un ou deux termes par an. »

1. La loi nouvelle contient un renvoi à la loi du 1er mars 1921 (1). Au cours des débats parlementaires, le garde des sceaux a fourni des renseignements intéressants sur l'application de cette dernière loi. Il a dit :

« Cette loi a eu un résultat capital, décisif. C'est qu'elle a facilité, dans la plus large mesure possible, les conciliations. Lorsqu'il s'est agi, en effet, pour les locataires qui pouvaient prétendre au bénéfice de cette loi, d'aller devant un juge, ils sont allés, le plus souvent, devant leur propriétaire; et propriétaire et locataire, dans un nombre considérable de cas, se sont entendus. La preuve est dans le nombre très petit, le nombre misérable, en face du nombre considérable des conflits qui s'étaient élevés, des affaires venues réellement devant le juge des référés ou devant les juges de paix.

« Je voudrais vous donner quelques chiffres. A Paris, en référé, il y a eu, au total, 1.623 instances. Toutes sont résolues et les majorations de loyers accordées par le juge des référés ont varié suivant les cas, suivant les augmentations qu'avait déjà subies le loyer entre 10 et 40 p. 100.

« Devant les justices de paix de Paris, il est venu, au total, 743 affaires concernant les loyers inférieurs à 600 francs.

« Il y a eu 146 rejets seulement et des majorations de loyers variant entre 10 et 60 p. 100 ont été accordées par les juges de paix.

« Dans la banlieue de Paris, 770 affaires avec des majorations variant de 10 à 50 p. 100.

« A Marseille, au total devant les juges des référés — loyers supérieurs à 600 francs — 89 affaires, 6 rejets, 83 admissions, majorations accordées entre 20 et 30 p. 100. Devant les juges de paix de Marseille : 247 affaires, 33 p. 100 de majoration des loyers.

« A Lyon, juge des référés, 89 affaires, 9 rejets, majoration moyenne 30 p. 100. Dans les douze justices de paix de la ville de Lyon, 127 affaires, 40 p. 100 d'augmentation moyenne.

« A Limoges, devant le juge des référés, 36 affaires pour tout l'arrondissement; loyers majorés de 44 à 50 p. 100. Devant les justices de paix de la ville de Limoges, loyers inférieurs à 600 francs : 259 affaires, majoration de 12 à 40 p. 100. »

Cet aperçu montre, d'une façon intéressante, les augmentations accordées : elles ne dépassent pas 50 p. 100, compte tenu de l'accroissement des charges et de toutes autres considérations.

2. La loi nouvelle est plus large que la loi du 1er mars 1921. En effet, elle décide que peuvent s'en prévaloir les locataires, *à quelque époque qu'ils aient contracté et quelle que soit la nature ou la destination des lieux occupés* : locaux d'habitation, commerciaux, industriels ou professionnels, dont la location ou la prorogation de location résultant de l'une des lois sur les loyers (loi du 9 mars 1918 ou loi du 4 mai 1920), soit d'un délai accordé précédemment par la justice, soit d'une convention entre le propriétaire et le locataire, est expirée ou va expirer d'ici le 1er avril 1922.

Pour obtenir le bénéfice de la loi nouvelle, les locataires doivent se référer aux formes et aux principes de la loi du 1er mars 1921. Par conséquent, ils doivent *dans le mois* qui suit la promulgation de la loi, c'est-à-dire *à partir du 17 juillet 1921*, à peine de forclusion, introduire devant le juge des référés pour les locations dont le montant est supérieur à 600 francs, et devant le juge de paix pour les locations dont le montant est inférieur à ce chiffre, une demande tendant à leur maintien dans les lieux loués pendant un délai qui ne peut excéder le 1er avril 1922.

Les conditions stipulées par la loi du 1er mars 1921 doivent être remplies, pour que la demande soit recevable. Le locataire est donc tenu, comme nous l'avons déjà indiqué lors de l'examen de cette loi : de justifier qu'il a exécuté toutes les conditions imposées par son contrat, par les usages locaux ou par décisions judiciaires — d'occuper ou s'engager à occuper dans la plus grande partie, l'immeuble donné à bail, soit par lui-même, soit par les membres de sa famille qui l'occupaient antérieurement avec lui; — de prendre l'engagement de payer, pendant toute la durée de la prorogation, l'augmentation de loyer qui sera fixée par le juge, à défaut d'accord.

La prorogation est facultative pour le juge; mais s'il l'accorde, elle ne peut être moindre, dans la limite du 1er avril 1922, d'un terme. Sa décision n'est susceptible ni d'opposition ni d'appel.

Nous avons indiqué les cas dans lesquels la loi du 1er mars 1921 ne peut être invoquée. Il en est de même pour l'application de la loi du 16 juillet 1921 : locataires qui ont réalisé des bénéfices de guerre, locataires qui ont plusieurs logements, à moins de justifier qu'ils en ont besoin pour fonction ou profession, locataires étrangers n'ayant pas servi dans les armées alliées, ne peuvent invoquer la loi. D'autre part, la loi n'est pas opposable aux veuves de guerre, ni aux titulaires des pensions spécifiées, à moins que le locataire ne soit lui-même une veuve de guerre, un pensionné ou un réfugié des régions libérées ne pouvant réintégrer son habitation d'avant-guerre; elle n'est pas opposable non plus au propriétaire qui prouvera qu'il va réellement occuper le local, à titre d'habitation par lui-même ou ses ascendants, ou les descendants, ou par les ascendants ou descendants de son conjoint.

3. Le 24 octobre 1921 viendront à expiration de nombreuses prorogations; c'est l'échéance du délai de deux ans après la cessation des hostilités. La loi devait se préoccuper de cette situation. C'est pourquoi, elle a édicté la disposition contenue dans le deuxième paragraphe de l'article unique : les prorogations seront toujours prolongées d'un délai suffisant pour achever :

a. le mois en cours, s'il s'agit d'une location au mois;

b. Le trimestre en cours, s'il s'agit de locations comportant quatre termes par an;

c. Et le semestre en cours s'il s'agit de locations ne comportant qu'un ou deux termes par an.

Il ne fait pas de doute que la loi nouvelle ne porte atteinte à aucun des droits nés de l'article 56 et suivants de la loi du 9 mars 1918, au profit des locataires qui ont droit au bénéfice de ses dispositions.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 24, p. 370.

LES SULFATES DE TERRES RARES

DANS LES TUBERCULOSES CHIRURGICALES

Par Louis SAUVÉ,
Chirurgien des hôpitaux de Paris,

et FLANDRIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis près de deux ans, exactement vingt mois, nous avons employé dans des tuberculoses chirurgicales de toutes variétés, et suivant les indications données par H. Grenet et H. Drouin, les sels de terres rares. Nous avons préféré, avant de publier nos observations, laisser s'écouler un long laps de temps, afin d'avoir plus de recul et de juger plus sainement les résultats.

Aussi bien, ne relaterons-nous ici, avec un minimum de commentaires, que les faits observés. Humbles serviteurs de ces faits, nous les avons observés sans opinion préconçue pour ni contre, sans ce sectarisme scientifique qui est peut-être le pire de tous. Sur l'assurance qui nous avait été donnée de l'innocuité de cette nouvelle chimiothérapie de la tuberculose, nous l'avons expérimentée, d'abord avec prudence, et plus largement ensuite. Le lecteur jugera, comme nous l'avons fait nous-mêmes, d'après les faits que nous relatons, et qui, tantôt positifs et tantôt négatifs, nous ont semblé intéressants à publier, en raison de leur caractère objectif.

Nous n'avons rien à dire, au surplus, des solutions employées qui sont, soit la solution aqueuse à 2 p. 100 de sulfate de didyme (pour injections intraveineuses), soit la solution lipoïdique à 2 p. 1000 (pour injections sous-cutanées ou intramusculaires). Nous avons éliminé les cas présentant, d'une façon permanente, une température vespérale au-dessus de 39 degrés, comme ceux où de l'albuminurie notable était constatée. Les injections ont été faites généralement par séries de vingt, commençant par 2 centimètres cubes pour atteindre rapidement 4 ou 5 centimètres cubes quotidiens. La totalité des injections intraveineuses, pour une série, varie donc entre 70 et 90 centimètres cubes. Dans les cas où, par suite de l'oblitération veineuse, nous ne pouvions faire d'injections intraveineuses, nous avons employé, suivant les indications de Grenet et Drouin, les solutions lipoïdiques pouvant être injectées dans les muscles. Voici maintenant nos observations.

Observation I (consultation de Laënnec). — R..., quarante-cinq ans, a eu la syphilis il y a vingt ans, mal soignée. Depuis six semaines, présente une adénite inguinale gauche fistulisée, ayant tous les caractères d'une adénite tuberculeuse, en connexion avec des ganglions iliaques profonds. La suppuration est très abondante, exigeant deux pansements par jour. Un traitement par l'arsenobenzol est resté sans résultat. Wassermann négatif. Malade pâle et amaigri.

Première série de dix injections; 40 centimètres cubes de solution de sulfate de terres rares. L'adénite disparaît presque totalement; la fistule se ferme. L'état général est beaucoup plus satisfaisant; le malade a le visage coloré.

Le malade revient quinze jours après : petite réapparition de l'adénite (grosseur : une petite noix).

Deuxième série d'injections en même quantité que les premières. Disparition totale de l'adénite qui, un an après n'avait pas réapparu. Le malade a été tellement satisfait qu'il a envoyé à ma consultation nombre de tuberculeux et même de tuberculeux pulmonaires, pour être traités suivant cette méthode.

Obs. II (communiquée par Mme Soufflant, externe des hôpitaux). — B..., vingt-huit ans, a un petit ganglion préauriculaire depuis l'âge de douze ans. Il y a deux ans, grosse augmentation de ce ganglion, nécessitant une opération infructueuse faite à l'armée, le 4 août 1919. En mai 1920, apparition, en outre, d'une masse sous-maxillaire du volume d'un œuf de poule. Etat général très défectueux. Grande lassitude. Traitement par les sels de terres rares; je laisse la parole au malade :

« Dès la première série d'injections (40 centimètres cubes), diminution légère des ganglions. A la suite de la deuxième série, faite à huit jours de la première, continuation de la diminution ganglionnaire. Une troisième série accentue cette diminution, et remonte beaucoup l'état général. A la suite de la quatrième série, l'état général est presque rétabli ; le ganglion préauriculaire presque disparu ; la masse sous-maxillaire réduite aux dimensions d'une noisette. Le traitement a donné d'excellents résultats. »

Obs III. — Femme de soixante-deux ans. Coxalgie fistulisée droite (service de M. Auvray). Cette coxalgie date de trois ans ; actuellement (12 juillet 1919) la malade est complètement immobilisée au lit, dans un très mauvais état général, avec température oscillant jusqu'à 38°5, et un vaste abcès décollant toute la face externe de la cuisse droite. Cet abcès est fistulisé à sa partie inférieure, et donne du pus en telle abondance qu'il est nécessaire de faire deux pansements par jour.

Première série, du 27 novembre 1919 au 17 décembre, 52 centimètres cubes de solution. La fistule se ferme ; la température redevient normale, l'état général est bon ; on est frappé du facies rosé de la malade.

Deuxième série, du 1er février 1920 au 10 mars, 24 centimètres cubes.

Troisième série, du 18 juin au 30 juin, 14 centimètres cubes.

A ce moment, la malade présente, au lieu de son facies hectique du début, un facies floride ; elle peut marcher avec des béquilles, sans souffrance, alors que ses douleurs l'avaient fixée au lit depuis juin 1918; elle a engraissé de 4 kilogrammes. Localement, le vaste décollement fémoral s'est comblé ; il persiste une fistulette sécrétant extrêmement peu, puisqu'un seul pansement par semaine est nécessaire au lieu de deux par jour.

Obs. IV. — Jeune fille, dix-sept ans. Tuberculose du métatarse droit et du cuboïde (service de M. Auvray). Il existe un abcès froid au niveau du 5e métatarsien, du volume d'une noix.

Six injections (25 centimètres cubes). L'abcès diminue sensiblement. M. Auvray pratique alors la résection du métatarse. Les injections sont reprises après l'opération, qui a fait constater une carie avancée du cuboïde et du 5e métatarsien.

La rapidité de la guérison est remarquable. L'enfant sort trois semaines après.

Obs. V. — Femme de vingt-trois ans, avec abcès froid costal droit. Après une première série d'injections (40 centimètres cubes), sort améliorée, mais revient quatre mois après, et l'on est obligé de pratiquer une résection costale.

Obs. VI. — L..., vingt-six ans. Grosse salpingite double tuberculeuse (service de M. Auvray). Température oscillant de 37°5 à 39°4, ne descendant pas au-dessous de 38 degrés le soir. Malade très cachectique.

Une série d'injections (75 centimètres cubes). A partir de la quatrième injection, la température s'abaisse le soir au-dessous de 38 degrés pour ne plus remonter. A la fin de la série, le facies s'est grandement amélioré ; les culs-de-sac se sont libérés progressivement, l'appétit est complètement revenu et la malade est envoyée à la campagne sans opération.

Obs. VII. — Jeune fille de seize ans (service de M. Auvray). Tumeur blanche classique du genou droit, envoyée dans le service par M. Rist. Cette tumeur blanche n'est pas suppurée.

Une série de douze injections (55 centimètres cubes)

n'amène aucun résultat, ni local, ni général, et M. Auvray pratique, avec succès, une résection du genou.

Obs. VIII. — M..., Vingt ans (consultation de Laënnec), recueillie par M. Muffat, externe des hôpitaux.

Tumeur blanche non suppurée du pied droit, avec lésions prédominant à la malléole externe, sans abcès froid. La marche est impossible par suite de la douleur. Les menstruations sont rares et très faibles. Mauvais facies.

Première série, du 21 septembre 1920 au 12 octobre, 77 centimètres cubes intraveineux. Etat stationnaire à l'examen local. Le facies s'est amélioré.

Deuxième série, du 6 novembre au 11, 16 centimètres cubes intraveineux. Les veines étant alors oblitérées, on fait en injections intramusculaires, du 11 au 24 novembre, 32 centimètres cubes de sulfate de didyme lipoïdique. A la fin de cette série, la tuméfaction du pied a notablement diminué, la malade marche, et dit ne souffrir qu'un peu le matin; à la fin de sa journée de travail, elle ressent seulement un peu de fatigue. A l'examen local, la pression ne réveille plus aucune douleur osseuse.

Troisième série, du 11 décembre 1920 au 25 janvier 1921, 85 centimètres cubes en injections intraveineuses. A la fin de la série, très bon état général, facies floride. Les règles sont revenues normales en abondance et en apparition depuis deux mois. La tuméfaction du cou-de-pied a totalement disparu; la pression au niveau des malléoles ne révèle plus aucune douleur. La malade déclare marcher normalement et se trouve guérie.

Obs. IX (M. Sauvé). — Mme X..., belle-sœur d'un médecin. Tumeur blanche du genou droit, avec fongosités, mais non suppurée, avec un gros paquet ganglionnaire du triangle de Scarpa, qu'un chirurgien (!) a voulu enlever. Etat général médiocre.

Il a été fait à Laënnec, de janvier 1920 à janvier 1921, cinq séries d'injections (46 centimètres cubes pour chaque série).

Après la deuxième série, le paquet ganglionnaire a presque complètement rétrocédé : du volume d'un œuf de dinde, il a passé à celui d'une noisette, il est dur, scléreux, indolore. La malade déclare marcher normalement; les fongosités ont diminué au point que l'aspect des deux genoux est semblable ; il ne persiste qu'une notable atrophie du quadriceps. La malade a repris de la mine, de l'appétit et a engraissé de 1 kilogramme et demi.

En octobre 1920, les fongosités ont un peu augmenté, et un point douloureux a réapparu sur le plateau tibial externe. Après la cinquième série, grosse amélioration; la malade remplit les fonctions d'une vie normale; mais il persiste un point tibial externe, et une certaine gène de la marche. Aussi on conseille au beau-frère de cette malade la résection du genou, qu'elle n'accepte pas, se trouvant bien portante. J'ai su récemment que l'état était stationnaire et que la malade marchait, avec un peu de raideur du genou.

Obs. X. — F... (Consultation de Laënnec). Adénite sous-maxillaire droite avec laryngite bacillaire, pour laquelle le malade a été trachéotomisé. Wassermann négatif. Très mauvais état général.

Du 1er septembre 1920 au 21 septembre, 77 centimètres cubes de solution en injections intraveineuses.

Aucun changement appréciable ni local, ni général.

Obs. XI. — V..., envoyée à la consultation de Laënnec par M. Debré. Grosse adénite sous-maxillaire gauche fistulisée datant de sept mois. Très mauvais état général. Est de plus syphilitique avec Wassermann positif : à la radioscopie, opacité du sommet droit avec adénopathie hilaire sans signes stéthoscopiques. La température varie de 38° à 38°5.

Première série, du 2 septembre au 8 septembre 1920. 7 centimètres cubes intraveineux. La malade interrompt le traitement, l'adénite augmente considérablement; la fièvre monte à 40. Trismus considérable empêchant toute alimentation solide. Incision le 9 septembre 1920. La température revient à la normale; abondante issue de pus; mais l'adénite est encore du volume du poing.

Deuxième série, du 21 septembre au 8 octobre 1921. 49 centimètres cubes intraveineux. Le 1er octobre, l'amélioration est manifeste; le trismus a disparu; l'alimentation et la température sont normales, l'adénite a rétrocédé du volume du poing à celui d'une noix, et la fistule ne donne presque plus.

Obs. XII. — M..., femme de cinquante-deux ans (service de M. Auvray). Abcès froid ganglionnaire sus-claviculaire droit, ayant débuté il y a trois ans, incisé alors, ayant diminué, puis ayant réapparu. La collection mesure à l'entrée dans le service 3 travers de doigt de haut sur 2 de large.

Première série, du 28 septembre 1920 au 17 octobre 1920. 72 centimètres cubes intraveineux. Entre la troisième et la quatrième injection, l'abcès s'ouvre spontanément. A la fin de la première série, l'état général est meilleur, le faciès est moins pâle, la collection a bien diminué.

Deuxième série. 78 centimètres cubes de solution intraveineuse du 8 novembre au 30 novembre 1920. A la fin de cette série, la collection a diminué considérablement, la fistule ne suppure plus que très peu; la malade reprend des forces et de l'appétit; elle est très satisfaite.

Troisième série. 78 centimètres cubes de solution intraveineuse du 6 janvier au 28 janvier 1921. A la fin de cette série, suppuration presque totalement disparue; il ne reste plus qu'un petit ganglion dur du volume d'une noisette, scléreux. Le malade a engraissé de 3 kilos.

Obs. XIII. — B..., 28 ans (consultation de Laënnec). Adénite cervicale droite datant de trois mois. Wassermann positif. A eu déjà plusieurs adénites. Etat général médiocre. Il existe des signes de suppuration au centre de la tumeur. 75 centimètres cubes de solution intraveineuse du 4 septembre 1920 au 23 septembre 1920.

Au cours de cette série, la collection se vide spontanément à deux reprises. La tuméfaction est très diminuée et l'état général meilleur à la fin de la série.

On conseille une seconde série à ce malade, il ne revient pas.

Obs. XIV. — B... (Flandrin, service de M. Auvray), quarante et un ans. Volumineux abcès froid sternocostoclaviculaire droit. Sujet bien portant jusqu'en 1917, il est alors évacué du front pour tuberculose du 2e degré au sommet droit, avec abcès froid au niveau de l'articulation sternoclaviculaire droite, le point de départ étant l'extrémité interne de la clavicule.

Entré dans le service le 7 avril 1920; présente alors un abcès froid allant de l'espace sus-sternal au 2e espace intercostal droit, et de la ligne médiane à la ligne mamelonnaire droite. Grosses lésions claviculaires et sternales; fistule au niveau du 1er espace intercostal. Très mauvais état général; température oscillant de 38°4 à 39; faciès pâle et cachectique; urines normales. Le 20 avril, une ponction sans injection modificatrice retire 150 centimètres cubes.

Première série. 48 centimètres cubes de solution intraveineuse du 22 avril au 16 mai. Pas d'amélioration locale sensible; mais la température a baissé progressivement et à partir du 6 mai, elle reste constamment au-dessous de 38. Le malade a repris des forces et un faciès coloré; il mange bien. Ponction le 22 mai et le 25 mai, retirant chacune 100 centimètres cubes de pus.

Deuxième série, du 10 juin au 25 juin, 48 centimètres cubes de solution intraveineuse. Les abcès se sont taris peu à peu; la fistule s'est fermée, et l'on sent seulement une encoche sternale au niveau du 4e espace. Le poids a passé de 62 à 69 kilogrammes; le malade a retrouvé ses forces. Il a le teint coloré, contrastant avec le faciès hectique de l'entrée dans le service. Il sort le 25 juin, en promettant de revenir à la moindre alerte; on ne l'a plus revu.

Obs. XV. — A..., 28 ans (Flandrin, service de M. Auvray). *Grosse tuberculose génitale droite*. Entré le 11 août 1920, avec, à la face antérieure du scrotum droit, un abcès sur le point de se fistuliser, en avant de grosses lésions testiculoépididymaires. Le cordon, la prostate et la vésicule séminale droite présentent des nodules tuberculeux. Malade amaigri, hectique, avec température allant de 38°4 à 39. Pas de lésions pulmonaires nettes. L'abcès se fistulise le 4e jour; le massage de la prostate ramène du pus au méat.

Première série, du 20 au 29 août 1920. 44 centimètres cubes de solution intraveineuse, sans incidents. La température

tombe aux environs de 37° le matin et de 37°6 le soir. Mais le 29 août au soir, le malade fait une brusque ascension à 39°3, et cette température élevée qui se maintient pendant six jours, force à interrompre la série.

Deuxième série, du 8 septembre au 18, puis du 20 au 24 septembre 1920. 70 centimètres cubes de solution intraveineuse et, simultanément, injection de ce même liquide dans la fistule. La fistule se tarit peu à peu, mais incomplètement. La prostate diminue, mais devient indolore. Le malade dit retrouver ses forces; il pèse 56k900.

Troisième série, du 3 au 5 octobre, 9 centimètres cubes de solution intraveineuse. Le 5 octobre, ascension thermique à 39°4, revenant dès le lendemain à la normale. Du 25 octobre au 9 novembre, 80 centimètres cubes de solution intraveineuse. Le poids du malade passe à 61k400; le faciès est maintenant florissant; la température est normale. Les lésions testiculoépididymaires ont extrêmement diminué; l'épididyme est maintenant totalement dégagé du testicule; la fistule ne secrète presque plus; la prostate est encore grosse, mais son massage ne ramène plus de pus au méat.

Le 15 novembre, la fistule ne se tarissant pas complètement, M. Auvray, qui a repris le service, conseille à M. Flandrin d'enlever le trajet fistuleux, ce qui est fait le lendemain.

Les jours qui suivent l'opération, il se reforme une fistulette qui se tarit complètement au bout d'un mois et demi. Le malade sort le 7 janvier en très bon état apparent.

Obs. XVI. — X... Pottique avec abcès froid fistulisé, cachectique, température oscillant entre 38 et 39. (Service de M. Auvray.)

Deux séries d'injections, l'une de 70 centimètres cubes, l'autre de 80 centimètres cubes, n'amènent aucune modification, ni de l'état local, ni de l'état général.

Obs. XVII. — X.., quarante-six ans. Tuberculoses multiples de l'avant-bras droit. Tumeur blanche suppurée du poignet droit. Abcès froids de la région lombaire. Le malade a, précédemment, été amputé de la cuisse gauche pour tumeur blanche du genou.

Malgré deux séries d'injections de 80 centimètres cubes chaque et bien que l'état général ait semblé s'améliorer, les lésions de l'avant-bras droit et du poignet continuent leur évolution et commandent l'amputation de l'avant-bras.

Obs. XVIII. — R..., quarante et un ans (consultation de Broussais). Enorme lupus englobant tout le nez et la joue gauche. Ce malade subit trois séries d'injections de 80 centimètres cubes chaque, d'octobre 1920 à avril 1921, séparées l'une de l'autre par un mois et demi de repos.

La première série d'injections ne donne pas de résultats apparents; le malade se plaint d'être fatigué; il a perdu 600 grammes de poids. Entre la première et la seconde série, l'appétit revient, et le malade reprend un kilogramme.

Au cours de la seconde série, le lupus commence à pâlir et à rétrocéder manifestement; cette seconde série est également marquée par un amaigrissement léger (300 gr.) et une diminution de forces, phénomènes qui rétrocèdent de nouveau après la fin de cette série.

A la fin de la troisième série, le lupus a diminué environ de moitié et ce qui en reste a extrêmement pâli. L'état général est satisfaisant. Malheureusement, le malade qui, depuis plusieurs mois, était en chômage, ne peut plus subir une nouvelle série, ayant retrouvé du travail.

Obs. XIX (Flandrin service de M. le prof. Gosset. — Tuberculose de la paroi thoracique antérieure et orchi-épididymite fistulisée avec lésions prostato-vésiculaires, pour lesquelles le malade entre à la Salpêtrière, le 31 janvier 1921; le début des lésions remonte à octobre 1920. Pas de lésions pulmonaires.

Le 17 février 1921, M. Monod extirpe largement un énorme abcès froid médiasternal et parasternal gauche, soulevant tout le grand pectoral et communiquant au-dessous du rebord cartilagineux costal avec un abcès profond sous-sternoxiphoïdien. Résection du cartilage et curettage des fongosités sous-sternales. Fermeture sans drainage.

Le 27 février, il se forme sous la cicatrice, une collection sérohémorragique qui s'ouvre.

Série de vingt injections (environ 80 centimètres cubes) de sels de terres rares à partir du 1er mars.

A partir de la cinquième injection, amélioration manifeste du côté des lésions sternocostales : la collection s'affaisse et la fistule se tarit.

L'épididyme par ailleurs devient moins flou; l'hydrocèle diminue, et la fistule scrotale s'assèche.

A partir de la dixième injection, les lésions thoraciques semblent guéries. Les lésions testiculo-épididymaires sont en régression lente : la fistule scrotale s'assèche de plus en plus.

A partir de la dixième injection, peu de modifications nouvelles. La fistule persiste.

Le 21 avril, Flandrin fait une épididymectomie sous rachianesthésie. La tête est transformée en une poche à contenu caséeux ; la queue et le corps sont scléreux.

A la fin d'avril, le malade qui semblait guéri localement, fait une méningite tuberculeuse dont il meurt le 4 mai.

Obs. XX (Sauvé et Henrionnet). — X..., vingt-six ans. Enorme abcès de la fosse ischiorectale droite fistulisée, consécutif, vraisemblablement à un mal de Pott lombaire. Abcès froids de l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche, chacun de la grosseur d'une mandarine, et sans origine osseuse nettement reconnue. Malade hectique.

Première série, 52 centimètres cubes de solution intramusculaire lipoïdique (décembre-janvier 1921). Disparition des abcès froids antibrachiaux; assèchement de la fistule ischiorectale. Disparition de la transpiration nocturne et grosse amélioration de l'état général, d'après le Dr Henrionnet (de Poissy).

Malheureusement, le malade, alcoolique, est indocile, les piqûres le font souffrir, il refuse une nouvelle série. M. Sauvé le revoit à la fin de juin 1921. Les abcès froids antibrachiaux ont disparu ; la fistule ischiorectale donne, sans contestation, beaucoup moins; elle est manifestement due à un abcès par congestion, venu d'un mal de Pott lombaire, sans déformation, et avec un minimum de troubles nerveux. L'état général est certainement meilleur.

Le malade a été revu quatre mois après, ayant refusé de nouvelles injections, en très mauvais état.

Obs. XXI (Flandrin, service de M. le prof. Gosset). — X..., seize ans. Abcès froids de la fosse iliaque gauche et de la région fessière gauche. Etat général peu satisfaisant, quoique sans fièvre. Intégrité apparente, à l'examen clinique et à la radiographie, de l'articulation coxofémorale comme du rachis; un point douloureux peu marqué rétrotrochantérien gauche. Les deux collections sont considérables. Début du traitement le 29 mars; le malade pèse alors 55 kilogrammes.

Flandrin pratique du 29 mars au 20 mai, vingt injections de pélospanine A, puis vingt injections de pélospanine B.

Action sur l'état général. — Manifestement satisfaisante : le poids passe de 55 kilogrammes à 61 kilogrammes ; l'appétit revient, et le malade, se trouvant guéri, réclame son exeat le 20 mai.

Action sur la collection iliaque gauche. — Une ponction : négative; à partir du 30 mars, la collection perd les caractères d'abcès collecté fluctuant, et la palpation profonde ne décèle plus que deux chaînes parallèles de ganglions scléreux, indolores, sans périadénite, le long des vaisseaux iliaques externes. Cette modification des signes physiques s'accentuait tous les jours ; à la sortie, les ganglions, très diminués, conservaient ce double caractère heureux d'isolement et d'indolence absolue.

Action sur la collection fessière. — Il a été pratiqué, outre le traitement général, sept ponctions évacuatrices dont cinq ont été suivies d'injections de liquide de Calot. Au début du traitement, l'abcès était considérable et occasionnait une claudication pour laquelle le malade était entré dans le service. L'abcès sous-fessier ne régresse d'abord que très lentement; peu de modifications jusqu'à la fin d'avril. La régression se fait alors très vite, et, à la sortie, non seulement le malade ne boîte plus, mais la *palpation ne révèle plus* de collection sous-fessière appréciable.

Obs. XXII (Flandrin, service de M. le prof. Gosset). — X..., cinquante-deux ans. Abcès froid et fistule thoracique

d'origine costale (6e côte droite) ayant débuté en août 1919. Etat général médiocre; a eu une pleurésie en 1905, et a des bronchites tous les hivers.

Le 17 février 1921, Monod intervient sur ces lésions : il excise la poche et résèque le 5e cartilage costal droit d'où partent les lésions. Fermeture sane drainage.

Le cinquième jour, désunion partielle de la cicatrice, et écoulement, par la partie inférieure de la plaie d'un liquide séreux abondant. Des injections de liquide de Calot n'amènent aucun résultat.

Le onzième jour après l'opération, on commence les injections intraveineuses de sulfate de didyme. Le malade n'en reçoit que dix; ces injections sont très douloureuses, le malade quitte le service le 14 mars 1921, sur sa demande.

A ce moment, la *fistule ne donne plus*, et l'état général est très amélioré.

Obs. XXIII (Flandrin, service de M. le prof. Gosset). — Adénite inguinale gauche, ayant quatre travers de doigts de longueur sur deux de largeur, indolore, avec quelques points de ramollissement rougeâtres et fluctuants, ayant débuté il y a vingt-cinq jours, sans porte d'entrée, sur un individu sans antécédents héréditaires ni personnels.

Le 2 mars 1921, le prof. Gosset fait, suivant sa technique, le curage ganglionnaire de l'aine. Fermeture avec drainage.

Première série de vingt injections de pélospanine A commencée le 8 mars.

A la fin de cette série, séjour de quelques jours à la campagne.

Deuxième série : vingt injections de pélospanine B.

Action sur l'état général. — Très satisfaisante, amélioration rapide; le malade engraisse de douze (12) kilogrammes.

Action sur l'état local. — Après l'opération, l'ablation du drain est suivie d'un écoulement sérohématique assez abondant; quelques points de suture supérieurs ayant lâché, la plaie prend un aspect inflammatoire. Dès la sixième injection, l'écoulement sérohématique cesse et la plaie perd nettement le caractère inflammatoire. A partir de la dix-septième injection, tout est redevenu normal; la fistule est complètement fermée et la région est tout à fait souple et d'aspect normal.

* * *

Les vingt-trois observations qui précèdent ne constituent pas, nous devons le faire remarquer, tout notre matériel clinique. Nous avons le souvenir précis d'une demi-douzaine de cas, comprenant des maux de Pott, des tumeurs blanches du genou et du coude, et une adénopathie sous-angulo maxillaire dans lesquelles les injections de sels de terres rares n'ont amené aucun résultat.

D'autre part, de dix-neuf cas traités à la consultation de Broussais, pas un seul n'a pu être mené au bout du traitement; les malades, (et peut-être les élèves), se décourageaient d'une méthode trop longue à leur gré, et disparaissaient. Bien qu'on ne puisse tirer parti dans un sens positif ou négatif de ces observations, elles doivent être retenues, à titre d'indications d'un réel inconvénient de la méthode : la répugnance des malades.

L'inconvénient à notre sens est double. Cette méthode est en effet longue, et elle exige de la part du malade traité et du médecin traitant une patience réelle. Il arrive souvent que, non seulement la première série de vingt injections n'amène pas de résultat sensible, mais fatigue et amaigrit le malade. C'est parfois entre les séries d'injections que le malade profite le plus de la méthode. Il importe, et Grenet et Drouin ont insisté avec raison sur ce point, de ne pas se laisser rebuter, et de continuer les injections : c'est là chose difficile pour des malades découragés antérieurement par d'autres méthodes déjà suivies d'échec.

D'autre part, les injections intraveineuses, indolores au début, amènent parfois l'oblitération des veines accessibles. On est alors obligé de recourir aux solutions lipoïdiques injectables dans les masses musculaires : elles nous ont semblé moins actives.

Enfin, les injections intraveineuses doivent être strictement intraveineuses : la moindre gouttelette qui se perd dans le tissu cellulaire amène une réaction inflammatoire de ce tissu vive et très douloureuse, sans que, toutefois, nous ayons jamais vu survenir de sphacèle.

Tels sont les inconvénients de cette méthode : ce sont de petits inconvénients, et le lecteur jugera s'ils doivent en faire négliger les bénéfices.

Ces bénéfices existent-ils? Nous tenons à conserver à nos observations leur caractère objectif, et à laisser à ceux qui les liront le soin de se faire une opinion.

Il nous sera néanmoins permis de donner brièvement la nôtre.

Il ne faut pas demander aux sulfates de terres rares une action spécifique et constante contre les tuberculoses chirurgicales : ils constituent, non une médication spécifique, mais une chimiothérapie nouvelle.

Cette chimiothérapie nous a semblé extrêmement intéressante. L'action sur l'état général est très fréquente et très constatable. Le faciès se transforme, et la balance accuse une augmentation de poids qui, dans une observation de Flandrin, atteint 12 kilogrammes. C'est là un symptôme objectif.

Mais ce qui nous a frappés dans cette méthode c'est, non pas dans tous les cas, dans un certain nombre de cas, la régression rapide des lésions locales. Elle est tellement nette dans quelques belles observations qu'il serait puéril d'y voir une simple coïncidence. C'est dans les adénites que la régression rapide est le plus facilement obtenue; les maux de Pott, par contre, nous ont paru particulièrement rebelles au traitement.

Il est impossible de faire prévision quelconque de l'action du traitement : alors que telle femme âgée et cachectique, comme celle de l'observation III, verra se transformer heureusement son état général et ses fistules se tarir, telle jeune fille, atteinte d'une tumeur blanche peu avancée du genou, comme celle de l'observation VII ne retirera du traitement aucun bénéfice.

Quoiqu'il en soit, le lecteur jugera si, parmi les autres procédés connus de chimiothérapie antituberculeuse, il s'en trouve un à donner des résultats locaux comparables à ceux enregistrés dans certaines de nos observations. Des tumeurs blanches du genou, comme celles de la belle-sœur d'un médecin de l'observation IX, avec fongosités et adénite, et qui, par ce seul mode de traitement arrivent au bout de deux ans à voir disparaître leurs fongosités et à mener une existence normale sont des cas auxquels les méthodes chimiothérapiques ne nous avaient pas habitués jusque-là.

Il convient du reste de noter que dans ce cas, nous avons, estimant que la guérison n'était pas absolue et qu'il persistait des points douloureux osseux, proposé d'associer la méthode opératoire à la méthode chimiothérapique; bien que la malade ait refusé et que jusqu'ici elle semble avoir eu raison puisque plus d'un an après ce refus, la guérison apparente s'est maintenue, nous pensons que dans la plupart des cas le chirurgien aura à associer l'action des sels de terres rares et l'acte chirurgical : les deux méthodes s'entr'aident et se complètent.

Mais nous ne regrettons pas, malgré le scepti-

cisme dont il a été fait preuve parfois vis-à-vis de l'action des sels de terres rares, de nous en être servis. Encore une fois, leur injection présente seulement des inconvénients légers quoique réels. Encore une fois, ceux qui auront la patience de poursuivre la méthode jusqu'au bout, s'ils n'auront pas toujours d'éclatants succès, obtiendront dans un certain nombre de cas des résultats très satisfaisants. Le jour où nous possèderons enfin un vaccin ou un sérum antituberculeux inoffensif et vraiment efficace, les sels de terres rares seront peut-être sans objet. Puisse ce jour être prochain. D'ici là, contre une affection aussi tenace, pensons-nous du moins que la méthode de Grenet et Drouin est jusqu'à présent la plus efficace, et qu'elle s'imposera.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA FURONCULOSE

Par le Dr R. RABUT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le traitement de la furonculose doit comporter un traitement local, contre le furoncle, et un traitement général contre la furonculose proprement dite.

Traitement local. — Celui-ci varie suivant l'âge de la lésion.

a. Abortif. — Il est fréquemment possible de faire avorter le furoncle, pourvu qu'on s'y prenne d'assez bonne heure. On a conseillé, soit la destruction du foyer infecté, c'est-à-dire du follicule (par l'extirpation du poil, une pointe fine de thermocautère, l'électrolyse), soit mieux, des attouchements à la teinture d'iode, répétés matin et soir. On peut employer la teinture d'iode pure ou associée à la teinture d'arnica, l'alcool camphré, l'hydrate de chloral, l'acide phénique neigeux. Gallois recommande, comme étant particulièrement efficace, un mélange de teinture d'iode et d'acétone (teinture d'iode : 4 gr.; acétone : 10 gr.). D'autre part, Vidal et Brocq ont préconisé l'application d'ouate hydrophile imbibée d'alcool à 95 degrés, saturé d'acide borique.

b. Période d'état. — Lorsque le furoncle est déclaré, certains auteurs ont encore préconisé un traitement antistaphylococcique par l'injection dans le follicule d'une goutte de teinture d'iode ou d'acide phénique pur. Cela est souvent inutile, parfois dangereux. En pratique, le traitement local doit simplement être décongestif pour lutter contre l'inflammation et la douleur.

On peut avoir recours aux cataplasmes (farine de lin, fécule de pomme de terre), à condition de la faire dans des récipients propres, avec de l'eau bouillie et de la gaze aseptique.

Le pansement humide doit être froid, constamment renouvelé et fait avec une solution isotonique ou très faiblement antiseptique.

Les pulvérisations sont souvent très efficaces en les répétant plusieurs fois par jour.

Les bains peuvent être employés dans les régions accessibles.

Quel que soit le procédé employé, il faut se rappeler que pour éviter les auto-inoculations, il est nécessaire non seulement de désinfecter la peau de voisinage (savonnages, lotions alcoolisées), mais, aussi de la protéger, soit par l'application de pâte de zinc, soit par un saupoudrage antiseptique. Mauté recommande, comme étant adhérente, antiseptique, desséchante, la poudre protectrice suivante :

Sulfate de cuivre..................	5
Carbonate de zinc..................	100

Doit-on traiter chirurgicalement le furoncle? En principe, non. S'il est simple, le furoncle ne relève pas du bistouri. Dans quelques cas, lorsque la peau dure, tendue ferme le canal d'élimination folliculaire, il y a intérêt à faire un débridement, mais alors une pointe de feu suffit à assurer un puits d'évacuation.

c. Période de décroissance. — En général, il suffit d'avoir un peu de patience pour attendre le moment où, par une pression lente et ferme, on peut d'abord faire sortir le pus intrafolliculaire, puis le bourbillon.

Pour compléter alors la protection de la peau voisine, on ajoutera au nettoyage à l'alcool-éther, l'occlusion du foyer par une rondelle d'emplâtre (rouge ou à l'oxyde de zinc).

d. Indications particulières. — Cou : toilette antiseptique rigoureuse; suppression des cols empesés montants; protection contre les frottements par une bande de toile ou la poudre de Mauté.

Paupières (orgelet) : bains locaux prolongés avec une solution de cyanure de mercure au 10/1000e.

Conduit auditif : instillation d'alcool saturé d'acide borique, ou introduction d'une gaze imbibée de glycérine phéniquée.

Face : Le furoncle de la lèvre supérieure, en raison des complications septiques graves qu'il peut entraîner doit être traité chirurgicalement.

e. Complications. — La lymphangite doit être combattue par des pansements humides larges. Si un abcès se collecte, il faut l'inciser. Enfin, en présence d'un anthrax, on aura recours au débridement crucial ou à l'extirpation.

Traitement général. — *a.* Contre la cause provocatrice. — Il faut rechercher et combattre toute cause locale ou générale, susceptible de provoquer ou d'entretenir la furonculose : gale, phtiriase, gastro-entérite, albuminurie, goutte, diabète.

Si on ne trouve aucune maladie bien définie, il faut chercher à modifier l'état général par :

1° Le régime alimentaire, végétarien si possible. En tous cas, interdire le café, le thé, le chocolat, le vin, les liqueurs, la charcuterie, le poisson, les crustacés, le gibier, les pâtés, le fromage, les aliments épicés. Assurer la régularité des selles.

2° L'hygiène locale. Bains savonneux quotidiens, suivis de friction à l'alcool. Changer de linge chaque jour.

3° L'hygiène générale, ni surmenage, ni émotion, ni soucis. Séjour à la campagne, avec exercice au grand air.

4° Des agents thérapeutiques. On a conseillé l'hyposulfite de soude (1 à 3 gr.), le sulfure de calcium (15 mgr.), l'acide chlorydrique (10 gouttes), le charbon (2 gr.).

L'arsenic classiquement vanté est déconseillé par Milian. Récemment Savini a préconisé l'opothérapie thyroïdienne.

b. CONTRE LE STAPHYLOCOQUE. — La bardane, tombée dans l'oubli est souvent efficace : on prescrit.

Extrait fluide de bardane....... 15 gr.
Eau........................ 300 gr.

prendre deux cuillerées à soupe par jour.

La levure de bière après avoir eu grand succès, est actuellement démodée. Elle doit être fraîche, de provenance connue, et se donne à la dose de trois cuillerées à soupe par jour dans de l'eau.

Elle calme la douleur et peut arrêter l'évolution de la furonculose, mais son action est inconstante.

L'étain et ses sels sont très en faveur. La forme la plus courante est le Stannoxyl, qu'on donne soit par la bouche (quatre à six comprimés par jour) soit par voie sous-cutanée (une ampoule de 2 cmc. tous les jours ou tous les deux jours).

Parmi les antiseptiques généraux, il faut encore citer les injections intraveineuses de cyanure de mercure ou de préparations colloïdales (electro-manganol).

Mais la *vaccinothérapie* est le traitement du jour.

Rappelons que le vaccin est une culture microbienne stérilisée soit par le chauffage simple, soit par le chauffage avec conservation dans le sérum phénique à 0,5 p. 100, soit par adjonction, sans chauffage, de ce sérum phéniqué.

On peut utiliser deux sortes de vaccins :

Les autovaccins, préparés à l'aide de germes provenant des lésions mêmes du malade à traiter et les stocks-vaccins, provenant de lésions de malades différents.

Ces derniers peuvent être simplement antistaphyloccociques (vaccin de l'Institut Pasteur, Dmesta Immunysol), Delbet a préparé un bouillon (dans le commerce : Propidon) avec des cultures vieillies puis stérilisées par la chaleur à 65° de staphylocoques de pyocyaniques et de streptocoques.

Ces vaccins agissent non seulement par la production d'anticorps spécifiques, mais encore par une réaction de défense de l'organisme vis-à-vis des protéines microbiennes qui jouent le rôle d'albumines étrangères.

Quel vaccin choisir? Comme curatifs, les stocks-vaccins paraissent plus actifs et sont à même d'être injectés précocement, mais l'autovaccin est préférable comme préventif.

D'après Mauté, la règle de conduite comportera donc deux phases :

Une phase curative par les stocks-vaccins :

Ou Delbet : 4 centimètres cubes sous-cutanés ou intramusculaires (réactions locale et générale très vives).

On peut recommencer le surlendemain une deuxième injection et plus tard, s'il est nécessaire, une troisième;

Ou stock-staphylo : soit injections sous-cutanées à 2 jours d'intervalle de 2 à 500 millions de germes, soit mieux (action plus rapide et indolore) injections intraveineuses : 1ᵉʳ jour : 10 millions de germes; 2ᵉ jour : 15 millions; 3ᵉ jour : 20 millions; 5ᵉ jour : 20 millions.

Une phase préventive : par l'autovaccin. Commencer dès la fin du traitement curatif.

Si l'on emploie un autovaccin : 500 millions de germes par centimètre cube, on fera à quatre ou cinq jours d'intervalle, une demi-douzaine d'injections sous-cutanées, allant progressivement de 1/2 à 2 centimètres cubes.

Enfin, on pourra compléter la thérapeutique de la furonculose par une *cure thermale* à Luchon ou Uriage.

Iᵉʳ CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE

(*5-7 juillet 1921*)

PREMIÈRE QUESTION

DES NÉPHRITES A SYNDROME URÉMIGÈNE (1)

Discussion.

M. ACHARD (de Paris). Il vaudrait mieux ne pas appeler urémiques les accidents hydropiques du mal de Bright et réserver ce nom à la rétention rénale des produits de déchets de la nutrition.

L'azote résiduel est souvent à un taux élevé dans le sang quand l'azotémie est forte; mais parfois, au contraire, il n'est qu'à un faible degré dans des cas d'hyperazotémie mortelle.

L'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine donne les mêmes résultats généraux que celle du bleu de méthylène; mais elle est plus pratique.

M. Maurice CHEVASSU (de Paris). Le syndrome urémigène est fréquent dans les maladies chirurgicales de l'appareil urinaire.

Tous les azotémiques à urines troubles à l'émission et vérifiés pyuriques relèvent des explorations spéciales de l'urologie chirurgicale. Les azotémiques à urines claires peuvent être chirurgicaux aussi bien que médicaux.

Le syndrome urémigène chirurgical aseptique est essentiellement représenté par cette altération progressive du fonctionnement des deux reins qu'on observe dans les compressions et les obstacles siégeant sur les voies urinaires inférieures (hypertrophie de la prostate, rétrécissements de l'urètre, tumeurs utérines ou pelviennes).

Il importe de reconnaître si un azotémique est d'ordre chirurgical, beaucoup d'azotémies chirurgicales étant curables, à l'inverse de l'azotémie médicale brightique.

Toute azotémie chronique sans hypertension artérielle doit être soupçonnée d'ordre chirurgical. Le fait qu'une azotémie s'accompagne d'hypertension ne doit pas faire éliminer d'emblée la lésion chirurgicale : beaucoup de prostatiques, à manifestations urinaires souvent très réduites, sont des azotémiques avec hypertension.

Dans les maladies chirurgicales du rein, le syndrome urémigène implique une altération fonctionnelle bilatérale, mais la lésion du deuxième rein n'est souvent qu'une « néphrite du rein opposé » essentiellement curable.

La comparaison de la valeur « uréique » des deux reins est fournie par la comparaison de leurs concentrations uréiques, beaucoup plus que par la comparaison de leurs débits uréiques, qui expose à trop de causes d'erreur.

La concentration ni le débit de l'urée de l'urine des reins séparés ne permettent de juger de la valeur réelle des reins qui les fournissent.

M. Chevassu apporte à ce sujet des observations démonstratives.

Le traitement chirurgical des néphrites médicales n'a donné à M. Chevassu que des déboires, et il estime qu'il en sera généralement ainsi toutes les fois qu'on étudiera par les méthodes modernes d'exploration le fonctionnement comparé des néphrites avant et après l'opération.

M. Eugenio PIRONDINI (de Rome) : 1° Dans les néphrites urémigènes, ma méthode d'azoturie expérimentale m'a donné des résultats assez importants même au point de vue du pronostic.

2° Cette recherche peut se faire simplement au moyen d'une méthode du type Williams Hedinger. Il suffit de re-

(1) Suite. — *Gaz. des hôpit.*, 1921, nº 54, p. 858.

cueillir les urines toutes les deux heures, de 8 h. du matin à 10 h. du soir, et globalement les urines de 10 h. du soir à 8 h. du matin suivant. De ces huit urines, il suffit de déterminer le volume et la densité. Les chiffres peuvent permettre des déductions très importantes au point de vue du pronostic.

3° L'azotémie a presque toujours une grande valeur pour le diagnostic et le pronostic. Cependant certains néphritiques dans les périodes terminales présentent des phénomènes très graves d'urémie, avec une azotémie de moins de 1 p. 100. La constante uréo-secrétoire a une valeur clinique considérable, supérieure à l'azotémie.

Elle présente, en outre, une fixité considérable.

4° Des recherches sont aujourd'hui encore en cours relativement à la perméabilité des reins à la florescéine dans les néphrites. Pour ces recherches, j'ai adopté une technique plus simple que celle suivie par Strauss, et j'espère que les résultats seront importants, car ils le sont sans aucun doute au moins dans les cas d'examen fonctionnel comparé.

M. Pousson (de Bordeaux) présente quelques remarques sur les résultats des interventions chirurgicales dans les néphrites chroniques, sur leurs indications et leur physiologie pathologique, en envisageant séparément ces néphrites à leur période d'état et au moment des crises aiguës d'urémie.

Sur 55 opérés de la première catégorie, il relève une mortalité opératoire de 5,45 p. 100. Sur 153 opérés de la seconde catégorie, la mortalité atteint 23,53 p. 100, proportion énorme, mais qui n'a rien de décourageant, étant donné l'état très grave des malades. La statistique personnelle de M. Pousson, portant sur 4 cas de néphrite chronique à la période d'état et 11 cas de néphrite compliquée d'accidents urémiques, ne donne aucun décès opératoire pour la première catégorie et 6 pour la seconde.

Pour les crises aiguës de néphrites chroniques, l'auteur est d'avis de n'agir chirurgicalement qu'après l'échec des ressources de la médication interne. Pour les crises s'accompagnant d'oligurie, l'opération paraît particulièrement grave, elle l'est moins lorsque le malade rend des urines en quantité sensiblement normale, et surtout, lorsqu'il existe des œdèmes.

M. Pousson explique de quelle façon agissent les opérations dirigées sur le rein dans ces crises. Il estime qu'il convient d'y joindre, au moins sur un rein, l'incision du parenchyme. Cette incision, en provoquant une abondante hémorragie, répond à une des indications posée par les médecins dans le traitement des crises aiguës des néphrites et réalisée par l'application de ventouses et sangsues sur la région lombaire. Elle débarrasse l'organisme d'une partie des poisons et soustrait, pour ainsi dire, directement les éléments anatomiques du rein à leur action nocive. Les surélévations du parenchyme faites au cours de l'opération provoquent l'expulsion des déchets épithéliaires et inflammatoires, qui encombrent les canalécules. Les tractions sur les nerfs des plexus rénaux ne sont peut-être pas sans avoir quelque heureux effet sur la nutrition ultérieure de l'organe. Enfin l'hypertension, qui joue un rôle si considérable dans les accidents menaçant la vie des néphrétiques, ne peut qu'être influencée par la saignée résultant de l'incision du parenchyme rénal.

M. Van Houtum (d'Amsterdam). L'élimination de l'urée n'est pas exclusivement réglée par le taux du sang en substance azotée et par l'état du parenchyme rénal. Addis et ses collaborateurs ont démontré que l'adrénaline accélère l'élimination de l'urée, tandis que la pituitrine la ralentit.

Quand, chez les néphritiques, l'élimination de l'urée diminue, cette faute sera compensée plus ou moins par la sécrétion d'un surplus d'adrénaline, qui se trahit par l'hypertension. Ainsi, on peut comprendre que la néphrite urémigène s'accompagne d'une élévation de la tension artérielle qui, à son tour, est la cause des symptômes cardio-vasculaires tant redoutés dans le mal de Bright.

M. Pavone (de Palerme) rapporte quelques cas de néphrite à syndrome urémigène dont on relève l'importance de la recherche du taux de l'urée dans le sang et celle de la constante d'Ambard. Il rapporte aussi plusieurs observations chez des individus depuis longtemps albuminuriques, qui se plaignaient seulement d'un état d'accablement général et de fatigue au travail. Le taux de l'urée dans leur sang oscillait entre 0,37-0,45 et la constante entre 0,7-0,10.

L'auteur conclut que la recherche du taux de l'urée dans le sang et de la constante d'Ambard est plus intéressante que la recherche de l'albumine et des cylindres dans les urines.

M. Francis Rathery. Toute néphrite chronique azotémique présente deux ordres de symptômes qu'il est bien difficile d'isoler complètement. Les uns relèvent d'un barrage mécanique, les autres d'une modification profonde dans le métabolisme général. Il ne semble pas qu'on puisse admettre l'existence de néphrite relevant exclusivement de l'un ou l'autre de ces deux ordres de manifestations.

L'étude du trouble du métabolisme général peut se faire, en dehors de l'azotémie, par la recherche de la glycémie et celle de l'azote résiduel.

La recherche de l'urée sanguine reste, dans toute néphrite, un témoin ordinairement fidèle de l'intensité, non pas tant de la seule lésion rénale que du trouble général de l'organisme Ce dernier est mis en évidence par l'hyperglycémie protéidique et, accessoirement, par la recherche de l'azote résiduel. Mais il s'agit là de procédés d'investigation qui se complètent et ne s'opposent pas.

M. Pasquereau (de Nantes) dit qu'il faut d'abord bien s'entendre sur le terme urémigène qui semble vouloir dire engendrant l'urémie, conduisant à l'urémie qui est à l'état à symptomatologie variable des sujets en déficience rénale. Car, sous cette signification, toutes les néphrites seraient urémigènes. En France, en opposition à la néphrite hydropigène à rétention chlorurée, on entend par néphrite urémigène celle qui devrait plutôt s'appeler hyperazotémigène, c'est-à-dire qui se manifeste par un excès dans le sang d'azote uréique.

M. Pasquereau envisage particulièrement la difficulté d'interprétation de l'azotémie chez les prostatiques et l'amélioration lente mais fréquente de l'hyperazotémie chez eux, grâce au régime fruito-végétarien et au drainage sus-pubien prolongé.

Même après la prostatectomie, il ne faut pas se hâter de fermer la fistule sus-pubienne, qu'il considère comme une soupape de sûreté, permettant le réveil progressif de la contractibilité vésicale et évitant un brusque réflexe vésico-rénal qui peut retentir désastreusement sur le rein.

M. Heitz-Boyer (de Paris) parle de la valeur des concentrations sur le débit de l'urée; il rapporte le chiffre d'Albarran de 0,75 qui est considéré le plus souvent.

Le dosage de l'urée dans le sang apporte une valeur et une rectification à l'urée trouvée dans l'urine.

La polyurie uréique. Recueillie avant et après la suractivité imposée au rein. C'est un élément de diagnostic précieux; il est évalué dans les trois demi-heures suivantes.

Si la polyurie augmente, on peut conclure que l'état du rein est excellent et permet l'opération. Dans les cas douteux, examen de l'urée dans le sang et la constante d'Ambard.

M. Chevassu (de Paris), contrairement à Heitz-Boyer, croit à la concentration et non à la valeur absolue du débit.

M. Castaigne (de Paris) rapporte un cas de M. le professeur Pousson :

Traumatisme rénal ayant donné lieu à une albuminurie qui s'est aggravée (néphrite chronique hydropigène). Malgré le traitement, les œdèmes augmentaient ; M. le professeur Pousson opéra : lésions plus marquées d'un côté que de l'autre. Débridement des deux reins. Ce malade a été opéré il y a neuf ans; actuellement il va tout à fait bien.

M. Castaigne s'associe aux conclusions de M. Pousson.

L'orateur croit qu'il faut d'abord se rendre compte de l'excès de l'urée dans le sang qui ne signifie pas toujours insuffisance rénale; elle est également due entre autres à des désassimilations des albuminuriques, consécutivement aux interventions chirurgicales. Il faut différencier.

La valeur pronostique, qui reste toujours considérable; la valeur diagnostique, qui perd de son importance, car pour en tenir compte il faudrait éliminer tous les autres facteurs, ce qui est toujours très difficile à faire. Il faut avoir recours à des perfectionnements à la constante d'Ambard, exploration fonctionnelle des reins, la concentration maxima de l'urée dans l'urine, etc.

(DEUXIÈME SÉANCE : MERCREDI 6 JUILLET, A 14 HEURES)

DEUXIÈME QUESTION

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES TRAITEMENTS DES TRAUMATISMES DE L'URÈTRE

Rapporteurs : 1° MM. PASTEAU, ancien chef de clinique de la Faculté et ISELIN, ancien interne des hôpitaux, Paris; 2° M. KIDD, Londres; 3° M. GARDINI, agrégé à l'Université, Bologne.

Conclusions du rapport de MM. PASTEAU et ISELIN.

I

TRAITEMENT DES TRAUMATISMES RÉCENTS

1° **Urètre pénien.** — Théoriquement, plus la plaie urétrale est importante, plus il y aurait intérêt à en diminuer l'étendue, en *rapprochant* ou en *suturant* l'un à l'autre les deux bouts du canal sectionné.

Pratiquement, l'étude des résultats éloignés des diverses opérations publiées prouve qu'il n'en est pas qui soit capable de s'opposer de façon certaine au développement ultérieur du rétrécissement traumatique.

2° **Urètre scroto-périnéal.** — Plusieurs méthodes de traitement sont à la disposition du chirurgien.

A. LA RECONSTITUTION SPONTANÉE DE L'URÈTRE SUR LA SONDE A DEMEURE. — Elle est incapable de mettre le blessé à l'abri du rétrécissement.

B. LA RECONSTITUTION DE L'URÈTRE PAR URÉTRORRAPHIE. — Elle peut se faire :

a. *Sans dérivation de l'urine en amont* et donne alors quelques guérisons incontestables, mais, dans la grande majorité des cas, elle aboutit au rétrécissement, alors même que la suture a bien tenu.

b. *Avec dérivation de l'urine en amont* et donne un résultat inverse : la guérison absolue, sans dilatation d'entretien, s'obtient dans la majorité des cas. Elle est rapide, survient en moyenne en un mois, mais elle s'accompagne d'une contre-ouverture périnéale ou vésicale qui peut rester fistuleuse et nécessiter une nouvelle intervention. D'autre part, elle se complique assez fréquemment d'impossibilité de miction et de cathétérisme, par suite de coudure ou de dislocation, de décalage de l'urètre qui oblige à intervenir chirurgicalement.

C. LA RECONSTITUTION DE L'URÈTRE PAR AUTOPLASTIE CUTANÉE AU MOYEN DE L'URÉTROSTOMIE PÉRINÉALE. — Cette opération donne les mêmes résultats que l'urétrorraphie avec dérivation, c'est-à-dire une guérison complète et définitive dans la majorité des cas. Cette guérison est plus tardive et survient en moyenne en deux mois, mais elle laisse le reste du canal et la vessie intacts, et si elle se complique ultérieurement de la fermeture d'une fistulette périnéale, du moins la miction est-elle toujours facile et le calibre du canal toujours large sur toute son étendue.

C'est donc à l'une de ces deux opérations : urétrorraphie avec dérivation sus-pubienne de l'urine, ou autoplastie cutanée par urétrostomie périnéale, que le chirurgien devra normalement recourir en cas de plaie scroto-périnéale de l'urètre, s'il tient à obtenir une guérison totale, à l'abri du rétrécissement secondaire.

3° **Urètre membraneux.** — Aucune des méthodes de traitement employées (dérivation hypogastrique seule, dérivation hypogastrique avec sonde à demeure sans incision périnéale, dérivation hypogastrique avec sonde à demeure et incision périnéale, urétrorraphie sans ou avec dérivation hypogastrique) ne met sûrement à l'abri du rétrécissement ultérieur.

4° **Urètre prostatique.** — En fait, le traitement immédiat de ces lésions de guerre ayant été borné à la seule dérivation hypogastrique ou à la sonde à demeure, toujours on les a vues aboutir à des complications de rétrécissement et des fistules plus ou moins étendues.

II

TRAITEMENT DES TRAUMATISMES ANCIENS
TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS TRAUMATIQUES

1° **Urètre pénien.** — La résection du rétrécissement est nécessaire pour obtenir la guérison. Mais celle-ci ne peut être assurée qu'en cas de réunion par première intention et sans sonde. La dérivation de l'urine en amont, au périnée ou par cystostomie sus-pubienne, est donc nécessaire.

Les greffes muqueuses ou vasculaires peuvent permettre la réfection complète de l'urètre après une résection étendue.

2° **Urètre scroto-périnéal.** — Parmi les méthodes de traitement employées, il faut distinguer :

A. La DILATATION SIMPLE, les URÉTROTOMIES INTERNE ET EXTERNE qui peuvent être utilisées dans les cas légers ou comme adjuvants d'opérations plus complexes et plus efficaces.

B. La RÉSECTION DE L'URÈTRE (SANS DÉRIVATION DE L'URINE) qui ne répond en réalité qu'à une première indication : la suppression du rétrécissement.

Elle doit être nécessairement suivie de la restauration du canal. Celle-ci peut être tentée par réunion secondaire sur sonde à demeure, par suture directe des deux bouts du canal réséqué, par sutures à étages des tissus du périnée sans suture de l'urètre. Mais après l'emploi de ces différentes opérations, la guérison n'est que relative et reste subordonnée à la persistance des dilatations urétrales.

C. Les méthodes qui tendent avant tout à lutter contre la néoformation du tissu scléreux péri-urétral après la résection. Ce sont :

a. Les PROCÉDÉS DE DÉRIVATION DE L'URINE par l'urètre au niveau du périnée, ou par la vessie au-dessus du pubis.

L'urétrostomie périnéale de dérivation est abandonnée au profit du drainage vésical sus-pubien.

b. L'URÉTROSTOMIE PÉRINÉALE AVEC ABOUCHEMENT DES DEUX BOUTS DU CANAL A LA PEAU AU NIVEAU MÊME DE LA RÉSECTION.

Chacune de ces opérations est capable de procurer des guérisons vraies, avec urètre se maintenant large et sans induration, en dehors de toute dilatation, avec tissus péri-urétraux mobiles et souples.

D. Les PLASTIES URÉTRALES, muqueuses ou vasculaires, toujours faibles sous la protection de la dérivation des urines en amont, qui sont capables de donner des résultats excellents et durables, en cas de résections étendues.

3° **Urètre postérieur.** — Au niveau de l'urètre membraneux, les rétrécissements traumatiques peuvent être traités par l'*urétrostomie* et l'*urétroplastie périnéales*. Mais, le plus souvent, ces rétrécissements et plus encore ceux de l'urètre prostatique nécessitent des *résections étendues plus ou moins suivies de sutures*, opérations difficiles et complexes qui ne peuvent être assurées qu'au moyen de la désinfection ischio-pubienne de l'aponévrose périnéale moyenne.

Quand la guérison survient, elle est ordinairement incomplète et des dilatations sont nécessaires pour l'entretien du calibre de l'urètre.

TRAITEMENT DES RUPTURES DE L'URÈTRE

Résumé du rapport de M. KIDD.

Le rapport est basé sur 57 cas et prouve que la rupture de l'urètre est un accident peu fréquent, qui est rarement fatal, mais qui est généralement suivi par un rétrécissement qui peut atteindre un certain degré de gravité.

La méthode la plus correcte pour constater les conséquences est d'employer l'aéro-urétroscope qui devrait remplacer toutes les autres méthodes employées pour le diagnostic du rétrécissement.

La gravité d'un rétrécissement traumatique est déterminée par la force du choc plutôt que par tout autre facteur tel que le genre d'opération ou l'emploi d'une sonde à demeure.

Pendant la première année environ, les résultats semblent peu satisfaisants, mais peu à peu ils s'améliorent pour devenir extrêmement bons.

Résultats finals des 57 cas.

25 cas de rupture de l'urètre suivis complètement.

24 encore vivants.

22 laissent passer de l'urine claire (90 p. 100), cependant 17 d'entre eux ont subi un long traitement à la sonde.

16 ont pu cesser le traitement à la sonde et 19 peuvent être considérés comme guéris (76 p. 100), quoique 18 d'entre eux aient des rétrécissements non progressifs et qu'un seul puisse donner des preuves d'aucun rétrécissement.

5 ont des rétrécissements progressifs et ont encore à subir le traitement ordinaire à la sonde.

19 cas de l'urètre suivis pendant un certain temps mais pas jusqu'en 1921.

9 d'entre eux ne subirent aucun traitement à la sonde (50 p. 100), et tous les symptômes laissent croire à la guérison.

10 subirent le traitement à la sonde pendant quelque temps, mais 8 purent s'en dispenser.

17 parmi les 19 cas étudiés se considèrent symptomatiquement guéris.

D'un total de 44 cas, 36 se considèrent symptomatiquement guéris (85 p. 100).

13 cas de fracture du bassin et de rupture de l'urètre.

6 sont morts immédiatement.

3 sont symptomatiquement guéris.

3 ne souffrent pas, mais ont à subir un traitement régulier à la sonde.

1 reste avec une cystostomie permanente au-dessus du pubis.

L'auteur, d'après une étude de 57 cas, préconise fortement le genre d'opération recommandée par Heitz-Boyer et G. Marion, mais pour des raisons différentes que celles données par ces écrivains. Il recommande l'emploi de l'urétroscope comme la réelle épreuve de guérison.

A. BROCHIN.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1921)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le professeur Henri Lajoux (de Reims), membre correspondant.

La greffe ovarienne. — M. TUFFIER fait connaître les résultats des expériences qu'il poursuit depuis une dizaine d'années sur ces greffes au point de vue de l'amélioration des troubles consécutifs à la castration ovarienne. L'expérience de M. Tuffier repose sur 114 faits. Il en résulte que la greffe d'un ovaire placée en un point quelconque de l'organisme peut, dans une certaine mesure, faire réapparaître la menstruation, au moins pour un certain temps.

Recherches expérimentales sur le « choc » par les corps phénoliques (trinitrophénol, arsenos et novarsenobenzènes). — MM. JEANSELME et M. POMARET décrivent comment, après avoir étudié les floculations que déterminent in vitro, en milieu acide, les arsenos et novarsenobenzènes, ils ont pu établir, par des recherches physiologiques, une relation de cause à effet entre la présence dans la circulation de floculats protéino-arseno ou novarsenobenzéniques et l'apparition de phénomènes de choc. Pour eux, en clinique, lors des injections intraveineuses de solutions alcalines de corps (type 606) ou neutres (type 914), les floculations décrites se produisent par suite de la présence dans le sang d'acides libres (CO^2, etc.), mais chez les sujets normaux, elles se solubilisent sous l'action des bicarbonates au fur et à mesure de leur formation. Les recherches des auteurs sur le chien en acidose expérimentale, mis en hypotension sanguine par l'injection neutre de novarsenobenzène, confirment les théories déjà soutenues sur l'hypoalcalinité et même l'acidose humorale des intolérants habituels aux arsenobenzènes.

En se plaçant dans des conditions telles que la floculation intravasculaire se produisait à coup sûr (injections de solutions acides d'arsenos ou de novarsenobenzène à des chiens chloralosés), ils ont toujours observé des phénomènes de choc que traduisaient, à l'inscription graphique, des modifications profondes du rythme cardiaque et une baisse considérable de la pression sanguine, syndrome majeur et constant de tous les phénomènes de choc. Dans les conditions où se sont faites ces recherches, les auteurs ont considéré les chocs observés comme des chocs « phénoliques », indépendants de la présence de l'arsenic dans la molécule de ces médicaments; il ne s'agit donc pas de phénomènes chimico-toxiques, la démonstration expérimentale en est donnée par l'obtention de chocs du même ordre avec le trinitrophénol qui provoque aussi des floculations, comme le phénol ordinaire, également hypotenseur.

Étudiant l'action physiologique de l'arsenoxyde, impureté fréquente des arsenobenzènes, ils ont établi que ce corps est un hypertenseur extrêmement énergique donnant à l'inscription graphique des courbes du même ordre que l'adrénaline; quoique toxique à la dose de 1 centigramme par kilogramme de chien, ce dérivé n'est pas à rendre responsable de l'hypotension parfois observée en clinique avec les arsenos.

Poursuivant l'étude des médications susceptibles de parer aux chocs phénoliques, les auteurs décrivent que, à la suite d'expériences variées chez le chien, ils concluent que les alcalins solubilisants des floculats (CO^3Na^2) relèvent la pression sanguine et rétablissent le rythme cardiaque normal mais que les doses de solutions alcalines nécessaires étant considérables, leur utilisation pratique en reste difficile; leurs recherches physiologiques confirment cependant les bons résultats cliniques obtenus de leur emploi comme antichoc par J.-A. Sicard. Passant ensuite à l'étude de l'antagonisme de l'adrénaline dans le choc et l'hypotension par les corps phénoliques, leurs recherches montrent que, par voie intraveineuse, cet agent se comporte comme préventif, antagoniste et curateur à effets énergiques et immédiats sur des chocs graves dans leurs expériences.

La réduction de la mortalité infantile par les asiles d'allaitement. — M. Georges SCHREIBER, après avoir rappelé que la mortalité des nourrissons alimentés au biberon et confiés à des soins mercenaires atteint le taux énorme de 30 à 45 p. 100, établit que le pourcentage des décès durant la première année peut être abaissé à moins de 6 p. 100 par la création des asiles d'allaitement. Il se base, pour produire cette affirmation, sur les résultats obtenus durant les douze dernières années à l'Abri maternel de Nanterre fondé en 1909 par Mme Hocquart de Turtot.

Les asiles d'allaitement suppriment radicalement deux des causes principales de la mortalité du premier âge : l'allaitement artificiel, la séparation prématurée de la mère et de l'enfant. Il est donc désirable que ce genre d'institutions soit largement multiplié avec le concours des deux assistances publique et privée.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (4e division).

La liste de présentation portait : en 1re ligne, M. Braemer (de Strasbourg); en 2e ligne, M. Mallat (de Vichy); en 3e ligne *ex æquo*, par ordre alphabétique, MM. Aloy (de Toulouse), Bordier (de Lyon), Derrien (de Montpellier), Morel (de Lyon), Nicloux (de Strasbourg).

MM. Braemer et Nicloux sont élus.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement médical des maladies des reins en clientèle (1), par Ch. FIESSINGER, membre correspondant de l'Académie de médecine, rédacteur en chef du *Journal des praticiens*; 2e édition entièrement refondue.

On connait le succès remporté par la première édition de ce volume qui a été épuisée en quelques mois. Ce succès était d'autant plus justifié que les livres de M. Fiessinger ne sont pas des exposés théoriques mais le reflet d'une longue pratique, traduit par un excellent esprit à la fois prudent et avisé.

La seconde édition n'est pas une simple refonte de la première. Les travaux du dernier Congrès d'urologie ont été utilisés pour une nouvelle mise au point de certains chapitres. C'est dire que l'excellent livre de M. Fiessinger est absolument à jour et qu'il rendra de précieux services à tous ceux qui travaillent.

L. G.

(1) In-8. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE AU 1er DEGRÉ[1]

Procédés de laboratoire. — 1. *Examen des crachats.* — La recherche des bacilles de Koch est bien souvent négative. Sa présence dans les crachats ne serait pas, pour certains, un signe de la période de début, mais de tuberculose ouverte.

Roger a appelé l'attention sur la valeur de l'albumino-diagnostic des crachats.

2. *Epreuve de la tuberculine.* — Soit par la cuti-réaction de von Pirket, soit l'intradermo-réaction, soit encore par l'ophtalmo-réaction. Mais peut-on attacher une grande importance à une réaction positive, puisque l'on sait que les 9/10 des adultes ont une réaction positive? Une réaction négative semble avoir une valeur plus grande.

3. Certaines épreuves accessoires peuvent être recherchées, ou en tout cas constatées, le cas échéant :

— Epreuve de l'*iodure de potassium*, dont l'ingestion provoque une poussée congestive du poumon.

— Epreuve du *sérum artificiel*, dont l'injection sous-cutanée provoque une élévation de température.

— Epreuve de la *séro-réaction* (recherche de la déviation du complément), selon la méthode d'Arloing et Courmont.

La question de la réaction de fixation est à l'ordre du jour chez les phtisiologues. On conçoit l'aide précieuse qu'apporterait la sérologie, si une réaction analogue à celle de Wassermann acquérait droit de cité dans l'étude de la tuberculose. Diverses techniques ont été étudiées ces dernières années : celle de Besredka, celle de Calmette-Massol. Les résultats publiés semblent encourageants : Bass donne 130 réactions positives chez 130 tuberculeux; 132 réactions négatives chez 132 non tuberculeux. Fried a aussi 94 p. 100 de résultats positifs dans les cas de tuberculose en évolution. Mais de nombreuses réserves sont encore faites par Wedel, Rogers, etc. La conclusion, qu'il semble falloir admettre, à l'heure actuelle, en attendant de nouvelles recherches, est : d'après Rieux et Bass : « dans le doute clinique, en matière de tuberculose, une réaction positive doit faire pencher la balance en sa faveur, et retenir au moins l'attention sur une tuberculose latente possible. »

— Enfin, les *recherches hématologiques*. Nous avons déjà signalé l'importance que lui attribue Bezançon : polynucléose légère pendant la poussée congestive, puis inversion de la formule avec mononucléose et éosinophilie, pendant la convalescence.

Radiologie. — Au point de vue de l'importance de l'examen radiologique, il faut toujours se rappeler que, suivant une comparaison imagée et juste, Roëntgen montre plus de lésions que Laënnec, et Morgagni encore plus que Roëntgen.

Le radio-diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début s'appuie sur 3 symptômes importants :

a. Diminution de la transparence normale du poumon;

b. Une moindre étendue de l'image pulmonaire du côté malade;

c. Une diminution de l'incursion du diaphragme de ce côté.

La diminution de transparence du champ pulmonaire, ou d'une partie de ce champ pulmonaire, résulte des phénomènes qui accompagnent la présence de foyers tuberculeux. La quantité d'air admise pendant l'inspiration est moins élevée et la transparence du parenchyme pulmonaire est-elle diminuée. Le plus souvent, c'est au sommet du poumon que se manifestent ces modifications de transparence, à l'un ou aux deux sommets à la fois. Le contour des deux premières côtes, qui se projettent sur un champ moins clair, manque de netteté. En général, le diagnostic de tuberculose pulmonaire s'affirme si les parties plus opaques apparaissent disposées en foyers séparés par des travées claires. Cet aspect devient plus net encore pendant les inspirations profondes.

Le diaphragme, du côté malade, descend moins bas, pendant les inspirations, du côté malade que du côté sain. A la fin de l'expiration, il remonte aussi haut des deux côtés. (Williams.) La valeur de ce signe est discutée, car dans la tuberculose au début, sa fréquence serait loin d'être aussi grande que Williams l'a affirmée. On l'observe même dans la tuberculose confirmée. Il semble que cette immobilité relative et cette déformation du diaphragme du côté malade est sous la dépendance d'adhérences pleurales (diaphragme festonné).

Enfin, il faut signaler l'existence de modifications des ganglions bronchiques, qui n'existeraient cependant que dans un petit nombre de cas de tuberculose au début.

La radioscopie constitue donc pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire un excellent signe auxiliaire, venant s'ajouter aux autres modes d'investigation sans en exclure aucun. (Jaugeas).

A côté de la radioscopie, il faut envisager le rôle de la *radiographie*; son investigation doit porter sur les deux sommets et la région du hile. Les altérations de la clarté des sommets ne doivent être considérées comme pathologiques, que si l'image très nette montre des ombres localisées en petits foyers ou si, dans une opacité plus étendue, on remarque des ombres granuleuses.

L'image radiographique du hile est plus complexe : les ganglions lymphatiques se traduisent par des ombres rayonnantes partant du hile, et par des ombres en réseaux, faciles à observer surtout vers la périphérie, en de véritables marbrures.

Mais il ne faut pas oublier, pour apprécier la valeur de ces renseignements radioscopiques et radiographiques, qu'ils peuvent être produits non seulement par la tuberculose, mais aussi par la coqueluche, la rougeole, la grippe, etc. On doit donc les rapprocher des autres signes fournis par l'auscultation, la percussion, etc., avant de poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Et encore, les signes radiographiques ne permettent-ils pas de distinguer s'il s'agit de tuberculose active ou de tuberculose ancienne? Toutefois, lorsqu'on constate une ombre intense, très localisée, celle-ci correspond à un foyer tuberculeux guéri et calcifié. A l'autopsie, on a pu contrôler fréquemment les résultats fournis par l'examen clinique et la radiographie.

II. **Différentiel.** — Aucun signe n'a de valeur absolue à lui seul au début. Pour poser le diagnostic précoce de tuberculose, une probabilité ne saurait suffire; il faut une certitude. Les signes physiques et les signes radiologiques ne sont dans bien des cas que des signes de probabilité. Et si l'examen radiologique complète l'examen physique, il ne peut fournir la preuve absolue qu'il s'agit bien de tuberculose pulmonaire. L'étude de l'évolution clinique apportera bien dans la suite des preuves, mais il ne sera plus question alors de tuberculose au début. Pour certains auteurs actuels, à la suite des recherches faites pendant la guerre, seule la *constatation du bacille de Koch* dans l'expectoration est un signe de certitude. La recherche peut en être longue, laborieuse, mais elle doit être faite avec persévérance jusqu'à ce qu'elle soit positive.

Mais ne risque-t-on pas d'attendre trop longtemps? c'est là encore un sujet de discussion entre phtisiologues.

De nombreuses erreurs de diagnostic peuvent être faites, suivant que l'on attache trop d'importance aux signes physiques, aux signes fonctionnels ou aux signes généraux.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 55, p. 879; n° 57, p. p. 911. et n° 59, p. 943.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Brisard.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Astruc, Douvrin, Drouot, Ballerin.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Puéchagut (de Decazeville).

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — Ont été décernées les médailles d'honneur des épidémies ci-après énumérées :

Médailles d'or. — MM. les médecins militaires Chaix, Gabail, Pouillaude, Collilieux.

Médailles de vermeil. — MM. les médecins militaires Fere, Lepicard, Thiriet, Duprez, Charpy, Furet, Billey, Coste, Vignon, Jacquemin, Bories, Camors, Paillard, Valensi, Valentino, Barbo, Mohamed bey Husseini. Emily, Gendron, Leleu, Maillet, Pierron, Sauvé, Stefanesco, Nasta, Tupa, Wang-Liang, Chavanno, Genevrier, Rogalski, Godlewski, Trzemeski, Cuinet, Alexandrescu, Sava Goiu, Vicol, Ionescu, Dimitriu T. Demètre, Marosin, Mihailescu, Badiu, Raian, Gafencu, Mamuléa, Coullaud, Hauvuy, Florence.

Médailles d'argent. — MM. les médecins militaires Bordier, Bouchez, Goursolas, Merat, Raymondaud, Langlois, Guillaume, Benoist. Créhange, Moineau, Léard, Martin, Audemard, Monnier, Calmels, Adde, Beaufort, Deel, Creyx, Labaeye, Dupas. Gagnard, Heuraux, Bamangalahy, Rosch, Rebatel, Boitel, Bouveret, Brunet, Mynard, Barberousse, Battaglini, Bouchet, Brunet, Charlot, Clément, Cougard, Courboulès, Etienne, Fournial, Inizan, Jame, Lapeyre, Moy, Playoust, Saltet de Sablet d'Estières, Sammuler, Sarrat, Sourdeau, Turgis, Walter, Sterling Okuniewshi, Saski, Ikra-wczynski, Beca, Simici, Zaharoff, Socor, Polac, Coullianu, Georgesco, Parvulescu, Vasiliu, Nicolau, Popescu-Haralamb. Baroni, Baisoiu. Mironescu, Coudrea, Skupiewski, Popp, Urlateau, Mirinescu, Craciuneanu, Grocoschi, Perietzeanu, Loubat, Coudray, de Nabias, Dagneaud, Driout, Jaisson, Leclerc, Sieur, Ferreyrolles, Delrieu, Vaudescal, Rafinesque, Noël, Peyre, Ripert, Pouliot, Pinard, Colaneri, Barotte, Massart, Le Lorier, Le Play, Dramez.

Mmes Lefort, Barsness, Morse, Kernbach, Holban, Puscariu, Mlles Desmollières, Strat, Popovici (Valérie), Popovici (Vasile) Battu, doctoresses en médecine.

Mlles les internes en médecine Bucsan, Poppa, Catuneanu, Gombert, Negoescu, Margaritescu, Léonida, Protopopescu.

MM. les étudiants en médecine Chardon, Théodoresco, Mme Cernatescu, MM. Gargieneanu, Huhulea, Ionescu.

Médailles de bronze. — MM. les médecins militaires Cambon, d'Eschevannes, Archambault, Ricochon, Lecerf, Plesse, Marchand, Hilaire, Guillot, Plateau, Saint-Paul, Tyan, Robert, Ochs, Nasta, Gheorghiu, Brezianu, Rudelle.

MM. les Drs Susini (de Berrouaghia), Naudin (de Saint-Lucien), Riou (de Tiaret).

M. l'interne en médecine Grigorescu.

MM. les étudiants en médecine Sabbareze, Stanculescu, Mlle Bucsan.

L'EXAMEN MÉDICAL DES AVIATEURS. — D'après l'*Echo de Paris*, le service de la navigation aérienne vient de créer à Bordeaux un nouveau centre d'examen médical pour le personnel navigant de l'aéronautique civile.

Ce centre d'examen fonctionnera à partir du 9 août sous la direction du Dr Cruchet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Rappelons qu'aux termes de la convention du 13 octobre 1919 portant réglementation de la navigation aérienne internationale et du décret du 8 juillet 1920 réglementant la navigation aérienne en France, l'examen médical devant une commission spécialement désignée, est une condition indispensable pour la délivrance et le maintien des brevets du personnel de l'aéronautique civile, brevets dont doivent être obligatoirement pourvus les membres du personnel navigant faisant partie de l'équipage d'un aéronef civil.

Jusqu'alors, une seule commission d'examen fonctionnait au Bourget. Le centre médical de Bordeaux est destiné à faciliter les examens du personnel navigant dans le sud-ouest de la France. Ultérieurement, un troisième centre sera créé à Montpellier afin de donner les mêmes facilités aux membres du personnel navigant résidant dans le sud-est.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, avec la collaboration de ses assistants, MM. les Drs Solomon, Pierquin et Bisson. — Cours de vacances quotidien, du dimanche 9 au dimanche 23 octobre :

Matin, 9 heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, 10 heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, 2 heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine ; il commencera le dimanche 9 octobre, et par exception à 10 heures du matin, dans la salle de conférences de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 150 francs et sera acquitté entre les mains du chef du laboratoire, M. le Dr Solomon. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 10 octobre. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — COURS DE MÉDECINE COLONIALE, le matin à 10 h. 1/2, ouvert aux élèves du cours complémentaire. Professeur : M. le Dr JEANSELME.

Mercredi 12, vendredi 14, mercredi 19, vendredi 21 octobre, 10 h. 30. Lèpre.

Mercredi 26 octobre, 10 h. 30. Bouton d'Orient. Leishmanioses cutanées.

Vendredi 28 octobre, 10 h. 30. Pian.

Mercredi 2 novembre, 10 h. 30. Syphilis exotique.

Vendredi 4 novembre, 10 h. 30. Ulcères des pays chauds.

Mercredi 9 novembre, 10 h. 30. Blastomycoses et mycoses exotiques. Granuloine Piau bois.

Vendredi 11 novembre, 10 h. 30. Le tokèlan. Les caratès. Les mycétômes.

Mercredi 16 novembre, 10 h. 30. Hygiène de la peau sous les tropiques.

LIVRES NOUVEAUX

L'évolution de l'organisme et la maladie [*Pathologie générale évolutive*] (1), par M. KLIPPEL, médecin des hôpitaux de Paris.

Cet ouvrage est une esquisse de pathologie générale, basée sur la doctrine de l'évolution, qui domine à l'heure actuelle les sciences naturelles.

La première partie considère l'organisme dans son évolution normale.

L'enchaînement des idées y trouve son point de départ dans l'étude du polyzoïsme, réunion d'unités cellulaires vivantes.

Le polyzoïsme étant la vie en commun de ces unités, il nécessite la différenciation des éléments qui le composent et aboutit, par division du travail, à des espèces cellulaires distinctes, dont chacune a la vie pour soi et une fonction relative à l'ensemble.

Les différentes espèces cellulaires qui composent les tissus et les organes, étant des éléments d'âges évolutifs différents, on pouvait chercher à en établir une classification hiérarchique, suivant le degré progressif de différenciation et de division du travail.

C'est ce que l'auteur a essayé de faire, sous le nom de Biotaxie histologique.

La base principale de la biotaxie est le degré de différenciation par rapport à la labilité de chaque espèce cellulaire, les unes étant susceptibles de se reproduire toute la vie, tandis qu'à l'extrémité opposée, cette possibilité a cessé dès la vie post-natale.

Après avoir ainsi classé les divers tissus, la biotaxie établit, de la même façon, l'ordre évolutif des éléments qui les composent, depuis ceux qui sont des sources de genèse jusqu'aux formes des différenciations parachevées.

La seconde partie concerne la Pathologie. Les tissus étant classés par degrés de différenciation, il est permis de reconnaître comment agissent les agents pathogènes relativement à ce degré évolutif.

La Biotaxie explique et précise un ordre de paralysie et d'exaltation sous l'influence de causes toxiques et pathogènes.

Des syndromes sensitifs, moteurs, réflexes, psychiques sont en rapport avec ce qu'enseigne la Biotaxie.

Par rapport aux lésions, elle fournit la raison de la dégénérescence des éléments relativement plus différenciés et de la prolifération de ceux de moindre différenciation, dans un même organe et sous une même cause, et du degré de fréquence des tumeurs suivant l'ordre biotaxique.

Dans la maladie envisagée en général, il n'y a exclusivement ni hypersthénie, ni asthénie, mais faiblesse irritable, par la raison que des éléments anatomiques d'espèces différentes ne peuvent réagir de la même façon; de telle sorte que les deux termes de la faiblesse irritable se répartissent sur des éléments de degrés biotaxiques différents.

La division du travail, qui marque un perfectionnement progressif, impose à l'organisme la nécessité d'une réduction biologique fonctionnelle, soit dans le milieu normal, lorsqu'il tend à devenir nocif, soit dans le milieu pathologique.

La vie réduite normale est caractérisée par la diminution de la fonction envisagée dans sa plus haute complexité, répondant aux états d'émotion, de sommeil et de fatigue, sans lesquels la santé et la vie elle-même ne sauraient subsister.

Or, la vie pathologique est un mode de vie réduite, calqué sur ces trois états et impliquant des réactions biologiques analogues.

Cette réduction fonctionnelle a pour résultat une économie, une lutte plus facile dans le milieu nouveau et la possibilité de s'y adapter par des caractères acquis de façon transitoire ou définitive pour l'individu et parfois transmissibles, par hérédité.

Les problèmes généraux que pose la Pathologie reçoivent des solutions qui sont en rapport avec l'évolution organique.

L. G.

(1) Un volume grand in-8 raisin de 480 p. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

Les Complications orbito-oculaires des sinusites (1), par le Dr Fernand LEMAITRE, chef d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Louis.

La question des complications orbito-oculaires des sinusites qui intéresse autant le laryngologiste que l'ophtalmologiste a surtout été traitée jusqu'à ce jour, par les ophtalmologistes. Le professeur de Lapersonne dans son rapport de 1902 et le professeur Rollet, dans son travail de 1909, ont, en effet, envisagé le problème sous son angle orbitaire et oculaire. Aujourd'hui le Dr Fernand Lemaître reprenant la question, la considère sous son angle rhinologique sinusien.

En une étude anatomique, à la fois concise et détaillée, l'auteur fait comprendre la genèse, l'aspect clinique, l'évolution et le traitement des complications orbito-oculaires des sinusites.

La deuxième partie du travail est consacrée à l'étude clinique de ces complications, après quelques pages d'étiologie, de pathogénie et d'anatomie pathologique, les formes cliniques sont décrites suivant la conception personnelle de l'auteur, chaque aspect clinique étant illustré par une observation type. Vient ensuite un chapitre de diagnostic précis que suivent des considérations thérapeutiques pratiques.

Deux tableaux, l'un énumératif, analytique, l'autre clinique, synthétique résument l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

En résumé, travail facile à lire, clair, documenté, original, vécu.

L. G.

(1) In-8 de 156 p. — Prix : 12 fr. — Paris, 1921, Vigot frères.

REVUE GÉNÉRALE

MALADIE D'ADDISON[1]

Par René PORAK.

La maladie d'Addison est caractérisée :

Cliniquement par des symptômes neuro-musculaires dont l'asthénie est le plus important.

Par la mélanodermie [tout cas sans mélanodermie doit être rejeté de ce cadre clinique (2)].

Par un complexus gastro-intestinal, variable dans son expression clinique suivant l'évolution de la lésion anatomique.

Anatomiquement par des altérations de nature, d'extension et d'intensité très diverses portant avec prédominance sur l'appareil sympathico-surrénal.

Dans ces dernières années, les glandes surrénales et le sympathique ont retenu les chercheurs. Des notions importantes ont été dégagées et la pathogénie de la maladie d'Addison, tant discutée depuis plus d'un demi-siècle, doit s'en trouver éclairée.

L'étude de l'adrénaline avait accaparé toute l'attention des médecins et la médullaire surrénale paraissait jouer un rôle essentiel en pathologie. Or, l'adrénaline déchoit de sa dignité d'hormone et enrichit la liste des substances excrémentitielles que l'organisme travaille à éliminer ou à rendre inoffensives le plus vite possible (3). La glande corticale qui enveloppe la médullaire, délaissée jusqu'à présent, attire maintenant l'attention : histologistes et physiologistes entraîneront les médecins récalcitrants à comprendre le rôle prééminent de cette partie de la surrénale.

Le sympathique qui s'enchevêtre avec la surrénale participe à toute atteinte de cette glande, de même que la glande souffre aussitôt dans sa sécrétion. quand le plexus cœliaque est altéré. Les recherches modernes tendent à prouver que les troubles ne restent pas limités à ces deux parties, si étroitement fusionnées. Le sympathique abdominal appartient à un système organo-végétatif ; l'ébranlement, dont il est atteint se communique au système tout entier.

Dans cette Revue générale, j'essayerai de faire comprendre les symptômes cliniques à la lumière des recherches biologiques récentes.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie des malades morts de maladie d'Addison, l'attention doit surtout porter sur :

I. Les glandes surrénales.
II. Le sympathique abdominal.
III. Le système lymphatique.
IV. Les glandes à sécrétion interne autres que les surrénales, spécialement les ovaires.

I. Glandes surrénales. — Quoiqu'on en ait dit, les glandes surrénales sont toujours altérées. A une époque où l'histologie était mal connue, l'absence de lésions macroscopiques avait fait dire que les surrénales étaient saines. Les progrès de la technique et de nos connaissances démontrent l'absence de sécrétion surrénale dans un tissu qui, à l'œil nu, paraissait normal (1). Le type d'atrophie simple (2) des surrénales, spécialement à la suite de lésions du plexus solaire, permet de comprendre ces prétendus cas de maladie d'Addison, sans lésions des surrénales.

Ces cas mis de côté, la tuberculose des glandes surrénales (3) est presque constante dans la maladie d'Addison. Mais il importe d'admettre soit une virulence spéciale du bacille de Koch, soit une cause prédisposante locale des surrénales pour concilier la fréquence extrême de la tuberculose et la rareté relative de la maladie d'Addison. Schématiquement, dans un premier stade, la surrénale augmente de volume, s'infiltre d'une matière lardacée ; à la coupe, la surrénale molle et homogène, est demi-transparente et de couleur grise. Dans un second stade, la surrénale, sur coupe, devient opaque et jaunâtre. Enfin, la matière caséeuse se ramollit. Des transformations fibreuses et calcaires sont fréquentes et aboutissent à la transformation squirreuse (4) avec péricapsulite scléro-lipomateuse ; dans la masse dursifiée substituée aux surrénales, se creusent des cavités pleines de matière puriforme, caséeuse ou crétacée. Le domaine anatomique de la tuberculose des surrénales s'est étendu depuis la connaissance des lésions non folliculaires et notamment des surrénalités scléreuses par bacilles de Koch (5).

Malgré l'importance grandissante de la tuberculose dans l'anatomie pathologique de la maladie d'Addison, il est impossible aujourd'hui de contester le déterminisme d'autres lésions.

Syphilis des surrénales (6). — Les surrénales sont fréquemment le siège de lésions syphilitiques qui, à une certaine extension, provoquent la maladie d'Addison : à côté des nodules et des gommes, le tissu interstitiel prolifère ; quelquefois aussi une atrophie scléreuse se constitue. La nature syphili-

(1) Nom donné par Trousseau à une maladie bronzée décrite, en 1855, par Addison, *On the constitutional and local effect of the diseases of the suprarenal capsules*, 1855.

(2) La forme fruste de Dieulafoy et Bressy, n'étant pas accompagnée de pigmentation, appartient à l'insuffisance surrénale et doit être éliminée par définition de la maladie d'Addison.

(3) Gley et ses élèves ont fait triompher cette conception dans ces dernières années. L'école américaine a maintenu la théorie ancienne. Le prof. Gley, aidé de son élève Alfred Quinquaud, achève un mémoire où il répond aux dernières objections de Cannon.

(1) J'ai observé un cas de ce genre ; le plexus solaire était comprimé par des ganglions tuberculeux. La surrénale paraissait normale. L'examen histologique, contrôlé par Mulon, montrait l'arrêt complet de la sécrétion cortico-surrénale.

(2) L'atrophie des surrénales a été constatée dès le début de l'étude de la maladie d'Addison par les auteurs anglais (J. J. Goodhart. *Trans. of the path. Soc. of London*, t. XXXIII, p. 340). — Ebstein (*Deut. med. Woch.*, 1897). Maladie d'Addison avec atrophie de la corticale sans lésions de la médullaire, ni du plexus solaire, ni des nerfs splanchniques. — Roloff (*Zieg. Beitr.*, 1891, Bd IX) rapporte une observation tout à fait analogue à la précédente. — Legg (*Lancet*, 1885, 1) rapporte la description d'une surrénale réduite à un noyau graisseux gros comme une noisette et une hypoplasie des artères correspondantes. Il est intéressant d'opposer cette atrophie d'origine artérielle aux atrophies d'origine nerveuse sur lesquelles nous insisterons plus loin.

(3) Wilks (*Guy's hosp. Rep.*, 1862, vol. VIII, p. 18) pose purement et simplement la tuberculose des surrénales comme seule cause de la maladie d'Addison. — Oppenheim et Loeper ont la hardiesse de traiter, in Debove, Achard et Castaigne, la maladie d'Addison dans le chapitre tuberculose des glandes surrénales. — Virchow n'a pas le moindre doute que la peau bronzée peut coïncider avec d'autres lésions des surrénales que les tuberculeuses, notamment avec le cancer secondaire des surrénales.

(4) Cette forme a été bien décrite pour la première fois par Loeper. J'ai observé un cas qui s'ajustait exactement à la description de Lœper.

(5) Voir, pour plus de détails, Milhit. Tuberculose des capsules surrénales, Revue générale, *Revue de la tub.*, 1912, p. 35. — Milhit insiste sur les lésions non folliculaires, par exemple dans les formes de surrénalite scléreuse de Sézary.

(6) Simmonds (1903), cité par M. Lucien et J. Parisot. *Glandes surrénales et organes chromaffines*, 1913, F. Gittler.

tique des lésions est démontrée par des tréponèmes isolés à l'intérieur des cellules et par des amas de tréponèmes dans les mailles conjonctives (1).

Néoplasmes des surrénales. — Les types anatomiques très divers, de cancers primitifs et secondaires (2) ne méritent pas ici une description, car ils s'accompagnent rarement du tableau clinique classique de maladie d'Addison. Cette rareté tient, notamment, à ce que les tumeurs d'origine corticale ou médullaire gardent, pendant un temps assez long, les caractères principaux du tissu aux dépens duquel elles se sont développées; en outre, l'étude du cancer des surrénales suggère une réflexion d'ordre général, utile à retenir, si l'on veut comprendre la pathogénie de la maladie d'Addison. Les altérations de ces glandes à elles seules ne peuvent expliquer l'ensemble des symptômes de la maladie d'Addison. Il faut que le système organo-végétatif participe, fonctionnellement ou anatomiquement, au trouble pathologique. Or, la pathologie générale nous enseigne que les lésions spécifiques, de même que les toxines tuberculeuses et syphilitiques ont une affinité spéciale pour les fibres nerveuses, tandis que l'élection cancéreuse se dirige moins vers ces mêmes fibres. D'ailleurs, l'évolution du processus pathologique est plus important que la nature des lésions, car une lésion circonscrite irradiant très lentement et distillant peu de toxines favorise mieux qu'une lésion extensive le développement de glandes surrénales accessoires.

II. Lésions du plexus solaire. — Les rapports du plexus solaire et des surrénales sont si étroits qu'une lésion chronique des surrénales retentit sur le plexus solaire. Ainsi s'expliquent les cas de maladie d'Addison avec lésions tuberculeuses ou syphilitiques d'une seule surrénale; ces lésions primitives se propagent au plexus solaire, et le plexus solaire n'apportant plus à la surrénale du côté opposé le stimulus excito-sécrétoire, crée une insuffisance de l'autre surrénale. A ce moment seulement, les conditions nécessaires et suffisantes de la maladie d'Addison sont réalisées.

Opposés à ce groupe de faits, il y a les cas de lésions primitives et prédominantes du système nerveux organo-végétatif abdominal; la lésion syphilitique, tuberculeuse ou autre, s'attaque directement au ganglion semi-lunaire et au plexus nerveux qui en émane, entraînant une atrophie secondaire des glandes surrénales. Ces lésions nerveuses sont quelquefois secondaires à une compression par lésions de voisinage : hypertrophie ganglionnaire, anévrysme de l'aorte, péritonite localisée (3).

(1) Jacquet et Sézary. *Soc. méd. des hôpit.*, 1906, p. 314.
(2) Voir Lucien et Parisot. Loc. cit.
(3) D'après Jaccoud, les lésions du plexus solaire ont été incidemment signalées dans les premières observations d'Addison lui-même. — Addison et Schmidt signalent l'atrophie de ce plexus. — Andel insiste sur l'examen histologique qui montre dans les ganglions semi-lunaires des cellules atrophiées et des amas pigmentaires. — Lancereaux (*Arch. gén de méd.*, 1890, p. 5) croit, comme nous le verrons plus loin, que la maladie d'Addison est une maladie du sympathique, mais il décrit avec beaucoup de soin une atrophie surrénale consécutive, à son avis, aux lésions du sympathique. — Dans un cas de maladie d'Addison, Laignel-Lavastine, outre les lésions des sommets du poumon et une pleurite chronique bilatérale, trouve une sclérose du ganglion semi-lunaire droit et du nerf splanchnique droit avec une atrophie très marquée de la capsule surrénale correspondante. Les observations du même type de Jurgens et de Marchand sont signalées dans tous les traités classiques. — Nothnagel (*Zeit. f. klin. Med.*, 1879) décrit des lésions des ganglions et des plexus nerveux de la muqueuse intestinale. Ce point est à retenir pour comprendre la variété des symptômes cliniques gastro-intestinaux et la pathogénie de ces symptômes. J'insiste moins sur les lésions du système nerveux central constatées expérimentalement par Nageotte et Etlinger qui, dans une certaine mesure, favorisent l'éclosion de l'encéphalopathie addisonnienne de Klippel.

Quant à la nature des lésions nerveuses, elle est très variable; d'abord, lorsqu'une lésion se développe dans les surrénales, elle atteint nécessairement les ganglions nerveux compris dans l'enveloppe fibreuse des glandes ou accolés à leur face externe (1).

Des lésions péritonéales primitives ou consécutives aux lésions des organes voisins peuvent englober le plexus, l'empêcher de fonctionner et aboutir à l'atrophie.

Enfin, le système nerveux organo-végétatif peut, aussi bien que la surrénale, être le siège de lésions primitives : des lésions spécifiques (tubercules, gommes) ou des lésions dégénératives (fragmentation de la myéline, état variqueux du cylindraxe, chromatolyse, sclérose pluricellulaire) ont été signalées.

III. Système lymphatique. — Pour expliquer la localisation élective du bacille de Koch sur le système sympathico-surrénal, quelques médecins admettent qu'une constitution spéciale du malade est nécessaire (2). De fait, l'addisonnien présente une hypertrophie des organes lymphoïdes (3) et appartient aux états thymico-lymphatiques. On sait que ces états coexistent avec l'atrophie du système chromaffine. Cette débilité spéciale et associée expliquerait la localisation du bacille de Koch, à la fois dans le système lymphatique et dans les surrénales. La tuberculose des ganglions lymphatiques est presque constante dans la maladie d'Addison et souvent l'atrophie du plexus solaire, décrite au paragraphe précédent, relève d'une compression par les ganglions mésentériques, fusionnés et faisant masse avec le plexus solaire par adhérences péritonéales.

IV. Lésions des glandes a sécrétion interne autres que les surrénales. — Parmi ces glandes, l'ovaire est l'organe qui présente les lésions les plus constantes et les plus intenses; celles-ci ne manquèrent à aucune de mes observations personnelles. Tantôt, il s'agit de lésions tuberculeuses, tantôt d'atrophie simple, tantôt de signes histologiques d'insuffisance sécrétoire. Ce dernier fait est le plus intéressant; une maladie qui touche, de façon si prédominante, l'appareil nerveux organo-végétatif de l'abdomen doit logiquement entraîner par suppression excito-sécrétoire, une altération fonctionnelle sinon lésionnelle des ovaires (4). Les testicules qui chez l'embryon migrent loin de la région lombaire sont plus tardivement atteints que les ovaires.

(1) Brault. *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard.
(2) Pende. *Capsules surrénales et organes chromaffines*, Naples.
(3) En dehors de l'hypertrophie et de la pigmentation des ganglions, spécialement des ganglions mésentériques, on a signalé : l'hypertrophie de la rate avec hyperplasie des follicules et transformation myéloïde; la tuméfaction et la pigmentation des follicules intestinaux et des plaques de Peyer; l'augmentation de volume des tonsilles et des follicules de la base de la langue...
(4) René Porak. *Th de Paris*, 1914. L'observation VI, rapportée p. 76, peut être complétée par l'examen histologique des ovaires que Mulon a étudié très complètement : « *Ovaire droit.* A la coupe on ne voit aucune formation ayant une pigmentation jaune, c'est-à-dire contenant des cellules à lutéine, ni corps jaune de menstrues, ni corps jaune lutéinique, ni corps jaune atrésique de Kolliker. A l'examen histologique, il n'y a pas de follicules primordiaux. L'ovaire est constitué par du tissu conjonctif et des corpus albicans. *Ovaire gauche.* Complètement adhérent à la trompe,

Les lésions des surrénales, jointes aux lésions des organes génitaux, expliquent à notre époque où les corrélations entre glandes à sécrétion interne ont été tant étudiées, les réactions hypertrophiques du corps thyroïde et de l'hypophyse (1).

V. LÉSIONS DES AUTRES ORGANES. — Les lésions tuberculeuses, le plus souvent en cause dans la maladie d'Addison, se retrouvent dans d'autres organes que le plexus solaire, les ganglions, les surrénales et les ovaires. A ce sujet, la remarque la plus intéressante est l'atténuation des lésions pulmonaires, et leur fréquente localisation à la base. La lésion est limitée, le plus souvent même cicatrisée, en tout cas à évolution fibro-calcaire ou caséo-calcaire. Ces constatations ont permis de distinguer deux variétés de tuberculose surrénale : la variété primitive et la variété secondaire : les lésions à la base des poumons expliquent la propagation aux régions cœliaques et surrénales.

Des tubercules le plus souvent isolés ont été trouvés dans le foie, la rate, les trompes de l'utérus.

En dehors des lésions tuberculeuses, de nombreux organes conservent la trace de l'intoxication addisonnienne (dégénérescence graisseuse ou surcharge pigmentaire (2), par exemple du foie et du cœur; d'autres organes peuvent bien entendu aussi y participer). J'insiste spécialement sur l'athérome artériel qui n'a manqué dans aucun de mes cas et qui choque ceux qui se souviennent des retentissantes expériences sur l'athérome adrénalinique. Si l'adrénaline était une homone et si l'adrénaline faisait défaut dans l'insuffisance surrénale, l'étonnement pourrait se satisfaire d'explications plus ou moins bonnes mais n'en subsisterait pas moins. Si les corps adrénalinogènes sont des substances nuisibles que la surrénale n'élimine plus, la constance de l'athérome artériel dans la maladie d'Addison, s'ajuste tout à fait aux expériences classiques. Pour ma part, je n'hésite pas dans l'état actuel de la science, à adopter cette explication.

L'étude anatomique de la maladie d'Addison doit être complétée par un chapitre souvent omis dans les traités classiques et auquel, me plaçant sur le terrain des discussions pathogéniques, j'attache une très grande importance, le chapitre de :

Physiologie pathologique. — La physiologie pathologique des extraits surrénaux, en cas de maladie d'Addison, est du plus haut intérêt, vu les déductions pathogéniques qu'il convient d'en tirer. En général, les extraits de glandes surrénales des malades morts de maladie d'Addison présentent, injectés au lapin, une action hypertensive moins élevée que les extraits de surrénales normales (3). Cette constatation, contrairement aux déductions qui paraissaient plausibles, ne prouve nullement une insuffisance du pouvoir angio-tonique de la médullaire surrénale, car des expériences précises montrent que la diminution du pouvoir hypertenseur des extraits de surrénales est notée dans des cas où immédiatement avant la mort, la pression artérielle était normale (1).

D'ailleurs, dans certains cas de maladie d'Addison, l'extrait de surrénale est gorgé d'adrénaline (2). alors que la glande corticale présente tous les signes histologiques d'une insuffisance sécrétoire. Voilà qui paraît décisif au point de vue de la teneur en adrénaline de surrénales d'Addisonniens : cette constatation aidera à comprendre la pathogénie, telle que je la présenterai à la fin de ce travail.

Quant aux cas dans lesquels le pouvoir hypertenseur des surrénales est diminué, on peut admettre provisoirement que cette diminution tient à ce que les produits dont dérivent l'adrénaline n'aboutissent pas aux transformations normales et contribuent à l'état d'intoxication addisonnienne.

Etiologie. — Je ne reviendrai pas sur le rôle respectif de la tuberculose, de la syphilis et du cancer, dans la détermination de la maladie d'Addison, y ayant insisté au chapitre d'Anatomie. Dans des cas exceptionnels, les lésions des surrénales sont dues en partie ou en totalité à d'autres infections que la tuberculose et la syphilis, par exemple : le rhumatisme, l'influenza, la malaria (3), la typhoïde. Des intoxications exogènes (arsenic. Mercure) (4) ou endogènes interviendraient aussi. Par exemple, la maladie d'Addison pourrait être due à l'intoxication gastro-intestinale et le lavage d'estomac aurait pu dans quelques cas exceptionnels, guérir la maladie bronzée (5).

Lorsque la surrénale est profondément lésée par une seule ou plusieurs des causes précédentes, il suffit parfois de causes minimes pour déclencher l'apparition ou l'aggravation du syndrome d'Addison : citons par exemple le traumatisme (6) et le surmenage (7).

Enfin, pour expliquer la rareté de la maladie d'Addison, j'ai déjà fait allusion à la nécessité d'une constitution spéciale et à cet égard, il est intéressant de relever chez le futur addisonnien une prédisposition spéciale à la pigmentation sous diverses in-

petit et rétracté. Formé de tissu conjonctif et de microkystes. Quelques cicatrices de corps jaune. En somme, disparition de toutes les cellules contenant graisse et pigment et de toutes cellules à caractère de cellules interstitielles. » Je ne suis pas le premier à signaler les lésions ovariennes dans la maladie d'Addison. Je retrouve dans l'article MALADIE BRONZÉE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (1866) de Jaccoud, dans l'observation CXVIII signalée : l'Atrophie des ovaires. — Plus tard, KARAKASCHEF (*Zieg. Beit.*, 1904, Bd XXXVI) insiste sur cette atrophie des ovaires.

(1) THAON. *Th. de Paris*, 1907. — LŒPER, PANSINI et BENENATI.

(2) La surcharge pigmentaire a été signalée par Addison sous le nom de taches bleuâtres du péritoine. — MARTINEAU (De la maladie d'Addison, *Th. de Paris*, 1863, p. 102) signale une forte pigmentation des poumons et de la substance grise du cerveau.

(3) LUKSCH, PARISOT, René PORAK.

(1) René PORAK. Des altérations fonctionnelles des glandes surrénales dans la rage, comptes rendus des séances de la *Soc. de biol.*, 7 déc. 1912, et *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1917-1918, t. XVII, p. 98.

(2) René PORAK. De l'activité fonctionnelle de la glande médullaire surrénale des tuberculeux, *Ann. de méd.*, sept. 1918, t. V, n° 4, p. 407. — Voir aussi obs. VI, Thèse Porak citée.

(3) J'insisterai, plus tard, sur les travaux de Paisseau et Lemaire qui ont trait à l'insuffisance surrénale plutôt qu'à la maladie d'Addison elle-même. Mais, j'ai souvenir d'une communication faite pendant la grande guerre par Portocalis à la Société médicale de Salonique qui se rapporte tout à fait à mon sujet : il s'agissait d'un addisonnien fruste qui, contractant le paludisme, présenta aussitôt une aggravation de tous les symptômes addisonniens et mourut très rapidement. Les surrénales étaient tuberculeuses et ces glandes ne pouvant intervenir dans la défense de l'organisme contre l'infection malarique, tous les symptômes s'aggravèrent.

(4) Les mémoires classiques de Léon BERNARD, bien qu'ils portent sur des animaux, paraissent indiquer l'action des poisons sur les cellules sécrétantes des surrénales. Il faut en retenir le danger de l'intoxication médicamenteuse chez l'addisonnien.

(5) GRAWITZ. *Méd. Verein in Greif*, 4 juillet 1908.

(6) MURRI (*Lezioni clin. Milano*, Soc. ed. libr., 1908) cite deux cas dans lesquels, après traumatisme, se développèrent successivement un syndrome de commotion de la moelle lombaire et, plus tard, une maladie d'Addison typique.

(7) A. PEREZ. *Gazz. osp. e clin.*, 1906, n° 138.

fluences extérieures. Cette constitution aurait quelquefois un caractère familial (1).

L'influence de l'âge est moins intéressante; signalons cependant que la fréquence augmente de dix à vingt ans (2), reste sensiblement la même entre vingt et quarante ans, pour décroître assez rapidement de quarante à cinquante ans, et plus rapidement encore de cinquante à soixante (3).

TABLEAU CLINIQUE DE LA MALADIE D'ADDISON. — Par définition, les principaux symptômes sont : 1° la mélanodermie; 2° les troubles nerveux dont l'asthénie; 3° les troubles gastro-intestinaux.

I. *La mélanodermie* est le maître symptôme. De loin, l'addisonnien fait penser au mulâtre ou à certains paludéens. La face et les mains sont plus pigmentées que le tronc. Sur fond uni, se détachent des points plus foncés, les uns plus petits qu'une tête d'épingle, d'autres plus gros qu'une lentille; toutes les dimensions intermédiaires se rencontrent côte à côte; d'autres fois, une même région est mouchetée de grains uniformes. Les régions articulaires sont plus pigmentées que les segments intermédiaires; l'une de mes malades, avant tout autre symptôme, avait une tache à la face dorsale du coude et essayait obstinément de la faire disparaître à la pierre ponce. La face dorsale des articulations phalangiennes tranche aussi par sa teinte noire sur le ton mulâtre d'ensemble des téguments. La paume de la main, blanche et parfois un peu macéréé, présente des lignes noires au niveau des sillons.

Le tronc est d'un brun plus ou moins accentué et certains placards, de date plus ancienne, ont une couleur plus foncée. Le mamelon et l'aréole du sein sont noirs. La ligne dite blanche de l'abdomen est très pigmentée. Sur le dos, aux points d'appui, la pigmentation s'accentue. Les organes génitaux sont hypercolorés. Sur les membres inférieurs, même teinte uniforme qu'aux membres supérieurs et aussi nettement renforcée sur les articulations (face antérieure des genoux et face dorsale des orteils).

Les muqueuses se pigmentent : classiquement, c'est en face des deuxième et troisième molaires que les premières taches pigmentaires apparaissent. En réalité, le siège des plaques est variable : la face interne des joues en est le siège, plus fréquemment que les gencives et les lèvres. Dans une de mes observations, plusieurs taches siègeaient sur la langue. Notons enfin que les cicatrices sont plus pigmentées que la peau ou les muqueuses environnantes. L'irritation locale exagère la pigmentation et la mélanodermie est plus forte au contact du col et du corset. Il suffit parfois de frotter une région de peau normale pour provoquer l'extériorisation du pigment (1). Exceptionnellement, les annexes de la peau et des muqueuses (poils, cheveux, ongles, dents) se pigmentent.

La biopsie de la peau (2) montre que l'altération pigmentaire siège dans la couche muqueuse du derme et consiste dans l'infiltration des cellules du corps muqueux de Malpighi, par des éléments granuleux noirâtres, semblables à ceux de la peau d'un mulâtre ou d'un Européen bruni au soleil. Le dépôt pigmentaire s'étend aussi aux couches épidermiques elles-mêmes.

La peau, aux sièges pigmentés, présente d'autres symptômes : sécheresse, inélasticité, apparence de sénilité précoce, prurit. Dans un de mes cas, après pigmentation des aisselles, tous les poils étaient tombés.

II. *Troubles nerveux.* — 1° *Asthénie.* — Bien que ce signe soit le plus précoce, il passe inaperçu pendant plusieurs mois, car il est de ceux auxquels le malade d'hôpital attache peu d'importance : il était fatigué, dit-il, mais il se forçait et pensait que le malaise disparaîtrait à la longue.

La description classique de l'adynamie addisonnienne se rapporte à des cas plus avancés; le sujet accuse une lassitude extrême, il fait un effort d'une certaine énergie, mais cet effort est de courte durée; l'épuisement arrive rapidement; plus tard, il appréhende le mouvement et le plus léger effort est suivi d'anéantissement.

Le malade reste effondré dans son lit, toujours immobile, enfoui sous ses couvertures, évitant la parole, elle aussi fatigante.

A la fin, il ne s'alimente plus, redoutant la lassitude qui suit le boire et le manger. Le sommeil est bon, mais au réveil, la même terreur, à l'idée de bouger, persiste. Il n'y a guère en pathologie, de comparable à cette inertie que l'apathie de certains myxœdémateux demi-somnolents des journées entières, paraissant avoir perdu jusqu'à l'instinct de la conservation.

Le dynamomètre et l'ergographe, sur lequel je reviendrai au diagnostic, montrent une diminution très marquée de la force musculaire et surtout une fatigabilité très spéciale.

2° *Autres signes nerveux.* — *Motilité.* — La fatigabilité avec sentiment de lassitude n'est pas le seul symptôme musculaire de la maladie d'Addison. L'amyotrophie et l'atonie s'y ajoutent. De véritables paralysies sont signalées à titre exceptionnel (3).

L'excitabilité musculaire aux excitants mécanique et électrique est normale sauf rares exceptions. Des

(1) TSCHIRKOFF (*Zeit. f. klin. Med.*, 1892, Bd XIX) publie l'observation de deux frères atteints de maladie d'Addison. — CROOM (*Lancet*, 27 fév. 1909). Addisonisme chez trois membres d'une même famille (fille de neuf ans atteinte de maladie d'Addison typique; fille de six ans, apathique et présentant des bandes pigmentées autour du cou, au niveau des plis postérieurs des deux aisselles et autour de la taille, mais sans pigmentation des muqueuses; et une fille de trois ans et demi, indolente et mélanodermique). Une autre fille de dix-sept ans et les parents sont indemnes.

(2) FELBERBAUM and FRUCHTHANDLER (*New-York med. Journ.*, 1907) recueillent 25 cas de maladie d'Addison vers l'âge de dix ans. — Les observations chez le nourrisson sont exceptionnelles. — THOMSON (*Amer. Journ. of med. sc.*, 1893) cite un cas de maladie d'Addison chez un enfant de sept jours. — OSLER (*Princip and pract. of med. London*, 1901) cite un enfant de huit semaines.

(3) Les observations chez le vieillard se comptent aussi. — PENDE (loc. cit., p. 217) a observé un cas de mal d'Addison chez un vieillard de soixante-dix-sept ans à l'autopsie duquel furent notées une lésion tuberculeuse circonscrite d'un sommet du poumon et une tuberculose calcifiée dans le centre d'une seule capsule surrénale. — EBSTEIN et NEUSSER, cités par PENDE, ont observé trois cas à soixante-dix ans et un cas à quatre-vingts ans.

(1) Du même ordre, le signe du vésicatoire de Jacquet et Trémolière.

(2) LANDOLFI et SEVERINO (*Riforma med.*, 1907, nº 46), GANDOLFI (*Riforma med.*, 1907, nº 46) ont trouvé que le pigment peut donner la réaction du fer et que des cellules de la couche basale de la peau présentent des indices de dégénérescence. — CHANTEMESSE et PODWISOTZKI (*Traité des processus généraux*, t. I) notent des altérations de la paroi des capillaires cutanés. — MURRI (loc. cit.), une augmentation du nombre des chromatofores.

(3) SERGENT. Paralysie de la musculature interne de l'œil. — LANDOUZY, TINEL et GASTINEL. Paralysie transitoire du type myasthénique. Enfin, parésie des muscles bucco-pharyngés peu de temps avant la mort.

phénomènes irritatifs [crampes musculaires localisées ou accès épileptiformes (1)] surviennent à intervalles plus ou moins éloignés dans certains cas. Rarement : secousses choréiques et tremblements.

Sensibilité subjective. — Les douleurs d'abord diffuses à la limite inférieure du thorax, prennent bientôt le caractère d'un coup de barre au niveau de la région lombaire et la pression provoque une douleur souvent très intense sur le rebord des fausses côtes, en arrière dans l'angle costo-vertébral (2).

Les douleurs lombaires s'exagèrent par crises, s'accompagnant d'irradiations le long des filets hypogastriques et aboutissent aux aines.

Les douleurs épigastriques, moins fréquentes que les douleurs lombaires revêtent l'allure de crises solaires.

L'apparition des douleurs va de pair avec l'exagération de la mélanodermie. La frilosité est fréquente.

Parmi les troubles subjectifs de nature différente des précédents, notons la céphalée, légère et passagère, jointe parfois au vertige.

La *sensibilité objective* est, en général, normale. Parfois hyperesthésie. Les cercles de Weber m'ont paru normaux, même aux points les plus pigmentés.

Les *réflexes* tendineux sont normaux ou exagérés. Ils s'atténuent et disparaissent dans les stades ultimes.

Les pupilles, de dimensions normales, réagissent de façon particulière : quand on ferme les paupières, les pupilles s'élargissent beaucoup. Quand on les rouvre, un léger rétrécissement se produit tout de suite, mais les pupilles ne reprennent leurs dimensions antérieures que très lentement. Quelquefois deux ou trois oscillations des pupilles à l'ouverture des paupières.

Le réflexe oculo-cardiaque est positif, quelquefois discutable au début, il devient très net à la fin.

Le réflexe pilo-moteur, dans deux de mes cas, était normal.

Symptômes psychiques. — Il faut citer avant tout : l'apathie, l'aboulie et l'irritabilité. L'intelligence et la mémoire restent intactes. L'encéphalopathie addisonnienne (3) est caractérisée par la confusion mentale ou le délire onirique avec agitation extrême, ou le délire systématisé, ou la mélancolie ou la torpeur avec subdélire continu, se terminant par le coma. Ces symptômes s'accompagnent de phénomènes moteurs (épileptiformes ou pseudo-méningitiques).

Le liquide céphalo-rachidien hypertendu et quelquefois hémorragique est toxique (injecté au lapin, il élève la pression artérielle).

III. *Troubles gastro-intestinaux.* — Les addisonniens n'ont aucun appétit et s'ils se forcent à manger, aussitôt des nausées apparaissent. L'anorexie aboutit, par la suite, au dégoût de tous les aliments. Les vomissements sont fréquents, faciles et spontanés. Au réveil, le malade est souvent pris de pituite (liquide muqueux, filant et incolore). Plus tard, des vomissements alimentaires (4) surviennent à toutes les heures de la journée, s'accompagnant de douleurs épigastriques et laissant, à leur suite, une sensibilité assez vive à la pression de la région épigastrique.

J'ai déjà signalé les crises douloureuses solaires : celles-ci peuvent s'accompagner de crises gastriques comme dans le tabes avec leur cortège de vomissements fréquents et rebelles, de diarrhée avec tendance au collapsus ; ces crises peuvent durer plusieurs jours et se terminer par la mort.

Du côté de l'intestin, la constipation est la règle : elle peut s'accompagner de crises douloureuses avec météorisme comme dans les péritonites. La diarrhée remplace la constipation à la phase cachectique de la maladie.

Notons enfin, quelques troubles plus rares : sialorrhée, polidypsie et boulimie au début, haleine cadavéreuse (1) ou acétonémique ; hématémèse (2), rate et foie légèrement augmentés de volume.

Parmi les signes qui restent à décrire, considérés comme secondaires par les classiques, certains d'entre eux offrent une grande importance pour les discussions pathogéniques qui nous intéressent spécialement.

IV. *Troubles génitaux.* — Les troubles génitaux me paraissent beaucoup plus importants qu'il n'est publié dans les traités classiques (3). J'ai observé un cas, à début ovaro-sympathique, évoluant deux ans avant que le syndrome ne se complète par l'atteinte des surrénales : à l'occasion du deuxième accouchement, la malade en question présenta une asthénie extrême et des taches pigmentaires au niveau des coudes et du sein droit.

L'atteinte fréquente de l'ovaire est incidemment signalée dans un grand nombre d'observations anciennes (4).

Plus récemment, des cas suivis de près montrent la disparition et la réapparition des règles suivant les périodes d'aggravation ou d'amélioration de la maladie d'Addison (5).

La grossesse au cours de la maladie d'Addison est suivie d'avortement d'une part et d'aggravation de la maladie d'Addison d'autre part (6).

Chez l'homme, l'impuissance est la règle.

Les *troubles urinaires*, qui existent dans l'insuffi-

(1) LOBSTEIN, dès 1823, avait décrit un cas d'accès épileptiforme chez un jeune homme de vingt-cinq ans dont l'autopsie montra une tuberculose des glandes surrénales.

(2) MARTINEAU (loc. cit.). La douleur à l'extrémité de la 9e côte serait caractéristique.

(3) KLIPPEL. *Revue neurol.*, 1899, t. II.

(4) Les vomissements sont signalés 74 fois sur 127 dans la statistique faite par JACCOUD dans son *Dictionnaire* (loc. cit.).

(1) GUERMONPREZ. *Th. de Paris*, 1875.

(2) Cette constatation clinique doit être rapprochée de la constatation anatomique fréquente d'ulcérations gastro-intestinales chez les animaux décapsulés.

(3) René PORAK. Mémoire inédit déposé à l'Assistance publique de Paris pour le concours de médaille d'or de l'internat :

OBS. II. — Troubles des menstrues et de l'accouchement.

OBS. III — Malade réglée à vingt ans. A vingt et un ans, pertes rouges quotidiennes. A vingt-deux ans, les règles s'espacent et disparaissent complètement.

OBS. V. — Réglée à quatorze ans et demi. Règles douloureuses jusqu'à vingt-neuf ans. Accouchement difficile. Hémorragies après l'accouchement Maladie d'Addison apparaît peu de temps après l'accouchement.

OBS. VI. — Réglée à vingt ans. Règles régulières, mais peu abondantes et s'accompagnant de douleurs hypogastriques.

OBS. VII. — Réglée à seize ans. Pas d'enfants.

(4) Par exemple, obs. CXVIII de JACCOUD dans le *Dictionnaire* cité.

(5) PENDE. *Capsule surrénale*, Naples 1910. — WOLLBRACHT et SAUNDBY signalent l'absence de menstruation chez une jeune addisonnienne. — Inversement au cas de Pende, le Dr Gutmann me signale l'observation d'une femme atteinte de maladie d'Addison avancée, jusque-là très améliorée par le traitement, chez qui les deux dernières périodes menstruelles se sont accompagnées d'aggravation subite et fébrile de l'état général et de tous les symptômes.

(6) BARLOW-JACQUET.

sance surrénale aiguë (1), manquent dans la maladie d'Addison; le volume des urines varie suivant l'état du malade, il diminue en cas de vomissements ou d'aggravation des symptômes cardinaux. Pas d'albuminurie (la tuberculose rénale ne coexiste pas avec la maladie d'Addison). L'hémoglobine, l'indican et l'urobiline ont été trouvés dans les urines. L'acétone existe au cours du coma terminal.

Echanges nutritifs. — Les résultats les plus contradictoires ont été publiés (2); en dehors des cas rares de tuberculose pulmonaire étendue, les échanges nutritifs étudiés suivant les méthodes actuelles paraissent peu modifiés.

Sang et organes hémolymphatiques. — La diminution des globules rouges et la lymphocytose (4) sont les signes les plus constants. Quelquefois, myélocytose et éosinophilie. La teneur en hémoglobine, est très variable. La résistance globulaire est diminuée (5). Notons enfin la toxicité du sérum sanguin (6) et l'hypoglycémie (7).

Appareil respiratoire. — La tuberculose pulmonaire est cicatricielle ou atténuée et le bacille de Koch ne se trouve pas dans les crachats.

Quand la tuberculose pulmonaire existe, elle siège souvent à la base (8).

Le rythme respiratoire subit des accélérations périodiques ; il se ralentit à la fin de la maladie.

Appareil cardio-vascalaire. — Le signe dont il a été le plus parlé en France, est le phénomène de la ligne blanche qui apparaît une trentaine de secondes après le contact superficiel de la paroi abdominale. Il fut observé pour la première fois (9) dans un cas où des signes méningitiques faisaient penser à un début de méningite. Ce signe a une réelle valeur, mais il n'est pas pathognomonique.

L'hypotension artérielle (10) qui devrait être un symptôme de premier plan, si les doctrines concernant l'adrénaline étaient exactes, n'a pas été mise en vedette dans les grands traités classiques. Certains médecins, imbus des idées à la mode, font de toute hypotension, un signe d'insuffisance surrénale, mais cela me paraît dépasser et de beaucoup la saine observation des faits. Sans doute, les addisonniens en phase d'asthénie profonde ou en état de cachexie sont très hypotendus ; l'asthénie ne se limite pas aux muscles striés des fonctions de relation, mais s'étend aux muscles lisses et l'hypotension alors s'explique, sans recourir à une hormone hypertensive ! Si l'addisonnien qu'on soigne à l'hôpital est hypotendu, il y a des mélanodermiques sujets à des crises gastro-intestinales et à des épisodes asthéniques, qui sont clients de consultation externe et dont la pression artérielle est souvent normale. L'un de mes cas avait une hypertension de 18-9 au Pachon, en dehors de toute médication ; j'ai appris que pendant la guerre, au bout de deux semaines, l'évacuation définitive des armées pour maladie d'Addison fut décidée, le malade mourut par la suite subitement; l'autopsie montra une tuberculose sympathico-surrénale.

Le pouls est très variable, puisqu'il peut osciller entre 64 et 140 à la minute (1), mais il faut tenir compte de l'intoxication adrénalinique qui, jusqu'à présent n'a pas été assez clairement enseignée au praticien.

Deux autres signes ont été signalés : les pulsations énergiques de l'aorte abdominale opposées à la petitesse du pouls radiale (2) et l'arythmie cardiaque au stade terminal de la maladie (3).

Température. — La température de l'addisonnien ne s'élève pas comme celle des autres tuberculeux : ou bien, chez le tuberculeux habituel la surrénale neutralise le poison hyperthermisant ou bien la maladie d'Addison est une tuberculose atténuée. Exceptionnellement, température normale (4). La fièvre se produit dans certaines formes à décours rapide ou dans les formes accompagnées d'accès convulsifs (5). *(A suivre.)*

(1) R. PORAK et H. CHABANIER. Altération de la sécrétion rénale après l'ablation des glandes surrénales, *Soc. de biol.*, 25 juillet 1914.

(2) BEUTENMULLER et STOLZENBERG (*Bioch. Zeit.*, 1910, t. XXVIII, p. 2), contrairement aux auteurs italiens, ne notent aucun trouble dans le taux nutritif des addisonniens.

(3) BITTORF. *Die Pathologie der Nebennieren*, Iéna, Fischer, 1908.

(5) LAIGNEL-LAVASTINE. Cité par PENDE.

(6) MURRI. Loc. cit.

(7) PORGES.

(8) CASTELLINO. *Lezioni di patol. med. di Napoli*, 1904, Studium, 1909.

(9) Emile SERGENT. *Insuffisance surrénale*, Maloine.

(10) René PORAK. *Acad. de méd*, bulletin du 1er oct. 1918, p. 293. La pression systolique de trois cas oscillait entre 11 et 12 cm. de Hg. Chez une malade seulement la pression est tombée de 11 à 9 cm. ; celle d'une autre ne s'abaissait pas au-dessous de 15 cm. Enfin, chez deux malades, la pression systolique, en dehors de toute action opothérapique, atteignait parfois 17 cm. de Hg et même une fois 20 cm. La pression diastolique, dans les six cas traités depuis longtemps, était de 7 à 9 cm, chiffres élevés par rapport à la pression systolique. Il en résulte que la pression différentielle diminue et que la circulation est gênée. Dans le seul cas non traité, la pression diastolique est de 5 à 6 cm., et la pression différentielle est relativement plus étendue que dans les six autres cas.

(1) René PORAK. Mémoire inédit déjà cité. L'une des malades avait 120 pulsations, trois entre 90 et 100, deux entre 70 et 80.

(2) NEUSSER. *Noth. Spezielle pathol.*, 1897, Bd XVIII, p. 2-3.

(3) BOSSUET. *Th. de Montpellier*, 1904; dans ces cas, à l'autopsie, lésions de myocardite.

(4) BITTORF. Loc. cit.

(5) GILBERT et GRENET. *Journ. des prat.*, 14 mai 1898.

Ier CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE

[5-7 *juillet 1921*] (6)

LES RÉSULTATS LOINTAINS DANS LE TRAITEMENT DES TRAUMATISMES DE L'URÈTRE

Résumé du rapport de M. GARDINI.

Les traumatismes de l'urètre produisant une rupture partielle ou totale du conduit urétral, quelle que soit la portion intéressée, produisent fatalement des rétrécissements secondaires.

Dans les lésions de l'urètre pénien produites par une blessure d'arme à feu ou tranchante, intéressant partiellement le canal urétral, l'intervention chirurgicale immédiate, la résection partielle et la suture de l'urètre lésionné peuvent éviter la formation des rétrécissements secondaires.

Si la lésion de l'urètre est complète, c'est-à-dire quand il est divisé dans sa totalité, pourvu qu'il n'y ait pas une grande perte de substance, l'intervention immédiate par le rapprochement des bouts du canal et l'urétrorraphie circulaire peuvent empêcher la formation des rétrécissements secondaires.

Par l'intervention tardive, lorsque les rétrécissements cicatriciels secondaires se sont déjà formés avec ou sans fistules péri-urétrales, et, si le rétrécissement n'intéresse pas une grande étendue de l'urètre, le traitement qui donne les meil-

(6) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 54, p. 856, et n° 61, p. 970.

leurs résultats immédiats et lointains est la résection du nodus cicatriciel et la suture des bouts urétraux. Si le rétrécissement intéresse une grande étendue de l'urètre pénien, la résection de l'urètre et le rapprochement des bouts urétraux ne sont pas possibles, car ils produiraient l'incurvation du pénis et en entraveraient l'érection.

Dans ces cas, on peut obtenir la dilatation du rétrécissement par l'urétrotomie interne ou externe et la mise à demeure d'une sonde, mais on n'en évite point la récidive, sinon par la dilatation graduelle et méthodique.

Les méthodes de plastique par greffe dermo-épidermique, muqueuse et vasculaire, qui, dans les cas de lésion étendue de l'urètre pénien, trouvent surtout leur indication, ont donné des résultats encourageants; mais, toutefois, l'expérience à ce sujet est encore trop limitée, et les statistiques des cas opérés trop peu nombreuses pour que l'on puisse accepter un jugement sur la valeur de pareilles méthodes de cure pour ce qui est des résultats immédiats aussi bien que pour les lointains.

Dans les ruptures de la région bulbo-périnéale et membraneuses, même si elles sont sous-cutanées, s'il y a abondante urétrorragie et une tuméfaction importante au périnée, l'opération doit être immédiate, et cette opération ne doit pas se limiter à l'urétrotomie externe, mais elle doit être associée, s'il est possible, à la suture partielle ou totale de l'urètre suivant l'entité de la lésion.

Cette intervention immédiate peut faciliter la guérison de la blessure, et, en outre, éviter la formation des rétrécissements secondaires du canal de l'urètre. Si la lésion urétrale est étendue, si le rapprochement et la suture des bouts urétraux ne sont pas possibles, alors on peut obtenir, par la simple urétrotomie externe et la mise à demeure d'une sonde, la reconstruction de l'urètre par le moyen des granulations, ce qui pourtant n'exclut pas la formation des rétrécissements secondaires.

Les méthodes d'autoplastie peuvent éviter la formation des rétrécissements. Parmi ces méthodes, les préférables sont celles à lambeaux et à deux temps (type Pasteau-Iselin).

Dans les rétrécissements cicatriciels de la portion de l'urètre bulbo-périnéal et membraneux, plus ou moins compliqués avec des fistules péri-urétrales, si le rétrécissement intéresse une étendue limitée de l'urètre, le meilleur traitement, c'est-à-dire celui qui peut donner les meilleurs résultats immédiats ou lointains, c'est la résection de l'urètre et l'urétrorraphie.

Si le rétrécissement intéresse une longue étendue d'urètre, alors on conseille les méthodes d'autoplastie à lambeaux.

Dans les interventions secondaires en général, quelle que soit la portion d'urètre lésé et le traitement suivi, les résultats sont moins bons que dans les interventions immédiates, car pour les premières on doit opérer sur des tissus altérés par des infiltrations inflammatoires et cicatricielles, ce qui prédispose à la récidive des rétrécissements.

Dans les lésions traumatiques de l'urètre, récentes ou de vieille date, quelle que soit la portion intéressée et quel que soit le traitement que l'on suit, il est bien d'avoir recours à la dérivation temporaire des urines, ce qui pourra être fait par l'*urétrostomie* dans les lésions de l'urètre antérieur et par la *cystostomie* dans les lésions de l'urètre postérieur.

Discussion.

M. Escat (de Marseille). Un urétré ne sera présumé restauré de façon stable définitive qu'après une épreuve de six mois à un an sans traitement et toute cicatrice urétrale impose surveillance et réserves pour l'avenir.

A défaut de statistique homogène donnant des faits comparables, les résultats éloignés sont très difficiles à juger.

Nulle méthode n'exclut par elle-même les difficultés opératoires et les aléas éloignés et n'assure le succès dans tous les cas cliniques. Des résultats excellents et relativement bons sont obtenus avec diverses méthodes. L'incision immédiate seule et sans suture peut donner, en quelques semaines, un résultat parfait; huit jours de sonde à demeure, puis la dilatation modelante et la désinfection par le nitrate complètent le traitement simple.

Mais pour les cas de ruptures circonférentielles totales, ou de perte de substance par traumatisme ou par urétrectomie, nous avons à chercher la méthode la plus simple, la plus rapide assurant le moins de risques immédiats et le résultat éloigné le plus favorable. On ne doit pas ici opposer l'une à l'autre les deux grandes méthodes disponibles : la restauration immédiate par urétrorraphie circulaire avec dérivation hypogastrique des urines, et la restauration en deux temps, par urétrostomie de préparation puis, autoplastie tardive. On aura recours à l'une ou à l'autre suivant l'étendue et la vitalité des tissus épargnés par les lésions. La dérivation hypogastrique est tout aussi indiquée dans la méthode en deux temps et pour assurer le succès de l'autoplastie ou de l'urétrorraphie tardive. L'auteur fait connaître divers procédés auxquels il a eu recours dans les traumatismes de guerre.

La lésion de l'urètre membraneux et prostatique non spongieux échappe au rétrécissement, mais s'accompagne de déviation et de désaxage permettant la miction, mais gênant le cathétérisme. L'auteur recommande la dilatation par béniqué, par voie retrograde hypogastrique. Pour oblitérer les pertes de substance prostatique membraneuse, il a utilisé avec succès quatre fois, après le dédoublement urétrorectal, l'abaissement, le refoulement et la fixation profonde du tube ballant après libération latérale et médiane, contre la perte de substance suturée ou non. La dérivation hypogastrique reste ici la meilleure des garanties.

M. Keyes (de New-York). La récidive du rétrécissement de l'urètre périnéal suit les opérations pour traumatisme, même après des années. Les résultats éloignés dépendent du choix de l'opération et du traitement postopératoire. La récidive, dans ces cas, sera constatée d'ordinaire après plusieurs années.

Ayant eu l'occasion de revoir plusieurs cas, après un intervalle de cinq à dix ans, M. Kyes a remarqué que la récidive n'avait plus la caractéristique traumatique du rétrécissement primitif de l'urètre.

Donc, non seulement on peut obtenir un résultat immédiat bien satisfaisant par réopération après échec opératoire, mais aussi on peut espérer que les récidives ultérieures seront relativement bénignes.

M. Thévenot (de Lyon) rapporte cinq traumatisme des l'urètre dont quatre concernant l'urètre pelvien (deux par balles), avec fistule à la peau, urétrotomie circulaire, dérivation de l'urine, sonde dans le périnée. Premier cas, peu de troubles de miction ; deuxième cas, vu douze mois après : on passe facilement des sondes de 15-20; troisième cas, plaie de l'urètre et déchirure du rectum (procédé par la méthode profonde, mobilisation de l'aponévrose moyenne). Trois ans après les sondes passent facilement, il existe une petite fistule entre l'urètre et le rectum, ne le gênant pas; quatrième cas, rétrécissement traumatique, dilatation. Dix ans après, les sondes passent bien ; on avait pratiqué une urétrorraphie circulaire avec dérivation par l'urètre postérieur.

En résumé, l'urétrorraphie circulaire est la méthode de choix, si on peut facilement faire le rapprochement, sinon l'urétroplastie.

Le cinquième malade présentait une plaie de la racine de la verge avec perte de substance de l'urètre. On pratique une plastie vingt-six mois après. Résultat excellent, urine très facilement.

M. Verhoogen (de Bruxelles) a abandonné la suture, le succès dépend moins du résultat immédiat que du traitement consécutif.

La sonde à demeure favorise la réfection du canal ; l'auteur a recours au drainage hypogastrique dans le plus grand nombre des cas, sauf dans les cas associés avec les fractures du bassin. Formation d'une cicatrice fibreuse ; le rétrécissement a moins tendance à se reformer et conserve la dilatation qu'on lui fait subir (nos 30-45).

Trauma urétro-périnéal, il suit l'ancienne manière, incise le périnée et sonde à demeure.

M. Marion (de Paris) déclare que les plus intéressants des traumatismes de l'urètre, sont les ruptures.

Deux périodes à considérer : immédiate, secondaire.

Deux opérations : l'abord de la lèvre, avivement, urétrorraphie, dérivation des urines.

Deuxième opération : autoplastie, réfection.

Les greffes. On n'a pas encore assez de cas pour en parler.

Résultats : Excellents, miction parfaite, calibre large;

ceux qui ont un bon urètre au bout de quatre mois peuvent être considérés comme guéris.

1° Intervention immédiate, suture et dérivation, deux cas : un excellent, un mauvais, urétrostomie et dérivation.

Troisième cas : mauvais, rétrécissement pour lequel le blessé avait été réformé.

2° Intervention pour rétrécissement ou fistule.

3° Quatorze résections de rétrécissements consécutifs au traumatisme, treize succès excellents ; un urine parfaitement sans qu'on puisse passer une sonde.

Pour les ruptures, la même conduite que pour les rétrécissements ; actuellement, il ne semble pas indiqué de faire quelque chose de définitif, car le résultat ne peut être immédiat ; il vaut mieux s'abstenir et attendre ; il faut faire uriner le malade par une sonde à demeure ou par la cystostomie. Attendre, en général, six semaines.

Le procédé Pasteau et Iselin serait employé dans les cas de pertes de substances étendues.

M. Pirondini (de Rome) montre la dilatation graduelle moyennant les petites chandelles semi-rigides réchauffables de Kobelt, qui devraient modifier l'urètre non seulement par effet du facteur mécanique de la dilatation, mais encore du facteur biologique de la chaleur.

Les résultats obtenus dans les sténoses inflammatoires encouragent, sans aucun doute, les expériences de ce genre.

La dilatation thermique est toujours facilement supportée. On peut très bien monter jusquà 55-65 degrés et maintenir la sonde ainsi réchauffée pendant trente à quarante-cinq minutes.

Jamais d'incidents ou de complications importantes.

Pour ce qui est des résultats éloignés, théoriquement ils devraient être supérieurs à ceux que l'on obtient par la simple dilatation.

M. Charles Gauthier (de Lyon). Il faut attendre très longtemps avant de juger le résultat d'une opération pour traumatisme urétral. J'ai vu des rétrécissements sectionnés par la voie externe, récidiver gravement après quatre et cinq ans. C'est donc avec réserve que je présente des résultats obtenus dans huit rétrécissements, savoir :

Deux rétrécissements péniens : un urétro-interne avec résultat bon après quatre ans ; une résection-dérivation, résultat bon après cinq ans.

Quatre rétrécissements périnéaux : une résection sans dérivation, résultat bon après quatre ans ; un urétro-externe, résultat bon après deux ans ; un urétro-externe, résultat mauvais après cinq ans ; un urétro-interne, résultat bon après quatorze mois.

Deux rétrécissements membraneux : urétro-externe, résultat bon après cinq ans.

Les urétro-externes ont été faites avec sonde à demeure sans dérivation. La dilatation post-opératoire a toujours été poussée très haut, 28 à 30 chacune pendant deux à quatre mois.

La qualité des résultats a été subordonnée à la dilatation consécutive, même après l'urétrectomie. Je suis partisan de ne pas l'abandonner, même après la suture circulaire et l'urétrectomie avec dérivation hypogastrique, qui semblent s'imposer à l'heure actuelle.

M. André (de Nancy) considère particulièrement l'urètre périnéal (rupture civile).

Ruptures récentes (totales) d'après les travaux anciens : mauvais résultats ; résection et urétrorraphies (trois cas) : un excellent, deux réinterventions.

Ruptures anciennes (quatre cas) : même procédé ; résultats cliniques parfaits ; résections, urétrorraphies circulaires et dérivation des urines. En vingt jours, le malade peut quitter l'hôpital, ensuite il est revu deux fois par an.

M. Michon (de Paris). Il faut d'abord, dans les traumatismes de l'urètre, étudier la conduite à tenir en présence des plus fréquents, c'est-à-dire des ruptures de la portion périnéo-bulbaire.

Au moment de l'accident, évaluation de l'hématome périnéal, par une incision aussi précoce que possible. Cette incision, dans les cas légers, peut suffire à elle seule. Dans les cas plus accentués, elle permet tout d'abord de faire cesser les accidents de rétention. Après quelque temps, où la miction s'est faite par le périnée, on peut par le cathétérisme et les dilatations, modeler la cicatrisation du canal, et une nouvelle intervention n'est pas toujours nécessaire.

Dans les ruptures complètes, on peut tenter une urétrorraphie circulaire immédiate avec dérivation urétrale ou vésicale. Dans les cas de contusion étendue, cette urétrorraphie immédiate est à rejeter.

Quant à l'intervention au moment des rétrécissements, si ceux-ci sont limités, la résection avec urétrorraphie est la méthode de choix ; la sonde à demeure est à prescrire et la dérivation est nécessaire.

Restent les cas de fréquence moindre, tels que les traumatismes de l'urètre postérieur et les grands délabrements. Pour les ruptures de l'urètre postérieur, une réparation chirurgicale idéale est difficile et n'est pas toujours nécessaire. La cystotomie doit être faite de suite ; avec elle, la sonde à demeure, un cathétérisme dilatateur régulier et prolongé peuvent donner un résultat suffisant.

Enfin, dans les délabrements étendus, l'autoplastie cutanée, même applicable à l'urètre postérieur, est seule capable de donner un calibre urétral large à longue échéance.

M. Jeanbrau (de Montpellier). En ce qui concerne les traumatismes récents de l'urètre par projectiles de guerre, il a toujours pratiqué systématiquement la dérivation hypogastrique des urines, sans tenter une urétrorraphie primitive qui était vouée à l'échec parce que la plaie était infectée. La dérivation des urines a mis tous ses blessés à l'abri d'accidents graves et lui a permis de les évacuer sur l'intérieur dans des conditions favorables.

A propos des rétrécissements traumatiques de l'urètre, et en particulier, des sténoses périnéales consécutives à des ruptures par chutes à califourchon, M. Jeanbrau déclare que la résection de la virole cicatricielle avec urétrorraphie circulaire et dérivation des urines temporaire, selon la technique si bien réglée par M. Marion, constitue la méthode de choix. En terminant, M. Jeanbrau rappelle que c'est M. Rochet (de Lyon) qui a, le premier, attiré l'attention sur les inconvénients graves de la sonde à demeure chez les malades à qui on suture l'urètre et montré les avantages de la dérivation des urines par le périnée, en arrière de l'anastomose urétrale.

M. Pavone (de Palerme) rapporte quelques observations, l'une de fistule urinaire périnéale, consécutive à un rétrécissement traumatique de l'urètre, traitée sans succès.

L'auteur, à l'urétroscope, constata, en avant du cul-de-sac du bulbe, une excroissance de la muqueuse urétrale, qui était la cause de la fistule et il l'a détruite avec de puissants caustiques.

L'auteur rapporte encore d'autres cas de rétrécissements traumatiques de l'urètre consécutifs à une chute sur le périnée. Dans tous ces cas, il a pratiqué la résection du trajet d'urètre rétréci, et a suturé bout à bout.

Par cette méthode, l'auteur n'a constaté aucun rétrécissement consécutif.

M. Guisy (d'Athènes) communique trois cas de traumatisme de l'urètre prostato-membraneux complètement guéris. Dans le premier cas, le rétrécissement traumatique fit son apparition onze ans et demi après la guérison du trauma. Dans le deuxième de ces cas, le rétrécissement traumatique fit son apparition seize ans après le trauma. Enfin dans le troisième cas, le rétrécissement apparut treize ans après la guérison du trauma. Dans toute la période intermédiaire, les malades se portaient très bien. M. Guisy, en se basant sur les diverses statistiques et la sienne, apporte les conclusions suivantes : 1° après les traumatismes de l'urètre profond ou prostato-membraneux, l'apparition des premiers signes de sténose urétrale se montrent précoces ; 2° pour avoir des résultats éloignés favorables, il faut laisser la plaie béante, procéder immédiatement après le traumatisme de l'urètre prostato-membraneux à un cathétérisme rétrograde à travers la vessie (pour dérivation de l'urine à l'hypogastre), à un abouchement, si c'est possible, du bout postérieur à la peau et procéder aussi à une opération tardive pour reconstituer le canal urétral. Pour le traumatisme de l'urètre périnéal et pénien, il s'impose une réunion immédiate des deux bouts urétraux et, dans ce cas, les résultats éloignés sont bien plus favorables.

M. Cifuentès a traité dix-huit cas de traumatismes de l'urètre ; huit de rupture et dix de rétrécissement traumatique. Les ruptures ont été traitées : trois par sonde à demeure, un par abouchement des deux bouts urétraux à la plaie, un par urétrorraphie autour d'une sonde à demeure, et trois par urétrorraphie circulaire et dérivation périnéale.

Dans les rétrécissements traumatiques, il a fait une fois l'urétrotomie interne, deux fois l'urétrotomie externe et sept fois la résection urétrale suivie d'urétrorraphie (un cas sans dérivation, trois par dérivation périnéale et trois par dérivation hypogastrique).

Avant l'emploi de la dérivation, l'auteur n'a pas réussi avec la suture de l'arètre ; la sonde à demeure est un élément pernicieux pour ces sutures.

Le calibre urétral restera plus assuré dans ces opérations d'urétrorraphie si on emploie la dérivation urinaire.

La dérivation périnéale est indiquée dans les traumatismes qui intéressent l'urètre en avant d'un point situé 3 centimètres devant le cul-de-sac du bulbe. Dans les traumatismes postérieurs à ce point, la dérivation hypogastrique est préférable et aussi dans les cas où la lésion est accompagnée de fistules et infection périurétrale.

M. Denis Courtade (de Paris). Dans le cas de rétrécissement consécutif aux traumatismes de l'urètre, on se trouvera bien de pratiquer la dilatation électrolytique avec le Béniqué, d'après la méthode de M. Demas.

Dans le cas de rétrécissement dur et étendu, il faudra employer un Béniqué conduit ou mieux, un Béniqué creux dans lequel une bougie ordinaire peut être introduite et servir de conducteur.

Si le rétrécissement est très sinueux, il faudra employer une bougie électrolytique spéciale, recouverte sur une partie de son étendue d'une spirale conductrice plate, ne gênant en rien la souplesse de la bougie.

(Troisième séance : jeudi 7 juillet, a 15 heures)

TROISIÈME QUESTION

DE LA PYÉLOGRAPHIE

Rapporteurs : 1° M. Papin, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Joseph, Paris ; 2° MM. Young, professeur de clinique à John Hopkins hospital, et Waters, assistant rœntgenologist John Hospital, Baltimore.

Conclusions du rapport de M. Papin.

La méthode qui consiste à remplir une cavité naturelle avec une substance opaque ou une substance transparente aux rayons X en vue d'obtenir le contour des organes, n'a pas encore reçu de dénomination générale. Cette méthode présente un intérêt particulièrement remarquable en radiologie urinaire, on l'appelle pyélographie.

1° La pyélographie, née en 1906, s'est perfectionnée rapidement, surtout en Amérique ; elle est devenue une méthode dont on ne peut se passer en urologie.

2° Les accidents, surtout fréquents au début, sont dus à une mauvaise technique ; ils doivent être évités aujourd'hui et il n'y a pas lieu d'avoir pour cette méthode d'exploration une appréhension excessive.

3° Mais il est vrai que le cathétérisme et l'injection doivent être conduits avec la plus grande douceur. Il faut employer de petites sondes permettant le reflux du liquide, et ne jamais faire usage de la seringue.

4° Le liquide le plus employé est encore aujourd'hui le collargol. Les solutions de cristalloïdes sont préférables, et notamment le bromure de sodium à 30 p. 100.

5° C'est dans le diagnostic des hydronéphroses que la pyélographie trouve sa principale application, mais le rein mobile, les anomalies du rein et de l'uretère, la lithiase réno-urétérale ont bénéficié largement de l'emploi de cette méthode. La tuberculose rénale et les tumeurs du rein elles-mêmes ont vu leur diagnostic précisé et facilité, dans certains cas, par la pyélographie.

6° Il serait donc illogique, comme le demandent certains adversaires de la méthode, de la rayer du cadre de nos procédés d'investigation. Mais se perfectionnant sans cesse et devenue complètement inoffensive entre les mains d'urologistes exercés, elle constitue un appoint important pour l'exploration urinaire, et dont on ne peut aujourd'hui négliger l'emploi.

Résumé du rapport de MM. H.-H. Young et C.-A. Waters (de Baltimore).

Durant longtemps, le collargol fut le seul produit employé en pyélographie, malgré les nombreux cas de mort signalés en Allemagne et dans tous les pays où il était utilisé.

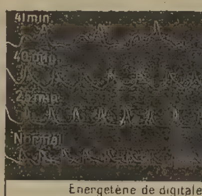
D'après des travaux expérimentaux français et américains, la cause de ces accidents serait que, par suite d'une pression trop forte due à la seringue à piston employée, le collargol traverse les tubes urinifères, pénètre les glomérules, ou bien, passant à travers l'épithélium tubulaire ailleurs, atteint le tissu interstitiel et arrive ultérieurement sous la capsule rénale. Du rein, il passe dans la circulation générale, produisant des lésions en des organes éloignés et occasionnant la mort. La solution est toujours introduite ici dans la sonde urétérale au moyen de la pesanteur. En Amérique, bien des recherches ont été entreprises pour découvrir un substitutif au collargol et aux autres sels d'argent. En 1913, Kelly et Lewis proposèrent l'émulsion d'iodure d'argent ; puis, en 1915, Burns se servit du thorium qui avait l'avantage d'être une solution aqueuse, incolore, presque dépourvue de toxicité, très opaque aux rayons X.

En 1918, Cameron recommandait l'iodure de sodium ; ultérieurement, la même année, Weld démontrait que le bromure de sodium était pratiquement dépourvu d'action irritante et de toxicité en solution aqueuse à 25 p. 100 et donnait de belles épreuves. Le bromure de sodium est moins coûteux et plus facile à préparer que l'azotate de thorium. Tous deux sont presque l'idéal pour la pyélographie. Dans ma clinique, sur des centaines de cas, il n'y a pas eu d'accidents sérieux par l'emploi du thorium. Les pyélographies devraient être prises à la fois en position horizontale et verticale (assise) pour mettre en évidence la mobilité rénale et les coudures urétérales, parfois aussi, en position de Trendelenburg en particulier, pour constater la présence d'orifices urétéraux béants, et du reflux vésico-urétéral. Dans ce but, l'auteur a fait construire une table permettant des examens combinés cystoscopiques et radiographiques et qui peut également être utilisée pour la radiographie stéréoscopique.

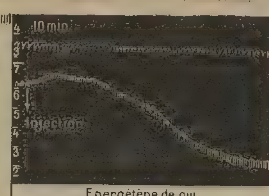
Cette table est d'une grande utilité. Elle peut également être employée pour la cystoscopie courante et les opérations habituelles d'urologie. Le tube de Coolidge est maintenant utilisé à l'exclusion de tous les autres et le nouveau modèle « radiator » est simple et peu volumineux. Les films radiographiques « Duplex » ont entièrement supplanté les radiographies sur verre à notre clinique. Les images sont meilleures ; ils ne sont pas fragiles, sont peu encombrants et peuvent aisément être classés avec les observations. Les cystoscopes américains de Wappler à cathétérisme sont beaucoup plus simples et plus pratiques que les instruments allemands.

Dans notre rapport, les variations normales et les trois types différents de bassinet rencontrés sont décrits ; les différents états anormaux et pathologiques sont discutés dans l'ordre : *Rein mobile* qui est surtout bien mis en évidence au moyen de notre table combinée, les films stéréoscopiques étant utiles pour découvrir les coudures urétérales, les sténoses et les faux abouchements dans le bassinet. L'*hydronéphrose*, dans laquelle non seulement les modifications urétérales mais encore l'effacement anormal et la dilatation des grands et petits calices sont d'une grande importance spécialement combinés avec l'étude des fonctions rénales. Les *infections* qui produisent peu de modifications lorsque limitées au bassinet mais qui peuvent produire de grandes déformations par rétraction cicatricielle. La *tuberculose* qui se traduit par des érosions du bassinet au début, par la formation de cavités et parfois par la précipitation de sels de chaux donnant des ombres très marquées. Les *calculs* peuvent ne pas donner d'ombres à moins qu'ils ne soient imprégnés par le milieu.

Les vues stéréoscopiques sont utiles pour montrer leurs rapports et aussi pour exclure les phlébolithes, etc. Les *tumeurs*. La pyélographie est ici de la plus grande importance et souvent le seul moyen de diagnostic. Des modifications très significatives du bassinet sont observées : élongation, aplatissement, distorsion et rétraction.



Energetène de digitale



Energetène de gui

Energetène de muguet


Energetène de valériane


Après la cystoscopie, la radiographie, simple, stéréoscopique, et la pyélographie, dans différentes positions, constituent le progrès le plus sérieux réalisé en urologie, durant ces vingt dernières années. Le cystoscope, les rayons X, les différentes épreuves fonctionnelles et les examens microscopiques ont fait de l'urologie la plus exacte et la plus intéressante des spécialités chirurgicales.

Discussion.

M. Escat (de Marseille) affirme l'innocuité de la méthode préconisée par M. Papin.

C'est un élément de diagnostic précieux, particulièrement dans le cas de calculs bilatéraux des reins. Dans le cancer du rein, il peut donner le diagnostic précoce du rein et permettrait d'opérer à temps et de modifier le pronostic de cette affection.

M. Pirondini (de Rome) : 1° En ce qui concerne la technique de l'urétéro-pyélographie, les cystoscopes type Brown-Buerger, les cathéters opaques, les solutions de iodure de potassium sont préférables.

2° L'interprétation des images lacunaires est toujours assez complexe et peut réussir, parfois, cependant elle est très douteuse. La pyélographie peut aussi ne pas donner de résultats pour beaucoup d'autres causes.

3° L'urétéro-pyélographie peut avoir une grande valeur pour l'étude de certaines lésions congénitales, complexes et rares, ainsi que, quoique rarement, pour diagnostiquer si une tuméfaction abdominale est rénale ou pas rénale.

M. Keyes (de New-York) présente des projections de pyélographies pour calculs, de φ rénale, d'urètre bifide avec dilatation, tumeurs rénales étendues aux bassinets.

M. De Smeth (de Bruxelles) a fait 100 pyélographies au collargol, les dernières au bromure de sodium.

Il n'a jamais eu d'accidents; il se sert d'une seringue à injection, maniée avec douceur et prudence, préférable à la burette.

Dans deux cas, iodure de sodium.

Il présente quelques projections de pyélographies, de calculs, d'hydronéphrose en bissac, de tuberculose rénale.

M. Pasteau (de Paris) indique des détails de technique relativement au choix des sondes à employer (sondes urétérales graduées, etc.), du liquide à injecter, du mode de remplissage de l'uretère et du bassinet, des précautions à prendre pour éviter les accidents de douleur et d'infection; il montre la nécessité de pratiquer l'examen dans diverses positions du malade, et en modifiant la place de l'ampoule pour des examens successifs.

Il insiste sur les indications cliniques de l'urétéro-pyélographie qu'il ne faut pas faire par principe, toujours et dans tous les cas.

Il termine en montrant que l'urétéro-pyélographie est un mode d'exploration qui peut rendre les plus grands services dans certains cas particuliers, pour établir un diagnostic précis, ou même pour éclairer un diagnostic impossible avec les autres moyens d'exploration.

M. Genouville (de Paris) insiste sur l'importance que présente la pyélographie dans l'étude et le diagnostic des calculs réno-urétéraux. La comparaison de deux clichés pris avant et après pyélographie permet de situer exactement le calcul par rapport au bassinet.

C'est ainsi que sur deux radiographies ainsi prises, et qu'il présente, on peut voir un petit calcul situé dans le pôle inférieur du rein chez une femme âgée et de mauvaise santé. Cette détermination exacte et précise du siège du calcul permet de tirer des déductions fermes en matière d'indications opératoires; si ce calcul eût été pyélique, il eût risqué de bloquer l'uretère et le rein, et il fallait l'enlever. Dans le rein, il est bien toléré, et on peut s'abstenir de l'enlever pour éviter une opération dangereuse à cette malade affaiblie.

M. Pavone (de Palerme) rapporte que dans les premiers cas de pyélographie il employa une solution de collargol au 7 p. 100; à présent, il se sert d'une solution de bromure de sodium au 10 p. 100 qui est moins toxique. Pour l'injection de cette solution, il n'emploie pas de cathéters urétéraux de fort calibre, susceptibles de remplir toute la lumière de l'uretère et d'empêcher l'écoulement de la solution injectée en excès dans le bassinet. Il emploie des cathéters fins avec lesquels on évite l'hypertension dans le bassinet et aussi tous les accidents liés à cette hypertension.

La pyélographie lui a été très utile surtout pour le diagnostic des stades primordiaux des reins flottants, d'hydronéphrose, de pyélonéphrite, de calcul rénal dont il rapporte plusieurs cas.

M. Brongersma (d'Amsterdam). — L'odure de potassium à 10 p. 100 remplace avantageusement le collargol comme liquide pour la pyélographie.

L'emploi de sondes de petit calibre est préférable aux sondes de calibre plus fort, qui évitent que le liquide redescende le long de la sonde.

Le déplacement facile de l'uretère peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Ce déplacement est dû aussi bien au cathétérisme des uretères qu'à la pression exercée par le tube compresseur.

M. Beyer (de Gand) a renoncé, depuis plus d'un an, au collargol, à cause des résultats expérimentaux d'Eisendrath, Wostidlo, Rehn et des accidents mortels qui ont été constatés, bien qu'il n'ait jamais observé lui-même d'accidents cliniques impressionnants.

Des recherches faites avec L. Denobele ont démontré que différentes solutions salines peuvent convenir à la pyélographie, notamment les iodures alcalins et les bromures alcalins et alcalino-terreux; ces solutions ne sont pas agressives pour l'épithélium urinaire.

Les expériences de Welot engagent à renoncer à l'iodure de potassium, dont l'auteur s'est cependant servi sans inconvénients, à la concentration de 12 p. 100, pour une cinquantaine de pyélographies.

La méthode lui a rendu de précieux services.

1° Dans la lithiase rénale : *a.* par la précision qu'elle apporte à la localisation des calculs, elle a multiplié les indications de la pyélotomie; *b.* par la mise en évidence de lésions concomitantes (dilatation) dont la constatation permet la néphrectomie d'emblée, si la constante est favorable.

2° Dans la tuberculose où elle précise admirablement le diagnostic des cas avérés et le rend indiscutable dans les cas douteux, en montrant les érosions papillaires et les cavernes.

3° Dans les tumeurs du rein, la pyélographie montre la disparition partielle ou totale du bassinet et des calices. Cette disparition a permis à l'auteur, dans un cas douteux, de poser le diagnostic de tumeur du rein propagée au bassinet.

4° La méthode se révèle indispensable pour le diagnostic des hydronéphroses, des ectopies congénitales ou acquises et de toutes les anomalies du rein et de l'uretère.

M. Maugot (de Paris) insiste sur la partie radiologique; un petit perfectionnement technique consiste à pratiquer en même temps l'examen radioscopique de l'urètre et du bassinet. Le malade étant couché et ayant une ampoule sous lui, on réalise ainsi une condition parfaite pour la pyélographie.

Grâce à un cylindre, on évite des rayons parasites donnant lieu à un flou de l'image; l'écran doit être au tungstate de cadmium à gros grains; l'image est ainsi parfaitement lisible.

Dans les cas de tumeurs rénales, il y a des méthodes qui peuvent aider à la pyélographie (distension gazeuse du gros intestin, pneumo-péritoine).

A. BROCHIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études d'hydrologie cliniques, publiées par MM. les docteurs Flurin, Galup, Glénard, Heitz, Joly, Macé de Lépinay, Mallein, Mazeran, Molinéry, Paillard, Piatot, Pierra. Tome I, n° 1. — Paris, Expansion française, 7, rue de Valois.

La Désertion devant l'ennemi, par les docteurs Paul Blum (de Reims), chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Jean Poisson, licencié en droit. In-8° carré. — Prix : 6 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

PRIX FILLIOUX — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1921, il sera décerné deux prix aux candidats internes et deux prix aux candidas externes.

Pour 1921, le concours sera ouvert le jeudi 5 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du 10 au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le samedi 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

I. *Programme du concours*. — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ; 2° une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours*. — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice ou honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Fouchet, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— Grenoble. — M. Traversier, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1921-1922 (durée du congé accordé à M. Jacquemet), d'un cours de pathologie interne.

— Nantes. — M. le Dr Fortineau est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de médecine expérimentale, physiologie et bactériologie.

— Poitiers. — M. le Dr de Blaye, ancien suppléant de pathologie et de clinique médicales, chargé d'un cours de pathologie interne, est nommé, à partir du 1er juin 1921, professeur de pathologie interne.

— Reims. — M. le Dr Villemin, ancien suppléant d'anatomie et de physiologie, chargé d'un cours d'anatomie, est nommé, à partir du 1er juin 1921, professeur d'anatomie.

— Rouen. — M. le Dr Le Grand est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le Dr Bergonié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de médecine.

PALMES ACADÉMIQUES. — Est nommé :
Officier d'Académie. — M. le Dr Betz (de Colmar).

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles de bronze.* — MM. les Drs Docq, Dogniaux et Godard, de nationalité belge.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus dans le cadre des officiers du service de santé de réserve et de l'armée territoriale :

(Réserve.) *Au grade de médecin-major de 1re classe.* — MM. les médecins-majors de 2e classe Morillon, Dupont, Ganault, Lévy, Leblanc, Planche, Blusson.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Ducot, Gaubert, Pages, Ducros, Lagarrigue, Lubin, Gobert, Keller, Trabut, Dessirier, Cahuzac, Coittier, Henrionnet, Clerget, Malot, Pastour, Denancé, Baudrimont, Coste, Boëckel, Huard, Gabory, Coudray, Jeudi de Grissac, Renoult, Braun, Guyot.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe de Brux, Agnès, Fache, Breton, Basc, Leroy.

(Armée territoriale.) *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — MM. les médecins-majors de 1re classe Auvray, Mouchet, Castex, Gastou, Proust.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Roland, Sirol, Chenal, Enard, Winstel, Nurdin, Polliot, Grenet, Rogier, Espérandieu, Grivot.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Castets, Guillemot, Lacrosaz, Reure, Faucon, Meillon, Coliez, Chevé, Léon, Ourradour, Jorrot, Paris, de Sevédavy, Rosain, Masson, Clerc, Brot, Rollet, Romand-Monnier, Damotte, Moreau, Vital, Roux, Fiocre, Blavot, Duplan, Grimpret, Dupouy, Guilaine, Brossard, Delobel, Goude, Bonamy, Orssaud, Noël, Lambert-Decoly, Ollivier-Beauregard, Sesboué, Gateau, Houssin, Delobel, Obers, Paget, Lerat, Gaugain, Bassard, Hausmann, Gaudelut, Saligue, Minet, Broban, Debray.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — M. le pharmacien-major de 2e classe Valdiguié.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe Chuffart, Béringer.

IVe CONGRÈS DE L'INTERNAT FRANÇAIS (Toulouse, 29-30 juillet 1921). — Le IVe Congrès de l'Internat vient de se terminer.

Les questions suivantes étaient à l'ordre du jour :

1° *L'internat et les titres et fonctions de la Faculté.* — Rapporteurs : MM. Lasserre et Massias (de Bordeaux). Le Congrès a émis le vœu suivant : « Les internes pourront soutenir la thèse, tout en continuant leurs fonctions, et en s'engageant à ne pas faire de clientèle; ils doivent avoir toute liberté pour exercer des fonctions à la Faculté (prosecteur, préparateur, etc.), et recevoir toutes les indemnités auxquelles ces fonctions donnent droit. »

2° *L'internat et le nouveau régime d'études.* — Rapporteur : M. Razemon (de Lille). Le Congrès demande la revision du nouveau régime.

3° *La situation matérielle de l'internat.* — Rapporteur : M. Tapie (de Toulouse). Le Congrès décide de demander aux administrations un traitement minimum de 1.200 fr., auquel s'ajouteront les indemnités.

Sur la proposition des délégués de Lyon, on a décidé de demander aux administrations la possibilité pour les internes de faire des stages de trois mois par permutation entre internes de deux villes de Faculté.

4° *L'internat et les accidents professionnels.* — Rapporteur : M. Ducuing (de Toulouse). Les internes demanderont aux administrations de les assurer, contre les accidents professionnels, à une société telle que la Mutualité familiale.

5° *Les internes et les accidents de travail.* — Rapporteur : M. Razemon (de Lille). Le Congrès a décidé le renvoi de cette question au Dr Paul Boudin, conseiller juridique de l'A. G., et signale l'intérêt qu'il y a à ne pas admettre les accidentés à l'hôpital.

Lille a été désignée pour être le siège du Ve Congrès, en 1923. M. le professeur R. Cruchet (de Bordeaux) a été réélu secrétaire général de la Fédération.

CHAMBRE SYNDICALE DES PHARMACIENS DE LA SEINE, 5, rue des Grands-Augustins (VIe). — Le nouveau bureau est ainsi composé :

Président : M. Cordier, 27, rue de la Villette (XIXe); vice-président : M. Postel, 30, rue Bobillot (XIIIe); secrétaire général : M. Miesch, 228, boulevard de la Villette (XIXe); secrétaire adjoint : M. Berthet, 2, rue Ramey (XVIIIe); trésorier : M. Fayet, 304, rue Saint-Jacques (Ve); archiviste : M. Guimond, 20, place de la Mairie (parc Saint-Maur).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les Drs Edmond Perrier, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, directeur honoraire du Muséum d'histoire naturelle, et André Foulatier (de Saint-Amand, Cher).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 13 JUILLET 1921 ACCORDANT LE DROIT D'EXERCER LA MÉDECINE ET L'ART DENTAIRE AUX MÉDECINS ET AUX CHIRURGIENS-DENTISTES ALSACIENS-LORRAINS.

On sait qu'aux termes de l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu leur diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les trois premiers articles de la loi.

La loi du 13 juillet 1921 (*Journal officiel* du 17 juillet 1921) accorde un régime de faveur aux médecins et aux chirurgiens-dentistes alsaciens-lorrains pour l'exercice de la médecine et de l'art dentaire sur tout le territoire français : il n'est pas nécessaire que le diplôme de docteur en médecine ou de dentiste ait été obtenu en France.

L'article 1er de la loi concerne les médecins. Il décide : « peuvent exercer la médecine sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, les médecins alsaciens-lorrains pourvus des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine en Alsace-Lorraine et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou auront obtenu cette nationalité ».

L'article 2 est relatif aux chirurgiens-dentistes. « Peuvent exercer la médecine dentaire, dit-il, sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de médecin ou de chirurgien-dentiste délivré par le gouvernement français, les dentistes alsaciens-lorrains diplômés conformément à la réglementation locale en Alsace-Lorraine « Zahnärzte » et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou qui auront obtenu cette nationalité.

Donc, le législateur admet pour les médecins et dentistes alsaciens-lorrains, le principe de l'équivalence; mais il pose, comme condition à l'octroi de cette faveur, qu'ils aient été réintégrés dans la nationalité française ou aient obtenu cette nationalité.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

DE LA PART A FAIRE

AUX

RACHIANALGÉSIES CHIRURGICALES

Par M. Paul DELMAS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Périodiquement, des polémiques s'élèvent entre partisans et adversaires des analgésies rachidiennes : de semblables discussions auraient à gagner, en dehors de préférences subjectives, à ne faire appel qu'à des arguments de fait. Seuls ont valable portée, ceux fondés sur l'observation attentive d'un grand nombre de cas, soumis à une critique rigoureuse qui n'avance aucune particularité sans l'avoir au préalable contrôlée avec précision, et, s'il se peut, l'avoir rationnellement interprétée.

I

A vrai dire, le problème se ramène à établir quelle place doit être faite à la rachianalgésie par rapport aux autres procédés d'insensibilisation. S'il était établi en effet que ceux-ci présentent moins de risques, la rachi ne saurait valablement se réclamer que de leurs contre-indications.

A. — Atténué dans une certaine mesure par la connaissance préalable des tares du malade, la pureté chimique des produits et la prudence des anesthésistes, le *danger des narcoses* ne peut cependant être tenu pour négligeable.

a) La *mort immédiate* est d'environ 1 p. 3000 avec le chloroforme, 1 p. 7000 avec l'éther, moindre encore, quoique non négligeable, pour le chlorure d'éthyle. Et cependant n'est-il fait état dans les statistiques que des cas où le patient a succombé sur la table. — Ces chiffres ne donnent aucune idée des alertes observées au cours de l'acte opératoire, où la décision et la ténacité du chirurgien arrivent seules à conjurer le désastre.

b) Le malade est-il sorti de la salle d'opération, la narcose est désormais tenue pour innocente de ces *troubles ultérieurs* dont l'observation ne montre que trop la réalité.

Quels que soient en effet les artifices de technique employés ou la perfection des masques à anesthésie, l'essence même de toute narcose consiste en un sommeil artificiel obtenu par l'action sur les centres nerveux supérieurs d'une quantité imprécise de gaz toxiques dont le sang a été préalablement chargé par l'intermédiaire des voies respiratoires.

Il en résulte que l'économie tout entière est, inutilement tout au moins, imprégnée par l'anesthésique; de plus et surtout, celui-ci agit toujours, avec de simples différences de degré, sur les éléments cellulaires différenciés, poumons, globules sanguins, cœur, foie, capsules surrénales, rein, dont l'atteinte, jamais nulle, varie du trouble fonctionnel léger à la lésion anatomique durable. Devant l'analyse minutieuse du biologiste, l'intégrité de l'organisme, après une narcose, est-elle pour un temps plus ou moins altérée, assertion qui ne sera contestée par aucun médecin qui a eu, pour son propre compte, à subir l'anesthésie générale.

c. Ainsi donc les risques de la narcose ne peuvent-ils être donnés par personne comme négligeables. Par contre, ce serait vouloir faire acte de polémique que d'en exagérer la fréquence ou la gravité. Si le pourcentage en est impossible en chiffres précis, la raison n'est pas suffisante pour que le chirurgien ne puisse faire appel à ce procédé avec une sécurité relative.

B. — Le *bilan des rachi* n'est pas moins difficile à établir équitablement, déduction une fois faite des contre-indications ou des inconvénients communs à toutes les ponctions lombaires.

C'est ainsi qu'une fois pour toutes doivent être écartées du débat, comme fautes lourdes, les méningites exogènes, inconnues au chirurgien propre, et les myélites ou radiculites traumatiques, évitables à qui se fait une loi de n'emprunter que l'espace lombo-sacré, sur la ligne médiane duquel tous éléments nerveux ont cessé d'exister. — De plus, l'exposé est souvent obscurci par la non-identité des résultats obtenus en partant de techniques qui n'ont guère de commun que l'usage de la voie sous-arachnoïdienne.

a) Quelle est tout d'abord la *mortalité immédiate* par rachi. La question n'est pas plus de celles qui peuvent être éludées que de celles où des affirmations peuvent être apportées sans contrôle. A relever attentivement les griefs adressés à la méthode, l'impression se dégage, en effet, que, si cette mortalité existe, elle est infiniment faible. Pour un procédé accueilli avec tant de défiance, discuté avec tant de passion, les cas de mort, s'il s'en fût trouvé, eussent dû être publiés chaque fois, même en dehors de leurs auteurs, et sans craindre une fausse indulgence.

Sans doute, faut-il qu'ils soient rarissimes, puisqu'un seul cas, déjà ancien, paraît indéniable, celui de Prouff, et encore, sa malade, au lieu de demeurer, selon la règle, dans la décubitus dorsal pendant quelques heures, avait fait, aussitôt après l'intervention, une longue course à pied. — Beaucoup moins démonstrative est l'observation de Guibal, de Béziers, puisqu'il s'agissait d'une vieille femme, en pleine gangrène herniaire, qui a achevé de s'éteindre, ce qu'elle eût fait à coup sûr, avec ou sans rachi. — Reste le cas apporté par M. Tédenat : patient opéré de goitre kystique sous rachi cocaïnique, et mort dans les 3/4 d'heure qui ont suivi l'injection, alors que cependant l'intervention s'était déroulée avec toute la simplicité possible. A s'en tenir aux simples commémoratifs, puisqu'il n'a pas été fait de vérification nécropsique, non seulement l'analgésie avait été d'une qualité parfaite, mais l'opéré n'avait présenté aucune réaction défavorable : visage et muqueuse bien colorés, pouls régulier et plein, absence de vomissements; le sujet n'avait proféré d'autre plainte que d'avoir le nez chatouillé par le champ opératoire, tant et si bien que l'anesthésiste s'était retiré avant la fin de l'intervention. Mais enfin, celle-ci avait porté sur le territoire du laryngé supérieur, et les physiologistes s'accordent à reconnaître la possibilité de mort subite de ce fait seul. Ainsi rapportée par le détail, cette observation est troublante, elle ne saurait entraîner la conviction.

Or, en dépit des appréhensions et des résistances, la rachi prend chaque jour davantage droit de cité. C'est par dizaines de milliers que les observations s'accumulent. La preuve n'est pas faite qu'elle tue plus souvent que la narcose. Elle semble au contraire moins grosse de périls, puisqu'elle ne met en œuvre que des quantités prudentes d'analgésique, toujours en deçà de la dose toxique, et dont la nocivité, selon

la loi de Reclus, est réduite au minimum par une dilution très considérable.

b). Les *accidents secondaires* de la rachi ont plus de réalité. Ils sont heureusement peu graves, et se ramènent essentiellement à deux : les vomissements aussitôt après l'injection, la céphalée dans les heures qui suivent.

1° *Nausées et vomissements* paraissent, pour une part, relever de la ponction lombaire, ainsi que l'ont observé les médecins qui la pratiquent dans un but diagnostique. Mais il est exact que la plupart des analgésiques, même la cocaïne, quand elle n'est pas pure, donnent aussi des nausées au cours du premier quart d'heure qui suit l'injection. Ce désagrément, surtout indésirable en matière de chirurgie abdominale, peut être évité par une injection hypodermique préalable de morphine.

2° La *céphalée* peut être observée, soit au cours de la ponction, soit dans les heures qui suivent. — La première est fonction de la spoliation en liquide, et traduit assez bien la décompression des vaisseaux encéphaliques puisqu'elle cesse avec la restitution du liquide, auquel elle est, dans une certaine mesure, proportionnelle. — Tardive, elle relève d'une méningite aseptiqué, alors que la solution analgésique injectée utilise comme solvant l'eau distillée. Il est facile de l'éviter en chargeant extemporairement le liquide céphalo-rachidien du sujet de la dose voulue de l'analgésique en poudre.

c) Enfin, il a été fait état, mais sans preuves, et pour cause, d'*accidents tardifs* ou *tertiaires* de la rachi. En dehors de lésions traumatiques évitables, auxquelles il a été fait allusion plus haut, des paraplégies éloignées ne peuvent être équitablement imputées à la rachi dont l'action, à l'encontre de l'erreur communément répandue, est radiculaire et non médullaire. Il n'est pas impossible que des paralysies des membres inférieurs aient été observées plusieurs années après une rachi. A lire les observations de près, on voit qu'il s'agit de syphilitiques non traités ou de tuberculeux avancés. La rachi en est de tous points innocente.

De ce long parallèle des rachi avec les narcoses, on ne peut être autorisé à conclure que celles-ci l'emportent en sécurité et en bénignité sur celles-là, considérées comme un pis aller. En dehors de toute vue de l'esprit, l'expérience clinique, seule pierre de touche valable pour un procédé thérapeutique, permet de donner aux rachi l'investiture clinique. En dehors de ses contre-indications, celles de la ponction lombaire, il est légitime d'y recourir, sans que la responsabilité du chirurgien soit plus engagée qu'en matière de narcose.

II

A. — S'il n'est plus guère de préventions contre la rachi en général, il s'en trouve encore contre ce procédé, alors qu'il prétend insensibiliser la moitié sus-ombilicale du corps. Toutes les objections faites à la voie intrarachidienne sont ici reprises avec plus d'insistance, quelquefois même par certains partisans de la méthode en général, qui suspectent le *procédé omniradiculaire* de compromettre, par ce qu'ils considèrent comme téméraire audace, des positions durement conquises.

Il ne saurait sans doute être question de la technique préconisée par Jonnesco dont les risques de lésion traumatique de la moelle par ponction haute ne semblent pas sans péril. Mais l'expérience a prouvé qu'entre les mains de ceux qui ont voulu en faire usage, l'analgésie de toutes les racines postérieures, trijumeau y compris, était sagement réalisable par injection lombo-sacrée.

B. — Le problème, ainsi que je l'ai publié en 1920, dans la *Presse médicale*, se ramène à l'étude des conditions de pénétration d'une solution à l'intérieur d'une masse liquide.

Spoliation préalable d'une quantité de liquide proportionnelle à la hauteur de l'analgésie recherchée ; — injection poussée avec une force vive suffisante, à cela se ramène cette technique, grossièrement comparable au faire d'un coureur dont l'arrivée au but comporte à la fois l'élimination de tous les obstacles qui l'en séparent, et l'élan personnel nécessaire pour l'y mener. L'une et l'autre condition s'est montrée pratiquement d'une réalisation simple, dont les résultats ne méritent pas les reproches dépourvus de bienveillance et d'équité qui ne lui ont pas été ménagés.

a) Une *spoliation* sage, et 20 centimètres cubes sont suffisants, ne comporte pas d'inconvénients appréciables. La ponction lombaire diagnostique ou décompressive en fournit tous les jours la preuve. Grâce à elle, la diffusion de l'analgésique dans le liquide céphalo-rachidien sera rendue possible.

b) La *vitesse de l'injection* est nécessaire à qui veut obtenir une dilution homogène de l'analgésique dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien. Faute d'une force vive suffisante, le principe actif semble se répartir par zones de concentration décroissante, d'où ce résultat, qu'avec des doses élevées, en dehors de cette condition, des rachi hautes peuvent bien quelquefois être réalisées, mais d'une durée insuffisante, en pratique, pour les étages supérieurs.

Il n'est pas exact de qualifier ce procédé de brutal. A qui se sert d'une seringue de Luer de capacité appropriée — 20 centimètres cubes — et d'une aiguille de dimensions convenablement calculées — celle que j'ai fait construire par Bruneau mesure 14/10 millimètres de diamètre pour une longueur de 7 centimètres — aucune violence n'est utile, la force de propulsion n'étant point absorbée par des frictions parasites.

c) Quant au risque supposé du contact de la solution analgésiante avec les *noyaux bulbaires*, une pratique de vingt ans pour Le Filliatre, et de cinq ans pour la technique que j'ai décrite à l'Académie de médecine en 1919, ont montré que c'était là une vue à priori. Avec une dilution convenable, l'analgésique n'imprègne que les racines postérieures, nouvel argument en faveur d'une seringue de capacité suffisante, de manière à n'injecter que des solutions dont le titre est voisin de 1 p. 500, c'est-à-dire infiniment au-dessous de celui autrefois réclamé par Reclus.

III

Un dernier point d'importance, le choix de l'analgésique. La plupart des auteurs redoutent à l'excès la cocaïne dont la toxicité est, pour eux, article de foi, d'où la préférence qu'ils donnent à ses succédanés synthétiques.

A. — Il est quelque chose de fondé dans leurs craintes. A faire usage de *cocaïne courante*, telle qu'elle est livrée par de sérieuses maisons de pro-

duits chimiques, surtout alors qu'il s'agit de ces solutions aqueuses préparées à l'avance et stérilisées à chaud dont l'hydrolyse est inévitable, un syndrome d'intoxication est presque toujours observé : pâleur du visage, sueurs profuses, atteinte du pouls, nausées, sensation d'angoisse. Tout cela, il est vrai, se dissipe en peu de minutes, surtout, s'il est fait appel à une préalable injection hypodermique de caféine. Toutefois, pour passager qu'il soit, cet orage, ainsi que l'avait autrefois baptisé Chaput, ne laisse pas d'être désagréablement impressionnant.

B. — Imaginés pour éviter de semblables inconvénients, divers *succédanés* ont été créés de toutes pièces par les chimistes ; l'argument sans cesse invoqué en leur faveur serait leur moindre toxicité. Peut-être serait-il plus exact de les dire moins actifs que la cocaïne, puisque leur action analgésique exige, pour se manifester, des doses beaucoup plus considérables.

De ces agents, le plus recommandable paraît être la novocaïne dont l'actuel mode de présentation par l'industrie française est des plus satisfaisants.

Ces produits sont cependant passibles d'objections. Bien entendu, il ne sera pas fait état de l'addition essentiellement indésirable d'adrénaline qui expose, par vaso-constriction des centres, à de redoutables désagréments.

a) Le premier inconvénient, facile à lever, tient à ce qu'ils sont présentés en solution aqueuse préparée à l'avance. Depuis que, partant du produit en poudre, je prépare extemporairement la solution dans la seringue, avec le propre liquide céphalo-rachidien du sujet, je ne vois plus de céphalées ou de radiculites qui, pour légères et fugaces qu'elles soient, sont pour le moins inutiles.

b) Le second, plus important à mon sens, tient à la nature chimique du produit qui, en raison même de son activité moindre, ne lui permet guère de diffuser qu'à doses élevées, frisant la toxicité, ce qui, pour les rachi hautes, est une infériorité par rapport à la cocaïne.

C. — C'est pourquoi, si dans les analgésies basses j'use indifféremment de cocaïne ou de ses succédanés, qui, à doses appropriées, me donnent des résultats à peu près équivalents, lorsque je veux réaliser des analgésies céphaliques par ponction lombo-sacrée, seule, la *cocaïne* m'a permis d'arriver à coup sûr et sans ratés, à la condition d'employer, sans vaine timidité, des doses convenables. Celle de 5 centigrammes m'a paru suffisante.

a) Mais encore, faut-il que ce produit soit d'une *pureté rigoureuse*. Au delà de sa pureté chimique, il est sans doute des états moléculaires dont seul un traitement approprié le débarrasse.

Si, en effet, dix parties de chlorhydrate de cocaïne sont mises à dissoudre dans l'alcool absolu, puis précipitées par l'éther sec, enfin desséchées dans le vide, un déchet d'environ trois dixièmes, variable avec les échantillons, est constaté dans le résidu. Mais les sept dixièmes restants, cristallisés en élégantes aiguilles soyeuses, ne donnent plus le tableau de l'orage : c'est cette cocaïne extra-pure qu'il convient d'employer.

b) Ne pas oublier enfin que la *durée de l'analgésie* est fonction de la quantité de principe actif utilisé. Des doses timides donnent des analgésies médiocres, sans avantages en retour, puisque, en deçà d'un chiffre donné, et toutes choses égales d'ailleurs, il n'existe pas de parallélisme qui proportionne régulièrement le poids d'une substance à sa toxicité. En d'autres termes, pour une cocaïne pure, 5 centigrammes ne sont pas cinq fois plus toxiques qu'un, alors cependant que la durée d'analgésie qu'ils donnent est cinq fois plus longue.

Au cours de cet exposé, où je me suis efforcé de n'apporter que la plus impersonnelle mais la plus motivée des réponses à de fougueux réquisitoires, je suis demeuré, à dessein, dans le terrain des généralités, renvoyant au surplus ceux que la question des rachi omni-radiculaires pourrait intéresser aux divers mémoires que je lui ai consacrés.

Un mot cependant pour conclure : pour quiconque n'est pas aveuglé par l'esprit de système, tout procédé d'insensibilisation, quel qu'il soit, du fait même qu'il s'adresse à la fragile complexité du système nerveux, demeure d'une mise en œuvre délicate dont les risques, pour devenir, chaque jour plus minimes, ne peuvent cependant être donnés, par personne, comme nuls.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Je viens de trouver un article qui m'a agréablement surpris et reporté vingt-cinq ans en arrière. Un article de BASSLER (1) sur l'*hématémèse et le melæna dans l'appendicite chronique* débute ainsi : « Dieulafoy, dont les écrits et le *Précis* devraient être aussi connus que ceux d'Osler et de Strumpell », etc. Je ne sais si des lecteurs français se rendent compte de ce que fut l'enseignement du grand professeur de Johns Hopkins et d'Oxford pour le public médical de langue anglaise, mais je peux les assurer que c'est là le plus grand éloge possible pour le *Précis* et pour son auteur, qui, malgré la réputation de superficialité que maints de ses contemporains se plaisaient à lui faire, fut un clinicien incomparable. Et c'est sur le terrain seul de la clinique qu'est basé l'article de Bassler. Il s'en excuse ; il n'a pas d'autopsies, ni de recherches de laboratoire ; il faut donc, dit-il, qu'il apporte les faits cliniques sans « corroboration scientifique », parce qu'il ne savait pas et ne sait pas encore comment prouver le genre de cas dont il veut parler, excepté par la clinique. Toutefois, j'aime à croire que Bassler, en écrivant ces « excuses » devait avoir le léger sourire narquois que nous lui connaissons bien.

Depuis 1906, Bassler a vu 15 cas, 12 chez des femmes, 3 chez des hommes, tous d'environ vingt-cinq ans, d'hématémèses à répétition, liées à une appendicite chronique. Tous, sauf un où le diagnostic de cirrhose hépatique avait été fait, avaient été traités pour ulcère ; 4 seulement donnaient une histoire de douleur appendiculaire antérieure ; 2 seulement avaient des signes physiques nets dans la fosse iliaque, de telle sorte que, dans la plupart des cas, le diagnostic fut fait par l'étude radiologique. Tous les cas furent opérés ; chez tous, on trouva un appendice pathologique et la rougeur pylorique décrite par Dieulafoy. A propos de cette congestion avec œdème, Bassler reproche à Moynihan d'en avoir récemment parlé devant l'Académie de médecine de New-York, comme d'une chose nouvelle et originale : « Même un Anglais (*sic*) devrait reconnaître que cette contribution à la science médicale est d'origine française. »

Le cas le plus récent de Bassler date de trois ans; aucun des cas n'a vu d'hémorragie reparaître après ablation de l'appendice. Il est donc légitime d'établir une relation de cause à effet entre l'appendice et le saignement, d'autant plus que l'examen histologique des appendices a fréquemment montré une énorme hyperplasie lymphoïde et des lésions hémorragiques de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Bassler a trouvé exactement les mêmes lésions dans 4 cas de colite hémorragique qui furent aussi guéris par ablation de l'appendice. Toutes ces lésions sont toxiques. Enlevez le foyer d'origine le plus vite possible, et point n'est besoin d'appendicostomie, de cœcostomie, ou d'exclusion du côlon.

Un autre article récent rappelle de façon très frappante *le rôle capital joué par l'Ecole française dans le développement des méthodes d'examen physique*, dont TIEKEN (2) déplore le déclin en ces jours de laboratoire. La percussion est due à Corvisart (développant l'idée, tombée dans l'oubli, d'Auenbrugger, auquel il a d'ailleurs rendu pleine justice) et à Piorry. L'auscultation est due à Laënnec et à Louis. Mais les beaux jours sont passés et nous sommes devenus une nation de bactériologistes, de chimistes, d'anatomo-pathologistes, ou bien de spécialistes. Mais pourquoi le médecin commet-il tant d'erreurs de diagnostic? Pourquoi tant de pneumonies sont-elles prises pour des appendicites ou des cholécystites? Pourquoi les anévrismes de l'aorte sont-ils si souvent traités au moyen de potions pour la toux? Pourquoi l'insuffisance cardiaque est-elle si souvent appelée asthme? Est-ce parce que le médecin ne sait pas faire une fixation de complément ou une numération différentielle des globules, ou trouver les œufs de l'ankylostome duodénal ou du dibothriocéphale? Il fait bon entendre dire de temps en temps, aujourd'hui, que l'art de l'examen physique, que nos devanciers avaient poussé à un si grand degré de perfection, est encore aussi utile aujourd'hui qu'il l'a jamais été. Avec les tendances modernes, il serait souvent permis d'en douter.

Dans le même numéro du *Journal de l'A. M. A.* que l'article de Bassler, se trouve une *étude anatomique des vaisseaux périamygdaliens* inspirée par le cas de mort foudroyante par hémorragie porté par le professeur Sébileau à la tribune de l'Académie de médecine. Ces cas ne sont pas fréquents, heureusement, mais ils sont probablement moins rares qu'on ne croit. Ce sont des cas que l'on n'aime pas à publier. Personnellement, je connais un cas en tout semblable à celui de Paris, qui n'a jamais reçu de publicité. Un mot d'avertissement vient à propos, aujourd'hui que le nombre d'opérations sur les amygdales s'accroît phénoménalement, par suite de la campagne très active de prophylaxie des maladies cardiaques dans laquelle l'ablation des foyers infectieux joue un rôle prépondérant. C'est par centaines que se comptent les ablations d'amygdales chaque jour à New-York. Beaucoup des opérations sont faites par des gens compétents; mais la fréquence même de l'intervention a donné, à certains, l'impression qu'il s'agissait d'une chose insignifiante, à la portée du premier venu. Or, une ablation complète d'amygdales n'est point cela, tant s'en faut. Nous voyons tous les jours des résultats incomplets ou mauvais, des repousses d'amygdale, des déchirures, des cicatrices des muscles du voile du palais ou du pharynx. Or, c'est précisément dans ces cas de déchirure des muscles du pharynx, qu'il y a danger de grosse hémorragie, pour peu que les vaisseaux périamygdaliens ne soient pas tout à fait normaux.

SCHÆFFER (3) rappelle que ces anomalies ne sont point rares. Les flexuosités de la carotide interne n'ont rien à voir avec l'âge du sujet; elles semblent être plus fréquentes dans le sexe féminin. Elles peuvent se voir dans le plan frontal, dans le plan sagittal et, mais beaucoup plus rarement, dans le plan transversal. Elles représentent une réversion atavique, de même que l'absence de la carotide interne. Mais d'autres artères peuvent donner lieu à des pulsations pharyngiennes visibles, qu'il faut toujours rechercher avant de faire une amygdalectomie : tronc de la carotide primitive, quand il n'y a pas de carotide interne, carotide externe, palatine ascendante, pharyngienne ascendante. Le signal de danger apparaît chaque fois que le mince constricteur supérieur du pharynx et le fascia bucco-pharyngé sont déchirés. Il convient d'enlever, de l'esprit des jeunes, l'idée que la fosse amygdalienne est une région sûre et cela s'applique aussi bien à l'ouverture d'un abcès périamygdalien ou d'un phlegmon rétro-pharyngien qu'à une ablation d'amygdales.

Il est intéressant de noter en un si court espace de temps, trois articles de ce genre. Il y a peu d'années, on aurait pu chercher vainement une coïncidence semblable et les références bibliographiques françaises étaient en nombre infime comparées aux allemandes. Il me plaît de penser qu'il y a là plus qu'une coïncidence, qu'il s'agit d'un intérêt plus grand manifesté par l'Amérique dans les choses médicales de France. Il y a aussi d'autres signes qui font croire que la France verra dorénavant plus de médecins américains qu'avant la guerre, tandis que l'Allemagne en verra moins. Ce qui ne serait pas fait pour nous déplaire.

La part prise par *l'alcool dans la genèse de la cirrhose de Laënnec*, naguère admise sans conteste, est aujourd'hui discutée. Il est possible que d'autres facteurs que l'alcoolisme chronique puissent la produire, syphilis, paludisme, ingestion continuelle de mets fortement épicés, par exemple. Mais il n'en reste pas moins vrai que l'alcoolisme chronique se retrouve dans l'immense majorité des cas de cirrhose de Laënnec et qu'il faudra de bien solides preuves avant de pouvoir innocenter l'alcool. C'est pourquoi les statistiques du grand hôpital municipal de Chicago, publiées par MILLER (4), sont intéressantes. Voici les chiffres :

ANNÉE	ADMISSIONS TOTALES	CIRRHOSE
1910	33.232	137
1911	29 975	147
1912	30.392	154
1913	27.889	132
1914	29.330	141
1915	27.104	151
1916	31.261	160
1917	22.680	156
1918	29.527	87
1919	27.819	48
1920	27.862	19

La chute du nombre des cas dans ces dernières années est, certes, fort remarquable. La cirrhose a pour ainsi dire disparu de l'hôpital depuis la prohibition, même si celle-ci a été assez incomplète à

Chicago. Un seul détail est difficile à expliquer : la diminution du nombre des cas a commencé l'année *avant* la mise en vigueur de la prohibition. Un diagnostic de cirrhose au Cook County Hospital veut dire, à part quelques exceptions, un cas très avancé avec ascite. Miller, d'après ces chiffres, croit pouvoir conclure qu'il y a très peu de doute à avoir sur le rôle prépondérant, sinon exclusif, de l'alcool dans la production de la cirrhose dans ce pays-ci.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) *Journ. A. M. A.*, 2 juillet 1921, p. 28.
(2) *Ibid.*, 18 juin 1921, p. 1735.
(3) *Ibid.*, 2 juillet 1921, p. 14
(4) *Ibid.*, 11 juin 1921, p. 1646.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1921)

Recherches expérimentales sur l'autocolloïdoclasie à frigore. — MM. F. WIDAL, P. ABRAMI et Et. BRISSAUD. L'exposition à un refroidissement étendu et intense suffit à provoquer, dans l'organisme normal, un choc de tout point comparable à ceux que déterminent les injections parentérales de protéines hétérogènes ; comme eux, il s'accompagne de la crise hémoclasique caractéristique ; comme eux, il est suivi d'un état d'immunité temporaire, qui se manifeste non seulement à l'égard de la cause provocatrice elle-même, le froid, mais à l'égard d'une cause aussi différente qu'une injection intraveineuse de peptone. C'est là, la démonstration expérimentale de cette conclusion à laquelle l'étude de l'hémoglobinurie paroxystique avait conduit M. Widal et ses élèves, à savoir que les phénomènes de choc que l'on n'avait observés jusqu'alors qu'à la suite des injections parentérales de protéines hétérogènes et qui semblaient traduire l'action d'une *toxicité* propre aux substances albuminoïdiques, relèvent, en réalité, d'un processus tout différent, puisqu'ils peuvent apparaître, en dehors de toute intervention de substance étrangère à l'organisme, sous la seule influence des modifications qu'un facteur physique, comme le froid, imprime à la constitution de nos humeurs. Le processus que M. Widal a appelé la *colloïdoclasie*, peut donc s'observer dans deux conditions différentes; à côté de l'*hétérocolloïdoclasie*, dans laquelle la rupture de l'équilibre colloïdal plasmatique est produite par la pénétration dans l'organisme de substances étrangères à sa constitution, il y a une *autocolloïdoclasie*, résultant du simple déséquilibre de notre milieu intérieur colloïdal. Le choc *a frigore* est un exemple typique de cette autocolloïdoclasie.

La localisation du glycogène dans le foie et les muscles des chiens nourris en vue de la production maximale de cette réserve. — Mme Z. GRUZEWSKA et M. FAURÉ-FREMIET.

Sur la porphyrinurie expérimentale. Lésions du rein au cours de l'intoxication par le sulfonal chez le lapin. — M. E. GRYNFELTT et Mlle R. LAFONT.

Quelques modifications du plasma sanguin et de l'urine, au cours du jeûne, chez le diabétique. — MM. E. DESGREZ, BIERRY et RATHERY.

Les lésions nerveuses de l'appendicite chronique. — M. P. MASSON. Les recherches de l'auteur montrent la constance, dans l'appendicite chronique; d'une anomalie nerveuse acquise et la fréquence, que l'appendice soit oblitéré ou non, d'une néoformation de nerfs à point de départ épithélial.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1921)

Coma diabétique, acidose et hémorragie méningée. — F. RATHERY, CAMBESSÉDÈS et WELLE, rapportent un cas de pachyméningite hémorragique survenue chez une diabétique et ayant déterminé des crises d'épilepsie jacksonnienne. Il existait en même temps une acidose marquée; les corps acétoniques urinaires étaient de 2g30; l'acide β oxybutyrique de 7g80. La glycémie était très élevée, 3g25 de sucre libre; 3g30 de sucre protéidique.

Vaccinothérapie antistaphylococcique dans un cas de bronchite récidivante avec emphysème. — MM. H. DUFOUR et A. RAVINA. Encouragés par les travaux de différents auteurs et en particulier par ceux de M. Jean Minet et poursuivant les recherches de l'un d'entre eux sur l'application de la vaccinothérapie dans les affections chroniques, les auteurs ont soumis à la vaccination curative un malade emphysémateux avec poussées récidivantes de bronchite. Au cours de ces crises de bronchite, le malade présente une recrudescence d'étouffement, une fièvre légère et une expectoration assez abondante en même temps des sibilances se font entendre dans les deux poumons. L'examen des crachats montre la prédominance de staphylocoques; ceux-ci cultivés sur gélose servent à préparer un auto-vaccin antistaphylococcique. Ce vaccin contient environ un milliard de microbes par centimètre cube. Le malade a reçu successivement 1/2 centimètre cube, 1 centimètre cube, et deux fois encore 1/2 centimètre cube, en laissant 4 à 8 jours d'intervalle pour chaque piqûre. Les sibilances ainsi qu'une rhinite rebelle ont disparu depuis plus de 3 mois. Le malade déclare être très soulagé et ne s'être jamais aussi bien porté. Les essouflements n'existent pour ainsi dire plus.

Lymphocytome du médiastin. — MM. BABONNEIX, DENOYELLE et POLLET rapportent l'observation d'un petit malade chez lequel on porta d'abord le diagnostic de péricardite aiguë avec épanchement; puis de symphyse tuberculeuse du médiastin et à l'autopsie duquel on trouva une volumineuse tumeur occupant tout le thorax et constituée par des masses collantes, étendues de la face postérieure du sternum en avant, à la colonne vertébrale en arrière, et enserrant tous les organes du médiastin, mais surtout le cœur et le poumon gauche. A la surface des reins, nombreuses taches blanchâtres de forme pyramidale à la coupe et de tous points semblables à des infarctus. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un lymphocytome typique ayant probablement son point de départ dans l'une des formations lymphatiques de la région et s'étant propagé au poumon gauche et au cœur et aux dépens duquel s'étaient développées des colonies secondaires tant rénales que testiculaires. La constatation de ces dernières devait nécessairement faire poser l'hypothèse de séminome; mais l'atrophie des tubes séminifères, le fait qu'ils sont séparés par une couche fibreuse du reste de la tumeur, la constatation dans cette masse tumorale d'éléments cellulaires identiques à ceux du médiastin montrent suffisamment que cette hypothèse ne correspond pas à la réalité et que la lésion testiculaire est nettement secondaire.

Etiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant. — MM. H. DUFOUR et A. RAVINA. Il s'agit d'un malade âgé de vingt-huit ans, qui, à l'âge de vingt-deux ans, a présenté une série de crises douloureuses accompagnées de température et de gonflement articulaire prédominant au niveau des articulations métacarpophalangiennes de la main droite. Des poussées successives d'une durée de dix mois ont entraîné une déformation intense avec subluxation et flexion complète des doigts dans la paume de la main ne permettant que quelques très légers mouvements de flexion. Des altérations analogues mais moins prononcées existent au niveau de la main gauche. Ce malade présente en outre une atrophie musculaire marquée au niveau des interosseux et de l'éminence thénar. Devant l'existence de ces symptômes, on pense à la syphilis. La réaction de Wassermann se montre positive dans le sang. Ce cas est à ajouter à ceux déjà signalés par M. Dufour à la Société des hôpitaux en 1915, et qui por-

taient sur huit cas de rhumatisme chronique déformant, présentant tous des signes cliniques ou sérologiques de syphilis. Ces cas ressortissent tous à la même affection à évolution progressive à début dans l'adolescence caractérisée par des déformations articulaires et para-articulaires prenant les extrémité des membres, entraînant des altérations segmentaires au niveau des articulations touchées, de l'atrophie musculaire, des poussées de gonflement synovial ou d'hydarthrose, des douleurs arthralgiques ou névralgiques et l'échec des différents traitements institués.

Ostéite syphilitique nécrosante de la voûte du crâne, élimination du pariétal gauche. — MM. Pr. MERKLEN et L. DESCLAUX, rapportent l'histoire d'une femme de trente-quatre ans qui présentait une large ulcération de la région pariétale gauche; le fond était constitué par du tissu osseux en voie de nécrose. Ils montrent le séquestre qui s'élimina sans aide chirurgicale. Il s'agissait d'une ostéite gommeuse Bordet-Wassermann positif; guérison par le traitement spécifique.

Les auteurs rappellent que l'affection atteint surtout la femme, qu'elle est une maladie de misère et touche peu les milieux aisés, que les séquestres sont souvent de grandes dimensions; que les troubles fonctionnels se résument en douleurs ostéocopes : que les méninges et l'encéphale restent assez souvent indemnes contrairement aux prévisions. Cette localisation de la syphilis semble du reste en décroissance, grâce aux progrès de la thérapeutique.

Reproduction expérimentale par la cuti ou l'intradermo-réaction des phénomènes généraux anaphylactiques. — MM. LE NOIR, Ch. RICHET fils et RENARD, relatent différents cas, que confirment le fait étudié par l'un d'eux, et M. A. Jacquelin, il y a quelques mois chez un sujet sensibilisé à une substance déterminée, la cuti-réaction à cette substance peut amener la production d'accidents cliniques à distance (urticaire, œdème, diarrhée, etc.), identiques à ceux dont se plaint le malade. Comme dans d'autres cas récemment signalés, ces phénomènes à distance sont précédés par une crise hémoclasique.

Réaction de Schick dans la rougeole. — MM. LEREBOULLET, P.-L. MARIE et BRIZARD, rapportent les résultats de l'enquête systématique qu'ils ont faite dans 110 cas sur la réaction de Schick, dans l'incubation et l'invasion de la rougeole. Ils ont constaté que la rougeole n'exerçait aucune action sur le sens de la réaction. Positive dans 59 cas, elle a été négative dans 51 autres : il y eu 40 réactions positives chez les enfants de 6 mois à 5 ans, et 19, chez ceux de 6 à 12 ans, ce qui concorde avec la statistique générale des enfants non rougeoleux. Chez 3 malades, la réaction positive à l'entrée cherchée à la période de convalescence, 15 jours après une injection préventive de sérum antidiphtérique, fut négative montrant que la maladie en cours n'avait pas diminué la durée de la préservation conférée par le sérum. La réaction de Schick apparaît donc bien comme différente des autres réactions biologiques et notamment de l'intradermo ou de la cutiréaction à la tuberculine sur lesquelles la rougeole exerce par l'état d'anergie qu'elle entraîne une action inhibitrice très nette.

Vaccinothérapie antistaphylococcique dans un cas d'entérite compliquée de furonculose. — MM. DUFOUR et DEBRAY.

Obésité transitoire dans quatre cas d'encéphalomyélite épidémique avec syndrome parkinsonnien (glycosurie tardive dans un cas). — MM. H. ROGER et G. AYMES (de Marseille), discutent, à propos de leurs cas, les diverses hypothèses qu'on peut émettre pour expliquer cette obésité, qui, chez leurs malades, fut plutôt transitoire : rôle de l'inactivité liée à la rigidité parkinsonnienne — effet du traitement arsenical parfois institué à la convalescence de la période aiguë encéphalitique, trouble du fonctionnement hypophysaire, auquel certains auteurs attribuent les glycosuries ou les polyuries survenues chez quelques encéphalitiques, — plus vraisemblablement atteinte de centres nerveux de la base (région infundibulaire) présidant à la nutrition.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1921)

Mort subite au cours d'une rubéole. — MM. DUCAMP, CARRIEU et ROUME. Un malade meurt subitement à la fin d'une rubéole banale. Les auteurs proposent d'expliquer cette mort par une syncope due à la distension brusque de l'estomac dont les parois sont très minces et présentent une véritable éruption (caractérisée au microscope par des dépôts brunâtres autour des vaisseaux); par ailleurs, le malade présentait un cœur atteint de dégénérescence graisseuse ancienne qui n'a pas permis au muscle de reprendre ses contractions après la syncope.

Discussion sur les infections typhoïdes par ingestion de mollusques (*Rapport de la Commission*). — La Société émet le vœu :

1° Qu'une étude complète de toutes les zones où s'exerce l'industrie coquillère, soit faite en vue d'établir : les zones notoirement insalubres, les zones salubres.

2° Que la pêche des coquillages soit interdite dans des zones notoirement insalubres, la salubration soit rendue obligatoire.

3° Que les parcs d'élevage ou de stabulation ne soient installés que dans des zones reconnues salubres.

4° Les pouvoirs suffisants permettent le déplacement de parcs actuellement exploités dans des zones insuffisamment salubres.

5° Qu'une surveillance et un contrôle actifs soient exercés sur les parcs en cours d'exploitation.

6° Le trempage et les réserves soient formellement interdits en dehors de zones dont la salubrité aura été reconnue et qui seront soumises à la même surveillance que les parcs.

7° La manutention et l'expédition soient étroitement surveillés.

8° Une surveillance et un contrôle actifs soient exercés par les autorités compétentes sur les marchands au détail.

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1921)

Tracés sphygmographiques. — MM. VALLET et COLL DE CARRÉRA présentent une série de tracés sphygmographiques différentiels obtenus avec le dispositif de Pech et Quinquaud. Quatre tracés correspondent à des endocardites infectieuses aiguës à la période de déclin chez des malades apyrétiques. Trois de ces endocardites sont de nature rhumatismale, la quatrième étant sous la dépendance d'une affection staphylococcique. Bien que cliniquement les quatre cas soient superposables, le tracé sphygmographique différentiel obtenu dans le cas d'endocardite staphyloccique est totalement différent des tracés obtenus dans les trois autres cas, sans que cette différence puisse être interprétée.

En outre, les auteurs présentent un tracé obtenu chez un jeune malade atteint d'arythmie irrégulière au cours d'un état méningé aigu. Le sphygmogramme montre qu'il y a par moments blocage complet du cœur, et d'autres moments des extrasystoles avec dissociation auriculo-ventriculaire.

Ostéomyélite à pneumobacille de Friedlander (2e localisation). — MM. GIRAUD et VINON. Un homme de cinquante-cinq ans a fait, en 1919, une ostéomyélite de l'humérus droit, subaiguë mais très délabrante; elle a imposé la désarticulation de l'épaule. Le pneumobacille de Friedlander y a été isolé à l'état de pureté et a été identifié par cultures et inoculations. Cette observation a été publiée.

Une nouvelle localisation ostéomyélitique a atteint un métacarpien gauche; elle a débuté peu après la désarticulation, son évolution a été torpide, mais l'échec des thérapeutiques conservatrices a contraint, seize mois environ après le début, au sacrifice du médius et de son métacarpien.

Le pneumobacille de Friedlander a été isolé à l'état de pureté dans les lésions osseuses.

Double localisation osseuse d'un germe qui engendre exceptionnellement l'ostéomyélite. La phase sanguine n'a pas

été saisie. Dans les deux cas, évolution torpide, dégâts graves, tendance dégénérative et infiltrante marquée.

Tumeur variqueuse extrainguinale du ligament rond simulant une hernie étranglée de l'ovaire. — MM. Riché, Galavielle et Grynfeltt. Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, de bonne santé habituelle, qui présentait, depuis deux ou trois ans, dans la région inguinale droite, une petite « grosseur » qui aurait été prise pour une hernie et sur laquelle on avait appliqué un bandage.

Certain jour, la tumeur grossit légèrement et devient douloureuse, en même temps qu'apparaissent de petits signes d'étranglement : douleurs abdominales, nausées, vomissements, mais sans arrêt des matières.

L'intervention montre, au niveau de l'orifice externe du trajet inguinal, une petite tumeur dure, du volume d'une bille d'enfant, brun noirâtre, irréductible, se prolongeant dans le canal inguinal par un pédicule formé de veines variqueuses. A la coupe, on voit qu'il s'agit d'une dilatation veineuse ampullaire thrombosée L'examen histologique dû au professeur Grynfeltt confirme que la poche est constituée par une paroi veineuse présentant des lésions profondes de thrombophlébite.

Encéphalite myoclonique avec hoquet. — MM. Ducamp, Carrieu et Blouquier de Claret rapportent une observation typique d'encéphalite myoclonique avec hoquet rappelant le cas de S card. Le malade mourut après avoir présenté une grosse albuminurie due à des brûlures : celles-ci avaient été occasionnées par le traitement d'un rebouteur. La maladie se distingue très nettement de l'urémie myoclonique de Roger et Chaix.

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1921)

Polypose rectale. — MM. Tédenat et Vinon. Un homme de quarante-cinq ans accuse depuis huit ans des symptômes de recto-colite intense, les phénomènes sont allés en s'accentuant : actuellement, selles nombreuses, liquides avec glaires et sang, douleurs à la défécation. Le toucher montre que toute la surface de l'ampoule rectale est hérissée de saillies mamelonnées, assez régulièrement sphériques, la plupart sessiles, certaines à peine pédiculées, d'un volume variable (de celui d'un noyau de cerise à celui d'une noisette), le doigt n'atteint pas la limite supérieure de ces lésions diffuses. Une biopsie a montré qu'il s'agissait d'une néoformation adénomateuse diffuse de la muqueuse rectale ; les modifications du stroma indiquent qu'il y a là un processus inflammatoire subaigu manifeste; il s'agit, en somme, d'une rectite proliférante avec lésions épithéliales prédominantes.

Hernie étranglée. Taxis brutal : perforation intestinale. Mort par péritonite généralisée. — MM. Delord et Michaud rapportent l'histoire d'un malade de cinquante ans entré d'urgence à l'hôpital avec un tableau classique de péritonite aiguë. La veille, le malade avait présenté un étranglement herniaire brusque. Après plusieurs heures, un taxis brutal avait été pratiqué, la hernie avait été partiellement réduite. A l'entrée à l'hôpital, tableau très sombre. Mort quelques heures après une intervention faite in extremis. L'autopsie a montré que le taxis avait réduit incomplètement la hernie et qu'il existait une perforation de l'anse étranglée. Les auteurs, à l'occasion de ce cas, rappellent le danger du taxis dans la hernie étranglée; c'est une manœuvre qui doit être complètement proscrite.

Péritonite herniaire. — MM. Delord et Vinon, à propos d'un cas récent, insistent sur les accidents de péritonite herniaire que l'on peut observer dans les hernies volumineuses (en dehors de tout phénomène d'étranglement vrai); ces accidents peuvent être d'origine intestinale (entéro péritonites bien décrites par le prof. Tédenat), ou d'origine cutanée (péritonite par ulcération progressive d'un sac volumineux et très aminci) ; il en était ainsi dans le cas rapporté.

Ethylisme et liquide céphalo-rachidien. — MM. Carrieu, P. Cristol et L. Ythier ont étudié et recherché la présence d'alcool dans le liquide céphalo-rachidien de 31 malades.

Dans 10 cas où les sujets n'étaient pas alcooliques, la recherche de l'alcool a été négative. L'alcool a été retrouvé et dosé dans le liquide céphalo-rachidien de 10 alcooliques aigus, il n'a pas été retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien de 5 alcooliques chroniques n'ayant pas pris d'alcool depuis quinze jours au moins.

Les auteurs signalent 6 cas où le mauvais nettoyage des tubes, la présence de formol et le traitement prolongé au chloral ont pu faire croire à la présence d'alcool alors que celui-ci ne se trouvait pas dans le liquide céphalo-rachidien.

Pour eux la présence d'alcool dans le liquide céphalo-rachidien est simplement le témoin de sa présence dans le sang; suivant les lois édictées par Derrien dans ses études sur le chimisme hémo-méningé l alcool est en égale quantité dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs, enfin, n'ont pas vu de cas de « méningite alcoolique » caractérisée cytologiquement et chimiquement.

Squirrhe atrophique des deux mamelles. (*Présentation de pièces.*) — MM. Ducamp, Carrieu et Rolme.

Le traitement de la coqueluche par les injections d'éther. — Mlle Sentis.

Considérations sur les hémorragies méningées au cours des méningites cérébro spinales. — MM. Ducamp, G. Giraud et Blouquier de Claret. Quelques considérations générales à propos d'une observation détaillée d'hémorragie méningée survenue au début d'une méningite cérébro-spinale à méningocoque A associé au diplococcus crassus. Cette hémorragie, survenue dans la région paracentrale droite, s'est enkystée primitivement dans une région d'adhérences anciennes et a engendré une hémiplégie spastique homolatérale. Elle paraît s'être partiellement diffusée vers le quatrième jour, date à laquelle la contracture s'est inversée et où le liquide céphalo-rachidien s'est brusquement chargé d'albumine (8 grammes au lieu de 2,4 la veille), de globules rouges en cytolyse et est devenu très xanthochronique, d'eau de roche qu'il était la veille après centrifugation.

Autres particularités : la discrétion de l'infestation microbienne des liquides de ponction lombaire ; l'intensité de la réaction polynucléaire (2.000 éléments environ par millimètre cube); la gravité de l'évolution clinique (coma d'emblée, mort au dixième jour). L'identification bactériologique des deux germes a été faite et la nécropsie pratiquée.

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1921)

Pneumonie nécrosante streptococcique (*autopsie*). — MM. Rimbaud, G. Giraud et J. Baumel. Une femme de soixante-quatre ans, sans passé respiratoire, réalise le tableau d'une pneumonie très franche du sommet droit, avec début brutal. Cette pneumonie ne se résout pas et son foyer s'excave. L'expectoration devient purulente, abondante; elle renferme des streptocoques et des pneumocoques; mais ne contient pas de bacille de Koch et ne tuberculise pas le cobaye.

Le processus s'atténue et se limite, mais la suppuration continue, profuse. Un foyer soufflant apparaît à la base gauche, mais s'éteint rapidement.

Au cinquante-quatrième jour, cette malade meurt, après cinq jours de torpeur et l'autopsie montre un abcès intracérébral à streptocoques.

On constate, en outre, une caverne du sommet droit, du volume d'un œuf, dans un parenchyme pulmonaire adhérent et densifié. Des débris de parenchyme flottent dans la cavité. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une alvéolite diffuse primitive, qui a commencé par être une alvéolite fibrineuse, ainsi qu'en témoignent les lésions les plus périphériques (nombreux filaments de fibrine), et qui est devenue avec une extrême rapidité une alvéolite suppurée, avec nécrose aiguë, dégénérescence fibrinoïde et véritable dilacération des parois alvéolaires et du tissu pulmonaire ambiant. Les vaisseaux sont thrombosés.

Nulle trace de tuberculose, de mycose, de lésion spécifique (la malade avait une réaction de Bordet-Wassermann positive).

Cette forme évolutive et anatomique, d'une observation exceptionnelle, se rapproche beaucoup du type individualisé récemment par Letulle et Bezançon sous le nom de pneumonie disséquante nécrosique. (Acad. de méd., 31 mai 1921.)

Note sur les facteurs humoraux de la tension artérielle. — MM. VEDEL et G. GIRAUD.

Crises épileptiformes chez une fillette atteinte de gommes osseuses. Guérison par le traitement spécifique. — MM. ETIENNE et BLOUQUIER DE CLARET.

Note sur la recherche du bacille de Koch dans le pus. — M. LARROUYET pratique la recherche du bacille de Koch dans le pus par la méthode de Bezançon et Philibert, dont il a modifié certains points de technique.

Il recommande de rechercher l'obtention de grumeaux dans le pus, ces derniers étant les portions les plus bacillifères.

Il emploie deux gouttes de soude par centimètre cube de pus grumeleux, ce taux n'altère pas les bacilles. Il ne dépasse pas 10 minutes de chauffe et évite l'ébullition. En cas d'examen négatif, il reprend le culot et pratique sur lui une nouvelle homogénéisation suivie de centrifugation.

Il recolore le fond au bleu de Löffler.

Il a obtenu 90 p. 100 de résultats positifs; les rares faits de recherches négatives dans des pus avérés tuberculeux se classent tous dans les premiers essais où la technique pouvait n'être pas assurée.

Des dangers de la radiothérapie. — M. PECH.

La porphyrinurie chez le cobaye par ingestion de sulfonal. — Mlle LAFONT et M. PORTES Un cobaye de 290 grammes qui ingéra 0g50 de sulfonal survécut cinq heures. Le foie et la rate ne contenaient pas d'hématoporphyrine. Mais les urines en renfermaient des traces nettes. L'animal était resté à jeun pendant toute la durée de l'expérience.

Le fait observé et relaté est unique.

Les modifications de la rate dans la porphyrinurie chez le lapin. — M. GRYNFELTT et Mlle LAFONT insistent sur les modifications très nettes de la rate au cours de l'intoxication par le sulfonal chez le lapin :

1° Dans la pulpe blanche, développement considérable des centres germinatifs qui sont beaucoup plus grands que chez le lapin normal.

2° Augmentation sensible du nombre des macrophages chargés de pigment ferrugineux dans la pulpe rouge.

3° Modifications dans la topographie de cette dernière où les cordons pulpaires perdent leur netteté par rapport à ce qu'on observe dans le lapin normal.

ERRATUM. — N° 46, p. 735. 11 juin 1921, Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier (séance du 27 mai 1921), bas de la 1re colonne, remplacer les 6e à 11e lignes, à partir du bas (lignes de titre), par les suivantes :

Mal de Pott dorsal supérieur sans pachyméningite. Paraplégie spasmodique. Absence de dissociation albuminocytologique. Autopsie. — MM. VEDEL, GIRAUD et OLIVIER.

LIVRES NOUVEAUX

Traité pratique des maladies des enfants du premier âge (1), par M. G. VARIOT, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, président fondateur de la Goutte de lait de Belleville, avec la collaboration de MM. le Dr PIRONNEAU, ancien interne des hôpitaux, et Emile GRANDJEAN, interne à l'hospice des Enfants-Assistés, suivi d'un *Formulaire de thérapeutique infantile*, par M. Pierre LAVIALLE, professeur à la Faculté de pharmacie de Strasbourg.

Ce nouveau traité embrasse l'étude, non seulement des maladies des nourrissons de 0 à un an, mais aussi des enfants du premier âge jusqu'à deux ans; cette époque constitue la seule division naturelle entre la première et la seconde enfance. – L'ouvrage commence par un exposé complet de l'hygiène et de l'alimentation infantiles, dont les progrès ont été si importants depuis trente ans et ont grandement contribué à l'abaissement de la mortalité des nourrissons.

C'est là l'introduction nécessaire à l'étude des maladies du tube digestif qui tiennent une place capitale dans le premier âge. — L'auteur s'est placé surtout au point de vue pratique, en démontrant que la plupart des troubles digestifs et des toxi-infections gastro-intestinales étaient évitables, si l'allaitement est bien dirigé, et curables par le maniement des laits stérilisés et modifiés industriellement. La thérapeutique est ainsi singulièrement simplifiée et rénovée.

Un chapitre est consacré aux maladies congénitales du tube digestif qui sont si communes.

Les maladies des voies respiratoires, les affections congénitales du cœur, les maladies du système nerveux, du foie, du rein, de la peau, les fièvres éruptives, l'hérédosyphilis, la tuberculose et les autres infections sont exposées complètement.

La débilité congénitale, les nanismes, les diverses dystrophies et spécialement le rachitisme sont étudiés d'une manière approfondie.

Le Formulaire thérapeutique dû au professeur Lavialle contient les doses maxima, calculées par mois de 0 à deux ans, des principaux médicaments inscrits à la pharmacopée française.

M. Variot a choisi une méthode d'exposition un peu différente de celle adoptée dans la plupart des livres de pathologie.

Il est revenu aux anciennes méthodes didactiques des maîtres français, tels que Billard, Rilliet et Barthez, Henri Roger, Bouchut, etc. Sans s'étendre sur les descriptions générales un peu sèches et abstraites, il a cru préférable de les entremêler d'observations typiques ou originales bien choisies. L'enseignement de la pathologie ainsi compris se rapproche de la clinique, est moins sec, plus animé et se grave mieux dans l'esprit.

L'auteur, qui a passé trente ans comme chef de service dans les divers hôpitaux d'enfants de Paris, a pu ainsi mettre en œuvre, avec l'aide de ses collaborateurs, un grand nombre de documents personnels qui méritaient d'être enregistrés et connus du public médical. Il a exposé, avec quelques détails, ses recherches nouvelles en hygiène infantile sur la pédiométrie et les anormalités de la croissance, sur l'atrophie et l'hypotrophie infantiles en rapport avec l'hypoalimentation, et sur quelques entités morbides nouvelles qu'il a cherché à individualiser ; en particulier sur la cyanose congénitale paroxystique, sur la microsphygmie permanente et sur l'hémispasme labié congénital.

Ce livre en résumé est l'œuvre d'un maître qui a consacré sa longue carrière à l'étude théorique et pratique de la médecine du premier âge, qui a su regarder et voir, et qui nous fait profiter aujourd'hui de sa vaste expérience.

L. BABONNEIX.

(1) Un fort volume grand in-8 jésus de 1.150 pages, avec 88 fig. dans le texte. — Prix : 75 fr. — Paris, G. Doin.

L'Anesthésie locale en ophtalmologie, par le Dr DUVERGER, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg. Un vol. de 96 pages avec 19 figures. — Prix : 6 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU 1er DEGRÉ[1]

A. SIGNES PHYSIQUES. — *L'obscurité respiratoire du sommet droit* est considérée par Grancher comme un signe de tuberculose pulmonaire au début. Mais elle peut être aussi en rapport avec une tuberculose ganglio-pulmonaire. Bezançon a récemment discuté la valeur de ce symptôme, qu'il considère comme devoir être rattaché non à un début de tuberculose, mais à une tuberculose arrêtée, ou en voie de guérison.

Dans certains cas, elle semble cependant être en rapport avec d'autres causes :

a. La symphyse pleurale du sommet (Grancher). (Gouget a appelé de nouveau l'attention sur la fréquence des pleurésies du sommet);

b. La compression bronchique (Grancher).

c. L'adénopathie trachéo-bronchique.

d. L'insuffisance respiratoire, qui est extrêmement fréquente chez les jeunes gens et les adolescents atteints de lésions rhinopharyngées (végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales, hypertrophie des cornets, polypes, etc.).

e. Les scolioses (Letulle).

f. Certaines professions.

g. Enfin les anomalies physiologiques de la respiration, qui peuvent varier suivant les individus.

h. La méiopragie congénitale du poumon, en particulier chez les descendants de tuberculeux.

i. La congestion du sommet chez les Brightiques (Hirtz).

j. La congestion pulmonaire des cardiaques arrivés au stade de petite insuffisance (asystolie pulmonaire).

k. L'emphysème localisé au sommet.

l. Le spasme bronchique chez les névropathes (Rénon).

La constatation d'un signe sthétacoustique pose donc seulement le diagnostic de possibilité de tuberculose pulmonaire, sans le résoudre. Il faut étudier plus en détail les signes fonctionnels et généraux, qui d'ailleurs, dans certains cas, prédominent et peuvent égarer le diagnostic :

B. SIGNES FONCTIONNELS ET GÉNÉRAUX. — a. *Troubles gastriques :* le diagnostic se pose avec toutes les dyspepsies hyper ou hyposthéniques.

— L'anorexie mentale des névropathes.

— La neurasthénie.

— La chloro-anémie.

— Les anémies symptomatiques diverses.

b. *L'état général :*

— *L'affaiblissement* peut faire penser à la neurasthénie.

— Les *hémoptysies* doivent soulever le problème avec les épistaxis, les hématémèses. Mais, parmi toutes les causes d'erreur des hémoptysies en général, il faudra penser suivant l'âge aux hémoptysies qui surviennent chez :

— Des cardiaques (embolie pulmonaire) congestion au cours du rétrécissement mitral.

— Le cancer du poumon, chez l'adulte et l'homme âgé.

— La pneumokoniose.

— Les hémoptysies supplémentaires des hystériques.

c. La *toux* peut être fréquemmennt due à d'autres causes :

— Toux réflexe, d'origine nasale, pharyngée, laryngée.

— Toux gastrique.

— Toux liée à la présence de tænia dans l'intestin.

— Toux nerveuse, des hystériques.

d. La *dyspnée* peut relever de l'asthme, d'une lésion cardiaque ou rénale.

C. FAUSSES INTERPRÉTATIONS DE SIGNES CONSTATÉS. — Certains signes ont été donnés comme pathognomoniques de la tuberculose pulmonaire :

— La *typho-bacillose* peut être confondue avec une fièvre typhoïde, un embarras gastrique fébrile, une grippe.

— La *fièvre provoquée* (Daremberg) peut se voir également au cours de certaines convalescences de fièvre typhoïde, grippe par exemple, ou bien chez des déprimés, des surmenés physiquement, au cours de maladie de Basedow fruste.

D. CHEZ L'ENFANT. — La tuberculose attaque plus le système lymphatique que le parenchyme pulmonaire.

— La *tuberculose ganglio-pulmonaire* est plus fréquente.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que l'enfant est plus jeune.

— La *tuberculose diffuse* (Faisans) est d'un diagnostic difficile avec la broncho-pneumonie simple ou tuberculeuse. Elle survient surtout au cours de la convalescence de rougeole, coqueluche. Elle est marquée surtout par la cachexie rapide, un ventre gros, ballonné, de la diarrhée, le foie et la rate hypertrophiés, micropolyadénopathie, dyspnée, fièvre, toux quinteuse et sèche. A l'examen, on trouve localement des signes d'adénopathie trachéo-bronchique avec signes de bronchite disséminée.

— Toutes les *cachexies de l'enfance :*

La diarrhée chronique;

L'hérédosyphilis;

Le rachitisme.

Enfin, Faisans a attiré l'attention sur certaines *appendicites* de l'enfance qui simulent la tuberculose : l'enfant tousse, a un point de côté, il a des signes de bronchite, parfois même une hémoptysie. L'ablation de l'appendicite amène la guérison.

En résumé, le diagnostic de tuberculose pulmonaire au début est toujours délicat est difficile. L'examen clinique attentif, l'étude de la température, des signes physiques peuvent donner des signes de probabilité; on devra tout mettre en œuvre pour confirmer ou infirmer le diagnostic :

— Examens radioscopique et radiographique;

— Examens de laboratoire : recherche des bacilles dans les crachats, réaction à la tuberculine, examen de sang, sérodiagnostic de Courmont et Arloing.

Lorsque tous ces symptômes se complèteront, on pourra alors poser le diagnostic ferme de tuberculose au début et imposer un traitement énergique.

PRONOSTIC. — Le pronostic doit s'appuyer sur les signes de réaction et les signes de déchéance. On se basera, en général, sur l'état général, les fonctions digestives, l'état mental du malade.

A cette période, la tuberculose est discrète et fermée. Les lésions pulmonaires sont encore discrètes, le nombre des bacilles limité, les malades peu encore intoxiqués. La fièvre indique bien que l'organisme se défend, mais aussi une résorption des toxines tuberculeuses.

Les symptômes de déchéance sont l'hypotension artérielle, l'anémie précoce et rapide, l'amaigrissement et l'abondance des déchets urinaires. Tous ces signes indiquent une infériorité organique de l'individu.

L'hémoptysie a une grande valeur, autant diagnostique que pronostique. Elle peut devenir inquiétante par sa répétition ; elle est souvent l'indice de congestions korrituberculeuses curatrices. Mais accompagnée de fièvre, d'amaigrissement, elle est l'indice d'une poussée du poumon.

La dyspepsie, l'état des fonctions digestives ont une grande importance; car le traitement dépend beaucoup de lui.

Il faut encore ajouter l'état de santé antérieur du malade, sa constitution générale, son genre de vie, les causes qui ont amené l'éclosion de la maladie, l'étendue des lésions. En général, on peut affirmer qu'avec des soins suffisants, la tuberculose est curable à cette période.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 55, p. 879; n° 57, p 911; n° 59, p. 943, et n° 61, p. 975.

Rôle des Colloïdes chez les êtres vivants. Essai de biocolloïdologie. Nouvelles hypothèses dans le domaine de la médecine et de la biologie. — *L'évolution et la floculation de la micelle colloïdale considérées comme bases de la physiologie normale et pathologique*, par Auguste LUMIÈRE. — In-16, 311 p., 19 fig., avec 14 pl. hors texte, don 7 en photochromogravure. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie, et Lyon, aux bureaux de *L'Avenir médical* 9, cours de la Liberté.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

La remise de la croix d'officier de la Légion d'honneur a M. Vaillant. — M. Vaillant, l'éminent radiologue de Lariboisière, victime de son dévouement à la science, a reçu mardi la croix de la Légion d'honneur. Ce fut l'occasion d'une cérémonie intime et émouvante qui réunissait tous ses collaborateurs et amis de l'hôpital Lariboisière.

Le professeur Cunéo, en lui remettant la croix d'officier, a retracé en quelques mots la vie de M. Vaillant qui fut un des premiers à appliquer la découverte de Rœntgen à l'étude normale et pathologique du corps humain — et qui fut aussi un des premiers martyrs de cette science, alors qu'on ignorait le secret de se prémunir contre le danger de son application. Amputé du bras gauche et d'une partie de la main droite, il n'en poursuivit pas moins, jusqu'à la dernière opération, ses travaux d'un intérêt primordial sur la radiothérapie.

Médailles de la reconnaissance française. — *Médaille d'argent.* — M. le Dr Van der Elst (de nationalité belge).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Janvier et de Lantsheere (de Bruxelles), del Vasto (de l'armée italienne).

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — (Active.) *Au grade d'officier.* — MM. les Drs Gibrat, Lucas et Faucheraud.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Charpentier, Jeanniot, Masson, Dusault, Degoul.

(Réserve.) *Au grade d'officier.* — MM. les Drs Briend et Delaporte.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Roi et Guerrier.

(Rayés des cadres.) *Au grade de commandeur.* — M. le Dr Drago.

Au grade d'officier. — M. le Dr Crozet.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Vidal et Morin.

Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hopitaux civils de France. — Le IIe Congrès professionnel de l'Association aura lieu à Strasbourg les 3, 4 et 5 octobre prochain.

Ordre du jour du Congrès. — 1° Compte rendu du bureau : président, secrétaire général, trésorier;

2° Nouveaux statuts hospitaliers : délibération du conseil supérieur de l'A. P.; délibérations administratives;

3° L'hôpital gratuit aux indigents : majoration des indemnités pour ces services;

4° Honoraires des malades aisés et petits payants admis dans les hôpitaux;

5° Les accidents du travail : décision définitive pour règlement d'honoraires;

6° Pensionnés de la guerre;

7° Assurances du corps médical des hôpitaux. Rapporteur : professeur Rocher (de Bordeaux);

8° Election du bureau annuel.

Nommés ou non au concours, les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils peuvent assister au Congrès; de même les universitaires tenant des services de clinique dans les hôpitaux.

La peste en Afrique. — On sait que depuis plusieurs mois la peste a été signalée en de nombreux points du monde, et notamment dans le bassin de la Méditerranée et au Sénégal.

Le Temps nous apprend que la peste continue à faire des ravages au Sénégal, et notamment à Dakar. Du 17 au 20 juillet inclus, on signale : à Dakar, 204 cas, 146 décès; à Rufisque, 4 cas, 3 décès; dans le cercle du Baol, 14 cas nouveaux, 10 décès. Au total, 251 cas, 178 décès.

D'autre part, la peste a fait son apparition à Madagascar. Déjà, il y a quelques mois, Tamatave avait été touchée. Maintenant c'est Tananarive qui est atteinte. Un arrêté du gouverneur général, en date du 30 juin, a déclaré contaminée l'agglomération urbaine de Tananarive.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — COURS COMPLÉMENTAIRE DE DERMATOLOGIE, sous la direction de M. le prof. JEANSELME. — *Lundi 3 octobre.* — 1 h. 30 : M. Jeanselme. Examen des malades. Classifications, lésions élémentaires; — 3 h. : M. Milian. Gale.

Mardi 4 octobre. — 9 h. 30 : M. Sabouraud. Pelade; — 1 h. 30 : M. Gougerot. Tuberculose cutanée, tuberculides; — 3 h. : M. Gougerot. Traitements généraux de la tuberculose; — 4 h. : M. Gougerot. Tuberculides.

Mercredi 5 octobre. — 3 h. et 4 h. : M. Gougerot. Mycoses.

Jeudi 6 octobre. — 1 h. 30 : M. Touraine. Dermatoses artificielles de cause interne; — 3 h. : M. Marcel Bloch. Méthodes de laboratoire.

Vendredi 7 octobre. — 1 h. 30 : M. Giraudeau. Technique de radiothérapie cutanée; — 3 h. : M. Burnier. Lupus pernio. Engelures. Couperose.

Samedi 8 octobre. — 1 h. 30 : M. Touraine. Lupus de Willan; — 3 h. : M. Marcel Bloch. Erysipèle.

Lundi 10 octobre. — 1 h. 30 : M. Milian. Chéloïdes; — 3 h. : M. Burnier. Lichen plan.

Mardi 11 octobre. — 9 h. 30 : M. Sabouraud. Teignes; — 1 h. 30 : M. Touraine. Lupus de Willan; — 3 h. : M. Giraudeau. Indications de la radiothérapie cutanée.

Mercredi 12 octobre. — 1 h. 30 et 3 h. : M. Gougerot. Mycoses.

Jeudi 13 octobre. — 1 h. 30 : M. Thibierge. Dermatoses artificielles de cause externe; — 3 h. : M. Civatte. Histologie normale et pathologique de la peau.

Vendredi 14 octobre. — 1 h. 30 : M. Bizard. Finsenthérapie; — 3 h. : M. Noiré. Vaccinothérapie.

Samedi 15 octobre. — 1 h. 30 : M. Thibierge. Erythème induré de Bazin; — 3 h. : M. Civatte. Histologie normale et pathologique de la peau.

Lundi 17 octobre. — 1 h. 30 et 3 h. : M. Gougerot. Mycoses.

Mardi 18 octobre. — 9 h. 30 : M. Sabouraud. Teignes; — 1 h. 30 : M. Sézary. Mélanodermies diffuses; — 3 h. : M. Civatte. Histologie normale et pathologique de la peau.

Mercredi 19 octobre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Prurits; — 3 h. : M. Burnier. Sclérodermie. Maladie de Raynaud.

Jeudi 20 octobre. — 1 h. 30 : M. Touraine. Lupus érythémateux; — 3 h. : M. Bloch. Morve.

Vendredi 21 octobre. — 1 h. 30 : M. Pomaret. Pharmacologie dermatologique; — 3 h. : M. Burnier. Dermatoses squameuses. Pityriasis rosé.

Samedi 22 octobre. — 1 h. 30 : M. Touraine. Traitements locaux, cautérisations, scarifications; — 3 h. : M. Chevalier. Eczéma.

Lundi 24 octobre. — 1 h. 30 : M. Louste. Erythème polymorphe; — 3 h. : M. Burnier. Eczéma (traitement).

Mardi 25 octobre. — 9 h. 30 : M. Sabouraud. Pityriasis simplex et stéatoïdes; eczématides; — 1 h. 30 : M. Chevallier. Dermatoses parasitaires. Phtiriase; — 3 h. : M. Giraudeau. Haute fréquence, air chaud, rayons ultra-violets.

Mercredi 26 octobre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Prurigos aigus et chroniques; — 1 h. 30 : M. Milian. Diagnostic des ulcérations de la langue.

Jeudi 27 octobre. — 1 h. 30 : M. Thibierge. Simulation en dermatologie; — 3 h. : M. Touraine. Furoncles, anthrax, botriomycose.

Vendredi 28 octobre. — 1 h. 30 : M. Noiré. Traitement et radiothérapie des teignes; — 3 h. : M. Burnier. Herpès.

Samedi 29 octobre. — 1 h. 30 : M. Chevallier. Eczéma, formes cliniques; — 3 h. : M. Marcel Bloch. Ulcères de jambes, éléphantiasis.

Lundi 31 octobre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Psoriasis; — 3 h. : M. Burnier. Zona.

Mercredi 2 novembre. — 1 h. 30 : M. Chevallier. Impétigo, ecthyma, intertrigo; — 3 h. : M. Giraudeau : Neige carbonique, électrolyse, ionisation.

Jeudi 3 novembre. — 1 h. 30 : M. Touraine. Urticaire, urticaire pigmentaire; — 3 h. : M. Chevallier. Maladies des poils et des glandes cutanées, hypertrichoses, dyshidroses, bromydroses.

Vendredi 4 novembre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Pythiriasis-rubra pilaire; — 3 h. : M. Louste. Kératose palmo-plantaire.

Samedi 5 novembre. — 1 h. 30 : M. Chevallier. Acné, folliculite; — 3 h. : M. Marcel Bloch. Pustule maligne (charbon).

Lundi 7 novembre. — 1 h. 30 : M. Rubens-Duval. Radium; — 3 h. : M. Civatte. Histologie pathologique de la peau.

Mardi 8 novembre. — 9 h. 30 : M. Sabouraud. Séborrhée; — 1 h. 30 : M. Ferrand. Tumeurs de la peau; — 3 h. : M. Chevallier. Ichtyose, kératose pilaire.

Mercredi 9 novembre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Pemphigus; — 3 h. : M. Louste. Pellagre, xanthome, xanthélasma.

Jeudi 10 novembre. — 1 h. 30 : M. Ferrand. Tumeurs de la peau; — 3 h. : M. Touraine. Vitiligo, dyschromies, mélanodermie; — 4 h. 30 : M. Marcel Bloch. Maladie de Recklinghausen.

Vendredi 11 novembre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Dermatite de Dürhing; — 3 h. : M. Rubens-Duval. Radium.

Samedi 12 novembre. — 1 h. 30 : M. Thibierge. Accidents du travail; — 3 h. : M. Touraine. Dermatites exfoliantes; — 4 h. : M. Ferrand. Tumeurs de la peau.

Lundi 14 novembre. — 1 h. 30 : M. Gougerot. L'eczéma réaction de défense; — 3 h. : M. Gougerot. Sycosis microbiens.

Mardi 15 novembre. — 9 h. 30 : M. Sabouraud. Traitements des états séborrhéiques; — 1 h. 30 : M. Chevallier. Purpura; — 3 h. : M. Gougerot. Dermo-épidermites microbiennes; — 4 h. : M. Gougerot. Complications cutanées des plaies de guerre.

Les leçons auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre Henri IV.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Pour faciliter aux voyageurs à destination ou en provenance d'Algérie, la traversée de Marseille, la Compagnie des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée et la Compagnie générale transatlantique ont mis récemment en service une correspondance par autobus entre la gare de Marseille-Saint-Charles et le quai de la Joliette (quai d'embarquement de la Compagnie générale transatlantique) fonctionnant à l'arrivée et au départ de chaque paquebot.

Le prix de transport de la gare au quai d'embarquement ou vice versa est de 4 francs par personne. Les voyageurs peuvent emporter avec eux dans l'autobus quelques menus bagages à main.

La Glande génitale mâle et les glandes endocrines. *Etude histo-physiologique*, par le Dr Edouard RETTERER, docteur ès sciences naturelles, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et Serge VORONOFF, directeur de la station de chirurgie expérimentale du collège de France. Un vol. petit in-8 de 240 pages, avec 51 figures dans le texte. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin.

REVUE GÉNÉRALE

MALADIE D'ADDISON [1]

Par René PORAK.

Marche. Durée. Terminaison. — La maladie d'Addison a une marche progressive, aboutissant peu à peu à l'amaigrissement et à la cachexie. Elle offre quelquefois des rémissions d'assez longue durée pendant lesquelles les forces reparaissent en même temps que le teint s'éclaircit sensiblement. La guérison est considérée comme très rare.

La durée (2) moyenne de la maladie d'Addison est de deux à trois ans. Exceptionnellement, la durée est très courte (quelques mois) ou très longue (seize à dix-sept ans). Dans ces derniers cas, les rémissions expliquent la prolongation de la maladie qui est ou bien continue, rémittente ou franchement intermittente.

La terminaison lente de la maladie d'Addison est la plus fréquente : le cortège habituel de la cachexie se déroule : vomissements incoercibles, diarrhée, tachycardie, hypothermie, odeur cadavéreuse, stupeur, coma.

D'autres fois, la mort est rapide et rappelle les faits expérimentaux d'ablation totale bilatérale des surrénales : cette insuffisance aiguë est souvent déclenchée par une infection intercurrente, une fatigue, une chloroformisation ou un traumatisme (3), et se manifeste par une diarrhée profuse, un état cholérique accompagnés de douleurs abdominales violentes, de crampes, de sueurs froides, d'oligurie, de tendance au collapsus.

Enfin la mort subite (4) est une terminaison de maladie d'Addison : le sujet, par exemple, se soulève sur son lit et meurt : quelques prodromes annoncent quelquefois ce dénouement (dyspnée, cyanose, mouvements convulsifs).

Formes cliniques. — I. La maladie d'Addison se caractérisant par l'atteinte de l'appareil sympathico-surrénal, quel que soit le début et l'évolution de la lésion, on comprend que la succession et le développement de chaque symptôme soit très variable.

II. L'appareil organo-végétatif varie avec l'âge, et les réactions à la tuberculose ou à la syphilis du sympathique seront différentes dans la jeunesse et chez le vieillard.

III. Enfin, tout se tient dans le système endocrine et dans le système nerveux, et les altérations ou les compensations peuvent entraîner des troubles bien au delà des limites assignées à la maladie d'Addison.

I. Formes suivant la précocité et l'intensité des symptômes addisonniens. — Normalement, l'asthénie précède la mélanodermie et les troubles gastro-intestinaux. Dans certaines formes à prédominance gastro-intestinale et douloureuse, la mélanodermie apparaît plus tardivement. Dans d'autres cas enfin, la mélanodermie apparaît précocement : par exemple, dans un cas classique, la pigmentation s'était montrée à la face d'abord, puis au reste du corps, quinze mois avant les premiers symptômes d'asthénie.

Une mention spéciale (1), doit être faite de l'addisonisme (2) : il s'agit de tuberculeux, présentant de petits placards disséminés, teinte café au lait, aux parties latérales du cou, autour du mamelon, sur les épaules; anémie, fatigue et hypotension, sont plus développées que chez les tuberculeux habituels. Ces malades sont menacés de mort subite comme les autres addisonniens.

Une particularité pigmentaire curieuse est le vitiligo associé à la pigmentation.

II. Formes suivant l'age. — Chez l'enfant, la maladie d'Addison débute par des troubles gastro-intestinaux, la diarrhée se substitue à la constipation presque constante au début de la maladie d'Addison chez l'adulte.

La pigmentation est très marquée, les ongles et la chevelure blonde, par exemple, noircissent rapidement.

L'évolution est courte. A une période avancée, on note comme toujours chez l'enfant, une prédominance des manifestations nerveuses (convulsions, mouvements choréiformes). La mort est subite ou rapide, avec syndrome péritonitique (3). Un seul cas de guérison publié en France (4).

Chez l'adolescent, la maladie d'Addison s'accompagne de signe d'infantilisme que l'opothérapie surrénale améliorerait (5).

Chez le vieillard, l'asthénie et la somnolence dominent le tableau clinique. La pigmentation est peu marquée. La mort survient dans le marasme.

III. Formes associées. — Le sympathique abdominal est seul touché dans la maladie d'Addison typique, son atteinte peut prendre une extension beaucoup plus grande, telle cette observation où se développèrent successivement la chlorose, la maladie de Basedow et la maladie d'Addison, toutes maladies dépendant du sympathique (6).

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 62, p. 981.
(2) Voici la statistique de Jaccoud dans le *Dictionnaire* cité :

Dans 11 cas, durée de 3 mois,
Dans 11 cas, durée de 2 ans,
Dans 9 cas, durée de 3 ans,
Dans 4 cas, durée de 4 ans,
Dans 3 cas, durée de 5 ans,
Dans 1 cas, durée de 8 ans,
Dans 1 cas, durée de 9 ans.

(3) Ménétrier et Oppenheim. Doléris et Malartiç. — Voir pour plus de détails, l'insuffisance surrénale aiguë dans le *Traité* de E. Sergent.
(4) Pour Boinet, s'observe 3 fois sur 10.

---

(1) Martineau. Thèse citée.
(2) Laffite et Moncany. — Boinet.
(3) Netter et Nattan-Larrier.
(4) Variot.
(5) Castellino. Loc. cit.
(6) Moutard-Martin et Malloizel (*Soc. méd. des hôpit.*, 1903) signalent « un cas de maladie de Basedow avec symptômes addisonniens ». — Boinet (L'addisonisme, *Arch. gén. de méd.*, 1904, p. 2.349) signale le deuxième cas. — Murri. Loc. cit. — G. Etienne (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 juin 1910, p. 824) insiste sur les rapports de la dysthyroïdie et de la dyssurrénalie, « la modification fonctionnelle des surrénales paraît nettement sous la dépendance de l'intoxication dysthyroïdienne, puisque, en quinze jours, la pigmentation bronzée soit très remarquablement atténuée sous l'action du sérum de chèvre éthyroïdée pour s'accentuer de nouveau tout aussi rapidement avec la cessation de l'intervention de ce sérum ». Un cas tout différent est décrit dans le mémoire suivant : A. Siredey et Mlle de Jong. « Goitre exophtalmique avec pigmentation généralisée. » La dyssurrénalie est loin d'être nettement mise en évidence dans cette observation. « Il faut bien se souvenir que nous n'avons relevé, chez notre malade, aucun signe net d'insuffisance surrénale... la faiblesse qu'elle accuse est suffisamment expliquée par les troubles circulatoires dépendant de la maladie de Basedow... »... « Il serait donc plus rationnel de mettre en cause ici l'influence, encore mal connue, de certaines altérations du grand sympathique qui auraient provoqué à la fois la maladie de Basedow et la mélanodermie. »

D'autre part, les corrélations entre glandes à sécrétion interne donnent une nouvelle raison d'association entre divers syndromes. Les associations de la maladie d'Addison et de la maladie de Basedow ou de l'insuffisance génitale (1), sont les plus connues. L'infiltration des téguments, notamment des paupières, signalée dans la maladie d'Addison, relève peut-être d'insuffisance thyroïdienne. Plusieurs maladies pour lesquelles les altérations du sympathique ou des glandes endocrines ont été tour à tour invoquées, se trouvent aussi associées à la maladie d'Addison, par exemple : la maladie de Paget, la maladie de Recklinghausen, la sclérodermie, le diabète bronzé.

Pronostic. — L'opinion généralement admise est la gravité fatale de la maladie d'Addison. Il y aurait à côté des cas mortels, des syndromes addisonniens complets relevant de l'intoxication digestive et très faciles à traiter et à guérir (2).

Diagnostic. — Le diagnostic n'est vraiment délicat qu'aux périodes initiales de la maladie, périodes pendant lesquelles l'asthénie se développe insidieusement. Le praticien qui n'a pas l'attention attirée sur la maladie d'Addison, maladie relativement rare, pensera au diabète et, en l'absence de glycosurie, se contentera du diagnostic de neurasthénie (3). C'est à ce stade qu'il pourra être intéressant de rechercher certains symptômes tels que la mélanodermie provoquée, et de pratiquer ergogrammes et épreuves glandulaires. Malheureusement, ces deux dernières recherches ne peuvent être menées à bien que dans une clinique bien organisée, elles sont impossibles pour le praticien qui n'a ni l'instrumentation, ni le temps nécessaires à de telles recherches.

L'examen du malade à l'ergographe de Mosso ou de Jean Camus est un excellent procédé de diagnostic; « ce qui caractérise essentiellement l'addisonnien est moins la perte de l'énergie musculaire à déployer dans un effort unique que la disparition plus ou moins complète de la résistance à la fatigue ». Par exemple : « alors que le tuberculeux simple peut exercer un travail soutenu (soulever un poids de 1 kilogramme toutes les deux secondes) pendant un certain temps, l'addisonnien, qui au début aura soulevé le même poids à la même hauteur, sera vite épuisé; sa courbe indique une chute rapide » (4).

Les épreuves glandulaires (5), sont basées sur ce fait que les extraits de glandes à sécrétion interne agissent différemment suivant les maladies endocrines. Dans la maladie d'Addison, dans les formes lentes et dans les formes rapides, les réactions aux injections d'extraits hypophysaire et thyroïdien sont anormales : l'action de l'hypophyse (lobe postérieur, Choay), agit sur la pression artérielle et sur le pouls, dans les minutes qui suivent l'injection de façon inverse à l'effet normal (1). L'épreuve thyroïdienne est inverse comme l'épreuve hypophysaire (2).

En présence d'une maladie d'Addison confirmée, on éliminera la pigmentation (4) de la grossesse, le hâle solaire (3), la mélanodermie arsenicale et ce diagnostic peut être assez difficile. On le fera d'après l'aspect tacheté de la dermatose qui, généralement, épargne la face, et d'après les autres signes d'intoxication : troubles oculaires, sécheresse de la gorge, état lichénoïde de la paume des mains et de la plante des pieds.

La phtiriase généralisée en impose parfois pour une maladie d'Addison; cependant, elle ne s'accompagne pas de taches de la muqueuse buccale ; la coloration est nulle ou faible sur les régions découvertes, la peau est rugueuse par lésions de grattage, enfin la guérison s'obtient rapidement par des soins locaux.

Le diagnostic avec la maladie des vagabonds (5) donnera le change les premiers jours d'hospitalisation ; mais le repos et l'alimentation remettent très vite le malade d'aplomb.

Le diagnostic avec le paludisme chronique se fera par les commémoratifs, par la mensuration de la rate, et surtout par l'examen du sang. La constatation de l'hypertrophie du foie et la présence du sucre dans les urines feront penser à la cirrhose hypertrophique pigmentaire des diabétiques.

Chez certains tuberculeux, particulièrement chez ceux qui ont de la péritonite chronique, il y a souvent de la mélanodermie, mais généralement les muqueuses sont indemnes, l'asthénie est absente et d'ailleurs, il n'est pas impossible que dans ces cas, les glandes surrénales participent à l'infection bacillaire. Des vieillards atteints de diarrhée chronique rebelle ont une pigmentation de l'abdomen et du front, sans être atteints de maladie d'Addison. Le masque dyspeptique n'induira pas en erreur. D'une façon générale, les cachectiques se pigmentent, mais la cachexie est un état terminal et dans les stades antérieurs de la maladie, l'attention du médecin a été attirée sur l'existence d'un cancer, d'une cirrhose, d'une néphrite ou d'une dilatation du cœur.

Beaucoup d'autres maladies s'accompagnent de pigmentation : les syphilitiques se pigmentent et comme leurs surrénales sont souvent atteintes, il faut songer, lorsque la pigmentation s'étend, à une complication surrénale de la syphilis.

(1) Voir surtout : Marcel Sourdel. Contribution à l'étude anatomo-clinique des syndromes pluriglandulaires, *Th. de Paris*. 1912. — A titre d'exemple, nous ne saurions mieux faire que de résumer une observation de H. Claude et Gougerot : Homme de quarante-cinq ans qui, à la suite d'une atrophie des testicules et des organes génitaux, présenta des symptômes de tétanie, puis de l'œdème, de l'albuminurie, de l'asthénie ; dans les mois qui précédèrent la mort par tuberculose pulmonaire, d'autres troubles survinrent : un épaississement très appréciable de la peau, une pigmentation cutanée s'étendant aux muqueuses, de l'hypotension et une asthénie extrême ; à l'autopsie, lésions tuberculeuses des surrénales, du corps thyroïde et des organes génitaux.

(2) Grawitz. Déjà cité.

(3) Dufour et Rogue de Fursac (*Revue neurol.*, 1899, t. II) rattachent souvent la neurasthénie à l'insuffisance surrénale.

(4) P. Langlais (*Dictionnaire de physiologie*, maladie d'Addison) résumant les travaux d'Abelous, Charrin et Langlois.

(5) Henri Claude et René Porak. — Baudouin, de son côté, a spécialement étudié ces épreuves glycosuriques sous l'influence d'extraits d'organes.

(1) René Porak. Thèse citée.

(2) René Porak. Mémoire inédit de fin d'internat déjà cité. Ces épreuves seront complétées par la recherche du signe de H. Claude, *Soc. de biol.*, 1921. — Guillaume remarque que la pression minima ne s'élève pas dans l'effort comme chez le sujet normal (inédit).

(3) Thibierge (*Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 1899) fit le diagnostic chez un nègre par les douleurs lombaires, l'asthénie et les taches pigmentaires disséminées dans la bouche et sur les lèvres.

(4) A rapprocher les souffleurs de verre, hâlés par le feu.

(5) Pierre Marie, à propos d'un cas, pense qu'on doit s'appuyer sur la diminution des réflexes pour conclure à la maladie d'Addison, mais Hirtz (*Médecine moderne*, 21 mai 1902), chez deux malades, a trouvé de l'exagération des réflexes ; j'ai retrouvé cette même exagération dans plusieurs cas. Il est donc impossible de se baser sur un signe aussi inconstant.

Des maladies nerveuses (1) (par exemple, la maladie de Recklinghausen et la pellagre) s'accompagnent de pigmentation, sans que, dans la généralité des cas, on n'admette l'insuffisance surrénale.

Il importe, enfin, d'insister sur les lésions de l'ovaire qui s'associent, le plus souvent, à la maladie d'Addison. Il est intéressant de signaler qu'une lésion de l'ovaire peut, à elle seule, simuler la maladie d'Addison, telle cette observation de dégénération kystique des deux ovaires simulant la maladie d'Addison et guérissant par l'extirpation des ovaires (2).

Notons, enfin, que la pigmentation des muqueuses n'est pas pathognomonique; des sujets normaux (Roumains, Tziganes) et d'autres malades (saturnins) la présentent.

Pathogénie. — Addison a fait œuvre de clinicien et s'est contenté de poser le problème pathogénique sans le résoudre : « Tout en pensant que dans certains cas, il est impossible de ne pas considérer les altérations de ces couleurs, subies par le malade, comme le résultat de la lésion des capsules, et probablement de cette lésion seulement; nous savons toutefois que ces organes sont très voisins du plexus solaire et des ganglions semi-lunaires et sont même en contact avec ces parties qui leur envoient un grand nombre de nerfs; qui peut dire quelle influence, le contact de ces organes malades, peut avoir sur ces grands centres nerveux, et quelle part, les effets secondaires peuvent prendre dans la production de troubles de la santé générale et des autres symptômes observés. » Les successeurs d'Addison se sont quelquefois écartés du problème si nettement posé.

Théorie sanguine (3). — La maladie bronzée d'Addison serait une espèce nouvelle d'anémie à introduire dans le cadre, déjà si étendu, des maladies chroniques qui appartiennent à cette classe. « Tous les symptômes généraux qu'on y observe, se réduisent en dernière analyse, à ceux de l'anémie la plus profonde. »

Cette théorie ne fut pas admise longtemps; on en trouve la preuve dans un Traité classique (4): « Il paraît résulter de l'ensemble des faits observés, que la maladie bronzée n'est pas une anémie, mais une asthénie (mélanodermie asthénique ou asthénie surrénale). »

Les modernes ne retiennent rien de la théorie sanguine, sinon l'état d'auto-intoxication. Mais celui-ci n'est pas dû aux lésions des organes hématopoiétiques et paraît en rapport avec l'insuffisance surrénale, comme nous l'exposerons dans la théorie glandulaire et dans la théorie mixte.

Théorie nerveuse. — La malade d'Addison est le résultat d'une altération du système nerveux sympathique. La substance médullaire des surrénales est un appareil dépendant du système nerveux abdominal. Dans la maladie d'Addison, les ganglions semi-lunaires sont dans un état permanent d'excitation. En vertu de la transmission réflexe, cette excitation qui arrive aux ganglions par les nerfs surrénaux, impressionne par la voie efférente de l'arc diastaltique, les différents viscères abdominaux.

(1) Vulpian. Pigmentations dans les maladies nerveuses, *Th. de Paris*, 1896.
(2) Neusser. Cité par Pende.
(3) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1862, t. II, p. 684. — A rapprocher la théorie de Germain Sée et Debove qui donnait à la maladie d'Addison une origine cachectique.
(4) Max Durand-Fardel. *Traité pratique des maladies chroniques*, 1868.

L'asthénie s'expliquerait parce que l'état du sympathique retentit sur le système nerveux central. A l'excitation du plexus solaire répond l'asthénie du système nerveux central (1).

Théorie glandulaire (2). — Cette théorie a été soutenue par des physiologistes qui ont comparé la maladie d'Addison aux insuffisances surrénales expérimentales, après décapulation double totale. Bien que ces résultats ne rappellent que de très loin, l'évolution des symptômes de la maladie d'Addison, nous retiendrons quelques faits; après décapulation, l'animal meurt rapidement; le sang de cet animal est toxique pour un animal récemment opéré, tandis que la transfusion du sang d'un animal sain, retarde la mort.

La mort des animaux décapsulés est beaucoup plus rapide si ces animaux exécutent un travail musculaire (3).

La théorie glandulaire n'explique pas tous les symptômes de la maladie d'Addison et les partisans de cette théorie reconnaissent que « les troubles gastro-intestinaux très inconstants dans leurs effets et dans leur forme se rattachent très souvent aux lésions concomitantes des différents organes voisins et non aux altérations des glandes surrénales (glandes lymphatiques, plexus) ».

Il faut donc surtout souligner dans la théorie glandulaire, le rôle direct ou indirect des surrénales dans la désintoxication et la défense de l'organisme. Les modifications histologiques et humorales, qui se produisent dans l'immunisation, donnent une nouvelle force à cette théorie ancienne (4).

Théorie mixte (5). — Les relations intimes des surrénales et du plexus solaire, dont l'anatomie

(1) Jaccoud. Article du *Dictionnaire* cité. — Virchow (*Pathologie des tumeurs*, 1871, t. III, p. 146), après avoir montré que la maladie d'Addison n'est pas toujours en rapport avec la tuberculose, la syphilis ou le carcinome des surrénales, après avoir montré que la maladie bronzée n'est pas due à la tuberculose seule, indépendamment de son siège, conclut qu'il n'y a qu'une possibilité : « C'est qu'il n'y ait à s'en prendre ni au processus, ni à l'organe, mais bien, et d'une manière décisive, au rapport de l'organe avec d'autres parties, surtout avec les parties voisines et probablement avec les grands plexus nerveux épigastriques. » ... Et il poursuit : « Si je suis particulièrement enclin à partager l'idée d'une maladie des nerfs, c'est qu'on a observé plusieurs fois des changements très considérables de coloration de la peau dans des affections du pancréas qui est l'organe le plus voisin des capsules. — Lancereaux. Loc. cit. « Ainsi, la lésion du système nerveux sympathique abdominal et non celle des capsules surrénales est la condition pathogénique du syndrome connu sous le nom de maladie d'Addison, et l'explication de la fréquence de cette maladie, dans la tuberculose des capsules surrénales et celle de sa rareté dans les autres désordres du même organe, se trouve dans la tendance toute particulière que possède le tubercule à envahir les cordons nerveux. »
(2) Brown-Séquart. *Arch. gén. de méd.*, 1856; — *Moniteur des hôpit.*, 1856.
(3) P. Langlois (*Th. de doctorat ès sciences*, 1897, p. 23) montre que le poison résultant du travail musculaire et neutralisé par la surrénale a quelque analogie avec le curare. Langlois insiste aussi sur la toxicité de l'extrait musculaire de grenouilles acapsulées ou tétanisées, la toxicité du sang des animaux acapsulés pour les animaux de même espèce et l'action antitoxique du tissu des capsules surrénales.
(4) P. Mulon et René Porak. Loc. cit.
(5) La théorie actuellement classique est celle de E. Sergent et de Léon Bernard : l'asthénie relève de l'insuffisance surrénale et la mélanodermie d'une irritation du sympathique. Cette théorie exacte, dans certains cas, est trop schématique et ne peut expliquer tous les faits. — Pour Sézary (*Presse méd.*, 9 avril 1921), la théorie sympathique de la mélanodermie est inacceptable. « Pour

pathologique prouve l'importance, amènent à penser que la théorie mixte est la seule défendable à notre époque. Un point de vue physiologique, éclairé par des expériences récentes, permet d'ouvrir des vues pathogéniques plus nettes actuellement qu'autrefois.

Pour comprendre l'ensemble des faits, les cas cliniques resteront présents à l'esprit; la maladie d'Addison, en effet, n'évolue pas d'une manière toujours semblable à elle-même. Le processus inflammatoire progresse du sympathique aux surrénales ou des surrénales au sympathique; des poussées inflammatoires irritent passagèrement glandes et appareil nerveux. La sclérose et l'atrophie du sympathique abdominal ne peuvent s'accompagner des mêmes symptômes que les poussées inflammatoires. Le mode de propagation et la durée de celui-ci jouent aussi un rôle capital; des glandes accessoires des surrénales s'hypertrophient en cas de lésions très progressives des deux glandes principales et l'organisme recouvre son équilibre un moment troublé; une certaine instabilité persiste; les glandes accessoires suffisent à remplir leur fonction dans des conditions de vie réduites; surviennent: infection, traumatisme, ébranlements moraux, l'insuffisance glandulaire éclate de nouveau. L'un de mes malades s'acquittait bien d'une besogne journalière régulière; il partit au début de la guerre de 1914, et après quelques semaines, dut être définitivement renvoyé à son foyer, tant l'asthénie s'était accrue! Après un repos d'un mois, il reprit son travail et l'équilibre était rétabli, quand il fut atteint d'un abcès, à la suite d'avulsion de dents qui déclancha l'insuffisance surrénale aiguë dont il mourut.

Donc, les symptômes de la maladie d'Addison ne comportent pas une pathogénie univoque; tout dépend de l'état fonctionnel des surrénales et du sympathique, et cet état varie suivant l'évolution de la tuberculose, de la syphilis ou du cancer sympathico-surrénale. Le rôle des surrénales et du sympathique est mieux compris aujourd'hui qu'il y a quelques années. L'engouement pour l'adrénaline, bien compréhensible, lorsqu'on songe aux nombreuses propriétés physiologiques de ce poison, fit aiguiller vers des conceptions pathogéniques que nous savons aujourd'hui erronées; l'adynamie et l'hypotension artérielle relevaient du défaut d'adrénaline, l'adrénaline étant l'hormone chargée, par l'intermédiaire du sympathique, de maintenir le tonus des fibres musculaires lisses et striées.

Or, actuellement, l'adrénaline n'est plus une hormone, mais une substance de déchet que l'organisme oxyde, afin de n'être pas empoisonné. La glande médullaire surrénale se charge d'excrétion et non de sécrétion. Si cette glande fonctionne mal la toxicité du sang augmente et les substances toxiques s'accumuleront ou s'élimineront par d'autres voies.

La glande corticale, longtemps négligée des physiologistes, devrait comporter une signification biologique importante, depuis qu'on étudie le rôle des lipoïdes dans l'organisme. La surrénale est après le cerveau l'organe le plus riche en lipoïdes; un travail lipoïdolytique et lipoïdogénique s'accomplit en elle (1); certains lipoïdes paraissent jouer sur place un rôle important, d'autres sont sécrétés au dehors (2). Il semble que dans toutes les infections et dans toutes les intoxications les lipoïdes surrénaux aient un rôle de sauvegarde (3). L'insuffisance de la corticale aboutirait donc comme l'insuffisance de la médullaire à une intoxication.

A titre d'hypothèse, il est permis de se demander si les lipoïdes surrénaux ne vont pas remplacer dans les centres nerveux les lipoïdes hors d'usage. Si pareil cycle était démontré, on comprendrait que la surrénale ait sur les centres nerveux une action dynamogénique (4).

Les glandes surrénales paraissent avoir aussi une fonction pigmentaire : les cellules de la zone réticulée absorbent les grains de pigments et les transforment (5). La mélanodermie peut être exagérée chez un sujet pigmentable quand la surrénale est insuffisante...

Le sympathique est, aussi bien que les surrénales, l'objet d'études récentes attentives (6) : il fait partie du système organo-végétatif qui règle le fonctionnement des viscères. Toute atteinte d'un segment sympathique s'accompagne de réactions inverses du système parasympathique; un état de souffrance locale par ébranlement de proche en proche se transmet au loin. Enfin, l'hypothèse ne paraît pas osée qu'une lésion sympathique dans un métamère, s'accompagne de modifications inverses ou autres dans les métamères voisins. Cette hypothèse, jointe à l'équilibre admis entre sympathique et parasympathique, permet de grouper les symptômes beaucoup mieux que la conception tout d'une pièce de la vagotonie et de la sympathicotonie (7). C'est ainsi, par exemple, qu'une sclérose avec atrophie complète des ganglions et du plexus cœliaque, s'accompagnera d'hypervagotonie gastro-intestinale et les troubles gastro-intestinaux relèveront à la fois d'atonie sympathique et de vagotonie localisées, les segments supérieurs et inférieurs du corps pouvant réagir de façon diverse à l'altération du sympathique abdominal.

Cela dit, voyons de quelle façon il est possible de comprendre, à titre provisoire, les principaux symptômes de la maladie d'Addison.

La mélanodermie a tour à tour été attribuée, soit aux altérations du sympathique, soit aux lésions des glandes surrénales. Les arguments en faveur des deux thèses ne manquent pas. La pigmentation s'observe dans différentes affections nerveuses, indépendante des surrénales : tel, par exemple, ce névropathe chez qui des taches pigmentaires de la face et de la bouche variaient d'intensité suivant son humeur (8). Inversement, après l'abla-

---

nous, dit-il, en effet, la pigmentation du type addisonnien traduit une altération de la nutrition liée à certaines dysfonctions endocriniennes. La peau trahit certains troubles fonctionnels des glandes à sécrétion interne qui agirent sur elle non pas par l'intermédiaire du système nerveux, mais par les modifications humorales qu'ils entraînent (insuffisance des hormones).

(1) PENDE. Loc. cit.

(2) René PORAK et Alfred QUINQUAUD. Teneur du sang veineux surrénal en cholestérine dans diverses conditions expérimentales, *Soc. de biol.*, 18 juillet 1914.

(3) P. MULON et René PORAK. Du rôle de la corticale surrénale dans l'immunité, *Soc. de biol.*, 4 juillet 1914.

(4) PENDE. Loc. cit.

(5) M. LUCIEN et J. PARISOT. Loc. cit.

(6) GUILLAUME La place occupée par le sympathique et ses systèmes associés dans la pathologie humaine, *Ann. de méd.*, mars 1921, t. IX, n° 3.

(7) COUREAUD (*Th. de Bordeaux*, 1911) expose les expériences de Jean GAUTRELET établissant l'insuffisance du sympathique après décapsulation. La décapsulation ne ressemble en rien au mécanisme de la maladie d'Addison et nous ne pouvons faire fond dans le présent travail sur ces expériences. J'en parlerai en traitant de l'insuffisance surrénale aiguë.

(8) RAYMOND. Cité par PENDE.

tion des surrénales, dans quelques expériences, des taches pigmentaires ont été constatées (1). Aucune donnée décisive ne permet de trancher entre ces deux théories opposées. Un fait précis est cependant à relever : lorsqu'on place à l'étuve un fragment de peau saine et un fragment de peau d'insuffisant surrénal, ce dernier fragment se pigmente avec une beaucoup plus grande intensité (2). Donc, ou bien le pigment addisonnien (genre mélanine) est un pigment d'origine sanguine déjà modifié par les surrénales, mais incomplètement du fait de l'insuffisance surrénale, ou les capsules surrénales sont très lésées et les produits de désintégration des matières albuminoïdes (tyrosine et ses dérivés) ne sont plus utilisés pour la formation de l'adrénaline, restent fixés dans la peau et s'y transforment sous l'influence des oxydases en pigments mélaniques (3). La peau exercerait une sorte de suppléance à l'égard de la couche réticulée des surrénales. Une objection est tirée de ce que les cas les plus bénins ne sont pas les plus pigmentés, mais, on pourrait répondre que ce sont aussi ceux où les accessoires se sont le mieux développées.

Toutes ces explications ne sont pas définitives et on peut admettre à côté du rôle de l'insuffisance surrénale une intervention du système nerveux. Pour expliquer l'inconstance de la mélanodermie après surrénalectomie, il faudrait admettre une constitution spéciale favorisant chez certains sujets l'apparition de la mélanodermie (4).

L'*asthénie addisonienne* est due ou bien à l'auto-intoxication que de nombreuses expériences démontrent en cas d'insuffisance surrénale expérimentale ou bien à la diminution de la lipoïdogénèse de la corticale ou bien à l'inhibition du système nerveux. Ces différents mécanismes interviennent peut-être à des degrés divers dans chaque cas clinique. Mais l'allure de l'asthénie est si particulière qu'il semble nécessaire encore actuellement d'en rester à une cause univoque, celle de l'auto-intoxication spécialement en rapport avec la fatigue musculaire. On a comparé la fatigue aux infections et aux intoxications, et l'entraînement musculaire à l'immunité acquise. Le rôle des surrénales étant reconnu dans l'immunité en général, il est naturel que ce même rôle s'applique à la défense de l'organisme contre les poisons d'origine musculaire.

Troubles gastro-intestinaux. — Certains syndromes relèvent sans doute possible du travail inflammatoire dont le système sympathique abdominal est le siège. Les crises solaires typiques qui éclatent si souvent, sont de ce nombre.

La vagotonie métamérique explique d'après les auteurs modernes, la constipation habituelle, l'anorexie, les nausées, surtout le matin à jeun, allant parfois jusqu'à constituer un véritable état nauséeux, la facilité des vomissements (5).

(1) NOTHNAGEL (dans 3 cas), TIZZONI (dans 13 cas) ont observé de la pigmentation de la peau du lapin décapsulé. F. et S. MARINO ZUCCO notent chez le lapin, de quatorze à vingt-quatre jours après capsulectomie unilatérale, des taches pigmentaires. ABELOUS, chez la grenouille, voit après vingt-quatre heures la peau de jaune clair devenir noirâtre. Cette teinte s'atténue par l'injection d'adrénaline. Chez la grenouille, l'existence de chromatoblastes richement innervés, permet d'admettre aussi une inhibition nerveuse.

(2) MEIROWSKI. Cité par

(3) M. LUCIEN et J. PARISOT. Loc. cit.

(4) PENDE. Loc. cit.

(5) R.-A. GUTMANN, in Emile ROUVIÈRE. Contribution à l'étude des réactions du pneumogastrique dans l'appendicite chronique, *Th. de Paris*, 1921.

L'auto-intoxication joue aussi vraisemblablement un rôle par exemple dans la diarrhée de la phase cachectique.

Cette description fera comprendre, comment les symptômes de la maladie d'Addison relèvent d'une pathogénie mixte. Est-il possible d'aller plus loin et de faire jouer dans la production de la mélanodermie et de l'auto-intoxication, un rôle plus ou moins prépondérant à d'autres facteurs? J'ai déjà insisté aux chapitres anatomique et clinique sur l'importance de l'ovaire, et il n'est pas douteux qu'aux phases génitales (menstruation, gestation) l'aggravation des symptômes vient de ce que, ovaire et surrénale étant insuffisants, une poussée aiguë d'auto-intoxication se produit, car on peut en effet parfaitement assimiler « le corps jaune à la cortico-surrénale et faire du corps jaune de gravidité une corticale surrénale temporaire » (1).

En dehors des signes cardinaux, nous retiendrons les signes cardiovasculaire et les phénomènes nerveux irritatifs :

Signes cardio-vasculaires. — Il était inutile d'invoquer l'insuffisance d'adrénaline pour comprendre l'hypotension; la tuberculose, l'état cachectique suffisent dans presque tous les cas à expliquer le degré d'hypotension qui est loin d'être toujours aussi bas qu'on l'admettait en théorie. Dans la sclérose des ganglions semi-lunaires, l'atonie du sympathique crée nécessairement un relâchement des vaisseaux abdominaux, nouveau facteur d'hypotension.

La tachycardie est souvent d'origine médicamenteuse, mais elle peut provenir aussi d'une hypertonie métamérique du sympathique. En cas de bradycardie (cas très rare à ma connaissance), l'atonie du sympathique ne se localiserait pas au sympathique abdominal comme dans la maladie d'Addison typique, mais se généraliserait comme cela semble se produire dans l'insuffisance surrénale aiguë expérimentale, et la vagotonie l'expliquerait.

Les *symptômes nerveux irritatifs* (contractures et convulsions) s'expliquent par une action toxique sur le système nerveux. Cette action est plus claire encore, si l'on admet que les lipoïdes des surrénales agissent sur les centres nerveux; le système nerveux serait atteint de faiblesse irritable et une intoxication même légère suffirait à déclencher des crises épileptiformes ou pseudo-méningitiques.

La mort subite relève d'un mécanisme reflexe, mais le reflexe n'a lieu qu'en cas de vagotonie; alors seulement le système nerveux est à même de la déclencher (2).

Traitement. — Il faut avant tout, essayer de guérir la cause infectieuse ([tuberculose, syphilis] qui s'attaque, à la fois, aux surrénales, au sympathique abdominal et accessoirement à d'autres organes.

En cas de processus scléro-gommeux syphilitique, le traitement spécifique est efficace, sinon curateur. Le maniement du mercure et de l'arsenic est délicat et les doses massives, bien entendu, doivent être écartées.

(1) P. MULON. Parallèle entre le corps jaune et la cortico-surrénale chez le cobaye, *Soc. de biol.*, 20 oct. 1906.

(2) R.-A. GUTMANN (L'asthme appendiculaire, *Presse méd.*, 3 nov. 1920) « L'hyperexcitabilité bulbaire permanente produite par l'irritation du vague serait la cause basale nécessaire; la pression du bouton de sonnette déclenche de même la sonnerie, mais il faut que la pile soit chargée. »

Le traitement pathogénique a peu d'action sur les lésions du sympathique, l'emploi de substances sympathicotoniques (adrénaline) exerce une action passagère sur les fibres et les ganglions périphériques du sympathique, suppléant ainsi ganglions semi-lunaires et plexus solaire. L'adrénaline ne doit être utilisée qu'à titre exceptionnel ; médicament d'urgence, de l'atonie brusque du sympathique.

D'autre part, la vagotonie métamérique constante de l'appareil gastro-intestinal sera calmée par l'atropine, mais il faut surveiller l'action toxique (règle absolue dans le traitement de la maladie d'Addison).

La thérapeutique pathogénique a surtout été discutée à propos de l'opothérapie surrénale.

L'adrénaline a eu une vogue injustifiée ; elle a déterminé des accidents graves, mortels même. Les méfaits de l'adrénaline sont faciles à remarquer en vérifiant, sur le malade, les effets cardio-vasculaires de ce médicament. L'adrénaline étant une substance angiotonique et la glande médullaire surrénale (pour les classiques) une glande angiotonique (1) il importait, dès le début de l'utilisation thérapeutique de l'adrénaline, de suivre son action sur l'appareil cardio-vasculaire des addisonniens.

Quand on injecte de l'adrénaline sous la peau ou dans les muscles, les pressions maxima et minima s'élèvent ; les systoles cardiaques deviennent énergiques parfois violentes. Cet effet physiologique intéressant, nous paraît nuisible, en dehors de cas d'urgence ou par injections espacées ; la pression brutalement élevée, baisse presque aussitôt, et laisse un myocarde fatigué. Répété systématiquement tous les jours, le traitement par l'adrénaline aboutit à l'épuisement du cœur.

L'adrénaline étend ses méfaits sur les vaisseaux ; lorsqu'on renouvelle tous les jours l'injection d'adrénaline, une véritable crampe des vaisseaux périphériques se produit, et la conséquence en est que plus le cœur se fatigue, plus la barrière périphérique augmente. Sur des tracés journaliers, la pression différentielle se réduit progressivement, réalisant les plus mauvaises conditions circulatoires qu'on puisse imaginer (2).

(1) A défaut de traitement pathogénique, il faut traiter l'addisonnien comme les autres tuberculeux : recalcifiants, lécithine, bains sulfureux, friction, massage, électrothérapie.

(2) René PORAK. L'action cardio-vasculaire de l'adrénaline chez l'homme, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1920, p. 1194 ; — *Ann. de méd.*, fév. 1920.

Voici deux exemples d'épreuve surrénale tirés de mon mémoire de fin d'internat : Effets comparatifs de l'extrait surrénal total chez G..., addisonnien, et chez L..., sujet normal. L'épreuve a été faite simultanément et dans les mêmes conditions.

1° *Modifications de la pression artérielle.* — G..., les modifications de la pression artérielle débutent vingt-huit minutes après l'injection de 1 centimètre cube d'extrait de médullaire surrénale Choay. La pression artérielle passe de 18-9 à 20-9 (appareil de Pachon). Lo..., cinq minutes après l'injection de même dose, la pression passe de 19-7 à 29-13.

2° Modifications du pouls :

	Avant l'injection	3 min. après l'inject.	5 min. après l'inject.	22 min. après l'inject.	1 h. 34 après l'inject.	3 h. 30 après l'inject.
G ...	92	92	92	90	80	70
Lo ..	78	78	116	76	68	70

On peut objecter à cet exemple que G... est un addisonnien hypertendu. Voici le cas d'une addisonnienne hypotendue :

P... Injection de 1 centimètre cube d'extrait médullaire (Choay) ; les modifications de la pression artérielle débutent trente-six minutes après une injection.

La pression artérielle passe de 10-7 à 12-7.

Le pouls passe de 120 à 94.

Chez une tuberculeuse servant de témoin, la pression artérielle passe de 13-7 à 18-9, et le pouls de 66 à 82.

Au chapitre du diagnostic, j'ai décrit les épreuves glandulaires ; j'ai omis à dessein l'épreuve surrénale, car j'ai observé que l'adrénaline, dans les minutes qui suivent l'injection, agissait beaucoup moins chez les sujets sursaturés par un traitement intensif et prolongé que chez les sujets normaux. Les épreuves glandulaires intéressantes, pour le diagnostic, le sont donc aussi pour la direction du traitement : l'adrénaline a créé une sorte d'ankylose du système circulatoire qu'il faut désintoxiquer au plus vite.

Voilà pourquoi l'adrénaline doit être rejetée, sauf cas exceptionnels, du traitement de la maladie d'Addison. D'ailleurs, tout ce que j'ai déjà dit, prouve que l'adrénaline n'est pas une hormone et son emploi opothérapique est une erreur.

La plupart des auteurs ont remarqué que l'extrait total des surrénales agissait mieux que l'adrénaline, pour atténuer la mélanodermie et l'asthénie. Pour être tout à fait logique, il faudrait supprimer la glande médullaire et faire absorber seulement la glande corticale : chez le mouton, les deux glandes se séparent aisément et Choay, sur ma demande avait préparé des ampoules injectables de l'écorce surrénale ; mais je n'avais rien publié sur cette question et je crois que ces ampoules ont disparu du commerce, n'étant demandées par personne.

La corticale surrénale ainsi débarrassée du poison adrénalinique peut être employée larga manu sans craindre les terribles accidents auxquels expose l'adrénaline et même l'extrait total de surrénal.

Les résultats sont parfois excellents ; on conçoit que la guérison complète ne puisse être obtenue dans certains cas, puisque la lésion du sympathique continue à progresser (1). D'ailleurs, l'opothérapie ne remplace pas complètement la glande vivante, elle apporte des sécrétions achevées, mais elle ne transforme pas les lipoïdes in situ, telle qu'elle paraît le faire normalement (2).

En dehors du traitement pathogénique (3), l'hygiène doit être prescrite par menus détails à l'addisonnien, qui est perpétuellement en imminence d'in-

(1) E. SERGENT (*Bull. gén. de thérap.*, 15 juin 1912). L'opothérapie surrénale « s'adapte bien plus étroitement aux syndromes non addisonniens qui sont des syndromes d'insuffisance surrénale pure ». Je reviendrai, prochainement, sur ce point.

(2) P. CARNOT (Opothérapie, *Bibliothèque de thérapeutique* de A. Gilbert et P. Carnot, 1910. p. 490) divise en trois catégories les résultats obtenus :

1° Dans la grande majorité des cas, le résultat thérapeutique fut à peu près nul (Charrin et Langlois, Chauffard, Granger-Stewart, P. Marie).

2° Dans un deuxième groupe (Marie, Maragliano, Widal, Hayem), il y eut amélioration plus ou moins considérable. A retenir surtout le cas de Béclère : il s'agissait d'un jeune homme de vingt-quatre ans, asthénique depuis quinze mois et ayant une pigmentation typique, avec troubles digestifs, vomissements, douleurs lombaires, etc. Le malade, après quatre mois de traitement, guérit complètement. Le sujet fut suivi trois ans ; il n'a plus présenté de symptômes addisonniens ; mais la tuberculose pulmonaire a progressé.

3° Dans un troisième groupe de cas, on peut ranger des faits où la médication a paru nuisible. Foa et Pellacani puis Zucco lui attribuent la mort de leurs malades. Dans un cas de Rendu, il s'agissait d'un tuberculeux atteint de maladie d'Addison, mais non encore très atteint. L'ingestion de glande fraîche de veau à des doses élevées (15 à 20 grammes par jour) coïncida avec l'éclosion d'une néphrite aiguë, avec un œdème des membres inférieurs, de la dyspnée, de la diarrhée, etc. La mort survint en dix jours, par urémie aiguë, alors que le malade n'avait eu auparavant aucun signe de néphrite.

(5) Je n'ai pas cru devoir rappeler le traitement symptomatique (diarrhée, vomissements...) qu'on enseigne dans les cours élémentaires de thérapeutique et qui, bien entendu, s'appliquent à la maladie d'Addison.

suffisance surrénale. La fatigue, les infections, les médicaments sont une menace, dont il faut éviter ou atténuer l'occasion et les effets.

HERNIE PÉRINÉALE

CONSÉCUTIVE A UNE PLAIE PAR BALLE

CURE RADICALE

Par le Dr ROBERT DIDIER.

Les hernies périnéales sont rares, tant paraît difficile la traversée des plans si résistants du plancher du bassin, tant ses aponévroses et ses muscles semblent peu favorables à la formation des trajets herniaires. On a néanmoins rapporté un certain nombre d'observations de ces hernies, dues, dans l'immense majorité des cas, à des traumatismes, chutes, ou efforts, et le plus souvent chez des malades présentant des anomalies congénitales, culs-de-sac de Douglas abaissés, canaux herniaires incomplets préexistants, toutes conditions prédisposantes à la hernie que détermine le traumatisme.

Lorsqu'on considère le développement de la région périnéale, on sait depuis les recherches de Küss (*Travaux chir. anatomo clinique*, H. Hartmann. *Voies urinaires*, G. Küss : *Anatomie normale de la prostate*, p. 67, fig. 16) que le péritoine descend dans l'épaisseur de l'éperon périnéal avec cet éperon; il y a contact primitif du périnée aponévrotique et musculaire et de la séreuse abdominale; la séreuse péritonéale descend chez l'embryon jusqu'au muscle recto-urétral. Par la suite, se produit de haut en bas l'accolement des deux feuillets péritonéaux rétroprostatique et prérectal.

La coalescence se fait au cinquième mois de la vie intra-utérine, fusion intime de ces deux feuillets séreux au niveau du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la vésicule séminale; au-dessous de ce point « nœud péritonéal » de Küss, le cul-de-sac péritonéal recto-urétro-prostatique persiste encore quelque temps à l'état de bourse séreuse isolée de la grande cavité abdominale (fig. 1).

Anormalement, le cul-de-sac peut persister à ce point que, le nœud péritonéal n'existant plus, le Douglas s'abaisse plus ou moins et dans certains cas, descend extrêmement bas.

Cette disposition anatomique explique facilement la formation des hernies périnéales; néanmoins, de telles hernies consécutives à des blessures de guerre n'ont pas dû être fréquentes, puisque nous n'avons trouvé nulle part d'observations s'y rapportant.

Celle qu'il nous a été donné d'observer était consécutive à une plaie transfixiante par balle; elle était réductible et douloureuse; nous avons pu en pratiquer la cure radicale et évacuer le malade en parfait état.

Chez ce malade, il y aurait eu un Douglas du type fœtal, descendant jusqu'à la partie supérieure du muscle recto-urétral.

La balle, ce « thermocautère volant », suivant l'expression de Cunéo, aurait coupé le muscle recto-urétral de Roux, muscle que l'on incise dans la prostatectomie périnéale; et la descente de l'intestin dans ce Douglas prolabé explique la saillie que la tumeur a pu faire sous la peau au niveau du triangle ischio-bulbaire, en dedans de l'ischio-caverneux, en dehors du bulbo-caverneux, en avant du bord antérieur du muscle transverse superficiel du périnée.

A proprement parler, c'est une hernie périnéale, qui, par rapport au muscle transverse superficiel du périnée, semble être une hernie périnéale antérieure, mais qui, en fait, si on suit son collet, est une hernie

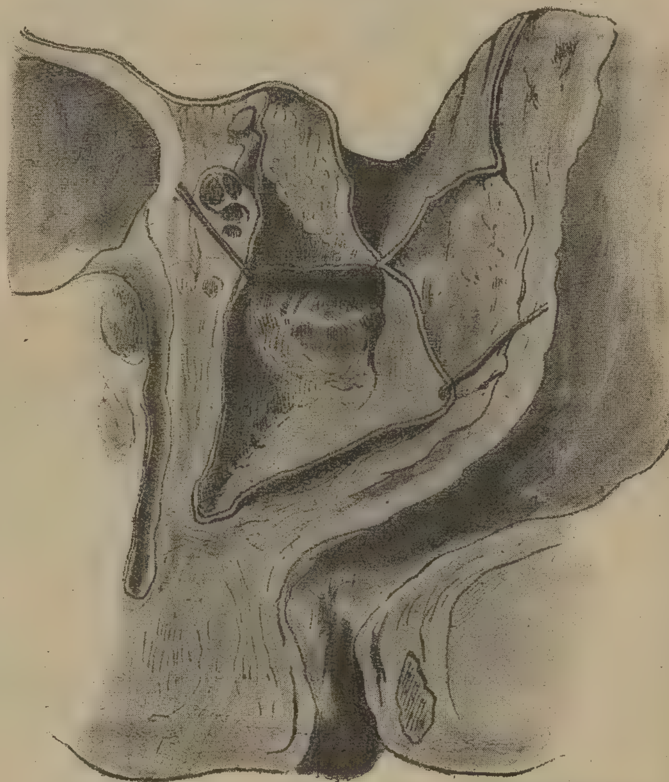


FIG. 1. — *Coupe sagittale et mediane de la région génito-rectale d'un adulte* (schéma d'après Küss, in HARTMANN, Loc. cit., p. 67, fig 16). — On voit le cul de sac de Douglas se terminant par un cul de sac plus petit; au fond de celui-ci, le feuillet péritonéal rétro-génital et le feuillet péritonéal prérectal se soudent en formant le nœud péritonéal.

périnéale moyenne. Ces faits nous expliquent que la hernie était bien perceptible, le sujet étant debout (l'intestin et l'épiploon y pénétrant) alors que, en dorsale déclive, elle se réduisait spontanément et que, à l'opération, nous avons trouvé son sac déshabité.

Voici l'observation résumée :

C..., sergent au 10e tirailleurs, trente et un ans.

Blessé le 16 avril 1916 à 7 heures; plaie par balle de mitrailleuse reçue, aux dires du blessé, de 600 mètres environ. Il ressent une douleur vive à la fesse gauche, et tombe; hémorragie peu abondante; il fait après sa blessure 14 kilomètres à pied; arrivé à l'ambulance, il est très affaibli, l'hémorragie a cessé, il urine : pas d'hématurie.

Le blessé est aussitôt évacué sur Epinal où il arrive 40 heures après; il entre à l'hôpital du collège, puis, de là, est dirigé sur notre service avec le diagnostic de « tumeur périnéale ».

Le 25 avril 1916, à l'examen, on constate : plaie transfixiante par balle, orifice d'entrée punctiforme, de 1 cm. × 8 mm., au milieu de la face postérieure de la fesse gauche; trajet oblique en dedans, traversée de la fesse, du périnée, la balle sort à la racine de la verge, à droite, par un orifice punctiforme de 1 cm. × 10 mm.

Le corps caverneux gauche a été traversé, il reste de sa blessure un nodule cicatriciel; néanmoins, pas de déformation de la verge ni à l'inspection ni à la palpation.

On constate à la région périnéale gauche inférieure une tumeur de la taille d'un gros œuf de pigeon, gargouillante, partiellement réductible; la douleur est peu vive à la palpation, mais la marche est pénible, le malade ressent une gêne sourde, une pesanteur dans le périnée.

La tumeur est nettement visible lorsqu'on relève le scrotum (fig. 2), elle est beaucoup plus apparente quand le blessé est debout.

La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, canaux inguinaux normaux, les déférents n'ont pas été touchés, pas de trace de hernie, ni inguinale, ni crurale.



Fig. 2. — Le scrotum est relevé; on aperçoit la saillie que forme à gauche la tumeur périnéale.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier. On fait le diagnostic de hernie périnéale et on laisse le malade au repos quelques jours au lit, avant de pratiquer la cure radicale.

Opération le 13 mai 1916 à 10 heures, sous anesthésie générale au chloroforme. Le malade est étendu sur la table, la jambe droite relevée, la jambe gauche attirée en haut et en dehors.

Le scrotum est remonté en haut par un aide.

Incision périnéale parallèle et en dedans du corps caverneux gauche, de 6 centimètres environ, sur la hernie.

La racine de la verge laissée en dedans, on dissèque la tumeur, on l'isole à la façon d'un sac herniaire, et on l'ouvre.

Elle comprend deux poches; l'une, oblitérée, épaissie de tissu cicatriciel, renferme un hématome, petit noyau dur en train de se résorber; l'autre est un sac vide, ne contenant plus ni intestin ni épiploon; aucune adhérence. On y introduit une longue pince pour suivre sa direction : un effort du malade amène de l'épiploon tendant à s'engager dans le sac, il n'y a donc aucun doute, le sac communique avec la grande cavité péritonéale.

On résèque la première poche, et on sectionne après ligature le sac après l'avoir isolé le plus haut possible.

On refait une paroi pour obturer solidement la cavité ainsi créée, en suturant au catgut avec des aiguilles montées très courbes et à points séparés l'ischio au bulbo-caverneux, puis les plans superficiels et la peau sans drainage.

Les suites ont été normales, le blessé a quitté le service le 11 juin, en excellent état, avec une cicatrice solide.

Nous avons eu de ses nouvelles tardives : la hernie ne s'est pas reproduite.

Études d'hydrologie cliniques, publiées par MM. les docteurs Flurin, Galup, Glénard, Heitz, Joly, Macé de Lépinay, Mallein, Mazeran, Molinéry, Paillard, Piatot, Pierra. Tome I, n° 1. — Paris, Expansion française, 7, rue de Valois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 1er aout 1921)

Traitement de la syphilis par le bismuth. — MM. R. Sazerac et C. Levaditi. Les observations que rapportent les auteurs montrent que le traitement au tartrobismuthate de sodium et de potassium détermine la disparition rapide des tréponèmes des lésions ouvertes, et la cicatrisation de ces lésions en quelques jours.

Il agit sur l'adénopathie syphilitique primaire et secondaire, et influence favorablement les accidents tertiaires. Dans un cas (syphilis traitée dès le début), la réaction de Bordet-Wassermann, qui était positive, est devenue négative et s'est montrée telle pendant les deux mois de traitement. Cette réaction est restée positive chez les autres malades. Les seuls accidents observés ont été le liseré gingival, qui traduit l'imprégnation de l'organisme par le bismuth et la stomatite.

Le temps écoulé depuis l'application du nouveau traitement est trop court pour que l'on puisse affirmer quoi que ce soit de précis au sujet de la guérison radicale de la syphilis par les sels bismuthiques (stérilisation). De longs mois d'observation sont nécessaires pour formuler une opinion définitive à ce sujet. Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus autorisent d'ores et déjà l'application de ce mode de traitement.

Les Drs Fournier, Bayet, Jacqué et A. Marie ont entrepris de nombreux essais dans toutes les formes de la syphilis. Leurs observations complètent celles de MM. R. Sazerac et Levaditi et les confirment.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène sociale de l'enfance (1), par P. Nobécourt, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et G. Schreiber, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique infantile adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

L'ouvrage de MM. Nobécourt et Schreiber est le premier de ce genre; il englobe toute l'hygiène sociale de l'enfance depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Depuis longtemps une publication analogue était réclamée tant par les médecins et les hygiénistes que par le nombreux public qui s'intéresse à l'hygiène de l'enfance.

La première partie est consacrée à *la première enfance* et fournit un exposé méthodique de ce que sont et de ce que doivent être les œuvres de protection du premier âge (crèches, pouponnières, chambres d'allaitement, etc.). Toutes les œuvres publiques ou privées y sont envisagées. Un chapitre spécial est consacré aux mesures législatives; les textes destinés à la protection de la *première enfance* sont reproduits et commentés.

La deuxième partie étudie l'hygiène de *la moyenne et de la grande enfance*, elle constitue un exposé détaillé de toutes les questions d'hygiène scolaire (examen physique des écoliers, hygiène des locaux, hygiène physique de l'écolier, jeux, vie au grand air, hygiène intellectuelle, etc.).

Un chapitre d'un intérêt tout particulier envisage la protection de l'enfance dans l'industrie et montre la nécessité d'une surveilance physique postscolaire.

Trois chapitres sont consacrés à l'hygiène et à l'éducation des anormaux, des infirmes, aveugles, sourds-muets, idiots, etc., enfants vicieux et coupables.

La troisième partie traite de la *prophylaxie des maladies transmissibles* chez l'enfant, et, après un exposé des notions et mesures générales, envisage les cas particuliers.

---

(1) Un vol. de 600 pages avec 129 fig. dans le texte. — Prix : 30 fr. net. — Paris, Masson et Cie.



La quatrième partie, *assistance et traitement des enfants malades et abandonnés*, contient un exposé scientifique et cependant pratique des dangers de l'hospitalisation, des moyens de l'éviter et donne la description d'un hôpital moderne d'enfants tel qu'il devrait être. Les derniers chapitres sont consacrés aux sanatoria pour enfants, aux traitements à domicile, à l'assistance et à l'hospitalisation de l'enfant malade.

Le livre de MM. Nobécourt et Schreiber est donc bien un livre complet pour les parents soucieux de l'alimentation, de l'éducation physique ou intellectuelle de leurs enfants ainsi que pour les éducateurs; il contient la documentation nécessaire à la formation des médecins spécialistes, puériculteurs, médecins scolaires, hygiénistes, pédiatres, des personnes se destinant aux carrières sociales (infirmières, visiteuses scolaires, directrices de crèches, de pouponnières, de chambres d'allaitement, etc.); il sera enfin particulièrement apprécié des universitaires, des sociologues, des éducateurs en général, des industriels appelés du fait de leur situation à connaître la législation de l'enfance et à faire œuvre de philanthropie.

Ecrit par deux spécialistes, dont l'un a eu l'honneur de succéder au professeur Hutinel, il est appelé au plus grand succès. L. BABONNEIX.

Annuaire médical français (1), 2e année, édit. 1921.

L'*Annuaire médical français* pour 1921 vient de paraître chez son éditeur, la Société française de publicité médicale. Il est inutile de présenter en détail cet ouvrage au lecteur, que dès sa première édition, l'an dernier, on a baptisé de Bottin de la médecine. C'est qu'en vérité, tout s'y trouve qui intéresse le praticien. Outre les listes très exactes des médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes, classées dans l'ordre général, puis par rues pour Paris, par localités pour les départements, l'*Annuaire* offre une foule de renseignements pratiques, absolument indispensables au professionnel qui, à tout moment, a besoin d'un document précis, soit sur la législation médicale, pharmaceutique ou médico-sociale (accidents du travail, lois des pensions, etc.), soit sur les impôts qui le frappent, soit sur la vie des syndicats, des universités, des facultés, des hôpitaux, soit sur la médecine coloniale, soit sur les stations thermales et climatiques, etc.

La place de l'*Annuaire médical* est marquée, non pas dans la bibliothèque du praticien, mais sur sa table, où, plusieurs fois par jour, il sera heureux de recueillir, sans perdre de temps, le renseignement sûr et documenté dont il a besoin. L. G.

La Genèse de l'énergie psychique (2), par J. DANYSZ, de l'Institut Pasteur avec une lettre-préface de Jules PAYOT, recteur de l'Université d'Aix-en-Provence.

M. J. Danysz a consacré sa vie à la science et a fait toutes ses recherches dans les laboratoires de l'Institut Pasteur.

Après avoir consacré deux volumes au principe de l'évolution des maladies infectieuses et à l'origine, l'évolution et le traitement des maladies non contagieuses, il étudie ce que tant de philosophes ont simplement affirmé : que l'univers tout entier tend vers la pensée. Il envisage la place que l'homme occupe dans la nature et son rôle dans les transformations continuelles de toutes choses, de son propre organisme et du milieu dans lequel il vit.

L'intelligence de l'homme s'est d'abord développée lentement durant l'immense période de la préhistoire. Ce développement est devenu considérable et rapide depuis que les inventions se sont multipliées et, à l'heure actuelle, tout nous permet de prévoir que la conquête de l'énergie spirituelle donnera des résultats merveilleux. L'homme actuel n'est qu'un stade dans cette conquête. Il sera dépassé, et les hommes dans l'avenir seront aussi supérieurs à l'homme actuel que celui-ci l'est à l'homme de l'époque des silex taillés. L'évolution intellectuelle, déjà rapide, le deviendra de plus en plus.

(1) In-8 de 1.100 p. — Prix : 30 fr. — Société française de publicité médicale, 49, rue Geoffroy-Saint-Hilaire, à Paris, 5e arr.
(2) In-8 de 300 p. avec fig. et pl. — Prix : 12 fr. — Paris, 1921, J.-B. Baillière et fils.

Principaux chapitres : « Evolution progressive de la matière et de l'énergie. » — « De l'éther à l'homme. » — « De l'attraction universelle à la pensée. » — « Réactions de la matière vivante. » — « Evolution des êtres vivants, de l'individu et de l'espèce. » L. G.

La Désertion devant l'ennemi (1), par les Drs Paul BLUM (de Reims), chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Jean POISSON, licencié en droit.

Ce livre, couronné par l'Académie de médecine, se présente comme le premier ouvrage d'ensemble paru sur la question. Qu'on ne se laisse point surprendre par le titre ; conçue dans un esprit hautement scientifique et objectif, cette étude constitue, en réalité, un hommage à l'armée française. La désertion y est, en effet, envisagée non point comme un geste d'indiscipline ou de lâcheté, mais comme un épisode pathologique chez certains sujets prédisposés. « Ne déserte pas qui veut. » Le soldat qui déserte doit s'affranchir de tout son passé, de toute son éducation, de toutes les leçons de la morale et de l'histoire : il est aussi difficile à un « honnête homme » de fuir devant l'ennemi que d'assassiner ou de voler.

Dans leur ouvrage où est condensé le fruit d'environ 3.000 observations psychiatriques et 200 examens médico-légaux, les auteurs ont étudié les causes physiques et morales qui ont pu déclancher les psychopathies, lesquelles sont à l'origine de ces fugues. Ils ont décrit la bataille moderne du point de vue spécifiquement médical, et étudié tout particulièrement la commotion provoquée par les explosions des obus de gros calibre.

Au début de la guerre, alors que l'assistance psychiatrique n'était pas encore instituée, quelques victimes, peut-être innocentes, ont pu payer de leur vie cette insuffisance d'organisation. Dans la suite, il a toujours été fait appel aux médecins psychiatres et c'est ainsi que le présent ouvrage peut renfermer tant de documents intéressants.

Un chapitre est spécialement consacré à l'étude médico-légale de la question : il est suggéré que dans les expertises le médecin soit appelé à se prononcer non seulement sur les manifestations pathologiques de l'inculpé, mais encore sur son psychisme normal.

En somme, pour reprendre les expressions dont s'est servi dans sa préface, écrite un mois avant sa mort, le regretté professeur H. Bernheim (de Nancy), ce livre rédigé sous une forme littéraire, avec une terminologie accessible à tous, s'adresse au grand public aussi bien qu'aux spécialistes; c'est un ouvrage « riche de documents et d'idées », une « œuvre de cliniciens, de psychologues, de médecins légistes. et aussi une œuvre humanitaire ». L. G.

La radioscopie chirurgicale (2), par P. MAUCLAIRE et L. BOUCHACOURT.

Petite monographie exposant très clairement la technique et les applications de la radioscopie à la chirurgie, suivie d'une bibliographie des publications sur la question. L. G.

Précis de rachianesthésie générale (3), par G. LE FILLIATRE.

Cette monographie est l'exposé de la méthode de l'auteur, qui a pour particularité de passer par l'espace lombo-sacré pour éviter la blessure des nerfs de la queue de cheval, de procéder au « barbotage », au brassage de la solution de cocaïne avec le liquide céphalo-rachidien pour obtenir une anesthésie totale du corps avec des doses faibles; l'anesthésique reste la cocaïne.

Ce plaidoyer très ardent en faveur de la méthode est suivi d'une bibliographie complète des travaux sur la rachianesthésie. L. G.

(1) In-8 carré. — Prix : 6 fr. — Paris, Vigot frères.
(2) « Les actualités médicales », in-12 carré de 123 p., 22 fig. J.-B. Baillière.
(3) In-12 carré de 125 p., avec 28 fig. E. Le François

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Prix Civiale. — Un concours est ouvert, en 1921, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix fondé par feu le Dr Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'administration centrale (service du personnel) avant le 26 novembre 1921, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint s'est terminé par la nomination de M. le Dr Edouard Gamel.

— *Concours d'internat.* — Un concours pour six places d'élèves internes en médecine aura lieu à l'Hôtel-Dieu le 24 octobre 1921.

Les épreuves imposées sont : une composition écrite de pathologie médicale et chirurgicale et une composition écrite d'anatomie et de physiologie, éliminatrices pour les candidats qui n'auront pas obtenu au minimum un tiers plus un du nombre total des points ; une dissection ; l'examen clinique de deux malades ; trois questions de garde.

— *Concours d'externat.* — Un concours pour dix places d'élèves externes en médecine aura lieu à l'Hôtel-Dieu le 17 octobre 1921.

Les épreuves imposées sont : une composition écrite de pathologie chirurgicale élémentaire, éliminatrice pour les candidats qui n'auront pas obtenu un tiers plus un du nombre total des points ; une épreuve orale d'anatomie élémentaire (ostéologie et arthrologie ou myologie) ; une épreuve pratique de pansements, bandages et petite chirurgie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Création d'une chaire. — Sur un rapport de M. Deville, le Conseil municipal de Paris vient de prendre la délibération suivante :

« Une subvention de 12.000 francs est allouée à la Faculté de médecine pour la création et le fonctionnement pendant le premier trimestre de l'année scolaire 1921-1922, quatrième trimestre de 1921, d'une chaire de clinique propédeutique qui sera instituée suivant le programme et la méthode du Dr Sergent. La nomination du professeur sera faite selon la procédure précédemment adoptée par la Commission des rapports de la Ville et de l'Université.

Il sera statué en fin d'année sur l'organisation définitive de cette chaire et sur le maintien des deux autres créées par la Ville, sur lequel le Conseil municipal n'a pas encore été consulté.

Il est rappelé que, à chaque vacance de chaire créée par la Ville de Paris, avis doit être donné au Conseil municipal pour qu'il statue sur le maintien ou la transformation de la chaire vacante. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — La Faculté de médecine est autorisée à accepter le legs universel de M. J.-L. Calvet, dont le revenu doit être consacré à des recherches sur les vaccins ou toxines anticancéreux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 6 février 1922, devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Les professeurs suppléants sont nommés pour neuf ans. Leur traitement annuel est de 5.000 francs.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret en date du 6 août 1921, sont nommés, dans le cadre du corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de 2e classe, pour prendre rang du 31 décembre 1917, les élèves de l'école du service de santé militaire dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine.

MM. les médecins sous-aides-majors Lhez, Barraud, Billot et Tondeur.

Par le même décret, ces médecins aides-majors de 2e classe sont promus au grade de médecin aide-major de 1re classe à dater du 31 décembre 1919.

— Par décret en date du 6 août 1921, rendu sur le rapport du ministre de la Marine, ministre de la Guerre par intérim,

sont nommés dans le cadre du corps de santé militaire au grade de médecin aide-major de 2e classe, les élèves de l'école du service de santé militaire dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine.

(A dater du 11 juillet 1921.) M. le médecin auxiliaire Blanc.

(A dater du 12 juillet 1921.) M. le médecin sous-aide-major Manchet.

MARINE. — Par décret en date du 9 août 1921, ont été nommés et promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin principal en retraite Carrère.

Au grade de médecin de 2e classe. — M. le médecin de 2e classe auxiliaire Cumin.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Bonta (sujet italien), Leyba (sujet néerlandais), de Torres (citoyen cubain).

LES MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS CHEZ LES ENFANTS DES ÉCOLES PRIMAIRES ET MATERNELLES DE PARIS. — Dans sa dernière session, le Conseil municipal de Paris a voté la délibération suivante :

« Les médecins inspecteurs des écoles devront, en même temps que l'état physique général, examiner spécialement la bouche et les dents des enfants tous les deux mois. Le résultat de l'examen sera consigné sur les fiches sanitaires.

L'administration est invitée à rechercher et à désigner les cliniques dentaires déjà existantes qui seront indiquées aux enfants.

Elle étudiera, d'autre part, dans un rapport ultérieur, le côté financier de la réforme. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les Drs G. Pessez (de Châtel-Guyon) et Rocher, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — COURS DE VÉNÉRÉOLOGIE. — *Jeudi 17 novembre.* — 1 h. 30 : M. Jeanselme. Syphilis, historique, évolution clinique; — 3 h. : M. Touraine. Diagnostic des ulcérations de la verge.

Vendredi 18 novembre. — 1 h. 30 : M. Milian. Chancre syphilitique; — 3 h. : M. Sézary. Le tréponème.

Samedi 19 novembre. — 1 h. 30 : M. Marcel Bloch. Recherche du tréponème ; — 3 h. : M. Marcel Bloch. Syphilis expérimentale.

Lundi 21 novembre. — 1 h. 30 : M. Milian. Chancre syphilitique; — 3 h. : M. Pomaret. Chimiothérapie de la syphilis.

Mardi 22 novembre. — 1 h. 30 : M. Chevallier. Phadégénisme; — 3 h. : M. Marcel Bloch. Ponction lombaire.

Mercredi 23 novembre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Eruptions cutanées et muqueuses de la période secondaire de la syphilis (roséole) ; — 3 h. : M. Burnier. Syphilis tertiaire.

Jeudi 24 novembre. — 1 h. 30 : M. Chevallier. Méningites secondaires; — 3 h. : M. Touraine. Sérologie de la syphilis.

Vendredi 25 novembre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Plaques muqueuses; — 3 h. : M. Milian. Chancre mou.

Samedi 26 novembre. — 1 h. 30 : M. Marcel Bloch. Méningites tardives; — 3 h. : M. Touraine. Syphilis, manifestations générales et viscérales.

Lundi 28 novembre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Syphilides papuleuses; — 3 h. : M. Milian. Chancres extragénitaux.

Mardi 29 novembre. — 1 h. 30 : M. Gougerot. Syphilis secondaire latente; — 3 h. : M. Gougerot. Prophylaxie.

Mercredi 30 novembre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Syphilides pigmentaires, alopécies, onyxis; — 3 h. : M. Louste. Syphilis ostéo-articulaire.

Jeudi 1er décembre. — 1 h. 30 : M. Touraine. Mercure et iodure ; — 3 h. : M. Chevallier. Syphilis cérébrale.

Vendredi 2 décembre. — 1 h. 30 : M. Milian. Leucoplasie; — 3 h. : M. Burnier. Syphilis tertiaire.

Samedi 3 décembre. — 1 h. 30 : M. Chevallier. Syphilis médullaire; — 3 h. : M. Marcel Bloch. Réaction de Wassermann.

Lundi 5 décembre. — 1 h. 30 : M. Milian. Tabes; — 3 h. : M. Louste. Syphilis hépatique, ictère.

Mardi 6 décembre. — 1 h. 30 : M. Gougerot. Syphilis tertiaire latente. Syphilis et cancer; — 3 h. : M. Marcel Bloch. Paralysie générale.

Mercredi 7 décembre. — 1 h. 30 : M. Hudelo. Syphilides secondaires malignes. Evolution des éruptions secondaires selon le traitement; — 3 h. : M. Louste. Syphilis rénale, testiculo-ovarienne.

Jeudi 8 décembre. — 1 h. 30 : M. Touraine. Les arsenobenzols ; — 3 h. : M. Civatte. Histologie générale de la syphilis.

Vendredi 9 décembre. — 1 h. 30 : M. Milian. Accidents des arsenobenzols; — 3 h. : M. Louste. Syphilis et grossesse. Lois de l'hérédité.

Samedi 10 décembre. — 1 h. 30 : M. Thibierge. Déontologie; — 3 h. : M. Coutela. Complications oculaires.

Lundi 12 décembre. — 1 h. 30 : M. Milian. Accidents des arsenobenzols; — 3 h. : M. Burnier. Syphilis tertiaire.

Mardi 13 décembre. — 1 h. 30 : M. Thibierge. Syphilis et mariage; — 3 h. : M. Chevallier. Guérison, réinfection, immunité, superinfection.

Mercredi 14 décembre. — 1 h. 30 : M. Jeanselme. Conduite générale du traitement de la syphilis; — 3 h. : M. Louste. Syphilis du tube digestif.

Jeudi 15 décembre. — 1 h. 30 : M. Hautant. Complications oto-rhino-laryngologiques ; — 3 h. : M. Sée. Blennorragie.

Vendredi 16 décembre. — 1 h. 30 : M. Milian. Accidents des arsenobenzols; — 3 h. : M. Lian. Cœur et vaisseaux.

Samedi 17 décembre. — 1 h. 30 : M. Coutela. Complications oculaires; — 3 h. : M. Sée. Blennorragie.

Lundi 19 décembre. — 1 h. 30 : M. Lian. Cœur et vaisseaux; — 3 h. : M. Sée. Blennorragie.

Mardi 20 décembre. — 1 h. 30 : M. Barbé. Troubles mentaux des syphilitiques ; — 3 h. : M. I. de Jong. Poumons, larynx, thorax, plèvre, médiastin.

Mercredi 21 décembre. — 3 h. : M. Sée. Blennorragie; — 4 h. 30 : M. Schulmann. Syphilis des glandes endocrines.

Jeudi 22 décembre. — 1 h. 30 : M. Tixier. Hérédo-syphilis précoce; — 3 h. : M. Sée. Balanites, végétations.

Vendredi 23 décembre. — 1 h. 30 : M. Darré. Hérédo-syphilis tardive; — 3 h. : M. Dufourmentel. Chirurgie réparatrice.

Samedi 24 décembre. — 1 h. 30 : M. Dufourmentel. Chirurgie réparatrice ; — 3 h. : M. Sée. Blennorragie.

Deux séries de cours semblables auront lieu chaque année en avril-juin et octobre-décembre.

Le Rendement professionnel des mutilés, par le Dr J. GOURDON, directeur de l'École pratique de rééducation professionnelle des mutilés de guerre de Bordeaux, consultant technique du Centre d'appareillage de la 18e région, membre de l'Office national des mutilés et réformés de guerre, et le Dr H. DIJONNEAU, chef du Laboratoire de physiologie professionnelle à l'Ecole pratique et normale de rééducation des mutilés de guerre à Bordeaux, et J. THIBAUDEAU, ingénieur E. A. M., chef des travaux à l'Ecole pratique et normale de rééducation des mutilés de guerre à Bordeaux. — In-8 carré de 272 p., 68 figures ou graphiques. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin.

REVUE GÉNÉRALE

ANURIE

Par H. FRUCHAUD-BRIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — L'anurie est l'absence de sécrétion de l'urine. Il y a anurie quand le malade n'urinant pas, le cathétérisme montre l'absence d'urine dans la vessie. L'anurie s'oppose ainsi à la rétention d'urine.

Il s'agit, tantôt d'*anurie complète*; plus souvent d'*anurie incomplète*; le malade n'évacuant que quelques dizaines de grammes d'urine par jour.

Il n'y a pas de limites précises entre l'anurie incomplète et l'oligurie accentuée.

Mécanisme. — I. De la production de l'anurie. — Il faut envisager deux types différents :

A. L'ANURIE EXCRÉTOIRE OU MÉCANIQUE. — Il y a un obstacle sur le trajet des uretères; cet obstacle peut se présenter dans deux conditions opposées :

a. *Anurie calculeuse.* — C'est une *anurie brusque*; un calcul descend du bassinet et s'enclave dans un uretère (il est rare que cet accident se produise des deux côtés à la fois).

Le calcul s'arrête en général aux extrémités de l'uretère, à l'extrémité supérieure surtout; rarement à la partie moyenne. Pour expliquer cet arrêt, il faut faire la part du volume et de la forme du calcul, des points normalement rétrécis de l'uretère (collet, rétrécissement iliaque, portion intramurale), des lésions de l'uretère consécutives aux précédents passages de calculs, et aussi la part du spasme du conduit.

Comment s'arrête la sécrétion du rein sus-jacent au calcul? — Pour Guyon et Albarran, c'est d'une *façon réflexe*; le bassinet est vide, le rein a cessé de sécréter sous l'influence d'un réflexe urétéro-rénal; réflexe qui agit rarement sur un rein sain, mais sur un rein atteint de néphrite diathésique.

Pour Legueu, c'est d'une *façon mécanique*; quelques grammes d'urine s'accumulent dans le bassinet au-dessus du calcul; à l'intervention, on trouve toujours le rein gros, congestionné; le bassinet contient du liquide sous tension; en effet, la distension brusque du rein est impossible, et c'est l'augmentation de la pression intrarénale qui arrête la sécrétion.

Comment s'arrête la sécrétion du rein opposé? — Dans certains cas, ce rein fonctionnait encore avant la crise et est *inhibé par un réflexe* parti du rein obstrué (réflexe réno-rénal) [théorie classique de Israël, Rovsing, Pousson, Guyon et Albarran]. Mais ce réflexe agit rarement sur un rein sain, le plus souvent sur un rein atteint de néphrite diathésique (Albarran). Le réflexe, quand il existe, agit toujours sur un rein malade, et, si le réflexe suffit à expliquer le commencement de l'anurie, l'altération organique du rein est nécessaire pour en expliquer la prolongation (Legueu).

Le plus souvent, le rein opposé est détruit (Legueu). — *Anatomiquement* (malformation congénitale, néphrectomie), ou *fonctionnellement* : néphrite, pyélonéphrite; atrophie consécutive à l'existence de calculs du bassinet ou des calices; pyonéphrose; calculs de l'uretère; il faut insister sur cette dernière hypothèse, car *tout calcul arrêté dans l'uretère poursuit fatalement la destruction du rein sus-jacent*, et cela plus vite et plus sûrement que le calcul du rein même; *il prépare l'anurie calculeuse pour le jour où surviendra l'oblitération de l'uretère du côté opposé* (Jeanbrau).

Enfin, nous signalerons que H. Chabanier vient de publier à la Société d'urologie deux cas intéressants d'anurie calculeuse. L'étude de la concentration maxima a été faite journellement; elle montre (voir plus loin mécanisme des accidents anuriques et de leur guérison) une *poussée de néphrite aiguë* apparaissant dans la crise d'anurie. La *néphrite aiguë*, pour Chabanier, serait un des mécanismes les plus fréquents de l'anurie calculeuse.

b. *Anurie par compression pelvienne* (*obstacle extrinsèque*). — C'est une anurie lente, par *compression bilatérale* des uretères.

Les uretères sont comprimés par une tumeur du petit bassin, le plus souvent par une tumeur maligne et par des adénopathies néoplasiques. Très rarement, ils sont envahis par le néoplasme.

Mais *cette compression est lente et progressive*; l'uretère et le bassinet sus-jacents se laissent distendre peu à peu, le parenchyme rénal s'atrophie en même temps, pendant qu'une hydronéphrose s'installe insidieusement.

Pour Uteau, Eliot, Papin, il faudrait cependant faire une part à l'action réflexe, car il s'agit pour eux en général d'obstruction urétérale unilatérale, ou bilatérale mais incomplète.

B. L'ANURIE SÉCRÉTOIRE. — Plusieurs causes peuvent intervenir pour empêcher la sécrétion de l'urine par le parenchyme rénal.

a. *Lésions du parenchyme.* — Dégénérescence des cellules des tubes contournés et de l'anse de Henlé. Obstruction des tubes urinifères par des cellules desquamées, des leucocytes. Œdème interstitiel qui comprime les capillaires et les tubes urinifères.

On rencontre ces lésions dans l'anurie des néphrites aiguës; elles s'ajoutent parfois à l'atrophie progressive d'une néphrite chronique ancienne.

b. *Troubles circulatoires.* — Ils peuvent produire l'anurie en modifiant deux facteurs importants de la sécrétion de l'eau par le rein : la quantité d'eau disponible dans le sang (spoliations aqueuses des grandes diarrhées); la vitesse de circulation sanguine nécessaire pour que l'eau du sang épuisée par le rein se renouvelle (stase sanguine des asystolies). Pour Achard et Leblanc, l'anurie des asystolies s'accompagne souvent, d'ailleurs, d'altération rénale véritable.

c. *Action du système nerveux.* — Certaines expériences établissent la réalité de l'action du système nerveux sur la sécrétion rénale : anurie transitoire déterminée par la ligature d'un seul uretère (Spalitta, Donnadieu, Götzl); arrêt de la sécrétion provoqué par l'excitation du bout périphérique du splanchnique; polyurie par piqûre du IVe ventricule (Cl. Bernard), anurie par électrisation du grand splanchnique (Cl. Bernard et Vulpian).

Mais les faits cliniques, beaucoup plus nombreux, montrent l'existence d'un *réflexe inhibitoire* agissant sur les reins; il s'agit donc là d'*anurie réflexe*.

Le *point de départ du réflexe* peut être : une excitation périphérique; une lésion du système nerveux central; une intervention portant sur les

organes de l'abdomen; le plus souvent, il siègera dans l'appareil urinaire (urètre, vessie parfois, et surtout rein, uretère); il s'agira donc presque toujours de réflexe uretéro-rénal et réno-rénal. Nous avons déjà signalé la possibilité de ces réflexes dans la lithiase rénale.

La *voie suivie par le réflexe* serait celle des splanchniques du pneumogastrique et du plexus cœliaque. Il est classique d'admettre que l'on ne connaît pas de nerfs excito-sécrétoires des reins et que le système nerveux agit sur le rein d'une façon accessoire et détournée par des vaso-moteurs qui modifient le débit du sang dans le rein; la sécrétion du rein, en effet, n'est pas modifiée par la destruction de tous les filets nerveux contenus dans le pédicule (expériences d'Ambard et Papin). Cependant, cette théorie est battue en brèche; on peut supposer que, dans l'expérience précédente, quelques filets nerveux échappent dans la tunique des vaisseaux. Et Ambard, s'appuyant sur des expériences de Jungmann et Meyer, admet actuellement que le système nerveux a un rôle direct et important dans la sécrétion de l'eau.

Enfin, le système nerveux inhibe *rarement la sécrétion d'un rein sain*; l'anurie réflexe n'apparaît, en général, que sur des reins antérieurement malades; pour Legueu, une altération organique du rein est nécessaire pour expliquer la persistance de cette anurie réflexe.

d. *Action des substances contenues dans le sang.* — Dans certains cas, il faudrait faire une part à des substances néphrotoxiques venant d'un rein malade (Castaigne et Rathery) et produisant par voie sanguine des altérations dans le rein opposé.

C. Conclusion. — Cette distinction entre anurie excrétoire et anurie sécrétoire est importante. L'anurie excrétoire relève de la chirurgie, il y a un obstacle à enlever. L'anurie sécrétoire relève du traitement médical qui doit chercher à rétablir le fonctionnement du parenchyme rénal.

Mais, en réalité, le mécanisme de l'anurie est souvent moins schématique. Les anuries excrétoires se compliquent souvent d'un mécanisme réflexe et de lésions du parenchyme rénal (néphrite chronique, altérations anciennes, néphrite aiguë pour Chabanier). Dans les anuries sécrétoires, il y a parfois une part mécanique (obstruction des tubes urinifères). L'anurie est donc souvent *mixte* (Marion).

2. **Des accidents anuriques.** — Les accidents anuriques sont la conséquence de l'accumulation de substances azotées dans le plasma sanguin et les humeurs de l'organisme, c'est-à-dire de l'*azotémie*.

Nous envisagerons deux cas.

A. Les anuries sans lésions rénales nouvelles. — On y voit se développer d'une façon schématique l'azotémie que Legueu, Ambard et Chabanier ont décrit sous le nom d'*azotémie par limitation de la sécrétion aqueuse*. Voici les étapes parcourues dans ce cas :

a. Diminution extrême de la sécrétion aqueuse (anurie incomplète ou oligurie très forte le plus souvent).

b. Très rapidement, la conséquence de cette oligurie extrême est la suivante. Le sujet va concentrer l'urée dans l'urine à des taux de plus en plus élevés; jusqu'à ce *qu'il arrive à la concentration limite*, ou concentration maxima, celle que le rein ne peut dépasser.

c. Mais l'oligurie est telle que, même à la concentration maxima, les urines n'entraînent qu'une faible partie de l'urée fabriquée. L'autre partie de l'urée est retenue dans l'organisme; et d'autant plus vite que le volume des urines est plus faible, d'une part, et que, d'autre part, la concentration maxima est plus basse. Les sujets dont le parenchyme rénal est intact peuvent, dans le cas de restriction de l'élimination aqueuse, concentrer l'urée à 55 grammes par litre d'urine. Mais l'anurie se rencontre rarement chez des sujets aux reins antérieurement sains. Et comme la concentration maxima est abaissée (à 30, 20, 10 ou plus bas encore) proportionnellement aux altérations de leur parenchyme rénal, l'azotémie apparaîtra donc chez cette catégorie de malades d'autant plus vite que, *avant la crise*, leur parenchyme rénal était plus altéré, c'est-à-dire leur concentration maxima plus basse.

B. Les anuries avec lésions rénales nouvelles (néphrite aiguë). — L'azotémie apparaîtra plus rapidement que dans le cas précédent.

Sans doute, dans l'anurie avec néphrite aiguë il y a, comme plus haut, diminution considérable de la sécrétion aqueuse; mais ici, apparaît un élément nouveau : la *concentration maxima pendant la crise ne restera pas au chiffre où elle se tenait avant la crise* (bonne si le rein était bon, médiocre ou mauvais si le rein était altéré). *Elle va tomber au cours de la crise et sa chute mesurera la grandeur des altérations rénales nouvelles dues à la néphrite aiguë.* « C'est au cours de ces crises que le malade passera en quelques jours d'un état de santé satisfaisant à la mort imminente » (Chabanier). (Voir les articles de Chabanier, Marquézy et de Gastro-Galhardo dans la *Presse méd.* du 25 juin 1921 et dans le *Bull. de la Soc. d'urol.* de juin 1921).

Enfin, dans l'azotémie des anuriques, est-il possible de déceler l'élément dont la présence dans l'organisme déclanche les accidents urémiques?

Classiquement, le rôle important revient à l'urée. L'accumulation de cette urée peut atteindre des chiffres de 5 à 6 grammes par litre de sang. On admet que l'organisme ne peut supporter longtemps ces doses d'urée sanguine. Mais H. Chabanier et ses collaborateurs font remarquer qu'ils ont rencontré des cas d'anurie où les signes cliniques se réduisaient à de la pâleur malgré 5 ou 6 grammes d'urée par litre de sang; mais, dans ces cas, l'*azote non uréique* était peu abondant. Inversement, ils ont rencontré des anuries avec signes cliniques très graves et mort dans le coma; dans ce deuxième type, l'azote uréique était tantôt très élevé (5 gr.), tantôt moins élevé (2 gr.), mais l'azote non uréique existait *toujours en quantité considérable.*

Pour ces auteurs, il faut donc distinguer l'*insuffisance rénale* dont l'augmentation de l'urée sanguine mesure l'intensité, et un *facteur extrarénal*, consistant en un trouble du métabolisme des protéiques, et dont l'augmentation de l'azote non uréique du plasma est le témoin.

Mais si la présence de cet azote non uréique à des taux élevés (0ᵍ50 ou 1 gr. par litre au lieu de 0ᵍ15) coïncide avec les phénomènes d'intoxication urémique, elle n'en est pas à proprement parler la mesure. Tant que l'on n'aura pas dissocié dans les différentes substances qui constituent cet azote non uréique, celle qui est vraiment toxique, on n'aura

pas trouvé la cause exacte des accidents. Il semble bien que, pour expliquer les accidents cliniques de l'anurie, la qualité du trouble du métabolisme azoté importe autant, sinon plus, que son intensité. D'ailleurs, on peut se demander si ce trouble du métabolisme azoté n'est pas la conséquence de la gêne apportée aux différentes fonctions par l'élévation de l'urée dans les humeurs et s'il ne survient pas d'autant plus vite que cette élévation est plus accentuée.

3. **De la guérison dans l'anurie.** — L'anurie peut cesser et le malade guérir, mais pour cela deux conditions sont nécessaires :

A. Le rétablissement de la fonction aqueuse. — Après une crise d'anurie, l'élimination d'eau peut devenir considérable (9 litres 1/2 par jour, dans un cas d'André Weill). Mais cette condition, si elle est nécessaire, n'est pas suffisante.

B. L'élimination uréique. — Ici, nous retrouvons les deux cas envisagés plus haut :

a. *Le parenchyme rénal n'a pas été altéré à nouveau.* — Le malade élimine l'urée à la concentration maxima en rapport avec l'*état de ses reins avant la crise*. Si cette concentration est très basse, elle peut être insuffisante pour amener, malgré une forte polyurie, l'élimination des produits azotés accumulés, c'est-à-dire la guérison; si la concentration maxima est assez bonne, le malade peut guérir avec une élimination aqueuse médiocre.

Que voit-on dans les cas de guérison?

1. La quantité d'urine augmente;
2. L'urée est d'abord éliminée à la concentration maxima ;
3. Puis, bientôt le volume urinaire est suffisant pour que l'élimination de l'urée se fasse à une concentration plus faible (concentration fortuite) ; et on voit la concentration de l'urée baisser dans l'urine, à mesure que la quantité de l'urine augmente et que l'*azotémie décroît lentement*.

b. *Le parenchyme rénal a été altéré par une poussée de néphrite aiguë surajoutée.* — Le sujet, comme précédemment, va éliminer l'urée à sa concentration maxima ; mais ici la concentration maxima *s'améliore, augmente de jour en jour* ; car le rein, à mesure qu'il se sépare, augmente son pouvoir de concentrer l'urée. Puis, la concentration diminuera lorsque le volume urinaire sera suffisant pour permettre les taux plus faibles de la concentration fortuite. Et l'azotémie, dans ce deuxième type, diminuera très vite si le rein se répare rapidement.

Etude clinique. — 1. Anuries excrétoires. — Deux grands types :

L'anurie calculeuse, par obstacle intra-urétéral (*anurie brusque*).

L'anurie par compression extra-urétérale (*anurie lente, avec dilatation rénale*).

Anurie calculeuse. — A. *Le malade.* — Il s'agit exceptionnellement d'un enfant, parfois d'un vieillard, en général d'un adulte, et le plus souvent d'un homme de trente-cinq à soixante ans.

L'*anurie n'est jamais un accident de début de la lithiase rénale;* car il ne faut pas confondre l'anurie calculeuse vraie avec l'anurie transitoire de la crise de colique néphrétique.

Le malade est donc *un calculeux ancien*, en général il a présenté des signes typiques de lithiase (coliques néphrétiques, douleurs, hématuries, graviers dans les urines); plus rarement la lithiase est restée latente et l'anurie en est la première manifestation, ce qui peut compliquer le diagnostic.

Cette lithiase réno-urétérale est presque toujours bilatérale. Si la radiographie était faite avant la crise chez ces malades, elle nous montrerait souvent un schéma très semblable à celui-ci : d'un côté, un rein rempli de gros calculs, ou un calcul arrêté depuis longtemps dans l'uretère; du côté opposé, un ou plusieurs calculs du bassinet. Sous l'influence de cette lithiase bilatérale, ou des complications infectieuses qu'elle a pu entraîner, le parenchyme rénal, même du côté le meilleur, est profondément lésé; c'est ce que traduisent la recherche de l'azotémie, ou de la constante d'Ambard, quand par hasard ces examens ont été pratiqués chez les lithiasiques avant une crise d'anurie.

L'anurie calculeuse peut se présenter sous *deux aspects différents* : (Legueu).

L'*un, rare*, que nous éliminerons d'emblée; c'est l'*anurie avec calculs*, par destruction progressive du parenchyme des deux reins, sous l'influence des lésions que nous avons vues. *C'est une anurie sécrétoire*, qui s'installe doucement; la fin de ces malades rappelle celle des urémiques par néphrite chronique.

L'*autre, fréquent*, que nous allons étudier; c'est l'*anurie par calculs*, par obstruction. *C'est une anurie mécanique* dont la cause immédiate réside dans l'oblitération brusque d'un uretère par un calcul descendu du rein. Nous avons vu que, dans la majorité des cas, le rein opposé est pratiquement détruit et que l'*anurique vivait la veille avec un seul rein*. (Legueu.)

B. *Le début.* — On note parfois, avant l'apparition de l'anurie un effort, un traumatisme lombaire, des écarts de régime, etc.

Le début peut être :

Brusque et silencieux; l'anurie s'installe d'emblée, le malade s'aperçoit seulement qu'il n'a plus envie d'uriner.

Insidieux; l'anurie est annoncée par quelques petits symptômes : soit une hématurie prémonitoire qui, deux ou trois jours avant la crise, indique un calcul en train de s'engager dans l'uretère; soit une polyurie à urines très pâles; soit plus souvent une oligurie qui s'accentue insensiblement.

Dans la majorité des cas le début est :

Douloureux; douleurs lombaires irradiant ou non sur le trajet de l'uretère; douleurs sourdes; ou bien douleurs aiguës à type de colique néphrétique qui ne se termine pas par l'expulsion d'un calcul. Les douleurs siègent quelquefois du côté dont le malade a souffert à maintes reprises dans son existence de lithiasique; soit plus souvent au niveau du rein opposé, rein jusque-là silencieux, ou douloureux seulement depuis peu de temps.

Parfois la sécrétion reprend d'une façon momentanée, pour cesser à nouveau et l'anurie s'installe en plusieurs temps.

Une fois installée, l'anurie évolue schématiquement en trois périodes :

C. *Période de tolérance.* — La douleur lombaire disparaît; symptôme qui traduit l'arrêt de la migration du calcul.

Le malade garde toutes les apparences de la santé; l'appétit est conservé; le malade peut se pro-

mener, accomplir même des travaux intellectuels. Il est parfois dans un état de véritable euphorie.

Mais il n'urine pas, ou n'émet que quelques centimètres cubes d'urines pâles, de faible densité; il éprouve cependant quelques besoins d'uriner, des pesanteurs vésicales légères, des picotements à l'extrémité de la verge.

Cette période dure de trois à six jours.

D. *Période intermédiaire* (Donnadieu). — Quelques petits signes apparaissent entre le cinquième et le septième jour et traduisent le début de l'intoxication urémique : lassitude, agitation, céphalée, malaise, insomnie; quelques phénomènes digestifs : inappétence, constipation, langue blanchâtre.

C'est la *période où il faut intervenir sans retard.*

E. *Période d'urémie ou terminale.* — L'azotémie sera traduite par des symptômes peu intenses, très différents de ceux de l'urémie à grand fracas; il est rare de voir de l'urémie convulsive ou délirante.

a. On observe parfois des *troubles circulatoires et sécrétoires* très inconstants; épistaxis, transpiration abondante. Dans l'anurie calculeuse les œdèmes sont extrêmement rares.

b. Les *troubles digestifs* ont beaucoup plus d'importance.

Hoquet, *vomissements* empêchant de garder quelque aliment et déterminant une *soif intense.*

Constipation opiniâtre avec météorisme et ballonnement de l'abdomen; la diarrhée est rare.

La langue est sèche et noire.

c. Les *troubles nerveux* sont de règle.

Céphalée, anéantissement, hébétude, fatigue intense; *cet état d'anéantissement est très caractéristique.*

L'intelligence s'obscurcit, sans disparaître totalement; même à la période ultime, on peut faire sortir le malade de son assoupissement par des excitations plus ou moins vives.

Puis un délire tranquille apparaît; les convulsions sont très rares; par contre, on note très souvent des *tressaillements musculaires* qui apparaissent d'abord dans le sommeil, siègent au niveau des muscles de la face, et surtout au niveau des membres et du tronc.

Le *rétrécissement de la pupille* qui devient punctiforme et ne réagit plus, est constant; il s'accompagne parfois de troubles de la vue.

d. Enfin les *troubles respiratoires* marquent la fin; la respiration devient lente, embarrassée, irrégulière. prend parfois le rythme de Cheyne-Stocks et peut s'accompagner de sensation d'étouffement, de crises de suffocation; l'auscultation ne révèle aucun signe stéthoscopique.

e. En même temps les *phénomènes généraux* s'aggravent. La température tombe à 36 degrés, 35°5. Le pouls qui était lent, devient faible et irrégulier. La respiration se ralentit encore plus; la mort survient entre le neuvième et le douzième jour; plus rarement le malade finit subitement dans un accès de suffocation, ou bien dans une crise convulsive, ou dans le coma. La mort peut être plus précoce; ou, au contraire, plus tardive si quelques crises polyuriques viennent interrompre passagèrement la marche de l'anurie.

La *guérison* cependant peut survenir. Spontanément si le calcul est chassé de l'uretère, le fait est rare; plus souvent après une intervention chirurgicale. En tous cas, c'est presque toujours à la période de tolérance que la guérison survient; elle est caractérisée par une débâcle abondante d'urines; polyurie claire dans laquelle on trouve parfois des caillots sanguins, des calculs. Cette polyurie peut s'accompagner de douleurs lombaires, diarrhée, émission de gaz par l'anus.

f. Le *pronostic immédiat* sera donc fondé :

Sur la *durée de l'anurie;* une anurie traitée après le sixième jour a peu de chances de guérir parce que l'azotémie atteint des taux trop élevés.

Sur la *quantité de l'élimination aqueuse.*

Sur la *valeur de la concentration de l'urée dans l'urine.*

H. Chabanier a montré que la concentration maxima s'améliorait dans les cas heureux; et cette constatation lui a permis de conclure à la fréquence des poussées de néphrite aiguë dans l'anurie calculeuse.

Sur la *courbe de l'azotémie* qui décroit progressivement quand la guérison approche.

g. Mais le *pronostic lointain* reste très grave. Les lithiasiques qui font de l'anurie ont presque toujours un rein détruit et l'autre très malade. Si des calculs sont restés dans leurs reins (calculs que l'état précaire du malade ne permet pas d'enlever), ils peuvent refaire de nouvelles poussées d'anurie; ou bien, ils évolueront peu à peu vers l'azotémie progressive et mortelle.

F. *Examen d'un lithiasique en état d'anurie.* — Cet examen a une importance capitale. Un des reins est détruit, l'autre vient de s'obstruer; c'est ce dernier avec lequel le malade vivait hier, celui sur lequel il faut agir; celui que l'examen doit déceler.

a. *Interrogatoire.* — L'interrogatoire indique le côté dont *jadis* le malade a le plus souffert. Mais souvent les lésions de ce rein se sont accentuées jusqu'à sa destruction et ce rein est devenu indolore. Si la douleur apparaît alors du côté opposé, elle révèle un deuxième rein lithiasique, moins malade car atteint plus tardivement, celui qui hier fonctionnait encore. Il faut donc dépister ce côté récemment douloureux (soit quelques semaines avant la crise, soit immédiatement au début de celle-ci) celui-là est le côté récemment obstrué.

Parfois l'interrogatoire ne donne rien (lithiase latente, sujet fatigué, phénomènes douloureux ayant apparu tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, d'une façon irrégulière).

b. *Examen physique.* — Il ne faut pas compter trouver une augmentation de volume du rein; c'est exceptionnel. L'anurie brusque ne laisse pas le rein se distendre.

On peut chercher la douleur à la pression, au niveau du rein, le long de l'uretère, et à l'extrémité inférieure de ce conduit par le toucher rectal ou vaginal; symptôme très inconstant.

Il est exceptionnel aussi de sentir par le toucher un calcul de l'uretère bas situé.

Plus importante est la recherche de la contracture de la paroi; contracture légère, mais constante du côté obstrué (Legueu).

c. *Radiographie.* — La radiographie est un excellent moyen de diagnostic si l'installation permet de le faire.

Elle révèle le nombre, la forme, le siège des calculs.

d. *Cystoscopie et cathétérisme des uretères.* — Ce sont les moyens de diagnostic les plus importants.

La cystoscopie seule peut montrer au niveau du méat urétéral les signes révélateurs d'un calcul de l'uretère bas situé (méat rouge, œdématié, entouré d'ecchymoses).

Le cathétérisme est encore plus utile; si la soude vient buter contre l'obstacle, elle montre son siège; souvent elle peut déplacer le calcul et passer au delà, devenant ainsi un procédé de traitement très important.

Anurie par compression. — A. *Le malade.* — C'est presque toujours un malade porteur de tumeur pelvienne, quelquefois fibrome utérin enclavé dans le petit bassin, tumeur de l'ovaire, tumeur de la vessie, de la prostate, du rectum.

Dans la règle, il s'agit d'une femme atteinte d'un épithélioma du col de l'utérus. Le cancer peut provoquer l'anurie à toutes les phases de son évolution, mais surtout à ses périodes tardives. *Les malades atteintes de cancer du col meurent très souvent d'anurie* (une fois sur deux pour Charcot).

B. *Evolution.* — Au point de vue clinique, il faut distinguer trois types d'anurie par compression (Uteau).

a. *Anurie progressive terminant une urémie plus ou moins prolongée.* — C'est la plus fréquente.

Il s'agit d'une femme âgée, atteinte d'un cancer du col, diagnostiqué depuis longtemps.

Quelquefois l'anurie est précédée d'accidents vésicaux qui témoignent de l'extension du néoplasme : pollakiurie, brûlures à la miction.

Les symptômes s'installent progressivement.

Symptômes fonctionnels. — *Oligurie de plus en plus marquée* et facilement méconnue, si le néoplasme a produit des fistules vésico-vaginales qui empêchent de recueillir les urines.

Céphalée, myosis, vomissements, soif, sensation de lassitude générale, engourdissement avec conservation de l'intelligence.

Ce qui caractérise spécialement cette anurie c'est son allure tranquille, son évolution sourde, sans secousse vers la mort; elle passe ainsi facilement inaperçue et est étiquetée cachexie. Elle dure dix à quinze jours.

Symptômes physiques. — Sont tout à fait spéciaux à cette forme d'anurie : on peut percevoir une augmentation de volume uni ou bilatérale des reins, *traduction de l'hydronéphrose.*

b. *Anurie d'emblée à début brusque.* — Peut induire en erreur, car elle se présente parfois dans des néoplasmes du col utérin méconnus, néoplasmes à marche rapide chez des femmes jeunes.

c. *Anurie rémittente.* — La sécrétion urinaire se rétablit, puis cesse à plusieurs reprises.

2. **Anuries sécrétoires.** — *A.* Par lésions du parenchyme rénal. — a. *Dans les néphrites aiguës.* — On peut rencontrer l'anurie dans les *néphrites infectieuses* (fièvre typhoïde, pneumonie, *scarlatine* surtout). Mais l'anurie est fréquente, particulièrement dans les *néphrites toxiques* (intoxication par l'oxy-cyanure, sublimé, cantharide, phosphore); formes très importantes à connaître. Signalons aussi l'anurie que l'on trouve chez certaines femmes éclamptiques.

Ces anuries sont caractérisées par leur début brutal; une disparition absolue des urines ou presque absolue; la présence de quelques gouttes d'urine, très albumineuse, riche en cylindres. Quelques symptômes tenant à l'action du toxique dans les néphrites toxiques sont importantes à rechercher; par exemple, s'il s'agit de sublimé, la stomatite, les vomissements sanglants. L'évolution est rapide, en cinq à dix jours, vers le coma et la mort, sans que la malade ait présenté d'œdèmes ou d'accidents convulsifs.

La guérison survient, parfois, avec le rétablissement de la sécrétion urinaire.

b. *Dans les néphrites chroniques.* — Il ne s'agit presque jamais d'anurie complète, mais d'oligurie très accentuée, Cette oligurie peut apparaître sous l'influence d'une néphrite aiguë surajoutée, ou plus souvent à la suite d'une infection, d'une intoxication et surtout d'une *défaillance cardiaque.*

S'il s'agit d'une néphrite avec rétention chlorurée, l'anurique présente des œdèmes.

Plus souvent, il s'agit d'une néphrite avec rétention azotée. Chez les grands azotémiques, un petit accident toxique ou infectieux, une anesthésie générale, provoquant une brusque chute de la diurèse. peuvent amener la mort rapide. Chez eux, en effet, l'azotémie récente par limitation de la sécrétion aqueuse se surajoute à une azotémie ancienne par trouble de sécrétion uréique.

Nous signalerons aussi des cas rares d'anurie dans certaines affections chirurgicales des reins ayant provoqué des lésions destructives des deux reins : pyonéphroses, tuberculose rénale, rein polykystique, contusion rénale, néoplasme.

B. Par troubles circulatoires. — *a.* Dans les *cas très rares d'infarctus* de l'artère rénale, l'anurie s'est rencontrée.

b. L'anurie est parfois secondaire à une *diminution considérable de la masse sanguine.* — La cause peut en être la diarrhée abondante de certaines gastro-entérites, du choléra; ou le défaut d'absorption des liquides dans les sténoses pyloriques très serrées.

c. Presque toujours l'anurie est provoquée par un *ralentissement du courant circulatoire* et les troubles qui en découlent.

Il en est ainsi dans les cirrhoses du foie, où à la compression de la veine cave par l'ascite, se joint la stase dans la grande circulation sous l'influence de l'hypertension portale.

Mais bien plus souvent en rencontre l'anurie, ou oligurie très accentuée dans l'*asystolie banale.* L'azotémie qui en résulte (Josué et Parturier) est relativement moins grave que celle des néphrites chroniques, car elle relève, pour sa plus grande part, de l'insuffisance de la fonction aqueuse. Sous l'influence d'un traitement cardiaque énergique, la débâcle aqueuse peut se produire et faire disparaître l'azotémie.

C. Anuries réflexes. — Il s'agit, le plus souvent, d'anuries transitoires. Elles peuvent apparaître : à la suite d'une lésion du système nerveux central (traumatisme cranien, hémorragie cérébrale) ou d'une excitation du système nerveux périphérique (chute dans l'eau froide); après un traumatisme de la région lombo-pelvienne. L'anurie peut être provoquée par une maladie de l'appareil génito-urinaire, ou une intervention portant sur celui-ci : phmiosis serré, cure de l'hydrocèle, instillations dans l'urètre postérieur ou la vessie, urétrostomie

interne, dilatation urétrale, rein mobile, hydronéphroses, cancer du rein.

Enfin, certaines anuries étiquetées anuries réflexes semblent relever plutôt d'une néphrite aiguë (brûlures étendues, étranglement herniaire, péritonites aiguës).

D. ANURIE HYSTÉRIQUE. — Son existence est discutée.

Il faut éliminer les cas qui relèvent de la supercherie ; les cas que l'on observe chez des malades qui refusent de boire et de manger.

Déjerine décrit deux sortes d'anurie hystérique : l'une simple, sans autre symptôme concomitant, et de courte durée. L'autre associée à des vomissements incoercibles ; cette dernière peut persister pendant longtemps avec des améliorations et des rechutes ; les urines augmentent dès que les vomissements diminuent.

L'anurie hystérique ne provoque pas de troubles graves de l'état général.

E. ANURIE POSTOPÉRATOIRE (Legueu et Chabanier). — Elle peut apparaître après toute intervention chirurgicale, mais elle est plus fréquente après les interventions portant sur l'appareil urinaire (néphrectomie, prostatectomie).

Elle évolue, en général, à bas bruit (assoupissement, langue sèche, dyspnée, pas d'élévation de la température pas de symptômes locaux ou pulmonaires) et peut amener la mort en quelques jours, d'autant plus vite que l'azotémie atteindra des taux plus élevés.

Tantôt, il s'agit d'une *néphrite aiguë postopératoire* infectieuse ou toxique (par l'anesthésie) qui peut frapper aussi bien des reins fonctionnant normalement jusque-là, que des reins qui fonctionnaient d'une façon défectueuse. On ne peut la prévoir ; il n'y a pas de rapport entre la valeur fonctionnelle des reins et leur fragilité.

Plus souvent, le purgatif donné avant l'opération, la diète, l'anesthésie, l'hémorragie, le vomissement amènent une chute de la diurèse. L'azotémie par arrêt de la sécrétion aqueuse s'ajoute ainsi à l'azotémie par désassimilation azotée qui accompagne toute intervention chirurgicale. On ne peut sans doute *pas prévoir l'apparition* de cette anurie par chute de la diurèse, puisque nous connaissons mal la sécrétion aqueuse des reins et que l'épreuve de la polyurie expérimentale ne donne pas de renseignements solides. Par contre, on peut *prévoir la gravité probable* de cette anurie, si elle se produit ; il suffit de rechercher la constante d'Ambard avant l'opération. La constante d'Ambard, en effet, varie d'une façon sensiblement parallèle à la concentration maxima. Cette recherche, déjà utile en chirurgie générale, est nécessaire en chirurgie urinaire, chez des sujets aux reins altérés, ou, lorsque après néphrectomie, on demandera à un seul rein l'élimination uréique nécessaire à la vie.

Enfin, Albaran voyait dans l'anurie postopératoire, une anurie réflexe. Rovsing, Israël, Nammesfahr ont incriminé comme cause du réflexe après certaines néphrectomies, le drain laissé dans la loge ou les ligatures, ou les pinces posées sur le pédicule ; l'ablation du drain ou des pinces aurait suffi à faire cesser l'anurie.

Diagnostic. — Le diagnostic positif de l'anurie est facile ; il suffit de sonder la malade.

Si on élimine les anuries dont la cause est évidente (maladies infectieuses, asystolie, intervention chirurgicale), le diagnostic causal de l'anurie doit se faire entre trois affections principales :

Lithiase.

Intoxication grave qui n'est parfois pas avouée par le malade.

Cancer utérin méconnu ; d'où la nécessité du toucher vaginal dans les cas hésitants.

Traitement. — Il peut être médical ou chirurgical.

A. **Médical.** — *Le régime.* — Suppression des aliments solides ; ne sont permises que les boissons diurétiques (eau lactosée, tisanes, eau d'Evian).

Les *diurétiques* n'ont qu'une importance secondaire dans l'anurie confirmée. La théobromine est cependant très utile en injection, injection sous-cutanée ou même intraveineuse, surtout dans les cas de syndrome hydropigène ; on a conseillé les injections sous-cutanées de sérum de veine rénale (20 centimètres cubes par jour en une fois).

Les *injections glucosées* ont une importance capitale (les injections salées étant rigoureusement interdites), on injecte 400 à 500 centimètres cubes par jour, en injections sous-cutanées de sérum isotonique à 45 p. 1000 ; ou, dans les cas urgents en injections hypertoniques intraveineuses à 250 p. 1000 introduits lentement. On peut aussi introduire le sérum isotonique par voie rectale. Très indiquées dans presque tous les cas, les injections sont à proscrire s'il y a œdème, ou pléthore sanguine.

Les ventouses scarifiées sur la région lombaire, les purgatifs, mais *surtout la saignée* seront très utiles. La saignée abondante soustraira à l'organisme une notable quantité de poisons et soulagera la pléthore circulatoire.

Les *grands bains tièdes prolongés,* dans les anuries réflexes, lithiasiques.

Le *traitement tonicardiaque,* s'il y a asystolie, ou œdème (digitale, ouabaïne).

Le traitement médical s'adresse aux anuries sécrétoires où il est employé presque exclusivement, mais il doit toujours compléter le traitement chirurgical dans les anuries excrétoires.

B. **Chirurgical.** — *a.* DANS L'ANURIE LITHIASIQUE. — 1. *Anurie au début.* — Il faut chercher à désenclaver le calcul et favoriser son élimination spontanée s'il n'est pas volumineux. La *distention vésicale* suffit parfois à réveiller les contractions de l'uretère (Pasteau).

Le *cathétérisme urétéral* est un des meilleurs procédés de traitement ; la sonde peut buter sur l'obstacle ; il faut insister doucement, et souvent la sonde passe ; si le catéthérisme échoue d'un côté, il faut essayer de l'autre. La sonde est laissée à demeure douze ou vingt-quatre heures, si elle a franchi l'obstacle. Même si elle a été arrêtée, il peut y avoir intérêt à la laisser au contact du calcul. On peut faire passer dans la sonde une injection d'huile, ou de glycérine, ou d'eau bouillie chaude. La sonde a parfois un effet *seulement palliatif ;* le fait de déplacer le calcul de côté ou de le refouler dans le bassinet a suffi souvent à rétablir le cours des urines et a permis d'attendre une intervention curative ultérieure, faite en de meilleures conditions. Parfois le rôle de la sonde est curateur ; le soir ou le lendemain, la malade expulse souvent son calcul dans la vessie. Si aucun résultat n'est obtenu, *il importe de ne pas s'attarder* et d'aller enlever le

calcul par une intervention là où la radiographie l'a montré (rein, bassinet, uretère).

2. *L'anurie date de quelques jours* et la malade présente *des symptômes d'intoxication;* il faut faire la *néphrotomie d'urgence* du côté obstrué le dernier. Anesthésie locale, large incision du rein sur le bord convexe. On n'enlève les calculs que si on les trouve sous la main. Le rein est laissé largement ouvert avec un drain pour l'écoulement du sang et de l'urine. Si on tombe sur un rein détruit, il faut aller ouvrir le rein opposé. Dans les cas favorables, le pansement est souillé de sang et d'urine, et rapidement l'urine réapparaît dans la vessie. Le calcul peut être évacué, sinon on pourra plus tard chercher à enlever le ou les calculs que décèle la radiographie, si l'état du malade le permet, et on laissera alors se fermer la plaie de néphrotomie.

b. DANS L'ANURIE PAR COMPRESSION PELVIENNE. — Dans les cas de tumeur bénigne, il est dangereux d'enlever la tumeur d'emblée, à moins que l'état du malade ne soit excellent; en général, il vaut mieux faire la néphrotomie dans un premier temps.

Dans les cancers du col de l'utérus, on fait la néphrotomie définitive. Elle sera pratiquée, soit sur le rein perceptible; soit sur le moins volumineux, si les deux reins sont gros, car c'est probablement le moins malade; soit, enfin, sur le côté le plus douloureux, si aucun des reins n'est senti. La néphrotomie préventive pratiquée dès l'apparition des petits signes urémiques permettra parfois de prolonger la vie de ces malades (Legueu).

c. DANS LES NÉPHRITES AIGUËS (anurie éclamptique en particulier). — Ebedohls a conseillé la décapsulation. Il vaut mieux, comme le conseille Pousson, employer la néphrotomie à laquelle on peut joindre accessoirement la décapsulation. Cette néphrotomie agit en libérant le parenchyme rénal augmenté par la néphrite et étranglé dans sa capsule, en provoquant une saignée locale qui décongestionne le rein, élimine les œdèmes, les déchets épithéliaux, les produits toxiques.

Il ne faut employer cette méthode que lorsque la thérapeutique médicale reste sans succès. Dans l'anurie éclamptique, elle n'est indiquée que si la saignée copieuse et répétée et l'évacuation utérine sont restées sans résultat.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. Rapport au *Congrès internat. d'urol.*, 1908, et discussion.
ACHARD et LEBLANC. La défaillance fonctionnelle du rein chez les cardiaques asystoliques en période d'oligurie, *Soc. de biol.*, 23 fév. 1921.
ACHARD et SAINT-GIRONS. Intoxication par le sublimé avec anurie suivie de guérison, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1912.
ALBARRAN. *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet, 1899, t. VIII.
AMBARD. *Physiologie normale et pathologique des reins*, 1914, 2e édition.
ANDRÉ. Huit cas de calculs de l'uretère ou d'anurie calculeuse traités avec succès par cathétérisme urétéral, *Journ. d'urol.*, t. X, n° 3.
ANDRÉ-WEILL. De l'azotémie au cours des néphrites, *Th. de Paris*, 1913.
CASTAIGNE. *Maladies des reins*, « Le Livre du médecin ».
CHABANIER et FATOU. Innocuité d'une forte azotémie provoquée par l'ingestion d'urée chez un grand néphritique, *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, mai 1920.
CHABANIER et CHARRIER. Etude d'un cas d'anurie, *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, mars 1921.
CHABANIER et DE GASTRO-GALHARDO. Du rôle de l'azote non uréique du plasma dans la détermination des symptômes urémiques, *Presse méd.*, 18 sept. 1920; — *Soc. de biol.*, mai 1920.
CHABANIER, MARQUÉZY et DE GASTRO-GALHARDO. La crise d'hyperazotémie, *Presse méd.*, 25 juin 1921; — Action du sérum glucosé au cours des néphrites, *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, juin 1921.
DEBOVE, ACHARD et CASTAIGNE. *Manuel de médecine*, MALADIES DES REINS.
DESMONS et POUSSON. De la néphrotomie systématique dans l'anurie calculeuse, *Acad. de méd.*, 1894.
DONNADIEU. De l'anurie calculeuse et son traitement chirurgical, *Th. de Bordeaux*, 1895.
ELIOT. Etiologie, pathogénie et traitement de l'anurie au cours de la lithiase et des tumeurs et néoplasmes pelviens, *Th. de Paris*, 1910.
Encyclopédie française d'urologie : articles de Legueu, Ambard, Pousson, Chevassu, Jeanbrau.
FRAYSSE. *De l'Anurie au cours des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire.*
GÉRARD. De la néphrotomie dans l'anurie éclamptique, *Journ. d'urol.*, t. IX, n° 2.
GUILLANI et ARCELIN. Calculs de l'uretère, trois cas dont deux avec anurie. Opération, guérison, *Journ. d'urol.*, t. IX, n° 2.
HAMMESFAHR. Sur la question de l'anurie réflexe, *Zeit. f. Urol.*, 1920, Bd XIV.
HUCK. De l'anurie calculeuse et de ses indications opératoires, *Th. de Nancy*, 1908.
JEANBRAU. Les calculs de l'uretère, rapport à la *XIIIe session de l'Assoc. franç. d'urol.*, Paris 1909.
JOSUÉ et PARTURIER. Conséquences cliniques de l'oligurie d'origine cardiaque, *Presse méd.*, 15 août 1918; — De l'insuffisance rénale chez les cardiaques asystoliques (les faux cardio-rénaux), *Journ. méd. franç.*, juillet 1918.
LEGUEU. Calculs du rein et de l'uretère, *Th. de Paris*, 1891; — De l'anurie calculeuse, *Ann. des mal. des organes génito-urin.*, 1895, t. XIII; — Anurie dans le cancer de l'utérus, *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, 1901; — *Traité chirurgical d'urologie*, 1910; — L'exploration des fonctions rénales en chirurgie, conférence faite à la *Soc. de l'internat des hôpit. de Paris*, 1914; — Traitement préventif de l'anurie pour cancer, *Ann. de gyn.*, 1906; — Importance de l'oligurie dans le développement de l'azotémie chez les opérés, *Journ. d'urol.*, mars 1913.
LEGUEU, AMBARD et CHABANIER. Etude de la concentration maxima et de ses rapports avec l'azotémie, *Arch. urol. de Necker*, 1913, t. I.
LEGUEU, AMBARD et GRUMEAU. De l'exploration des fonctions rénales en chirurgie, *Arch. urol. de Necker*, 1913, t. I.
LEGUEU et CHABANIER. Du rôle de la constante uréo-sécrétoire en chirurgie, *Paris méd.*, 20 oct. 1917; — Etude critique de l'azotémie et de la constante uréo-sécrétoire, *Presse méd.*, avril 1918; — Des éléments du pronostic postopératoire chez les néphrétiques, *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, juillet 1920.
MARION. *Leçons de chirurgie urinaire*, 1912; — Les anuries, *Journ. des prat.*, 1920.
MERKLEN. Etude sur l'anurie, *Th. de Paris*, 1881.
NOGUÈS. Considérations sur la pathogénie de l'anurie calculeuse, *Congrès franç. d'urol.*, 1911.
PAPIN. Anurie et cancer du rectum, *Revue de gyn. et chir. abdom.*, 1908.
PATEL. Anurie et cancer de l'utérus, *Revue de chir.*, 1901.
POUSSON. Du rôle pathogénique du réflexe réno-rénal, *Congrès d'urol.*, 1900.
ROCHET. *Lyon chir.*, t. XVII, n° 3.
ROUX (G.). De l'anurie dans les tumeurs de l'ovaire, *Th. de Lyon*, 1911.
UTEAU. De l'anurie au cours des néoplasmes pelviens, *Th. de Paris*, 1903; — Traitement de l'anurie, *Revue de chir.*, 1908.
VAILHEN. De l'intervention chirurgicale dans l'anurie calculeuse, *Th. de Paris*, 1896.

ACTUALITÉS

NOUVELLE CONCEPTION DE LA GOUTTE

Si j'osais, je dédierais cette actualité aux étudiants et aux jeunes médecins. C'est que, en effet, nous allons avoir à exposer une conception de la goutte tout à fait différente de celle qui, depuis longtemps, est religieusement reproduite dans tous les traités classiques. Pour la comprendre et en discerner l'importance, il faut donc ne pas encore être complètement plié au *credo* et au *syllabus* de l'Ecole et avoir conservé son indépendance et sa vivacité de pensée, comme nous y convie si justement M. DESFOSSES (1).

***

La conception de la goutte que je me propose d'indiquer sommairement ici, dérive d'une double constatation : à savoir : 1° que le traitement alcalin classique ne guérit pas la goutte ; il atténue la violence des crises et les espace, mais transforme régulièrement la maladie aiguë en maladie chronique, contre laquelle il demeure ensuite impuissant ; 2° que la réaction humorale des goutteux est, dans l'intervalle des crises, hypoacide (JOULIE) ou même alcaline chez les chroniques d'ancienne date, alors qu'elle devient hyperacide au moment des crises. D'où la question que s'est posée le Dr GUELPA (2), auteur de cette nouvelle conception et connu déjà par les bons effets de la cure qui porte son nom, question qui est celle-ci : Puisque la crise aiguë, qui procure au malade un soulagement immédiat certain, produit une décharge urinaire considérable et peut être regardée comme une véritable réaction de défense (SALIGNAT), est accompagnée d'acidification humorale et urinaire, ne serait-ce pas parce que le traitement actuel est, au contraire, alcalinisant, qu'il conduit le goutteux, avec le bénéfice apparent d'une atténuation des douleurs critiques, aux impotences et aux déformations de la chronicité ? En d'autres termes, ne doit-on pas considérer la goutte, non comme une acidémie, mais comme une alcalinémie, et par conséquent, changer du tout au tout le traitement qui lui convient logiquement ?

En conséquence, GUELPA entreprit sans retard de soigner quelquee malades gravement atteints, ankylosés, déformés, et contre lesquels avaient échoué les essais de traitement des plus habiles praticiens. Il leur appliqua sa méthode qui consiste en périodes alternatives de purgation et de jeûne complet (cure de désintoxication d'une durée de quatre à cinq jours en moyenne) et d'un régime acidifiant en deux étapes : d'abord cinq à six jours de régime mixte restreint, duquel sont exclus tous les aliments riches en matières minérales (lait, œufs, légumineuses, farines, etc., sauf le pain), puis trois jours de régime carné exclusif (foie, cervelle, rognons, etc.) avec fruits acides crus. Comme boisson, dans tous les cas, non des eaux minérales, mais de l'eau pure strictement déminéralisée, additionnée de quelques gouttes d'acide chlorydrique officinal. Nous voilà loin de l'ordonnance habituelle, lait, légumes, pas de viande surtout à cause des célèbres purines, cure de Vittel, de Contrexéville, de Martigny, bicarbonate de soude, lithine, que sais-je encore ? Aussi les autorités compétentes hochaient gravement la tête et prévoyaient les pires catastrophes. Bien loin qu'elles arrivassent, ce fut une amélioration considérable et déconcertante qui se produisit. Tous ces malheureux abandonnés, auxquels on se contentait modestement de prêcher la résignation, voyaient, en quelques semaines, leur situation se modifier. Incapables auparavant de se servir de leurs mains, de marcher, parfois pliés en deux et contraints à l'immobilité complète, ils s'apercevaient que, peu à peu, leurs articulations reprenaient du jeu, se dégonflaient, que les subluxations se remettaient, que les déformations s'atténuaient, et finalement, au bout de trois ou quatre mois d'un traitement à la vérité assez dur, ces gens qui, depuis des années, vivaient dans la souffrance et le désespoir, pouvaient aller et venir, se promener et vaquer, en somme, à leurs occupations coutumières. On trouvera, dans le livre de GUELPA, le détail de ces premières observations.

Naturellement, des résultats si inattendus ne furent accueillis d'abord qu'avec une certaine méfiance. Comment admettre ces résultats, quand ils vont à l'encontre d'une tradition consacrée ? On objecta donc que les observations étaient peu nombreuses et intéressaient principalement des femmes. Mais il ne faut pas oublier que GUELPA, au début, fut obligé de se contenter des « laissés pour compte » et que, si la goutte aiguë franche est plus fréquente chez l'homme, la goutte chronique déformante est plus répandue chez la femme (RENDU). On objecta aussi que GUELPA avait confondu la goutte avec le rhumatisme déformant. Ce serait déjà un joli succès que d'améliorer ce rhumatisme si rebelle d'ordinaire à la thérapeutique. En réalité, il est très difficile de faire cliniquement le diagnostic entre la goutte et le rhumatisme et c'est pourquoi GARROD et CHARCOT ont dû imaginer, pour les cas contestés, le rhumatisme goutteux. Il n'existe pratiquement qu'un discriminant, c'est le tophus. Or, les malades présentés par GUELPA à ses collègues des Sociétés savantes étaient ou avaient été porteurs de productions tophacées. On objecta enfin que la cure acidifiante améliore l'état général, les fluxions articulaires et les ankyloses des goutteux, mais n'influence pas leurs fluxions viscérales. Rien n'est moins prouvé. Le goutteux impotent, soigné par la méthode de GUELPA, ne récupère sûrement pas la souplesse de ses vingt ans, car il a des lésions irréparables, mais il se porte bien et ne souffre plus de nulle part. Si l'on se rappelle ce que donne la thérapeutique courante, même associée aux cures thermales et à l'électrothérapie, on est bien obligé de reconnaître l'importance du progrès accompli par un changement radical de la médication.

***

Ce progrès constaté, il reste à en expliquer les raisons. C'est la partie la plus délicate de la tâche. Des anciennes pathogénies successivement invoquées, de celles notamment d'HORBACZEWSKI, de MINKOWSKI et de GUDZENT, de celles même de Ch. BOUCHARD et de ses élèves, il ne reste à peu près rien, et ce qui résulte en somme de tant de recherches se réduit à ceci : l'acide urique n'est pas

(1) Pourquoi toujours imiter ? *Presse méd.*, 2 mars 1921.
(2) *La goutte et son traitement*, Paris, 1921, Alcan.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement des otorrhées par l'insufflation de vapeurs sulfureuses de Luchon. Indications principales, par le Dr S. BAQUE, médecin consultant à Luchon. Broch. in-8. — Monluis 1920, Imprimerie Fernand Brosset.

La Croissance, par le Dr L. DUFESTEL, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris, In-18 gr. jésus de 300 p. avec 20 fig. dans le texte. (Encyclop. scient. Bibliot. de physiol.) — Prix : broché, 7 fr. 50; cart. toile, 8 fr. 50. — Paris, G. Doin.

différent chez le goutteux de ce qu'il est chez les gens ordinaires, et aussi les pneumoniques, les cirrhotiques ; il ne se produit pas en plus grande quantité, mais, au lieu d'être éliminé, il tend à s'accumuler, sans qu'intervienne d'abord aucune déficience rénale, puis à se fixer dans les jointures et divers tissus. A noter, enfin, que l'hyperuricémie consécutive est souvent accompagnée, ainsi que l'ont établi récemment, MM. CHAUFFARD, BRODIN et GRIGAUT (1), d'hypercholestérinémie, ce qui met en cause, chez le goutteux et le graveleux, une insuffisance du pouvoir nucléolytique de la cellule hépatique. Mais cette interprétation est manifestement incomplète, puisqu'il s'agit d'expliquer pourquoi l'acide urique s'accumule et se fixe, chez le goutteux, alors qu'il est éliminé chez le leucénique, par exemple, qui en fabrique bien davantage.

GUELPA, tenant compte du caractère toxique des manifestations goutteuses, si parfaitement mis en évidence par M. LINOSSIER, estime que la goutte est une *intoxication*, dont le poison n'est ni l'acide urique ni les purines, mais la réaction trop alcaline du milieu humoral, provenant elle-même d'une hyperminéralisation. On sait, en effet, que l'os intact et le sérum du goutteux renferment plus de matières minérales que ceux de l'homme normal, tandis que l'os et le sérum du diabétique et du tuberculeux en renferment moins. C'est pourquoi le danger, chez le diabétique est l'acidose, chez le goutteux, l'*alcalinose*. L'acidification des humeurs étant un facteur de déminéralisation, le traitement classique de la goutte apparaît absurde, tandis que celui de GUELPA s'impose rationnellement.

Cette théorie originale, qui vaut surtout jusqu'à présent par ses résultats cliniques fort intéressants, laisse cependant un peu dans l'ombre deux points essentiels. Pourquoi certaines personnes font-elles de l'intoxication alcaline et quel rôle y joue alors l'acide urique, et comment celui-ci est-il, chez elles, précipité et fixé? A la première question, GUELPA répond en invoquant la suralimentation et il veut bien, à ce propos, rappeler ma théorie du surmenage ; à la seconde en comparant l'intoxication alcaline à l'intoxication saturnine, l'acide urique n'agissant que pour favoriser la précipitation des matières alcalino-terreuses. Ces explications manquent de précision, car la suralimentation, souvent très riche en viande, n'est pas nécessairement alcalinisante et il en est de même du surmenage. Il faut donc probablement faire intervenir une autre cause, en dehors même de l'hérédité, qui doit être cherchée sans doute dans une certaine constitution des colloïdes humoraux. Cette constitution entraîne à son tour la fragilité de certains colloïdes qui floculent et précipitent et détermine les accidents aigus ou chroniques. Je me propose de revenir, dans un prochain article, sur la floculation des colloïdes dans les maladies. Concluons, pour le moment, que la conception de GUELPA mérite de retenir l'attention, tant par les applications heureuses auxquelles elle a donné lieu que par la manière dont elle semble s'accorder avec les plus récentes théories biologiques.

J. LAUMONIER.

(1) *Presse méd.*, 15 déc. 1920.

NOTES DE PRATIQUE

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Médication d'urgence : large saignée générale de 300 à 400 g. avec des saignées locales par ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, la région du foie et des reins.

Cela fait, trois grandes indications se posent :

1° Combattre le collapsus cardiaque par des injections de caféine ou d'huile camphrée.

2° Combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire par des injections de strychnine ou l'électrisation du nerf vague.

3° Combattre l'élément toxique par la prescription du régime lacté et de la Théosalvose phosphatée ou caféinée (4 cachets de 0g50 pro die). Cette dose sera ensuite abaissée à 2 cachets, à prendre pendant plusieurs semaines, de façon à prévenir le retour de l'œdème pulmonaire.

LIVRES NOUVEAUX

La Croissance (1), par le Dr APERT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades Bibliothèque de philosophie scientifique dirigée par le Dr G. Le Bon.

L'étude de la croissance a un intérêt majeur. Pendant sa période de croissance, l'être humain reste jusqu'à un certain point malléable ; toute action qu'il subit est susceptible d'influer en bien ou en mal sur toute sa vie ultérieure.

Fixer les conditions d'une bonne croissance est donc un problème important. Avec les données actuelles des sciences biologiques et médicales, ce problème peut être résolu avec une approximation suffisante pour la mise en pratique en toute sécurité.

Après avoir fait connaître les données numériques relatives à la croissance normale dans l'un et l'autre sexe, l'auteur étudie les diverses conditions agissant sur la croissance : ration alimentaire, quantité et qualité des aliments, importance de certaines substances telles que les graisses, le fer, les acides aminés ; il insiste sur le rôle des vitamines de croissance d'après les découvertes récentes. Il met en relief l'influence des sécrétions internes et passe en revue les curieuses anomalies de croissance qui sont la conséquence des modifications des glandes à sécrétion interne. Enfin, il montre le rôle du système nerveux, et l'influence néfaste de l'hérédité morbide.

Il poursuit par une étude des maladies de croissance et conclut par une vue d'ensemble sur l'hygiène de la croissance qui ne manquera pas d'intéresser vivement tous ceux qui s'occupent de l'enfance, pédagogues, médecins, pères et mères.

L. G.

(1) In-18. — Prix : 6 fr. 75. — Paris, Flammarion.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINE. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1921-1922) aura lieu le lundi 16 janvier 1922, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 21 novembre au 3 décembre 1921 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel, au plus tard le samedi 3 décembre 1921, à 17 heures, dernier délai.

Extrait du règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris. — ART. 256. — Chaque année, il est ouvert, pour les prix à décerner aux internes en médecine qui terminent leur quatrième année d'exercice, deux concours distincts qui portent : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements.

Les candidats ne peuvent se faire inscrire que pour l'un ou l'autre de ces concours.

Le jury du concours de médecine comprend cinq membres, savoir : cinq médecins.

Ces membres sont pris parmi les médecins chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, ainsi que parmi les médecins des hôpitaux.

Pour la constitution du jury du concours de médecine, on mettra dans l'urne, en même temps que les noms des médecins chefs de service et des médecins des hôpitaux, les noms des médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en exercice ou honoraires, et ceux des médecins-adjoints de ces quartiers; mais, en aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un médecin aliéniste.

Les épreuves de ces concours sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Un mémoire, soit de médecine, soit de chirurgie, basé sur les observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert et devra être déposé, au service du personnel de l'administration, le 3 décembre au plus tard ;

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne. Il sera accordé à chaque élève quinze minutes pour développer la question, après quinze minutes de réflexion;

3° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie interne, pour laquelle il sera accordé trois heures.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour le mémoire. . . . . 30 points
Pour l'épreuve théorique orale. . . . . 20 —
Pour la composition écrite . . . . 30 —

Le mémoire est jugé au début du concours. A cet effet, le jury reçoit, dès sa constitution, communication des mémoires déposés par les candidats. Il est réuni de nouveau deux jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture du concours afin de délibérer sur la valeur des mémoires; les points attribués sont communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours.

ART. 175. — A la suite des deux concours pour les prix ouverts à la fin de chaque année, entre les internes en médecine de quatrième année, comme il est dit à l'article 256, il peut être accordé deux prix et un accessit.

Le premier prix consiste en une médaille d'or et une bourse de voyage, et le second prix en une médaille d'argent. Il est accordé des livres pour l'accessit. Aucune de ces récompenses ne peut être accordée ex æquo.

ART. 176. — Les deux internes en médecine qui auront obtenu la médaille d'or jouiront de la faculté de prolonger pendant une année leurs fonctions dans les hôpitaux. Ces deux internes pourront choisir leurs places au commencement de cette année. Ils ne figureront pas dans le cadre et seront adjoints, à titre supplémentaire, au service qu'ils auront choisi.

Ils auront la faculté de bénéficier de leur bourse de voyage, à leur choix, soit avant, soit après leur année supplémentaire.

A l'ouverture du concours, le 16 janvier 1922, à 16 heures, le président du jury tirera immédiatement au sort le nom des candidats qui seront appelés à subir une épreuve théorique orale dans cette séance.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 17 août 1921, des concours seront ouverts le 27 février 1922 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse :

Pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont ;

Pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite Ecole.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant la date d'ouverture desdits concours.

GUERRE. — DIRECTION DES TROUPES COLONIALES. — Des concours pour l'admission d'un nombre illimité de docteurs en médecine et de pharmaciens de première classe, à des emplois de médecins et de pharmaciens aides-majors des troupes coloniales, s'ouvriront :

Le 7 novembre prochain, à l'hôpital militaire de Strasbourg ; le 14, à la Faculté de médecine de Bordeaux ; le 21, à l'hôpital Desgenettes, à Lyon ; le 28, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris ; le 5 décembre prochain, à l'hôpital Michel-Lévy, à Marseille.

Les renseignements relatifs à ces concours ont été insérés au *Bulletin officiel* du 27 juin 1921, p. 2040.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Pouloux (de Saint-Setiers), Ferrand, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médaille d'argent.* — M. le Dr Herman (Franz), de nationalité belge, chirurgien en chef des hôpitaux civils d'Anvers.

Médailles de bronze. — M. le Dr Renton, Maurice Waugh, de nationalité britannique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le Dr Lemarignier (d'Argentan).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ARRÊT RELATIF A L'APPLICATION DE LA LOI DU 2 MARS 1921 RELATIVE AU MAINTIEN PROVISOIRE DANS LES LIEUX LOUÉS DES LOCATAIRES DE BONNE FOI.

La loi du 2 mars 1921 porte, dans son article 1er, paragraphe 6, que les décisions rendues par le juge des référés pour son application ne sont pas susceptibles d'appel. Ce texte ne doit pas être entendu d'nne manière absolue ; en effet, un appel peut être interjeté contre une ordonnance de référé, rendu par un juge qui a statué en dehors des limites de la compétence établie par cette loi du 2 mars. Cette solution vient d'être consacrée par un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 1er juillet 1921 ; elle s'applique également à la loi du 16 juillet 1921 dont nous avons fait connaître dernièrement les dispositions.

Voici les circonstances qui ont donné lieu à l'arrêt de la Cour de Paris : une ordonnance de référé avait autorisé l'expulsion d'une Dlle M..., pour le 1er mai 1921, de l'appartement par elle occupé en qualité de locataire dans une maison sise à Paris, rue de Stockholm, dont X... était propriétaire. La Dlle M... prétendait que le juge des référés était incompétent, parce que la demande formée contre elle ne rentrait pas dans la catégorie de celles qu'autorise la loi du 2 mars 1921. La Cour lui a donné raison :

« En ce qui concerne la compétence ;

Considérant que la loi susdatée a institué une juridiction spéciale présentant cette particularité que les décisions rendues par application de ladite loi ne sont pas susceptibles d'appel, et ce quelle que soit l'importance du litige ; qu'il est constant que cette juridiction d'exception n'a compétence pour statuer que sur les cas dont la connaissance lui a été expressément attribuée par la loi qui l'a instituée ;

Considérant qu'aux termes de ladite loi (art. 1er), le *locataire a seul qualité pour introduire une demande tendant à l'application de ladite loi* ; que l'article 2 édicte que les dispositions de l'article 1er ne sont pas opposables au propriétaire qui prouvera qu'il va occuper le local soit par lui-même, soit par ses descendants ou ascendants ; qu'il est manifeste que cet article 2 se borne à fournir au propriétaire un moyen de défense ; mais qu'il ne l'autorise nullement à introduire une demande contre un locataire qui, comme dans l'espèce actuelle, n'a pas demandé à être admis au bénéfice de la loi susdatée ;

Considérant que la loi dont il s'agit a été faite en faveur des locataires; qu'il est indiqué dans son intitulé qu'elle est relative au maintien provisoire en jouissance des locataires de bonne foi ; qu'il serait tout à fait inadmissible qu'on pût l'invoquer pour faire ordonner l'expulsion de locataires en vertu de décisions non susceptibles d'appel ;

Considérant, enfin, que la Dlle M... a fait signifier à X... une demande à fin de prorogation ; que ladite demande est actuellement soumise à la Commission arbitrale des loyers du VIIIe arrondissement de Paris ; que, pour cette raison encore, le premier juge aurait dû se déclarer incompétent... »

La Cour a, en conséquence, décidé qu'il n'y avait pas lieu à expulsion.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DROITS DE SUCCESSION D'UN RÉFORMÉ DÉCÉDÉ DES SUITES DE SES BLESSURES OU MALADIE

M. Ferraris, député, demande à M. le ministre des Pensions si un réformé décédé des suites de ses blessures ou maladie qui a motivé sa réforme doit figurer sur la liste des « Morts pour la France », et s'il donne droit à ses héritiers de bénéficier des dispositions spéciales établies pour les droits de succession de ceux qui sont morts pour la France. (*Question du 7 juin 1921.*)

Réponse. — *a.* L'inscription sur l'acte de décès de la mention : « Mort pour la France » doit être effectuée si le décès a eu pour cause une blessure reçue ou maladie contractée sur le champ de bataille (loi du 2 juillet 1915) ; *b.* l'exonération de l'impôt de mutation par décès doit être accordée aux ascendants, descendants et veuves des militaires réformés, si ces derniers sont morts de blessures reçues ou de maladies contractées pendant la guerre, sous les drapeaux et à condition que le décès soit survenu dans l'année qui a suivi la cessation des hostilités, c'est-à-dire avant le 25 octobre 1920 (loi du 26 décembre 1914, art. 6). (*J. O.*, 14 août 1921.)

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE ENGAGÉS SPÉCIAUX

On sait que les étudiants de Faculté, engagés de trois ans sous le régime de la circulaire du 28 avril 1920, recevront pour leur deuxième année de service le titre d'élève-officier de réserve, s'ils subissent avec succès un examen d'aptitude institué à cet effet.

Le ministre de la Guerre vient de décider par analogie que les étudiants en médecine, et par extension des dispositions de la loi de recrutement de 1918 les étudiants en pharmacie, titulaires de douze inscriptions, et ayant fait preuve, à l'examen d'aptitude, de connaissances techniques suffisantes, seront nommés médecins ou pharmaciens auxiliaires pour leur deuxième année de service. (*Echo de Paris.*)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ORTHOPÉDIE -- CHIRURGIE INFANTILE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

GÉNÉRALITÉS

Anesthésie locale en chirurgie chez les enfants et les adolescents. (H. L. Rocher. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 3 avril 1921, n° 14, p. 159.) — On admet, jusqu'à ce jour, que l'anesthésie locale est impraticable chez l'enfant à cause de son émotivité (vue des instruments, du sang, etc.).

S'appuyant sur 100 opérations dont certaines importantes (urano-staphylloraplaxie, cranioplastie, cures radicales de hernie, marsupialisation pour kyste hydatique du foie, lymphangiome kystique et adénopathies tuberculeuses de l'aisselle, double kyste de l'ovaire, appendicectomie, transfusion sanguine), l'auteur montre que la plupart des opérations peuvent être, chez l'enfant intelligent, pratiquées à l'anesthésie locale.

Il emploie une solution de cocaïne à 1 p. 300 qui a toujours été parfaitement supportée.

Opération de Stoffel pour paralysie spasmodique, avec 32 observations. (A. Bruce Gill. *Journ. of orthop. surg.*, fév. 1921, vol. III, n° 2, p. 52.) — L'auteur résume dans cet article sa pratique de six années. Il expose avec détails les diverses variétés de paralysies spasmodiques et les indications de l'opération de Stoffel, ainsi que le traitement préliminaire indispensable.

L'opération a deux buts : supprimer la contracture musculaire cause de la déformation, rétablir l'action frénatrice du cerveau. Elle consiste dans l'excision d'une portion des nerfs moteurs destinés aux muscles contracturés les plus puissants. Bruce Gill décrit ensuite avec grands détails la technique de l'opération; la section s'adresse rarement aux troncs nerveux eux-mêmes que l'on peut dissocier et dans lesquels on sectionne les filets destinés à certains groupes musculaires, on sectionne le plus souvent les rameaux musculaires qui en émanent. Les nerfs étudiés sont : le médian, l'obturateur, le sciatique, le poplité interne.

Le traitement postopératoire est très important, la rééducation musculaire est le facteur indispensable du succès. D'où les échecs certains chez les enfants à intelligence trop diminuée. Les 32 observations rapportées par l'auteur sont fort intéressantes, car la plupart des malades ont été suivis d'un à six ans. La paralysie était dans 15 cas congénitale, dans 11 infantile, dans 4 traumatique, et, chez 2 adultes, attribuée à une dégénérescence spinale.

Les opérations sur le sciatique pour la contracture des fléchisseurs du genou, celles sur le nerf obturateur pour les adducteurs de la cuisse ont donné des résultats bons. Celle sur le nerf sciatique poplité interne a amélioré considérablement l'équinisme. Cependant, dans la plupart des cas, nous remarquons dans les observations que le malade peut relever le pied presqu'à 90 degrés, il persiste donc souvent un léger équinisme et le résultat serait donc inférieur, non à une ténotomie qu'il ne faut pas faire ici, crainte d'un pied talus consécutif, mais à un dédoublement du tendon d'Achille. Les observations ne nous démontrent pas clairement la supériorité des résultats au membre inférieur sur les ténotomies multiples et allongements tendineux, opérations dont la technique est bien plus simple.

Après les opérations, les améliorations obtenues ont été souvent très lentes à venir, des mois et des années à se manifester. Par contre, ce qui a été obtenu a été toujours conservé, il n'y a pas eu de rechutes.

Au membre supérieur où les ténotomies et dédoublements de tendons sont difficiles, sinon parfois impossibles à cause de la multiplicité et ténuité des tendons, que donne le Stoffel? Gill le dit : « Les opérations sur le nerf médian ont, dans tous les cas, diminué la contracture ou corrigé la déformation de la main. Dans quelques cas, l'amélioration de la fonction de la main a été petite ou négligeable. Dans d'autres cas, elle a été très grande. » Etant donné la complexité de la fonction, le résultat est plus incertain qu'au membre inférieur.

Donc, en l'absence des opérations tendineuses, impossibles le plus souvent, les opérations nerveuses sont un recours précieux au membre supérieur, surtout dans les cas de contracture moyenne. Pour Gill, elles ne donnent rien contre l'athétose.

L'auteur conclut fort sagement que la neurectomie n'est pas une panacée contre les paralysies spasmodiques, qu'il faut y ajouter, le cas échéant, les allongements tendineux et transplantations musculaires indiquées (nous y ajouterons, pour les sujets âgés, les arthrodèses).

AFFECTIONS CONGÉNITALES

Contribution à l'étude des malformations congénitales des vertèbres cervicales. (G. Breton. *Th. de Paris*, 1920-1921 ; A. Legrand, édit.). — A propos de quatre observations inédites d'anomalies congénitales des vertèbres cervicales, l'auteur fait une étude très complète de ces lésions. Passées inaperçues jusqu'ici, ces lésions sont bien connues depuis les travaux de Bertolotti qui a montré leur fréquence. Anatomiquement, l'auteur décrit quinze variétés de lésions actuellement connues.

Cliniquement, l'auteur s'est efforcé de dégager plusieurs types :

1° La réduction numérique des vertèbres qui se traduit par le syndrome de Klippel et Feil : implantation basse des cheveux, absence de cou, limitation des mouvements de la tête.

2° Le spina bifida antérieur qui donne une courbure cervico-dorsale à convexité généralement gauche avec brusque inflexion à son sommet, une inclinaison latérale de la tête et une surélévation réductible de l'épaule.

3° Les côtes cervicales se traduisant par trois ordres de phénomènes cliniques, isolés ou associés : phénomènes de déformation simple ou double surélévation congénitale de l'omoplate; signes de compression vasculaire; phénomènes nerveux, troubles de la sensibilité, troubles de la motilité, troubles trophiques à type radiculaire.

4° Le spina bifida postérieur qui donne une brièveté anormale du cou, une inclinaison de la tête sur le côté et une surélévation de l'épaule correspondante due à des contractions musculaires. Les mouvements du cou sont indolores; la pression est douloureuse au niveau de la vertèbre anormale, dans le domaine du plexus cervical, on trouve de l'hyperesthésie cutanée et de la douleur à la pression profonde.

5° La fusion atloïdo-occipitale qui se présente le plus souvent sous la forme d'un torticolis spasmodique. Au total, cliniquement, la lésion est symétrique ou asymétrique.

Dans les lésions symétriques, on songe le plus souvent à un mal de Pott; dans les lésions asymétriques, on porte le diagnostic de torticolis.

La radiographie, qui seule permet le diagnostic, est donc obligatoire dans tous les cas de mal de Pott cervical et de torticolis congénital.

L'auteur montre ensuite les grandes difficultés de la prise des épreuves radiographiques et de leur interprétation chez ces malades.

Il expose en détail la technique à suivre pour surmonter ces difficultés.

Contribution à l'étude du traitement de la luxation congénitale de la hanche (résultats obtenus par la méthode de Le Damany). (M. Anis. *Th. de Paris*, 1920-1921.) — On

trouve dans cet ouvrage les résultats obtenus dans les hôpitaux d'Angers par M. Charier dans 60 cas de luxations traitées par la méthode de Le Damany, et 20 observations complètes. Les résultats éloignés sont beaux, puisqu'ils accusent 90 p. 100 de résultats anatomiques et fonctionnels parfaits. M. Charier traite les enfants le plus tôt possible, l'âge favorable est pour lui de deux ans et demi à six ans. Il pratique la méthode déambulatoire, c'est-à-dire qu'il tâche de faire marcher dès le premier appareil même pour les bilatéraux, dans un chariot à roulette. On trouve exposées en détail les idées de Le Damany sur l'importance de l'antéversion du fémur comme cause de la luxation, le moyen de la mesurer à la radiographie et de la corriger par le traitement.

Nous faisons des réserves sur ce que dit l'auteur pour l'orientation à donner au fémur dans le premier appareil : la diaphyse fémorale doit, à la radiographie, être parallèle à la ligne réunissant les deux cartilages en Y, c'est dans cette attitude que se fait en bonne direction « la poussée creusante » du cotyle. Pour nous, c'est l'axe du col et non de la diaphyse qui doit avoir cette direction, et l'abduction du fémur indiquée par l'auteur (75°) est très insuffisante.

M. Charier supprime comme inutile, après la sortie du plâtre, la mobilisation passive et active de la cuisse. Il laisse les mouvements revenir spontanément. Ceci nous semble très insuffisant, surtout chez les bilatéraux. D'ailleurs, dans les 20 observations de la thèse, on voit que « six mois après la fin du traitement l'enfant tire un peu la jambe, ce qui est normal, le membre inférieur étant encore en légère flexion ». Dans d'autres cas, les raideurs existaient après plus de huit mois, près de deux ans. Ceci confirme l'importance du traitement postopératoire pour le prompt retour des fonctions normales dans la luxation congénitale de la hanche.

Résultats du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. (D. Bargellini. *Archivio di ortopedia*, anno XXXVI, fasc. II, 1921.) — De l'étude de 173 observations personnelles, l'auteur conclut à un pourcentage de guérison anatomique de 100 p. 100 dans les luxations unilatérales de 85 à 90 p. 100 pour les bilatérales. Il n'a pas eu un seul cas de luxation. Dans les cas guéris, il persiste souvent une attitude vicieuse par abaissement du bassin, le membre paraît plus long (abduction). Il persiste souvent de l'atrophie des fessiers et de la cuisse.

L'auteur insiste beaucoup sur l'apparition tardive après quatre ou cinq ans, chez des malades d'abord bien guéris, de défectuosités tenant à la production de déformations secondaires : aplatissement de la tête, fragmentation du noyau céphalique, arthrite déformante, résorption précoce ou tardive de la tête. Ces déformations sont plus fréquentes chez les sujets âgés, la coaptation des surfaces articulaires étant plus défectueuse.

Dans d'autre cas où d'emblée le résultat semblait assez médiocre : tête déformée, antéversion marquée, cotyle peu profond, l'adaptation progressive s'est faite et le résultat définitif a été très bon.

L'antétorsion de l'extrémité supérieure du fémur dans la luxation congénitale de la hanche. Sa correction. (M. Frœlich. *Revue d'orthopédie*, 28e année, mai 1921, n° 3, p. 213.) — On sait combien fréquente, surtout dans les cas âgés, l'antétorsion du col fémoral. Cette déformation se corrige parfois pendant le traitement. Mais, si elle ne se corrige pas, c'est une cause fréquente des reluxations.

On a proposé de nombreux moyens pour y remédier. Soit appareillage spécial (Le Damany), soit une ostéotomie du fémur avec consolidation en rotation externe du membre.

M. Frœlich apporte un procédé simple pour réaliser cette intervention par ostéoclasie.

Il repose sur ce fait, qu'après de nombreux mois d'appareil plâtré, le fémur est décalcifié, friable, et qu'une fracture sus-condylienne est, hélas ! très facile à produire. A la fin du traitement, M. Frœlich coupe le plâtre au-dessus du genou, brise le fémur contre le bord inférieur du plâtre, tourne le genou en rotation externe et replâtre pour un mois. Il a employé dix fois cette technique.

Sur un cas de dolichosténomélie (arachnodactylie). (R. Dupérié, Ed. Dubourg, F. Guénard. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 janv. 1921, n° 2, p. 43.) — En 1896, M. Marfan décrit à la Société médicale des hôpitaux, une affection qu'il appelle dolichosténomélie caractérisée par un allongement avec amincissement des os des membres prédominant sur les mains et les pieds.

M. Achard, en décrivant un nouveau cas en 1902, appelle l'affection arachnodactylie.

Depuis lors, quatre autres cas dont les auteurs donnent l'indication ont été décrits.

Ils en apportent un nouveau qui est le septième.

L'affection est congénitale, non familiale, et son origine est obscure. En 1902, l'appellation d'hyperchondroplasie proposée par MM. Méry et Babonneix montre bien l'opposition de cette affection avec l'achondroplasie.

Les auteurs pensent qu'il s'agit vraisemblablement d'un trouble de fonctionnement de l'hypophyse, et que c'est dans ce sens qu'il faut orienter la thérapeutique.

AFFECTIONS ACQUISES

Contribution à l'étude étiologique de la scoliose essentielle des adolescents. Ses rapports avec le spina bifida occulta lombo-sacré. (P.-L. Leroy. *Thèse de Paris*, 1921, A. Legrand.) — De l'examen de 123 scolioses soignées pendant l'année 1920, à la consultation d'orthopédie des Enfants-Malades, il résulte que 76 se rattachaient à une origine connue, 47 pouvaient rentrer dans la scoliose dite essentielle de l'adolescence.

Si l'on joint à ces 47 scolioses essentielles, 31 cas de scoliose statique par inégalité de longueur des membres inférieurs, soit 78 scolioses. On trouve 34 fois à la radiographie du spina occulta lombo-sacré (43,6 p. 100) portant, soit sur la 5e vertèbre lombaire, soit sur la 1re sacrée.

Cette anomalie peut déterminer la scoliose de deux manières : 1° par atrophie en longueur de l'un des membres inférieurs, conséquence de l'aplasie médullaire, cause elle-même du spina bifida; 2° par atrophie unilatérale, ou prédominante d'un côté de la 5e vertèbre lombaire ou du sacrum qui accompagne souvent le spina bifida lui-même.

Ces troubles de développement, quoique dus à une malformation congénitale, apparaissent ou dans le tout jeune âge, ou seulement à un âge avancé, dans l'adolescence au moment où la croissance vient exagérer l'asymétrie congénitale.

Le défaut de longueur d'un membre inférieur et avec lui la scoliose qui en résulte, se manifeste ordinairement dans l'enfance avant neuf ans et avec une égale fréquence dans les deux sexes; la scoliose est alors souvent une scoliose totale, peu grave, comportant un traitement simple.

Au contraire, la scoliose due à l'asymétrie de la 5e vertèbre lombaire ou du sacrum, se rencontre plus tardivement et surtout chez les filles. Elle paraît en rapport avec le développement du bassin et les troubles de la puberté. C'est le plus souvent une scoliose à plusieurs courbures qui devient rapidement grave et dont le traitement est beaucoup plus complexe.

Anatomie pathologique et traitement des luxations récidivantes de l'épaule. (L. Tavernier et A. Galifier. *Revue d'orthopédie*, 28e année, juillet 1921, n° 4, p. 275.) — A la suite de travaux nombreux de Grégoire, Bazy, J. de Fourmestraux, E. Angeletti, J. Audibert (travaux que nous avons analysés pour la plupart, dans la *Gaz. des hôpit.*, 31 août 1920, n° 75, p. 1191-1192), on a tendance actuellement à considérer la luxation récidivante de l'épaule comme résultant d'une malformation de la tête humérale, résultat d'une dyschondroplasie, soit acquise, soit congénitale. Le résultat logique est que le traitement doit consister en opérations osseuses : modelage, résection de la tête humérale.

Les auteurs, sans nier la possibilité de pareilles lésions, qui se traduisent par la reproduction de la luxation à l'occasion d'un trauma insignifiant, et par la facilité de la reposition, affirment qu'il existe à côté une luxation récidivante d'origine traumatique vraie. Ils en donnent deux observations probantes. Ici le traumatisme causal est violent, la radiographie montre une tête non déformée, l'intervention révèle une capsule présentant un diverticule réuni à la cavité articulaire par un collet serré. La tête en s'engageant dans le diverticule est serrée au niveau du collet, ce qui explique la stabilité de la luxation.

Les auteurs insistent aussi sur ce fait qu'il ne suffit pas de faire la capsulloraphie extraarticulaire de Ricard. Pour se mettre sûrement à l'abri des récidives, il faut comme l'ont conseillé Turner, Perthes, Quénu, ouvrir largement la capsule, fermer avec soin le collet du sac avant de faire le plissement capsulaire.

Ostéo-chondromatose du coude. (H. LERAT. *Gaz. méd. de Nantes*, 1er fév. 1921, 34e année, n° 3, p. 45.) — Homme de quarante ans, sportif. Il y a dix ans, chute violente sur le coude droit avec signes de forte contusion. Depuis un an, limitation des mouvements; récemment, douleurs dans le cubital. Coude bosselé, irrégulier; dans la région épitrochléenne, masse dure, mobile. On pense à un ostéome. La radiographie montre une quantité de boules osseuses, irrégulières, injectant entièrement la synoviale, même dans tous ses replis (cul-de-sac sous-tricipital, annulaire autour de la tête radiale). Wassermann négatif. Intervention. Incision postéro-interne. Ablation derrière l'épitrochlée de trois corps étrangers ostéo-cartilagineux, arrondis, gros comme une noisette ou une petite noix, libres ou adhérents à la synoviale. Disparition des signes de compression du cubital.

L'auteur identifie ce cas à ceux publiés par Henderson de la clinique Mayo (*Amer. Journ. of orthop. surg.*) qui décrit deux cas au genou et à l'épaule sous le nom d'ostéo-chondromatose. Le traumatisme serait toujours à l'origine et les corps étrangers seraient dus à des épaississements de la synoviale. C'est donc un processus différent de l'ostéo-chondrite disséquante d'origine inflammatoire.

La pronation douloureuse. Caractères et mécanisme. (Prof. G. COLONNA. *Giorn d. R. Acad. di med. di Torino*, juillet-déc. 1920, anno LXXXIII, p. 210-247.) — Dans un très volumineux travail, l'auteur reprend l'étude complète de cette affection. A la lumière de ses expériences cadavériques, il discute les nombreuses théories pathogéniques émises.

Il conclut que, en réalité, on a confondu sous ce nom un certain nombre d'affections différentes qu'il faut bien distinguer :

1° Des cas dans lesquels il n'y a que la subluxation tendineuse ou des lésions des parties molles du pourtour du coude (tendons, muscles, ligaments, capsule). C'est la fausse pronation douloureuse, l'enfant prend une position de flexion et pronation de l'avant-bras qui soulage la douleur, mais il manque l'attitude caractéristique de la main en flexion et adduction vers le bord cubital.

2° Les cas où il y a déchirement de la mince capsule postérieure avec pincement de la capsule en avant. La tête radiale est à peine écartée du cubitus.

3° Les cas dans lesquels il se produit l'accrochement de la tête radiale sous le bord inférieur de la facette articulaire cubitale (Perrin), c'est l'élongation du radius ou le pincement de la synoviale en avant (Denucé).

4° Dans les cas typiques de pronation douloureuse, il y a une subluxation nette de la tête radiale dans le ligament annulaire Le bord antérieur de la cupule est senti à la palpation, déplacé en avant, plus haut et plus en dedans que normalement.

5° Des cas où on ne sent pas ce déplacement, mais où on doit l'admettre, car l'attitude de l'avant-bras et de la main est identique et caractéristique.

La radiographie ne peut être d'aucun secours pour le diagnostic car la tête du radius ne commence à s'ossifier qu'à sept ans; de plus, sur un radius cliniquement subluxé, la radiographie des deux coudes en position identique ne montrait aucune différence.

Syndromes nerveux et vasculaires par anomalie du squelette. (B. SCHIASSI. *Chir. degli org. di mov.*, juin 1921, vol. V, fasc. 3, p. 298.) — Dans un très long article, l'auteur étudie deux syndromes différents :

1° *Sacralisation douloureuse de la Ve vertèbre lombaire.* — L'auteur en rapporte deux observations, et, à propos de ces deux cas, discute la pathogénie des douleurs, le diagnostic et le traitement. Aucun fait nouveau.

2° *Côtes cervicales.* — L'auteur rapporte deux observations très intéressantes.

La première concernait une jeune femme de vingt et un ans avec atrophie de tout le membre supérieur, douleurs violentes, ulcération du médius, hypothermie de la main avec absence de pouls radial et huméral; au total, compression nerveuse et vasculaire par une côte cervicale que révèle la radiographie. Son ablation est pratiquée en même temps que le tubercule de Lisfranc à laquelle elle adhérait. Guérison rapide.

La deuxième concerne une dame de trente-deux ans amenée pour être opérée d'urgence pour des douleurs très violentes du membre supérieur avec arrêt complet de la circulation du membre. Le diagnostic établi est thrombose de la sous-clavière par compression due à une côte cervicale. L'auteur procède à l'ablation de cette côte qui, comme la précédente, adhérait au tubercule de Lisfranc.

Les douleurs ne sont pas améliorées, la thrombose doit être totale. Dans une deuxième opération, on procède à l'incision longitudinale de l'artère et ablation en deux morceaux du caillot sanguin, suture de l'artère. Sur le moment, le pouls radial et huméral se rétablissent pour faiblir et disparaître bientôt à nouveau. L'oblitération s'est reproduite.

Dans une troisième opération, l'auteur tente de réséquer la portion d'artère malade et de la remplacer par un fragment de saphène. Une fois la résection faite, il est obligé de renoncer à cette transplantation, la section du côté interne étant faite au ras de l'origine de la vertébrale.

Les phénomènes de gangrène du bras s'affirment, et l'amputation secondaire fut pratiquée.

L'auteur, à propos de ce cas, a fait des recherches anatomiques qui le conduisent à proposer dans un cas analogue la conduite suivante : résection du fragment d'artère thrombosée, fermeture par ligature des deux bouts, section de la carotide primitive juste au-dessous de sa bifurcation, suture du bout supérieur, bascule à travers le cou du bout inférieur qui est suturé au bout périphérique de la sous-clavière.

L'auteur rapproche des cas de compression par les côtes cervicales une observation intéressante de compression de la sous-clavière par une énorme exostose de l'extrémité interne de la clavicule.

Sacralisation de la Ve vertèbre lombaire. (LACOUTURE et ARNOULD. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 9 janv. 1921, 42e année, n° 2, p. 17.) — Deux observations avec douleurs. La première présentait des signes pouvant faire penser à de la sacro-coxalgie, mal de Pott lombaire ou à la lithiase rénale, alors qu'il s'agissait d'un contact anormal entre l'apophyse transverse droite et la crête iliaque. Dans la deuxième, névralgie sciatique typique : apophyses transverses chevauchant la crête iliaque, d'où compression et mise en tension du Ve nerf lombaire et névralgie sciatique consécutive.

L'auteur donne ces observations comme exemple de l'origine mécanique de ces douleurs. On ne voit pas cependant dans la deuxième observation pourquoi l'hypertrophie des deux apophyses transverses ne donne de la sciatique que du côté droit.

Les douleurs de reins et les variations de la région lombo-sacrée. (ARCHER O'REILLY. *The Journ. of orthopaedic surgery*, vol. 3, n° 5, mai 1921, p. 171.) — Etude de 300 radiographies de malades atteints de douleurs lombaires. Il conclut qu'il y a trois types anatomiques qu'il décrit : un type commun à l'homme et à la femme, un type masculin, un type féminin.

Les mensurations montrent que le sacrum et les articulations sacro-iliaques sont très souvent asymétriques. La forme des apophyses transverses de la 5e vertèbre lombaire est si variable qu'elle échappe à toute description. On peut cependant distinguer : les apophyses rectilignes, les apophyses renflées en massues, les apophyses en éventail ou queue de poisson, ces dernières ne sont pas rares et si elles sont unilatérales, plus fréquentes à gauche. Le chevauchement de l'apophyse transverse sur l'os iliaque est fréquent. Mais la fusion n'existe que dans 8,5 p. 100 des cas. La non-soudure de l'apophyse épineuse de la première sacrée se voit dans 6 p. 100 des cas. Le spondylolitthésis a été trouvé dans 19 cas, dont 16 hommes, faisant tous des travaux pénibles.

L'auteur conclut qu'il y a tant de variations à la région, que les asymétries sont si fréquentes qu'on ne peut décrire un type normal de cette région.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Anesthésie locale en ophtalmologie, par le Dr DUVERGER, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg. Un vol. de 96 pages avec 19 figures. — Prix : 6 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

Traitement sanglant de la gibbosité costale comme adjuvant du traitement orthopédique de la scoliose. (H. Gaudier et P. Swynghedauw, *Revue d'orthopédie*, n° 4, juillet 1921, 28e année, p. 265.) — Les auteurs rappellent d'abord les tentatives faites antérieurement pour réduire les gibbosités costales par la résection : opérations de Volkmann, Hoffa, Casse.

Ils ont eux-mêmes pratiqué deux fois des interventions avant la guerre, puis chez deux autres malades dont ils donnent l'observation. Opération simple : grand lambeau en U, résection sous-périostée de 8 à 10 centimètres des côtes saillantes au niveau de leur angle, fermeture avec drainage capillaire. Ultérieurement, pose d'un corset plâtré très léger avec fenêtre pour permettre la compression.

Les avantages de cette méthode seraient : 1° de diminuer la saillie costale; 2° de permettre la mobilisation de la colonne vertébrale alors qu'on ne pouvait l'obtenir auparavant.

Il faut avouer que les deux observations données sont insuffisantes pour entraîner la conviction : pas de radiographies, pas de suites éloignées, aucun élément pour juger du résultat obtenu, une seule photographie nous montrant, avant l'opération une gibbosité arrondie de dimensions médiocres facilement améliorable par les méthodes orthopédiques habituelles. Ces tentatives ne nous semblent justifiées que sur des gibbosités angulaires, à angle aigu, sur lesquelles la compression risque, faite sur la pointe, d'amener des escarres, sur les côtés de fermer encore l'angle costal

Les fractures du col du fémur et la coxa vara chez l'enfant et l'adolescent. (René Bloch. *Journ. de chir.*, t. XVII, n° 5, mai 1921, p. 417-434, et t. XVIII, n° 1, juillet 1921, p. 1-40.) — Dans deux articles se faisant suite, l'auteur reprend, développe, appuie par des observations les idées soutenues déjà en 1914, à la Société de chirurgie, par MM. Broca et Savariaud : on peut ainsi les résumer.

Contrairement à l'opinion qui tendait à s'établir sous l'influence de R. Whitman, les fractures et décollements épiphysaires du col fémoral sont exceptionnelles; les neuf dixièmes des cas publiés sont des erreurs de diagnostic : les soi-disant fractures, dues à un traumatisme minime et ne s'accompagnant pas d'impotence fonctionnelle, sont des coxa vara rachitiques dont l'image radiographique simule une fracture. C'est une mauvaise interprétation radiographique qui conduit à cette confusion.

Toutes les variétés de fracture du col fémoral de l'adulte, se retrouvent chez l'enfant avec leur étiologie et les mêmes symptômes. Le décollement épiphysaire est difficile à différencier cliniquement d'une fracture intracapsulaire. Il paraît cependant s'accompagner d'un minimum de symptômes; mais, si la marche reste souvent permise, il y a toujours impossibilité absolue de soulever le talon au-dessus du plan du lit.

La coxa vara traumatique ou déformation du col tardive consécutive à une fracture est une légende. A part l'inflexion du col par marche trop précoce, il n'existe pas de déformation tardive consécutive à une fracture du col : les cas publiés sont des coxa vara rachitiques (soit avec aspect de fausse fracture, soit avec fracture pathologique) qui ont continué à évoluer après l'accident révélateur. Le repos au lit, qui leur a été imposé peut arrêter momentanément l'évolution de la coxa vara; celle-ci, reprenant ultérieurement son évolution, a été faussement attribuée à l'accident grâce auquel, au contraire, l'évolution a été ralentie.

Le diagnostic clinique est toujours vérifié par la radiographie. Le traitement rationnel se fait par l'immobilisation en abduction, après réduction. Le plâtre de Whitmann donne d'excellents résultats.

Dans le deuxième article, l'auteur passe en revue l'histoire des différentes coxa vara et arrive aux conclusions suivantes :

La coxa vara est la source de fréquentes erreurs de diagnostic : confusion avec la coxalgie dans les crises douloureuses, confusion avec une fracture dans le cas à début insidieux.

La lésion consiste en une incurvation du col en bas et en arrière, avec torsion dans l'axe longitudinal; selon le sens de la flexion à la radiographie, on trouve trois aspects différents : 1° coxa vara juxta trochantérienne avec inflexion du col à sa base; le cartilage conjugal est large et souvent horizontal; il est souvent pris pour un trait de fracture; 2° coxa vara médio-cervicale avec atrophie du col; le cartilage conjugal est reporté très en dehors, vertical et souvent bifurqué en Y; il simule une fracture à trois fragments; 3° coxa vara juxta capitale avec inflexion du col en crosse, le cartilage conjugal est élargi et dévié; il simule le décollement épiphysaire.

Les signes cliniques sont bien connus.

Le diagnostic est facile. Il fait avec la fracture du col par l'absence de chevauchement, bien qu'il y ait raccourcissement du membre et bien que la radiographie montre un trait clair et complet, comme dans une fracture sans pénétration. S'il y a à la fois incurvation et chevauchement des fragments, c'est qu'une fracture pathologique est venue compliquer la coxa vara.

L'auteur s'appuyant sur la fréquence des stigmates rachitiques, et la ressemblance avec la déformation du col des petits rachitiques, pense que le rachitisme prolongé ou tardif est la cause de la coxa vara.

Le traitement consistera, au début, en repos au lit et en extension continue. Quand la lésion est définitivement constituée, on remédiera à la gêne des mouvements par une ostéotomie sous-trochantérienne.

Il nous semble que si l'auteur a raison de signaler à nouveau l'abus qu'on a fait en attribuant à des traumatismes très légers des fractures du col et à appeler coxa vara traumatiques les déviations révélées par la radiographie (Kirmisson), d'autres opinions soutenues dans son travail sont discutables. Il nous semble qu'à la suite de M. Savariaud il fait bon marché de l'existence des coxa vara congénitales. Celles-ci existent avec un pronostic bien spécial.

D'autre part, il nous semble qu'il vaut mieux avouer notre ignorance de la pathogénie de la coxa vara de l'adolescence que de vouloir à toute force la rattacher à un rachitisme prolongé problématique, ou à un rachitisme tardif qui nous a paru toujours une vue de l'esprit.

Coxa valga de croissance avec adipose, type féminin, et anorchidie chez un garçon de quatorze ans. (M. Frœlich. *Revue méd. de l'Est*, t. XLIX, n° 7, p. 232.) — M. Kirmisson a signalé la coexistence de l'anorchidie et de l'adipose chez certains adolescents atteints de coxa vara.

M. Frœlich signale le même syndrome adiposo-génital par insuffisance des sécrétions internes dans un cas de coxa valga typique, avec allongement de 15 millimètres du membre. Attitude en abduction et rotation externe. C'est le premier cas signalé de cette association.

Syndrome de Wolkmann ou myosite cicatricielle. Pied bot équin consécutif à un appareil plâtré pour fracture du fémur. (H. L. Rocher et M. Radoïévitch. *Pédiatrie pratique*, n° 36 ; 18e année, 25 janv. 1921, n° 3, p. 24.) — Enfant de huit ans, fracture du fémur au tiers inférieur par coup de pied de cheval sur la partie postérieure de la cuisse. Plâtre, le genou en flexion à 90 degrés, pendant quarante jours. A la sortie, plaie très profonde des muscles au niveau de la jarretière. Rétraction consécutive des muscles du mollet. Huit mois après, le pied est fixé en flexion à 140 degrés.

L'auteur montre la complexité de l'origine possible de cette rétraction : lésions possibles artérielles ou du sympathique périartériel au moment du traumatisme, rétraction inévitable du triceps par flexion à 90 degrés pendant quarante jours, rétraction cicatricielle musculaire.

Technique de la résection du genou pour tumeur blanche. (G. Rougeulle. *Thèse de Paris*, 1920-1921, L. Arnette.) — Dans ce travail, l'auteur expose avec douze observations à l'appui, la technique de son maître Fredet. Voici les conclusions auxquelles il arrive :

Deux principes doivent guider le chirurgien qui veut faire une résection du genou pour tumeur blanche : *a.* enlever toutes les lésions tuberculeuses ; *b.* éviter de contaminer la plaie opératoire avec les produits bacillaires.

La méthode de résection extraarticulaire du genou, séduisante en principe, ne donne pas ce qu'elle promet.

L'hémostase temporaire du membre permet de bien voir les lésions tuberculeuses, condition indispensable pour les enlever aussi complètement que possible.

Dans un premier temps de l'opération, on peut enlever la synoviale en masse sans morcellement; l'articulation peut n'être ouverte qu'en dernier lieu, lorsqu'il s'agit d'attaquer les coques condyliennes. On réduira ainsi au minimum la durée du temps septique de l'opération.

Il est commode de faire la section des os sur le membre en extension, pourvu que l'on protège les vaisseaux et nerfs du creux poplité avec un appareil convenable, qui peut être très simple. La section des os, avec deux scies agissant parallèlement, donne des surfaces qui se coaptent idéalement tout en assurant la rectitude du membre.

Il y a avantage à maintenir le contact des surfaces sectionnées, pendant les premiers jours, avec un fil métallique ou un catgut chromé assez résistant.

L'appareil de contention définitif sous lequel la consolidation doit se faire en bonne attitude, gagne à n'être appliqué qu'au bout de quelques jours, lorsque l'hémostase définitive est bien assurée, que les surfaces cutanées sont unies et que les fils de suture ont été enlevés.

Scaphoïdite de croissance. (M. Frœlich. *Revue méd. de l'Est*, 43e année, t. XLVIII, n° 24, p. 950.) — L'auteur rapporte deux observations de malades de Kœhler, ce qui, joint à quatre observations antérieures et à cinq radiographies retrouvées dans sa collection, porte à neuf observations, les cas reconnus ou méconnus qu'il a observés. Donc, l'affection n'est pas rare. L'auteur en résume les symptômes et l'aspect radiographique : disparition progressive du noyau d'ossification du scaphoïde tarsien, puis par sa reconstitution, lésions sous l'influence d'une ostéite de croissance. Il faut se rappeler que le développement complet du noyau osseux n'est complet qu'à huit ans, et de cinq à huit ans son aspect normal rappelle celui de la scaphoïdite. A cet âge, les clichés devront être soumis à une critique sévère avant de poser un tel diagnostic.

APPAREILS. — MUTILÉS

Du redressement forcé du genu valgum. (Galeazzi. *Archivio di ortopedia*, année XXXVI, fasc. II, 1921.) — L'auteur se base sur 500 interventions personnelles, pendant une pratique de 15 ans.

Les résultats obtenus sont excellents. On n'a que 2 à 3 p. 100 de récidive dans le genu valgum des adolescents, 5 à 6 p. 100 dans le genu valgum rachitique.

Le redressement est obtenu par la production de lésions osseuses variables : le décollement épiphysaire total est rare, d'ordinaire il se produit d'un côté un décollement épiphysaire partiel, avec fracture diaphysaire du côté opposé, le plus souvent avec pénétration de la diaphyse dans l'épiphyse. Dans le genu valgum rachitique, on voit souvent une inflexion diaphysaire ou même une fracture sus-condylienne se produire.

L'écrasement des condyles fémoraux ou du plateau tibial est très rare.

Ces lésions ont été constatées soit par la radiographie, soit par examen direct par arthrotomie pendant le redressement.

L'auteur est bien obligé d'avouer qu'il y a quelques ombres au tableau : paralysie du sciatique poplité externe par élongation, laxité articulaire par rupture du ligament latéral externe (16 à 18 p. 100), et surtout raideurs articulaires fréquentes qu'il attribue à l'immobilisation dans le plâtre. Il remplace celle-ci après l'intervention par la simple ligature des membres ensemble, un coussin étant intercalé au niveau des genoux. La mobilisation est commencée le plus tôt possible. Il conclut cependant que le redressement forcé est une méthode excellente. L'ostéotomie ne sera faite que dans les courbures rachitiques très marquées avec courbures diaphysaires, ou les genu valgum âgés (après 15 ans).

Un cas de remplacement de la diaphyse tibiale par le péroné observée onze ans après l'opération. (prof. Paolo-Fiori. *Archivio Italiano de chirurgia*, vol. III, fasc. IV, 31 mai 1921, p. 380.) — Il s'agit d'un enfant de quatorze ans, avec ostéomyélite grave, nécessitant l'ablation totale de la diaphyse. La transplantation du péroné est effectuée avec implantation des deux bouts.

Revu onze ans plus tard, le résultat est très beau. Le membre n'a que 13 millimètres de raccourcissement, avec une atrophie de 2 centimètres de circonférence au mollet. L'opéré est susceptible de porter des fardeaux de 100 kilogrammes; quatre radiographies montrent l'hypertrophie considérable de l'os implanté qui n'atteint pas le volume d'un tibia mais présente une corticale extrêmement épaisse et dense.

A propos de ce cas, les auteurs reprennent toute l'histoire de l'opération de Hahn, avec bibliographie.

Greffe des deux tiers du péroné droit pour remplacer le tibia gauche. (Dehelly. *Arch. médico-chirurgicales de Normandie*, n° 12-13, avril-mai, 1921, p. 268.) — Observation analogue, 3 ans 1/2 après l'opération, le résultat est très beau, malgré l'élimination par une fistule de la moitié supérieure du greffon.

Le rendement professionnel des mutilés. (J. Gourdon, H. Dijonneau, J. Thibaudeau, un vol. in-8 carré, 272 pages, 62 fig. — Paris, O. Doin, édit.) — Cet ouvrage très clairement divisé et rédigé, nous expose les résultats d'une expérience de six années d'études à l'Ecole de rééducation professionnelle des mutilés de guerre de Bordeaux.

Pour préparer le rendement maximum des mutilés de guerre, il est indispensable de faire certaines études préliminaires :

1° Etudier son orientation professionnelle physiologique et anatomique, ses aptitudes aux travaux de force ou d'adresse, de plein air ou d'intérieur, s'exerçant debout ou assis.

2° Son orientation personnelle : intelligence, goûts, instruction, métier antérieur.

3° Son orientation technique générale ou spécialisée.

Il faut ensuite le munir des appareils de prothèse de travail appropriés. Les auteurs reproduisent la plupart des appareils employés aujourd'hui. Puis pratiquer la rééducation des fonctions (statique, sensibilité, mouvement, force, suppléances, etc.), au moyen d'exercices appropriés.

Seulement alors commencera l'apprentissage dont on nous donne les programmes (enseignement commercial, industriel, administratif) tout en continuant médicalement à surveiller l'état de fatigue du mutilé et l'adaptation de sa prothèse.

Les auteurs terminent par deux chapitres, nous montrant le rendement obtenu des mutilés dans les diverses professions d'abord aux cours professionnels, ensuite dans leur vie professionnelle ultérieure.

Les résultats sont très encourageants et démontrent qu'on ne saurait établir une équivalence entre le degré de gravité d'une impotence fonctionnelle et celle de l'incapacité professionnelle qui en résulte. La mesure de cette dernière est indispensable à établir pour le placement des mutilés.

L'extension continue sur plan à inclinaison variable chez l'enfant. (Ch. Lasserre. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 avril 1921, n° 7, p. 189.) — Dans cet article pratique avec 4 figures, l'auteur décrit la manière de faire une bonne extension continue, efficace.

Il décrit minutieusement le procédé très simple et excellent employé dans le service du prof. Rocher.

Il décrit la manière de faire l'extension en abduction, et l'établissement de tractions latérales et de rotation du membre, dispositifs utiles dans le traitement de la coxalgie.

L'intermétacarpolyse. (O. Nuzzi. *Riforma med.*, 1921, année XXXVII, n° 11.) — Chez un sujet présentant une perte traumatique du pouce avec son métacarpien, ankylose des quatre doigts restant en position vicieuse, l'auteur, rejetant la prothèse qui ne pouvait donner grand'chose dans ce cas, la reconstitution d'un pouce très difficile à cause de l'absence de tout moignon métacarpien, pratiqua l'opération suivante :

Section longitudinale de la peau de l'espace interosseux entre le deuxième et troisième métacarpien, section du ligament transverse du métacarpien, désinsertion du deuxième interosseux dorsal, et sa réinsertion plus bas avec les faisceaux obliques de l'adducteur du pouce. Dans un second temps, redressement des phalanges par ostéotomie.

Le résultat a été bon : entre les deux métacarpiens, il persiste un espace libre, et peu à peu il se crée des mouvements de pince qui rendent de grands services pour soulever les objets légers. C'est à cette opération que l'auteur donne le nom d'intermétacarpolyse.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU REIN

DÉFINITION. — Sous le nom de cancer du rein il faut comprendre *toutes les tumeurs malignes* de cet organe. Le terme de cancer, pris ainsi dans son sens clinique et non histologique, comprend : des épithéliomas, des sarcomes et des tumeurs mixtes.

Le cancer du rein peut être primitif ou secondaire.

Le *cancer secondaire*, assez fréquent à la suite des néoplasmes de l'ovaire, de l'utérus, du testicule, du foie, de l'estomac, du poumon, reproduit le type du cancer primitif qui lui a donné naissance. Sa symptomatologie reste obscure dans le tableau clinique du cancer primordial et ne présente aucun intérêt pratique.

Nous n'envisagerons donc que le *cancer primitif*.

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie est obscure comme celle de tous les cancers. On ne possède que des renseignements concernant la fréquence de l'affection et l'âge des malades.

Fréquence. — Le cancer du rein est assez rare : 0,7 p. 100 des cancers.

Age. — Peut se voir à tout âge, mais surtout dans deux périodes de la vie :

1° Entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans (plus souvent chez l'homme ;

2° Chez l'enfant au-dessous de dix ans (surtout vers deux ans) : c'est le *seul cancer fréquent dans l'enfance*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Avec Lecène, on peut diviser les cancers du rein en trois grands groupes : tumeurs d'origine conjonctive, tumeurs d'origine épithéliale, tumeurs mixtes.

A. **Tumeurs d'origine conjonctive : sarcomes.** — Le sarcome est plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte.

Aspect macroscopique. — Peu volumineux chez l'adulte, le sarcome peut atteindre chez l'enfant des dimensions considérables (jusqu'à 10 kg.).

Il se développe rapidement et contracte précocement des adhérences avec les organes voisins.

A la coupe, on constate que la tumeur est limitée par la capsule du rein et séparée du parenchyme rénal par une capsule conjonctive.

Histologiquement, la tumeur est constituée par un tissu homogène sans réaction inflammatoire avec beaucoup de cellules monstrueuses ; on trouve de nombreux vaisseaux dont la plupart sont des vaisseaux de néoformation sans parois propres (signe important du sarcome).

Suivant l'aspect des cellules, on distingue deux variétés :

1° SARCOME FUSO-CELLULAIRE caractérisé par des cellules allongées en fuseau et ordinairement groupées en faisceaux ;

2° SARCOME GLOBO-CELLULAIRE constitué par des cellules arrondies avec un noyau sphérique plus ou moins volumineux, habituellement petit (*sarcome à petites cellules rondes*).

B. **Tumeurs d'origine épithéliale.** — Rarement bilatérales, siégeant aussi souvent à droite qu'à gauche, elles débutent fréquemment au pôle supérieur. Leur volume est variable.

A la coupe, le cancer se présente sous la forme d'un noyau grisâtre ou jaunâtre sillonné de tractus conjonctifs. Les veines rénales sont très dilatées. Le rein descend plus ou moins, refoulant le côlon.

Histologiquement, on en distingue deux variétés : les cancers à type rénal et les cancers à type surrénal.

I. ÉPITHÉLIOMA A TYPE RÉNAL. — Comprend deux formes principales :

a. *Forme tubulée.* — Le néoplasme est constitué par des tubes orientés en tous sens, volumineux, irréguliers, envahissant le parenchyme et étouffant les glomérules de Malpighi. Les cellules présentent les caractères habituels des cellules cancéreuses (monstruosités). Leur protoplasma est plus coloré que dans le tissu normal (*épithélioma à cellules foncées*).

A un stade avancé, la disposition tubulaire disparaît et on ne retrouve plus que des amas épithéliaux ayant envahi tout le tissu rénal.

b. *Forme papillaire ou végétante.* — Caractérisée par des axes conjonctivo-vasculaires sur lesquels sont disposées en une ou plusieurs assises les cellules épithéliales cancéreuses.

II. ÉPITHÉLIOMA A TYPE SURRÉNAL OU HYPERNÉPHROMES. — Cette variété serait plus fréquente que la précédente. Elle est caractérisée par des cellules à contour bien limité, à protoplasma à peine coloré renfermant des vésicules graisseuses (*épithélioma à cellules claires*). Le noyau est fortement coloré et placé au centre de la cellule. Le stroma conjonctif est très riche en vaisseaux et on constate souvent des hémorragies dans la tumeur.

L'aspect morphologique des cellules renfermant de la graisse, leur disposition en travées rappelant celles des capsules surrénales, la fréquence de surrénales aberrantes incluses dans le rein, surtout chez l'animal, ont fait admettre que ces tumeurs se développent aux dépens, non du tissu rénal, mais de *germes embryonnaires surrénaux* : c'est la théorie de *Grawitz* généralement admise.

Récemment, MM. Roussy et Leroux ont critiqué cette théorie en se basant sur les faits suivants :

1° Les surrénales aberrantes dans le rein sont exceptionnelles chez l'homme ;

2° L'épithélioma du rein présente très souvent une association de zones à cellules claires et de zones à cellules sombres avec entre elles des formes de transition ;

3° La graisse n'est pas caractéristique des cellules surrénales ;

4° Les épithéliomas primitifs de la surrénale sont à cellules foncées et non à cellules claires.

C. **Tumeurs mixtes.** — A peu près spéciales à l'enfance, elles sont d'abord incluses dans le rein, puis parviennent à la capsule et la font éclater.

Histologiquement, elles sont constituées par des tissus multiples : fibres musculaires, tissu graisseux, tissu élastique, îlots cartilagineux, éléments nerveux et surtout cellules ganglionnaires.

On les désigne encore sous le nom d'*adénosarcomes embryonnaires*.

PROAPGATIONS. — Comme toutes les tumeurs malignes, le cancer du rein a une tendance à se propager aux autres organes, et cette propagation peut se faire de différentes façons.

I. PROPAGATION PAR CONTINUITÉ. — A la capsule surrénale, à l'uretère, aux derniers nerfs intercostaux, aux muscles de la paroi, à la veine cave, à l'aorte, au rachis, à la moelle, aux divers organes abdominaux (côlon, rate, foie, pancréas).

II. PROPAGATION PAR VOIE SANGUINE. — Assez tardive, se rencontre surtout dans le sarcome.

III. PROPAGATION PAR VOIE LYMPHATIQUE. — Elle est fréquente dans l'épithélioma, mais peut se voir aussi dans le sarcome de l'enfant; elle produit parfois de grosses masses ganglionnaires devant la colonne vertébrale.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Infektion u. Immunität, par le Dr LEWITT. — Preis : geb., 120 marks; geh., 80 marks. — Berlin und Wien, Verlag von Urban et Schwarzenberg.

Taschenbuch d. Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose, par le Dr GERHARTZ. — Preis : 72 marks. — Berlin und Wien, Verlag von Urban et Schwarzenberg.

Enteroptose, par le Dr KNAPP. — Preis : 42 marks. — Berlin und Wien, Verlag von Urban et Schwarzenberg.

Die Specifische Peroutanbehandlung der Tuberkulose, par le Dr GROSSMANN. — Preis : 12 marks. — Berlin und Wien, Verlag von Urban et Schwarzenberg.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

N° 67. — SAMEDI 27 AOUT 1921. 94e ANNÉE. SAMEDI 27 AOUT 1921. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgie et d'accouchement. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1921-1922) aura lieu le jeudi 19 janvier 1922, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 21 novembre au 3 décembre 1921 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel, au plus tard le samedi 3 décembre 1921, à 17 heures, dernier délai.

Extrait du règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris. — Art. 256. — Chaque année, il est ouvert, pour les prix à décerner aux internes en médecine qui terminent leur quatrième année d'exercice, deux concours distincts qui portent : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements.

Les candidats ne peuvent se faire inscrire que pour l'un ou l'autre de ces concours.

Le jury du concours de chirurgie et d'accouchement comprend cinq membres, savoir : quatre chirurgiens et un accoucheur.

Ces membres sont pris parmi les chirurgiens et accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, ainsi que parmi les chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Pour la constitution du jury du concours de chirurgie et d'accouchement, on mettra dans l'urne, en même temps que les noms des chirurgiens chefs de service et des chirurgiens des hôpitaux, les noms des ophtalmologistes et oto-rhino-laryngologistes chefs de service, en exercice ou honoraires, et ceux des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; mais, en aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un spécialiste (ophtalmologiste ou oto-rhino-laryngologiste).

Les épreuves de ce concours sont réglées comme pour le concours de médecine. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 66, p. 1041.)

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nîmes. — La Commission administrative des hôpitaux de Nîmes donne avis que le vendredi 2 décembre prochain, au lieu du 4 décembre comme on l'avait indiqué précédemment, aura lieu à l'hôpital Ruffi un concours pour quatre places d'internes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Des concours seront ouverts :

Le lundi 24 octobre 1921, pour la place de chef de clinique chirurgicale.

Le jeudi 20 octobre 1921, pour les places de chef de clinique obstétricale et de chef de clinique des maladies mentales et nerveuses.

Le mercredi 26 octobre, pour les places de chef de clinique des maladies des voies urinaires et d'oto-rhino-laryngologie.

Le mardi 15 novembre, pour la place de chef de clinique de gynécologie.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au mercredi 12 octobre, à 16 heures (pour les cinq premières places); jusqu'au 10 novembre, pour la place de chef de clinique de gynécologie.

En se faisant inscrire, les candidats déposeront leur diplôme de docteur, leur acte de naissance et la notice de leurs titres et travaux.

La durée des fonctions de chef de clinique est de trois ans.

Les titulaires entreront en fonctions le 1er novembre 1921.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours pour un emploi de chef de clinique des voies urinaires aura lieu le 24 octobre 1921.

Le registre d'inscription sera clos le 15 octobre 1921. Le traitement annuel est de 2.400 francs.

— Sont nommés :

MM. Gros, aide d'anatomie et de physiologie; le Dr Périot, chef de clinique médicale thérapeutique; Boyer, pharmacien de 1re classe, chef des travaux de bactériologie; les Drs Robiolis, chef de clinique obstétricale; Loriot, chef adjoint de clinique obstétricale; Hayem, chef de clinique chirurgicale;

Tabet, chef adjoint de clinique chirurgicale; Pringault, chef de clinique exotique.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1921 :

Section de médecine. — Candidats concourant à douze inscriptions : MM. Besnoit, Dupuy, Fréjafon, Lefèvre, Michel, Mignot, Morel, Renard, Roques.

Candidats concourant à huit inscriptions : MM. Bouhet, Canouët, Carbuccia, Cellière, Chassagnac, Chauveau, Chauzy, Dory, Douriaux, Gallois, Giorgi, Goigoux, Lachaise, Lacuire, Laouilheau, Laurent, Luiggi, Meynadier, Passager, Perrin, Pierron, Reissier, Rohmer, Rouzaud, Sautriau, Solignac, Suertégaray, Temple, Thabourin, Tuaillon, Vidal, Wagner.

Candidats concourant à quatre inscriptions : MM. Alessandri, Armani, Augrand, Authier, Batisse, Beaufils, Bellat, Bousquet, Briault, Brontin, Calmet, Canilhac, Carillon, Carrere, Carrot, Casson, Cavaillès, Cazalas, Chausset, Chavialle, Coat, Cohen-Jonathan, Combescot, Cosnier, Couillard, Courrier, Courtine, Crebassa, Cremona, Delteil, Derennes, Dezoteux, Dosdat, Dravet, Duballen, Dufloz, Eldin, Fabre, Fonta, Fort, Fouquet, Fourès, Franchimont, Fréjaville, Friderich, Friess, Fromont, Gelard, Gensoul, Godebout (de), Goubert, Gourvil, Griolet, Guerriero, Henry, Hurstel, Idrac, Jacob, Kieffer, Koehren, Labrousse, Labillonne, Leboucq, Le Renard, Le Roux, Lesbats, Limal, Martin (H.-H.), Martin (R.-A.), Marty, Martinier, Meidinger, Meunier, Monier, Moulène, Mortreux, Neyton, Nicol, Onillon, Paul, Peycher, Plancard, Raguaneau, Raynaud, Rey, Reynier, Robert, Rollet, Rone, Rouanet, Roussel, Sauvaget, Schneider, Sempé, Suberbielle, Tournade, Tournigaud, Valette, Valla, Vernhet.

Section de pharmacie. — Candidats concourant à huit inscriptions : MM. Alsac, Joulia, Murie.

Candidats concourant à quatre inscriptions : MM. Accoyer, Hubert, Muraine.

Candidats concourant comme stagiaires : MM. Andreis, Bertrand, Boucher, Dutard, L'Azeu, Le Cunet, Rey, Rouche, Seite.

— Les prix de la bourse et celui du trousseau des élèves à admettre à l'Ecole du service de santé militaire, à la suite du concours de 1921, sont fixés ainsi qu'il suit : 1° prix de la pension, 1.500 francs; 2° prix du trousseau, 2.090 francs pour la première année, plus 460 francs par année supplémentaire passée à l'école; 3° prix du demi-trousseau, 1.045 francs pour la première année, plus 230 francs par année supplémentaire passée à l'école.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 14 août 1921, sont nommés, dans le cadre du corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de 2e classe, pour prendre rang du 31 décembre 1917, les élèves de l'école du service de santé militaire dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine.

MM. les médecins sous-aides-majors Raymond et Malafosse.

Par le même décret, ces médecins aides-majors de 2e classe sont promus au grade de médecin aide-major de 1re classe à dater du 31 décembre 1919.

— Par décret en date du 14 août 1921, sont nommés dans le cadre du corps de santé militaire au grade de médecin aide-major de 2e classe, les élèves de l'école du service de santé militaire dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine.

(A dater du 2 mars 1921.) M. le médecin aide-major de 2e classe Janson.

(A dater du 18 juillet 1921.) M. le médecin sous-aide-major Stibio.

(A dater du 19 juillet 1921.) M. le médecin sous-aide-major Migayron.

(A dater du 20 juillet 1921.) M. le médecin sous-aide-major Bidault.

(A dater du 23 juillet 1921.) M. le médecin sous-aide-major Gautrot.

MÉDAILLE MILITAIRE. — SERVICE DE SANTÉ. (Réserve.) — La médaille militaire a été décernée à MM. les médecins auxiliaires et sous-aides-majors dont les noms suivent :

Bentkowski, Cardon, Carton, Charpentier, Delecour, Devèze, Dijol, Dore, Ferre, Guillon, Malartre, Orliac, Porcher, Sougniez, Touzard, Vassal.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — MM. les Drs Lasnier, Maurice Genty, Langlois, Bouthier, Paul Gresset, Salmont, Ary, Odinet et Leroy sont nommés, après concours sur titres, médecins suppléants de la Préfecture de la Seine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les Drs Flèche, ancien major de 1re classe, décédé à Bordeaux; Victor Bontems et Georges Dugas (de Marseille); Ch. Baradat de Lacaze (de Cannes); Molk (de Colmar); Kremer (de Liége).

Erratum. — Dans le n° 65 (18 et 20 août 1921), p. 1026, à l'article Nécrologie, nous avions annoncé la mort du Dr Rocher, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux. C'est là une erreur, et nous sommes heureux de dire à nos lecteurs que notre excellent confrère, le Dr H.-L. Rocher, chirurgien de l'hôpital des Enfants (de Bordeaux), secrétaire général de l'Association professionnelle des médecins et chirurgiens de France, est en parfaite santé.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de thérapeutique médicale oto-rhino-laryngologique (1), par G. DE PARREL.

Depuis bon nombre d'années, la thérapeutique des affections oto-rhino-laryngologiques tendait à devenir presque exclusivement chirurgicale. Cependant la technique médicale semble reprendre ses droits, autant par la rectification de méthodes erronées sinon nuisibles, que par l'étude plus approfondie des différents organes de notre spécialité. A notre confrère de Parrel revient le grand et laborieux mérite d'avoir su rassembler, dans un exposé aussi clair que pratique, ces multiples travaux en y ajoutant le fruit de son expérience personnelle.

D'abord, notions générales de thérapeutique médicale et de pharmacologie, puis étude spéciale des différents médicaments que nous employons trop souvent sans en connaître les propriétés exactes et les réactions. Dans la seconde partie, l'auteur passe en revue la pratique médicale en rapport avec chaque organe et termine par un chapitre sur les vaccins sensibilisés.

La troisième partie comprend l'orthophonie, l'anacousie ou rééducation auditive, la labiologie ou lecture sur les livres. Enfin, dans la quatrième partie, c'est l'étude de l'électrothérapie, de la radiothérapie, de la créno-climatothérapie qui tient une large part dans l'ouvrage, avec une notice sur les principales stations hydrominérales.

Ce *Précis de thérapeutique médicale* de 650 pages, très complet et très nouveau, comble certainement une grosse lacune : c'est pourquoi nous lui souhaitons de nombreux lecteurs. Ils y trouveront des données fort utiles pour leur pratique journalière, et n'est-ce pas là le principal mérite d'un ouvrage médical.

J. FOURNIÉ.

(1) Paris, A. Maloine et fils.

REVUE GÉNÉRALE

MANIFESTATIONS GASTRIQUES DE LA SYPHILIS

Par le Dr R. BARTHÉLEMY.

Historique. — Depuis la célèbre observation d'Andral (1834), la notion de syphilis gastrique est établie.

Dieulafoy, Fournier, Hayem, donnent les grandes lignes cliniques de l'affection dont Cornil, Chiari, Birch-Hirschfeld, Aristoff, Hemmeter, Pater, posent les bases anatomo-pathologiques.

Mais, depuis dix ans surtout, l'examen sérologique et l'examen radioscopique (Béclère et Bensaude, Leven, etc.), ont permis de préciser les données cliniques et de rendre moins exceptionnel le diagnostic de syphilis gastrique. Néanmoins, et malgré l'attention croissante, ce diagnostic reste rare à cause de l'absence de signes pathognomoniques. Et bien des questions sont encore obscures, en particulier le retentissement sur l'estomac des très jeunes enfants, et les rapports des crises gastriques avec d'authentiques lésions syphilitiques.

Renvoyant aux travaux ci-dessus indiqués pour les données classiques et surtout l'étude anatomopathologique (voir aussi bibliographie), nous essaierons de mettre en valeur les acquisitions récentes de la clinique ou du laboratoire en matière de syphilis gastrique.

Anatomie pathologique. — A l'estomac comme ailleurs, la syphilis se manifeste par ses deux types habituels de lésions : *sclérose* et *gomme*. Parfois, les lésions, encore jeunes, diffuses et inflammatoires, n'ayant pas encore évolué jusqu'à la grande sclérose déformante et sténosante, montrent une infiltration de la sous-muqueuse avec tissu conjonctif dense, à fibres marquées et serrées, riche en agglomérats de cellules rondes à point de départ ordinairement périvasculaire (sclérose hypertrophique sous-muqueuse de Hanot et Gombaud).

A la sclérose appartiennent la pseudo-linite, les sténoses orificielles ou non, et toutes les lésions de la période présténosante. Des gommes dépendent les formes sur lesquelles ont tout d'abord insisté les auteurs en raison de leur évidence : gommes proprement dites, cicatrices, etc., et certaines ulcérations en tissu gommeux. En réalité, la distinction n'est pas toujours si tranchée, et, en particulier, des cicatrices de gomme peuvent faire de la sténose.

Enfin, à des altérations vasculaires paraît devoir être rattaché l'ulcère syphilitico-peptique (Flexner, Cesaris-Demmel, Zawadzki et Luxemburg), de sorte que les ulcérations aussi peuvent relever de deux pathogénies : fonte gommeuse et nécrose par oblitération vasculaire.

Pater, a dans sa thèse et dans une revue générale parue ici-même en 1907 (1), condensé les caractères anatomo-pathologiques de la syphilis (cinq formes : gastrite diffuse, gomme, ulcère, cicatrices, sténoses). Depuis, peu de recherches nouvelles ont été faites. On a surtout pu confirmer sur le vivant, lors de l'opération, certains caractères : épaississement pouvant atteindre et dépasser 1 centimètre et portant sur la sous-muqueuse et la musculeuse, pâleur, état lisse, induration cartonnée et pourtant friabilité (Hepp). La sténose médiogastrique a été constatée opératoirement après l'avoir été radiologiquement (Tuohy), la vérification histologique de la syphilis faite (Holitsch, Eustermann).

Etiologie. — Parmi les causes adjuvantes, on ne peut guère retenir que l'alcool, déjà signalé par Fournier avec preuves à l'appui.

Fréquence. — La syphilis gastrique, même dans ses formes pures, est plus fréquente que ne l'admettent les classiques. Lion, Hayem, disent en observer plusieurs cas par an. Les auteurs américains publient des études avec 12 cas (Clark), 26 cas (Smithies), 40 cas (Eustermann), vérifiés par le traitement ou le laboratoire. Toutefois, la fréquence par rapport à l'ensemble des affections gastriques n'est pas grande : les 26 cas de Smithies ont été relevés parmi 1.603 cas de dyspepsies gastro-duodénales. Signalons néanmoins dès maintenant que pour certains, tout ulcère gastrique est au contraire d'origine syphilitique acquise ou héréditaire, ce qui relèverait singulièrement le pourcentage. Le sexe masculin paraît un peu plus atteint, par alcoolisme sans doute.

Age — L'âge des malades est souvent peu avancé : sur 12 sujets de Clark, 9 avaient de 26 à 35 ans. Pourtant Smithies, place le maximum de fréquence entre 40 et 60 ans. L'âge de la *syphilis* est d'ordinaire assez grand. La période secondaire ne donne que quelques cas, rares et mal caractérisés. Très habituellement, la syphilis gastrique est d'ordre tertiaire survenant de 1 à 20, 30 ans et plus après le chancre.

Quant à la syphilis héréditaire, si elle agit souvent sur l'estomac des jeunes enfants, elle peut donner lieu à des accidents extrêmement tardifs à la possibilité desquels on doit toujours penser (ulcus gastrique à 40, à 60 ans, Audrain).

Durée. — Elle varie suivant les formes. Elle est difficile à évaluer en l'absence de points de repère précis. Les chiffres extrêmes de Smithies sont 6 mois et 25 ans.

Symptômes. — Cliniquement, il faut séparer les manifestations de syphilis acquise (secondaire ou tertiaire) et d'hérédosyphilis.

La *syphilis secondaire* peut donner de vagues troubles tels que ballonnement épigastrique, renvois, bouffées de chaleur, etc., plus en rapport avec l'état infectieux ou fébrile, ou avec le traitement par ingestion, qu'avec une détermination gastrique proprement dite. Elle cause souvent de la *boulimie*, dont nous discutons plus loin la valeur, et qui est capable de causer par elle-même, au bout d'un certain temps, des phénomènes dyspeptiques vrais. Pourtant, en dehors de ces faits, Keser a vu une jeune fille atteinte de gastralgie, de vomissements et d'hématémèses incessantes au *quatrième mois* de sa syphilis, et dont la guérison, après l'échec de toute autre thérapeutique, fut obtenue par le traitement spécifique. Quelques cas analogues ou même moins caractérisés, mais ayant guéri par un traitement mercuriel ou ioduré, constituent tout le bagage de la syphilis secondaire (Topinard, Gouzot, Mamulea).

Pour la *syphilis tertiaire*, les auteurs ont multi-

(1) PATER, Syphilis de l'estomac, Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1907, nos 128 et 131.

plié les formes. Les cas en effet sont nombreux, et il est utile de distinguer au moins les types *ulcéreux*, *sténosant*, *pseudo-cancéreux* et *dyspeptique*.

Le type *ulcéreux* est le plus fréquent. Représentant suivant les auteurs, 10, 20 p. 100 des cas d'ulcère rond, ou même beaucoup moins (Galliard), il engloberait pour M. Castex *tous* les cas de maladie de Cruveilhier, un certain nombre étant d'ailleurs alors d'origine héréditaire.

Il n'est pas toujours caractérisé, comme l'ulcère rond typique, par la triade célèbre. L'*hématémèse* existe souvent seule, et elle est souvent le premier signe gastrique. Non douloureuse, ordinairement abondante et répétée, parfois foudroyante et intense au point d'évoquer l'exulceratio simplex de Dieulafoy, elle n'est pas comme celle-ci à l'abri d'une ou de plusieurs récidives aussi importantes. A plusieurs années de distance, comme dans un cas de Fournier, le tableau se reproduit avec la même gravité et s'efface très vite avec le traitement spécifique. L'hématémèse peut manquer (Langovoi, Mac Neil, Audrain). C'est un fait rare.

La *douleur*, bien qu'inconstante, peut exister typique, en broche, exagérée par l'alcool, les mets acides, calmée par l'absorption de quelque aliment, ou bien sous forme de pyrosis survenant surtout 3 à 4 heures après les repas et affectant le caractère paroxystique. La crise peut s'accompagner de diarrhée profuse. La douleur se montre d'habitude peu de temps avant les hématémèses, mais parfois les précède de plusieurs années. Plus que dans l'ulcère simple, elle apparaît *la nuit* ou présente des recrudescences nocturnes, fait noté depuis longtemps et qui doit toujours évoquer l'idée de syphilis gastrique.

Les *vomissements* n'ont rien de très caractéristique. Alimentaires, ils accompagnent la douleur et liquident ordinairement les crises paroxystiques. Pour eux aussi, le caractère nocturne est parfois assez accusé pour conduire au diagnostic (Trousseau, Bartumens).

Ils peuvent être muqueux, et ne manifestent plus alors seulement, comme les alimentaires, une simple intolérance, mais des troubles sécrétoires, et s'apparentent aux vomissements du tabes. Leur résistance aux moyens ordinaires, qui a pu les faire qualifier d'incurables (Topinard), cède volontiers au traitement spécifique : un fait à noter est l'absence fréquente, dans l'ulcère syphilitique, d'hyperchlorhydrie vraie. Il n'y a pas d'hyperchlorhydrie libre, mais des acides de fermentation, comme dans certains ulcères simples très anciens.

L'évolution est très variable. Débutant souvent par une hématémèse grave, l'ulcère syphilitique traîne parfois des années, allant jusqu'à donner l'impression d'un ulcéro-cancer avec amaigrissement et cachexie, avec envahissement ganglionnaire même pouvant en imposer jusqu'à l'intervention (Mac Neill). La guérison ne survient guère spontanément. Les plus graves complications sont à redouter : perforation (Flexner, Schreib, etc.), inondation péritonéale (Cesaris-Demmel), hématémèse mortelle (Fioupe, Pappenheimer, Clark), transformation cancéreuse.

Lorsque la symptomatologie est plus fruste, ou dominée par un signe, on peut avoir les formes *hémorragique* (Dieulafoy), *gastralgique* (Clark), cette dernière formant en somme la transition avec les cas de gastrite.

De façon générale, la réaction de Bordet-Wassermann est *positive* au moins dans la moitié des cas (5 fois sur 6 de Sousa Babo). Enfin le traitement antisyphilitique est la plupart du temps très efficace, qu'il s'agisse d'iodure, de traitement mercuriel ou mixte, d'hectine (Bensaude et Rivet) ou d'arsénobenzols, seuls ou associés au mercure.

La *radio* peut ne rien révéler. Mais dans certains cas, tout en montrant un estomac mobile et libre d'adhérences, elle a mis en évidence des signes qui ont conduit au diagnostic : biloculation (Galliard et Mendelssohn), zone claire circulaire (Lemierre, Gautier et Raulot-Lapointe), et qui ont disparu par le traitement spécifique. La radio permet ainsi de constater que le syndrome clinique d'ulcus, avec ou sans hématémèse, peut être en réalité produit par des lésions anatomiques différentes.

Pour terminer, rappelons que c'est dans le type ulcéreux qu'on a pu parler d'une forme *latente*, à propos des hématémèses foudroyantes qui n'ont été précédées par aucun signe.

Le type *sténosant* est fréquent, ainsi que l'ont mis en évidence la radio et l'intervention. Nous venons de voir qu'il n'est pas catégoriquement défini, puisqu'un estomac biloculaire peut donner des signes d'ulcère. En fait, il n'y a là qu'une question d'âge et d'évolution, la sténose, due parfois à une infiltration gommeuse diffuse, pouvant tenir aussi à une lésion fibro-cicatricielle qui est l'aboutissant soit de l'ulcus, soit de la gomme. C'est dans ce dernier cas que le traitement spécifique perd de son efficacité, n'ayant naturellement pas d'action sur le tissu de cicatrice (Milian).

La sténose du cardia est fort rare, celle du pylore se voit souvent, mais la lésion syphilitique par excellence est la sténose médio-gastrique unique ou multiple.

Le seul cas de sténose *cardiaque* relevé par Kurzenne, est dû à Enriquez et Bensaude. Il était d'ailleurs associé à une sténose médiogastrique. Gêne et douleur dès la déglutition, régurgitations œsophagiennes abondantes, ulcération cardiaque semi-circulaire et ne saignant pas, constatée à l'œsophagoscope, tels sont les signes, rapidement améliorés par le traitement mercuriel.

La *sténose pylorique* n'apparaît pas d'emblée, mais après une période plus ou moins longue de syndrome ulcéreux. Elle se traduit par l'atténuation des douleurs, la raréfaction des vomissements qui par contre sont plus copieux et contiennent des aliments depuis longtemps ingérés mais non digérés, les contractions péristaltiques, etc., tous signes non spécifiques. Leven, Hoover, Bensaude et Rivet en ont donné des exemples améliorés ou guéris par la mercure, l'iodure ou le 914. Mais le résultat médical peut être incomplet, l'intervention être nécessaire pour la guérison (Hepp, J.-L. Faure). Cela est dû soit à des rétractions ou des adhérences, ou encore à une hypertrophie intense avec fibro-sclérose lisse, pâle, et non adhérente qui doit faire songer à la syphilis lors d'une laparotomie. La sténose syphilitique peut simuler aussi le *cancer du pylore* par son chimisme, par la présence d'une tumeur pylorique, par l'amaigrissement prononcé. Toutefois ces signes ne surviennent en général que tardivement dans la syphilis et l'évolution d'ensemble rappelle plutôt l'ulcéro-cancer et augmente la difficulté du diagnostic.

Bien que certains auteurs le contestent encore, la sténose *médiogastrique* (estomac biloculaire) est souvent le fait de la syphilis, comme l'ont montré

la chirurgie et la radio, qui ont permis de mettre en évidence les effets parfois surprenants du traitement spécifique. Les signes cliniques sont loin d'être caractéristiques de la syphilis elle-même : ils appartiennent aux deux tableaux successifs du syndrome ulcéreux d'abord (parfois même avec hématémèses) puis de la sténose pylorique. Les phénomènes d'ordre médiogastrique sont peu évidents en dehors de la radio. Le sondage donne encore une des meilleures présomptions. La succussion est assez trompeuse et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut observer « un double foyer de clapotement des plus manifestes avec dilatation de la grosse tubérosité » (cas inédit dû au prof. Audrain).

L'évolution est lente d'ordinaire, avec défaillance progressive de l'état général et amaigrissement souvent intense.

Le traitement « stomacal » proprement dit améliore, mais ne guérit pas les troubles, tandis que le traitement mercuriel ou arsenical apporte, très rapidement parfois (18 injections de benzoate, Galliard et Mendelsohn) des modifications non seulement fonctionnelles, mais encore *anatomiques*, constatables à la radio (Leven et Barret, Béclère et Bensaude, Tuohy, Culle, Holitsch, Quévy et Déchy, Letulle, etc.).

La réaction de Bordet-Wassermann est assez constamment *positive* (6 fois sur 7 cas où elle est mentionnée).

La *radioscopie* montre les deux poches plus ou moins bien communicantes (la réplétion de la 2e se faisant parfois avec lenteur et irrégularité), la rigidité et la rétraction habituelle de l'estomac qui offre une forme en cornue, en bissac, en sablier, en haltère (dumb-bell). Il existe inconstamment des adhérences, l'ombre stomacale ne pouvant alors être mobilisée.

Enfin l'évacuation est souvent irrégulière, d'abord au niveau du pertuis reliant les deux poches, ensuite au niveau du pylore. Elle est tantôt accélérée par l'insuffisance, tantôt retardée par l'hypotonicité et l'infiltration pariétales.

Il faut noter que la sténose peut n'être pas unique, témoin ce cas de Letulle où l'estomac était « *trilobé*, avec des strictures intermédiaires extraordinaires. Tant de lésions et tant de poches gastriques, appendues les unes au-dessous des autres, donnèrent l'éveil ». Il n'y a guère en effet que la syphilis qui soit capable de ces brides multiples pour lesquelles on a pu parler d'un véritable *estomac syphilitique ficelé*, et d'une forme *déformante* de la syphilis gastrique (Favre).

Le type *pseudo-cancéreux* peut, bien entendu, simuler le cancer quelque soit son siège. Pour le cancer sténosant, le cas ci-dessus de Letulle était classé cancer de l'estomac. « Tous les symptômes fonctionnels et même quelques signes physiques poussaient à ce diagnostic. L'inanition, l'épuisement du sujet permettaient de porter un diagnostic des plus sombres ». On peut citer encore la belle observation de Hayem (1905) où un malade de soixante ans souffrit pendant un an de digestions lentes avec renvois fréquents, anorexie progressive, amaigrissement de 23 kilogrammes, vomissements sans hématémèses et par crises, achlorhydrie totale, etc. Le diagnostic de cancer sténosant fut posé, l'opération faite, et la pièce montra des gommes microscopiques.

Le *cancer avec tumeur* est fréquemment simulé par la syphilis. La tumeur, en général facilement perceptible, n'est pas toujours très mobile, bien limitée, indolente comme dans le cas de Bard. C'est parfois une masse irrégulière, dure, douloureuse à la pression (Meyer), une plaque infiltrée à limites diffuses, un placard induré, immobile, etc. Les dimensions peuvent atteindre et dépasser une paume de main (Dubuc). Le relief est parfois marqué (comme une orange : Fr. Ward).

Les signes fonctionnels et généraux tantôt précèdent, de longtemps, tantôt accompagnent la constatation de la tumeur. Ce sont les signes du cancer. Nous n'y reviendrons pas : ils n'ont guère de caractéristique qu'une prédominance nocturne des signes fonctionnels et une intensité particulière de la douleur (Hayem). L'évolution simule également la malignité. Toutefois, dit Bard, la cachexie n'est pas aussi rapide ni profonde que dans le cancer. Enfin un des meilleurs caractères spécifiques est la jeunesse relative des sujets : 32 ans (Myer), 28 (Niles), 24 (Meyers).

Le diagnostic n'en reste pas moins extrêmement difficile, et l'on a souvent opéré de tels cas. L'opération même peut ne pas suffire au diagnostic : dans le cas de Mac Neill, les ganglions pyloriques et mésentériques étaient gros, durs, accompagnant un épaississement annulaire pylorique, le tout d'ordre hyperplasie conjonctive. Mais l'opération peut fournir des renseignements capitaux, comme chez le malade de Fr. Ward, où l'on trouva le pylore obstrué par une masse du volume d'une orange et qui fut gastro-entérostomisé, puis traité par l'iodure : une deuxième laparatomie, six semaines plus tard, montra la disparition complète de la tumeur.

Le Bordet-Wassermann est *inconstamment* positif. Hayem a insisté sur la nécessité de traiter les sujets malgré tout. Aucun auteur ne paraît avoir tenté la réactivation, qui devrait être plus couramment employée, mais demande du temps.

D'ailleurs la positivité du Bordet-Wassermann n'élimine pas le cancer.

Dans le curieux cas de Lion, il existait bien avec un Bordet-Wassermann positif des phénomènes gastriques dus à la syphilis, mais ceux-ci une fois améliorés, le cancer avec adénopathie et envahissement de l'ombilic évolua et amena la mort.

Quant à la radio, elle aurait permis à Smithies d'éliminer dans plusieurs cas le cancer. De même dans l'observation de Lemierre, Gautier et Raulot-Lapointe, elle révélait dans un estomac mobile une zone claire, parfaitement circulaire, unique, appartenant au corps de l'estomac et nettement séparée, de la petite courbure et de la région pylorique, caractères éliminant l'hyperplasie inflammatoire et l'épithélioma.

Dyspepsie. — Dans la variété hypersthénique, les vomissements sont rares, le maître symptôme est la douleur, matinale, calmée par les repas mais temporairement, souvent atténuée par les alcalins et la position couchée, accompagnée ou non d'éructations, de bouffées de chaleur, etc. La constipation est habituelle, l'anorexie fréquente. Il n'y a pas forcément, malgré les apparences, excès d'Hcl. Devant un tel ensemble, *aucune raison de croire à la syphilis*. Toutefois une résistance insolite aux traitements habituels, la prédominance nocturne de la douleur peuvent y faire penser. Parfois l'amélioration se produit par un traitement spécifique institué pour faire disparaître des lésions d'un autre ordre (Pron, Nathan).

Le Bordet-Wassermann, trop souvent négatif ou douteux (Sousa Babo), peut être positif. Enfin, la radio même peut n'être pas muette. Dans le cas de Florand, Girault et Kurzenne, sur la plage claire de la poche à air apparaissaient très nettes trois petites taches noires dont, après deux mois de traitement *sans changement* de régime, une avait disparu et les deux autres étaient très réduites, avec diminution des douleurs et grande amélioration de l'état fonctionnel. De même Smithies dit que de très petits nodules (ulcérations ou tumeurs) peuvent conduire au diagnostic. Mais ici encore, ce n'est guère que par exclusion, idée préconçue et recherche systématique qu'on a des chances d'y parvenir.

De ce type, il existe des variantes un peu plus caractérisées. Par exemple : douleurs en crises, souvent nocturnes (Clark), soulagées par le vomissement. Acidité intense avec hyperchlorhydrie vraie. S'il n'y a pas souvent d'hématémèses, le melæna est assez fréquemment signalé. En somme, tous les types de transition existent avec l'ulcère, en passant par le syndrome de Reichmann.

La variété hyposthénique est rare, la dilatation également, quoique signalée (Einhorn).

On observe assez souvent anorexie, pesanteur épigastrique, lenteur des digestions; peu à peu, intolérance croissante, émaciation parfois intense. Pas de renseignements par l'examen physique, pas de sang dans les selles ou les vomissements, anachlorhydrie. La radio ne montre souvent rien, le tableau est celui d'un *cancer sans tumeur*. Il faut encore ici s'aider du Bordet-Wassermann, des antécédents, tenter le traitement d'épreuve.

Enfin, il y a une variété qui, avec peu de signes cliniques, est assez reconnaissable à la radio. C'est la sclérose diffuse, *véritable linite syphilitique*. L'estomac apparaît, à l'écran, petit, plus ou moins rétracté en entonnoir ou en tube, fixé dans sa forme et parfois dans sa position, peu déformable à la pression et dépourvu de péristaltisme.

Les orifices peuvent être très, trop perméables, le liquide bismuthé ne faisant que traverser l'estomac sans arrêt au pylore « qui se laisse surprendre ». Ou bien, il y a sténose pylorique vérifiée par la radio, comme dans le cas princeps de *petit estomac syphilitique* de Leven, ou par l'autopsie comme dans celui d'Hemmeter et Stokes.

Le caractère le plus important, confirmé déjà, avant les rayons X, par l'opération ou l'autopsie, est une petitesse spéciale de l'estomac, avec parois très épaissies et une rigidité en quelque sorte cartonnée qui est l'aboutissant évident d'un travail inflammatoire diffus et lent. La motricité gastrique se trouvant annulée en totalité, les troubles fonctionnels sont intenses. Dans le cas d'Hemmeter et Stokes, on diagnostiqua gastrite hypertrophique avec sténose. Dans le cas de Hayem, on pouvait penser à la linite cancéreuse en raison des adhérences « étendues et solides à divers organes voisins et surtout à la face inférieure du foie et à la vésicule, d'ailleurs libre de calculs. » Le Bordet-Wassermann ne donne pas d'indications fermes (positif, Leven — négatif, Florand et Girault). Toutefois le traitement, quand on pense à l'appliquer et que le cas n'est pas trop ancien, donne une amélioration nette, voire même totale (Florand et Girault).

HÉRÉDOSYPHILIS. — Elle atteint l'estomac aussi fréquemment que la syphilis acquise, sinon plus. Et avec elle s'élargit le cadre des manifestations gastriques, car si l'on peut classer dans une première catégorie les formes ressemblant à celles de la syphilis acquise (tumeur, ulcère, dyspepsie, sténose), il faut en instituer une seconde pour celles qui en diffèrent (hémorragies, vomissements paroxystiques).

Cette distinction est due à la fois à l'âge du sujet, et à l'âge de la syphilis.

L'*ulcère* est très discuté dans ses rapports avec l'hérédosyphilis. Pour nombre d'auteurs, la relation de cause à effet ne s'impose pas constamment. Pour Audrain et M. Castex, elle est formelle, et la véritable étiologie de l'ulcère gastrique est la syphilis surtout héréditaire. C'est un accident tardif, survenant à 20, 40 ans ou plus. Il peut se voir à la deuxième génération (Audrain).

La symptomatologie n'a rien de spécial. Un traitement suffisamment précoce amène la guérison. Le mercure, sous forme de frictions par exemple, est efficace.

L'anatomie pathologique n'a guère été faite dans des cas d'ulcère proprement dit. Au contraire, il existe des observations détaillées d'ulcérations gommeuses (Chiari, Oberndorfer, etc.). Elles ne diffèrent en rien de ce qu'on voit dans la syphilis acquise.

Les observations de tumeurs gastriques hérédosyphilitiques sont fort rares. Audrain nous a communiqué un cas inédit où le malade, à la suite de douleurs en broche intolérables, a présenté des adhérences périgastriques, puis une masse volumineuse à type de « tumeur inflammatoire ». Birch-Hirschfeld a vu *chez un nouveau-né*, à l'autopsie, un épaississement de consistance ferme, presque aussi grand qu'une paume de main, dans la région pylorique, mais non constaté en tant que tumeur sur le vivant.

La *dyspepsie* hérédosyphilitique n'a pas assez attiré l'attention. Toutefois il en existe de belles observations (Dévé, Lehman, Downes), résumées dans la thèse de Kurzenne : douleur intense à type ulcéreux, vomissements, amaigrissement, *résistance au traitement classique*. Pour une raison ou pour une autre, le traitement spécifique est appliqué, la guérison s'obtient rapide, totale, définitive.

Quant aux *syndromes sténosants* d'origine hérédosyphilitique, ils n'ont pas été constatés fréquemment jusqu'ici. Le seul cas à notre connaissance est celui de sténose médiogastrique observé par Audrain, chez un sujet de trente-cinq ans, sans radio-diagnostic, mais avec les signes notés plus haut : double foyer de clapotement et dilatation de la grosse tubérosité, et qui fut très amélioré par un traitement mercuriel.

Ces divers faits, on le voit, concernent presque exclusivement des adultes ou des adolescents. Toutefois il existe, et Chiari, Aristoff, Pater l'ont montré depuis longtemps par l'anatomie pathologique, toute une gamme de manifestations gastriques chez les tout jeunes sujets. Gommes ulcérées ou non, infiltration gommeuse, gastrite diffuse ont été signalées, mais chez des nouveau-nés n'ayant vécu que quelques heures au plus. Pater a trouvé la gastrite diffuse chez des nourrissons ayant succombé « avec des phénomènes de gastro-entérite plus ou moins aiguë ». C'est dire que les accidents, lors même qu'ils sont nets anatomo-pathologiquement, ou bien sont tolérés, ou bien sont d'une symptomatologie banale, ou, coexistant avec des lésions, incompatibles avec la vie, d'autres organes tels que le foie, n'ont pas

le temps d'évoluer pour leur propre compte avec une physionomie clinique spéciale.

Mais il existe des faits importants qui ont pu être rattachés, ne fût-ce qu'indirectement, à l'hérédosyphilis. Dans les *hémorragies gastriques du nouveau-né*, le tableau est assez fruste : pâleur, hypothermie suivies d'hématémèse, ou hématémèse sans prodromes, très brusque et amenant la mort, ou plus lente, à répétition. Le vomissement de sang peut être seul, ou s'accompagner d'hémorragies intestinales (Orlowski, Lemaire, Blechmann et Turquety) ou autres (nez, ombilic).

Habituellement, le diagnostic n'est pas fait, ou s'il l'est, le traitement n'est pas assez promptement efficace (Lop) et n'amène guère qu'une rémission. Les lésions sont variables : congestion simple de la muqueuse, érosions, ulcérations même. La syphilis semble être seule en cause dans certains cas, bien que la preuve « tréponémique » n'en ait encore jamais été fournie, mais elle est souvent associée à d'autres infections, qui semblent agir moins sur l'estomac que sur l'état général (pneumobacille, streptocoque : Lequeux).

Plus obscurs encore, comme pathogénie, sont les *vomissements paroxystiques hérédosyphilitiques*. D'un pronostic immédiat bénin, ils se caractérisent par leur brusque apparition, en général à jeun, par crises assez analogues à celles du tabes. Ils s'accompagnent de céphalée et de pâleur, se répètent jusqu'à quinze et vingt fois par vingt-quatre heures, durent trois à cinq jours en moyenne. Leur terminaison est aussi brusque que leur début et ils disparaissent sans laisser derrière eux de troubles décelables (Roberti). Fréquents surtout de quatre à dix ans, indépendants du régime, survenant en l'absence d'antécédents digestifs ou de causes provocatrices, sans acétonémie, ils consistent dans l'émission « cérébrale », en fusée, de 75 à 200 centimètres cubes d'un liquide aqueux, très acide, souvent un peu verdi par de la bile, et très habituellement exempt de sang. Ils peuvent, soit être franchement paroxystiques ou seulement irréguliers, soit constituer un état permanent, « maladie des vomissements habituels » de Marfan.

Leur corrélation avec l'hérédosyphilis n'est pas douteuse. Mais, sans qu'on soit fondé, en l'absence de bases anatomo-pathologiques, à émettre autre chose qu'une hypothèse, la présence inconstante de troubles des réflexes tendineux, de crises entéralgiques avec diarrhée également paroxystiques, d'incontinence d'urine, la ponction lombaire presque constamment positive, soit cytologiquement, soit sérologiquement, doivent faire rapprocher ces troubles des crises gastriques du tabes (Marfan, Barbier, Lesné).

TABES. — Les *crises gastriques* font précisément partie, elles aussi, de notre cadre. L'intérêt n'est pas de refaire une description clinique connue de tous, mais de poser la question pathogénique et de préciser s'il y a ou non dans un certain nombre de cas, *lésion* gastrique. De fait, la symptomatologie fonctionnelle des crises gastriques peut se superposer à celle de l'ulcus, et lorsqu'il y a hématémèse (*crise noire* de Charcot) l'analogie peut être complète. On manque à l'heure actuelle de documents permettant de trancher, mais Castaigne a au moins montré que certains syphilitiques, offrant des signes d'ulcère gastrique (clinique, radio, réactions de Weber et de Bordet-Wassermann positives) ont des signes de tabes au début, et que cet ulcère gastrique syphilitique est parfois le premier stade de l'évolution du syndrome : crise gastrique. Certains auteurs considèrent, au contraire, que la crise gastrique peut être le seul signe de tabes, et lui rattachent nombre de crises gastriques essentielles, de vomissements périodiques (voir plus haut) ou même gravidiques (Dufour).

Chez l'adulte comme chez l'enfant, dans la syphilis héréditaire comme dans l'acquise, l'estomac réagit donc, soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux. C'est encore celui-ci qui semble en cause, dès la période *secondaire* même, lors des *crises de vomissements* déjà signalées par Fournier chez certaines femmes prises tout à coup et sans cause appréciable d'une véritable intolérance gastrique qui dure plusieurs semaines. Il est vrai que cette intolérance, s'accompagnant de « phénomènes de langueur, de dépression, d'adynamie fonctionnelle », doivent, sans doute, plutôt être mis sur le compte d'une atteinte surrénale, non exceptionnelle en période secondaire (Jacquet et Sézary).

Signalons pour mémoire la banale diminution de l'appétit et l'anorexie hystériforme secondaire mentionnées aussi par Fournier.

On peut enfin rattacher aux manifestations gastriques indirectes, la *boulimie* étudiée par Fournier en période secondaire, par d'autres auteurs chez les hérédos.

La boulimie, névrose stomacale, dit Fournier, est exclusivement de la période secondaire, et beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle peut atteindre des proportions incroyables (1.200 grammes de pain en sus du repas et des suppléments, deux repas coup sur coup, etc.). Elle peut durer plusieurs semaines, plusieurs mois et, fait paradoxal, coexister avec les signes d'infection, fièvre, mauvais état général. Enfin, elle peut récidiver, coïncidant exactement avec une poussée de syphilis cutanéo-muqueuse. Laissant parfois un état général excellent, elle entraîne d'ordinaire elle-même, à la longue, des désordres gastro-intestinaux.

Dans l'hérédosyphilis, la boulimie est fréquente. « Le terme est excessif en soi, dit Audrain, toutefois, il m'a paru le mieux préciser cette faim, souvent douloureuse, qui provoque une avidité excessive surtout pour les viandes. » Elle paraît correspondre à l'hyperchlorhydrie, et manifeste (comme la secondaire) des exacerbations au moment des réveils de virulence syphilitique. On note dans les observations : « Faim douloureuse, constante, qui détermine le malade à manger presque toutes les heures — mange sept ou huit fois par jour en se plaignant de ne rien manger — boulimie vorace, etc. »

Ce phénomène peut persister jusqu'à un âge avancé. Mais, rencontré dès l'enfance, congénital, *il a la valeur d'un stigmate*, et il est d'ailleurs amélioré par le traitement mercuriel (Audrain).

On voit, par cette revue rapide de symptômes divers, combien polymorphes sont les manifestations gastriques de la syphilis, et qu'il faut toujours songer à celle-ci.

Diagnostic. — Le diagnostic est donc toujours extrêmement ardu. Les bases du bon sens clinique, pas toujours faciles à respecter, ont été établies encore ici par Fournier : 1° Rapporter à l'estomac

les signes fonctionnels constatés; vomissements, hématémèses même pouvant être d'origine extra-stomacale (cirrhose, colique hépatique, etc.); 2° rapporter à la syphilis des troubles, à coup sûr, gastriques. Il n'y avait donc qu'à « mettre la syphilis en cause dans le bilan diagnostique, et, sauf contre-indication formelle, appliquer le traitement spécifique ».

Mais on possède à l'heure actuelle des éléments d'appréciation inconnus de Fournier : Bordet-Wassermann, radio. Nous avons vu que dans la syphilis gastrique tertiaire, le Bordet-Wassermann est souvent positif. Il y a lieu, lorsqu'il ne l'est pas, de tenter la réactivation. Dans d'autres cas, la ponction lombaire est indiquée, et renseigne. Enfin, la syphilis gastrique, dit Kürzenne, peut être soupçonnée à l'écran quand on rencontre :

« *a*. Le petit estomac syphilitique de Leven.

b. Des taches persistantes de liquide bismuthé, et régulièrement situées dans l'aire gastrique.

c. La coexistence de plusieurs sténoses sur le même estomac. »

D'ailleurs, la dernière proposition de Fournier reste toujours vraie. On ne peut guère qu'être utile à son malade en essayant, avec prudence, le traitement spécifique, même *et surtout* au cas de tumeur abandonnée par le chirurgien, même après une laparotomie exploratrice (Freemann Ward, Smithies, Holitsch).

Traitement. — Il est inutile d'insister sur le traitement. Si les précautions ordinaires sont prises, le traitement par les arsenobenzènes sera le plus efficace et le plus rapide. Si les conditions ne s'y prêtent pas, il suffit de recourir au traitement mercuriel ou ioduré, qui possède à son actif des succès « magiques ».

Conclusion. — En résumé, la syphilis gastrique apparaît de plus en plus fréquente à tous les âges, parce qu'on a reconnu l'extension de son domaine, qu'on y pense plus que jamais, et que les moyens d'investigation sont meilleurs. Si l'on est encore obligé de recourir au traitement d'épreuve, humiliant pour le cerveau médical, il faut s'en consoler avec Fournier; le bénéfice qu'en tirent les patients devant faire admettre et rechercher ce pis aller. Il importe d'ailleurs de l'utiliser sans retard.

BIBLIOGRAPHIE

Voir les récentes thèses de Paris de :

LIPSCHITZ. *Syphilis de l'estomac à forme pseudo-cancéreuse*, 1920.

BAULOT. *Syphilis de l'estomac à forme d'ulcère*, 1921.

et surtout KURZENNE. *Formes cliniques de la syphilis gastrique chez l'adulte*, 1920, Arnette,

qui donnent toutes les références classiques antérieures. Aux dix pages de bibliographie de Kurzenne, ajouter :

AUDRAIN. Sur divers aspects de la descendance en cas de syphilis insoupçonnée, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1921, n° 3; — Notes inédites.

BALZER. Syphilis gastrique, tome MALADIES VÉNÉRIENNES du *Traité* Gilbert-Carnot, 1920.

CAPELLI. Syphilis gastrique, *Giorn. ital. d. mal. vén.*, 1916, fasc. 4.

CARRIÈRE. Sur quelques manifestations gastriques de la syphilis, *Tribune méd.*, 1908, n° 51, p. 789.

EISEN. Syph. at the pyloric sphinct. of the stom., *Amer. Journ. of syph.*, Saint-Louis 1918, t. II, p. 220.

ESCUDERO. Gastr. ulcerativ. sifilitica, *Sem. med.*, Buenos-Aires 1920, p. 799.

EUSTERMANN. Quarante cas de syphilis gastrique avec lésions démonstratives, *Am. Journ. of syph.*, 1918, t. II, p. 205-219.

FAVRE. Syphilis gastrique, in *Traité* de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, t. XIX.

FISCHER. Syph. of the stom., *Journ. of med. Assoc. Georgia-Augusta*, 1918, t. VII, p. 261.

FURNO. La sifilide gastr., *Riv. crit. di clin. med. Firenze*, 1920, t. XXI, p. 258.

HAAS. Ein Fall v. syph. tumor, *Arch. f. Verd.*, Berlin 1920, t. XVI, p. 68.

HALLOPEAU et FOUQUET. *Traité de la syphilis*, Paris 1911.

HUDELO. Art. SYPHILIS GASTRIQUE, in *Précis de syphiligraphie* de Gaucher.

HUTINEL et NOBÉCOURT. Art. SYPHILIS GASTRIQUE, in *Traité des maladies des enfants*.

JEANSELME. Syphilis viscérale, *Revue gén. chir. et thérap.*, 1920, p. 116.

KAUFMANN. Syph of the stom., *Intern. Journ. surg.*, New-York 1918, t. XXXI, p. 105.

LEMIERRE, GAUTIER et RAULOT-LAPOINTE. *Gaz. des hôpit.*, 8-10 mars 1921, p. 309.

LEQUEUX. Etiologie pathologique des hémorragies graves du nouveau-né, *Th. de Paris*, 1906.

LEVEN. Traitement de la syphilis gastrique, *Bull. gén. de thérap.*, 1920-1921, p. 501.

LIGNARE. Maagsyph., *Nederl. Tydschr. v. Gen.*, Amsterdam 1919, p. 1441.

LOP. Rapport sur une observation de syphilis gastrique par Richelot, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1905, t. I, p. 453.

MAC ELROY. A case of syph. of the stomach., *Amer. Journ. of syph.*, 1918, p. 225.

MILIAN. Discussion Florand-Girault, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1920.

MILLS. The reactions of the alim. tract., *Amer. Journ. of syph.*, 1920, p. 450.

NEUGEBAUER. *Wien. klin. Woch.*, 1914, n° 24, p. 845.

NILES. Some differ. points betw. cancer and syph. of the stom., *Amer. Journ. of syph.*, 1918, t. II, p. 222.

ROBERTI. Vomissements paroxystiques chez un enfant hérédo-syphilitique, *Th. de Paris*, 1919-1920.

SCHUR. Gumma ventriculi, *Wien. med. Woch.*, 1920, t. LXX, p. 1416.

SIMON. Syph. of the stom. and intest., *South. med. Journ. Birmingham*, 1918, t. XI, p. 280.

STEWART. Syph. of the stom., *Amer. Atl. of Ster.*, 1918, t. II, p. 180.

SUERMONDT. Een Gefal v. Syph. maag, *Nederl. Tydschr. v. Gen.*, Amsterdam 1919, p. 1076.

TONSEY. Syph. of the stom., *Amer. Journ. Syph.*, 1918, t. II, p. 472.

VIEIRA. Gastralgie précoce dans la syphilis, *Brazil méd.*, 23 oct. 1920, p. 709.

VOLPÉ. *Ann. des mal. vénér.*, fév. 1914, p. 134.

WILE. Visc. syph. : syph. of the stom., *Arch. derm. Chicago*, 1920, p. 543.

ÉPIDÉMIOLOGIE

LE DEUXIÈME CENTENAIRE DE LA GRANDE PESTE DE MARSEILLE 1720-1721

Pour commémorer le deuxième centenaire de la Peste de Marseille qui sévit en 1720 et 1721 et fit près de 50.000 victimes sur 90.000 habitants, le Comité médical des Bouches-du-Rhône a engagé ses membres à compléter l'histoire de cette terrible épidémie. M. le prof. Boinet vient de publier (1) à cette occasion un travail extrêmement important non seulement au point de vue historique, mais aussi au point de vue de l'actualité, car il relate aussi les petites épidémies marseillaises de 1919 et 1920.

(1) *Marseille médical*, 1er juin 1921, n° 11.

Nul n'est mieux placé pour une semblable étude que M. le prof. Boinet qui a rempli les fonctions de médecin en chef des épidémies, d'inspecteur départemental d'hygiène et de salubrité publiques et de délégué départemental; aussi croyons-nous être utiles en publiant de larges extraits de son intéressante étude.

M. Boinet après avoir rappelé que Pétrone dans le Satyricon signalait déjà la fréquence de la peste à Massilia, fait une étude rapide de la peste à Marseille en 1586 et 1587, puis en 1628-1630. Epidémies très longues qui firent beaucoup de victimes. *La Peste de Marseille en 1720 et 1721* l'arrête plus longuement.

« Bien plus terrible encore, dit-il, fut la peste de Marseille de 1720-1721, qui entraîna une mortalité près de cinq fois plus forte. Sur 80.000 Marseillais, 50.000 environ moururent. Le nombre des personnes atteintes dut être encore plus considérable, puisque le Dr Chicoyneau, de la Faculté de Montpellier, qui vint soigner les pestiférés de Marseille en 1720, dit que les cas de peste ambulatoire furent fréquents.

Marseille paraît avoir été contaminée en 1720 avant l'arrivée du bateau *Le Grand Saint-Antoine*, comme le prouvent les documents suivants :

Lettre de Deidier, professeur à la Faculté de Montpellier et envoyé à Marseille par ordre du Roi. Elle est accompagnée d'un *certificat des docteurs Robert et Rimbaud*, témoins du fait rapporté par l'auteur :

« Le navire du capitaine Chataud, soupçonné d'avoir apporté la peste de Saïda, n'arriva à Marseille que le 15 mai 1720.

Cependant Mlle Augier mourut de la peste dans cette ville du 19 au 20 avril. Du 3 au 4 mai, Mme Courtaud, femme d'un négociant, eut un charbon pestilentiel. Le 20 dudit mois de mai, une femme, nommée Rose, demeurant rue Servian, eut la peste avec un bubon au pli de l'aine droite.

Quoique le navire du capitaine Chataud fût arrivé le 15 mai 1720, il est constant que toutes les marchandises furent envoyées en quarantaine, et qu'aucun des passagers du vaisseau ne fut admis dans la ville que le 14 juin 1720. Cependant, dans la nuit du 1er au 2 du dit mois, Mlle Cauvin mourut de la peste; Gaspard André, maître d'école grammairien, demeurant dans la rue du Prat, eut un bubon pestilentiel. Ce sont là certainement toutes les véritables marques de la peste de Marseille que nous avons vues dans toute la ville, et que nous voyons tous les jours dans l'hôpital du Jeu de Mail. »

Papon, dans sa *Relation de la Peste de Marseille en 1720*, dit : « Le capitaine Chataud apporta (des marchandises infectées) de Seyde et de Tripoli de Syrie à Marseille, le 25 mai 1720. En partant de Tripoli, il avait été obligé de prendre quelques Turcs pour les passer en Chypre. Un des Turcs que le capitaine avait sur son bord tomba malade et mourut peu de jours après.

Deux matelots, chargés de le jeter à la mer, ne tardèrent pas d'être frappés de mort. Deux autres les suivirent de près et le chirurgien qui les avait traités eut le même sort. Trois autres matelots tombèrent malades, ce qui obligea le capitaine à relâcher à Livourne, où ils moururent de la même manière. Les médecins, qui les avaient traités, déclarèrent qu'ils étaient morts d'une fièvre maligne *pestilentielle*.

Chataud remit à la voile et en arrivant à Marseille le 25 mai, il donna le certificat aux Intendants de la Santé. Deux jours après, c'est-à-dire le 27 mai, il mourut encore un matelot.

Le dernier jour du mois, il entra dans le port, trois autres navires venant des mêmes lieux. Il en arriva un quatrième le 12 juin, ils avaient tous patente brute, ce qui voulait dire que dans le lieu de leur départ, il y avait des soupçons de peste. La maladie et la mortalité régnaient toujours sur le bord de Chataud. Le garde qu'on mit, suivant l'usage, sur le navire, mourut le 2 juin. Le 23, un des mousses tomba malade, ainsi que deux portefaix employés à la *purge* des marchandises. Ces trois hommes furent enlevés dans l'espace de trois jours. Deux portefaix furent attaqués le 5 juillet d'une maladie qui se manifeste par des tumeurs sous les aisselles. Un troisième portefaix tomba malade le lendemain, il lui sort un bubon. »

Pestalossi dans son livre *Avis de précaution contre la maladie contagieuse de Marseille*, Lyon MDCCXXI, dit : « Quelques pièces d'indienne ou de mousseline sorties des infirmeries par contrebande firent éclore le mal dans la ville : car un jeune garçon de quinze ans, dont le père avait une de ces pièces dans la maison, fut le premier attaqué et mourut en peu de jours, avec les accidents (charbons et bubons aux aines), observés sur deux portefaix.

Le 24 juillet 1720, la rue où s'étaient retirés les contrebandiers des infirmeries se trouva tellement infectée de ce mal, que dans l'espace de deux jours, il y mourut dix personnes ayant des charbons et des bubons, n'ayant été malades chacun que 24 heures tout au plus. »

Il ajoute, page 31 : « La cause de cette terrible maladie ne peut être qu'un agent très actif et aussi réel qu'invisible. Quelques-uns croient comme le R. P. Kircher que le germe pestilentiel est une multitude innombrable de petits vers ou insectes vivants, qui voltigent en l'air comme par esseins et s'attachent à tout, ou du moins leurs œufs prêts à éclore. »

M. Boinet cite ensuite les huit ordonnances du commandeur de Langeron, chef d'escadres des galères du Roy, maréchal des camps, commandant de la ville de Marseille, et des échevins de la ville, touchant l'hygiène et la prophylaxie de la peste.

Il cite ensuite la *recette du vinaigre des quatre voleurs* et en rappelle l'origine :

Recette du vinaigre des quatre voleurs

Trois pintes de fort vinaigre de vin blanc,
Une poignée d'absynthe,
Une poignée de reine des prés,
Une poignée de marjolaine sauvage,
Une poignée de sauge,
Cinquante clous de girofle,
Deux onces de racine de Nulle-Campana,
Deux onces angélique,
Deux onces romarin,
Deux onces marube,
Trois gros de camphre.

Mettez le tout dans un vaisseau pendant quinze jours, et bien lutté, après lequel temps passez au travers un linge avec expression.

Mettez ledit vinaigre dans des bouteilles bien bouchées.

Usage : On s'en frotte les tempes, les oreilles, les mains, de temps en temps, quand on sera obligé d'approcher les pestiférés.

Ce médicament populaire a une histoire intéres-

sante : Quatre voleurs des effets, hardes, objets, appartenant aux pestiférés, en 1720, avaient été pris sur le fait et étaient condamnés à mort. Ils avaient pu continuer leur dangereux métier, en toute sécurité, en s'enduisant le visage et les mains de leur fameux vinaigre. On promit de leur faire grâce de la vie s'ils en donnaient la recette qu'ils s'empressèrent de fournir. Ces voleurs des pestiférés étaient assez nombreux, puisque l'article 13 de l'ordonnance du huitième décembre 1720, signée par le Chevalier de Langeron, de Pilles, viguier, et les échevins Estelle, Audimar, Moustier, Dieudé, recommande à chaque commissaire « de s'informer aussi avec soin, si dans son département il ne s'y est point établi de voleur ou quelqu'un connu comme tel et nous donnera pareillement avis de ce qu'il apprendra à ce sujet. »

Le Musée du Vieux Marseille a fait fabriquer, d'après la recette précédente, ce vinaigre des quatre voleurs; il a une odeur pénétrante, assez agréable, stimulante que l'on peut comparer à celle des sels anglais; il a produit les mêmes effets que ce dernier médicament sur un des administrateurs qui venait d'être pris d'un état syncopal et de vertige.

Les émanations fortes et piquantes de ce vinaigre des quatre voleurs écartent nettement les moustiques; peut-être ont-elles la même action sur les puces et les punaises : on trouverait là l'explication de l'ancienne réputation de préserver de la peste dont jouissait ce remède populaire.

Documents sur la peste de 1720-1721

L'intendance sanitaire de Marseille a envoyé au Musée du Vieux Marseille une série de souvenirs et de documents se rattachant à la peste de 1720.

1° *Un appareil pour la désinfection des lettres* (don de M. Tricher) se composant de deux plaquettes de métal articulées sur un de leurs bords, portant l'une, sur sa face interne, des rangées de six longs clous dans le sens longitudinal et de cinq dans le sens transversal; ils correspondent avec des trous similaires de la plaquette opposée. Une lettre placée entre les deux plaquettes était perforée sur trente points, quand les deux manettes en bois qui terminaient les deux plaques étaient rapprochées et serrées. Après cette préparation, la lettre était utilement soumise à l'action de substances désinfectantes, sous cloche.

2° *Un gros croc ayant servi à l'enlèvement des cadavres des pestiférés en 1720*. C'est une longue pince, très solide, en fer, mesurant 2 mètres de long, approximativement, présentant dans son cinquième inférieur une articulation avec deux longues pinces prenantes terminées par trois dents solides ayant une trentaine de centimètres de longueur. La partie supérieure des branches présente : l'une, deux anneaux métalliques, l'autre, un seul pour le passage des cordes destinées à rapprocher solidement les mors de la pince servant à fixer et enlever les cadavres des pestiférés sans les toucher avec les mains.

3° *Les photographies des boîtes d'instruments de chirurgie, de trousses de chirurgien de peste* avec de longs manches permettant de se tenir assez éloigné du pestiféré pendant l'incision, la ponction et la cautérisation des bubons pesteux. Les instruments originaux qui ont servi pendant la peste de 1720-1721 sont à la Santé Maritime, qui possède aussi *les objets du culte destinés à donner l'Extrême-Onction, la Communion* et munis eux aussi de longs manches dans le but de diminuer les risques de la contagion.

4° *D'assez nombreuses gravures* relatives à la peste de 1720-1721 se trouvent encore au Musée du Vieux-Marseille. Elles ont été bien décrites par le Dr Pluyette dans la *Revue de Marseille* du 28 août 1920. Il existe aussi d'autres gravures conservées dans les cartons de la bibliothèque de ce Musée et intitulées :

Vue du cours de Marseille, à l'époque de la peste 1720-1721. — La peste de Marseille. — Vue du cours dessiné sur le lieu, en 1720. — Vue de l'hôtel de ville de Marseille, et d'une partie du Vieux-Port d'où l'on enlève les corps morts, du temps de la peste, arrivée en 1720.

Une particularité intéressante de plusieurs d'entre elles est la présence dans les nues de l'ange exterminateur avec un glaive flamboyant représentant la Vengeance divine. C'est pour apaiser le courroux du ciel irrité et obtenir le pardon et la cessation de la peste que la cérémonie de la victime expiatoire racontée par Pétrone avait lieu dans l'antiquité. »

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 AOUT 1921)

Les feuillets embryonnaires en rapport avec les microorganismes pathogènes. — M. LEVADITI. Des recherches concernant les ultravirus neurotropes (groupe encéphalitique, rage, poliomyélite, vaccine) ont suggéré à l'auteur l'idée que les feuillets embryonnaires ectodermique et mésodermique sont en rapport intime avec les propriétés générales et la virulence des microorganismes pathogènes.

Des relations étroites paraissent exister entre l'affinité de ces microorganismes pour les tissus des vertébrés et les feuillets embryonnaires d'où les tissus dérivent.

Quand on considère l'ensemble des divers microorganismes pathogènes, il semble qu'ils peuvent se diviser en deux groupes :

a. *Ceux qui offrent des affinités pour le mésoderme* et sont capables de provoquer l'inflammation et la suppuration du tissu conjonctif, les septicémies, les infections du système lymphatique et hématopoïétique.

b. *Ceux qui présentent des affinités pour l'ectoderme* et engendrent les infections des épithéliums, soit de la peau (exanthèmes, papulo-pustules) et de la cornée (vésico-pustules), soit du système nerveux (encéphalites, poliomyélites).

L'auteur examine les propriétés générales de ces deux groupes de microorganismes. Il constate que, à peu d'exceptions près, ceux qui appartiennent à la première catégorie sont des germes visibles, en grande majorité cultivables sur les milieux artificiels et qui font partie, soit des bactéries et des champignons, soit des spirilles et des protozoaires. Par contre, ceux qui appartiennent à la seconde catégorie sont, en général, des virus invisibles, plus ou moins filtrants, qui n'ont pas été cultivés et qui paraissent être des parasites obligatoires des cellules vivantes (épithéliums).

Il en résulte que les infections du mésoderme, les mésodermoses, sont engendrées, en général, par des bactéries, des champignons, des spirilles ou des protozoaires, tandis que les infections de l'ectoderme, les ectodermoses, sont provoquées par des virus dont la plupart sont des virus filtrants et invisibles.

Chacun de ces deux groupes de microorganismes, non seulement est adapté à un feuillet embryonnaire déterminé, mais donne naissance à des *états réfractaires* dont le mécanisme paraît différent. En effet, les agents des mésodermoses provoquent l'immunité phagocytaire, bactéricide et antitoxique, tandis que ceux des ectodermoses déterminent avant tout un état réfractaire local de l'ectoderme intéressé par la lésion

(vaccine, herpès). Si Metchnikoff a découvert le rôle du mésoderme comme appareil de défense phagocytaire, c'est qu'il avait étudié exclusivement les mésodermoses. Il est probable qu'un rôle semblable sera concédé aux épithéliums ectodermiques lorsque l'on connaîtra mieux la morphologie des virus qui provoquent les ectodermoses.

L'auteur ignore les raisons pour lesquelles les microorganismes adaptés aux deux feuillets embryonnaires sont, en général, si dissemblables au point de vue de leurs propriétés. Il est probable qu'il s'agit d'une adaptation progressive des microbes à des systèmes de tissus ayant une constitution physico-chimique et des fonctions différentes. Cette adaptation est stricte pour certains microorganismes; elle l'est sensiblement moins pour d'autres qui, à l'exemple du *tréponema pallidum*, font transition entre les germes à affinité exclusivement ectodermique et ceux à affinité mésodermique. La vie n'est possible que grâce à cette adaptation. Si les vertébrés vivent, malgré les nombreuses bactéries pathogènes qui pullulent dans l'intestin, sur la peau et dans le naso-pharynx, c'est que la plupart de ces bactéries sont pathogènes pour le mésoderme et nullement pour l'ectoderme.

NOTES SUR L'ORGANISATION & LE FONCTIONNEMENT

DU

SERVICE DE SANTÉ DANS LES TROUPES COLONIALES

A L'USAGE DES CANDIDATS AU CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT LATÉRAL

1° **Organisation générale.** — Le Corps de santé des troupes coloniales, organisé par décret du 11 juin 1901, modifié le 21 juin 1906, est placé, comme le Corps de santé des troupes métropolitaines, sous l'autorité du Ministre de la guerre.

Il est chargé du fonctionnement du service de santé des troupes coloniales en France et outre-mer. Il comprend des médecins et des pharmaciens, de grades équivalents à ceux des officiers du Corps de santé métropolitains et jouissant des mêmes privilèges et avantages matériels.

L'effectif du corps (660 médecins, dont 150 environ hors cadres, et 61 pharmaciens) est établi de telle sorte que le temps de séjour à passer en France puisse être, en principe, équivalent à celui du séjour colonial réglementaire.

C'est, exceptionnellement, que, depuis la campagne, et, par suite des obligations sans cesse croissantes du service, cette règle n'a pu recevoir sa pleine application.

2° **Service assuré.** — Les services assurés par les officiers du Corps de santé des troupes coloniales comprennent :

1° *En France.* — Le service des diverses unités du Corps d'armée colonial et des régiments indigènes utilisés dans la Métropole; celui des établissements y attachés, ainsi que plusieurs services relevant du ministère de la Guerre (état-major particulier des troupes coloniales, Ecole d'application de Marseille, camps de Fréjus, service militaire du transit colonial de Marseille, dépôt des isolés coloniaux de Marseille, dépôt des isolés coloniaux de Bordeaux) et du ministère des Colonies (Conseil supérieur de santé, direction des services militaires, commission des marchés, service médical des ports).

2° *Outre-mer.* — Le service des troupes françaises et indigènes (régiments d'infanterie coloniale et d'artillerie coloniale, tirailleurs sénégalais, malgaches, somalis, annamites, tonkinois, du Pacifique), celui des formations sanitaires d'hospitalisation (hôpitaux, ambulances et postes médicaux), enfin les services médicaux des théâtres d'opérations extérieurs (armée d'Orient et du Levant), ainsi que de l'Afrique du Nord (Algérie, Tunisie, Maroc).

En outre, aux colonies, en attendant l'organisation définitive de l'assistance médicale indigène, la plupart des services sanitaires civils sont confiés à des médecins des troupes coloniales, en position hors cadres, qui conservent tous leurs droits à l'avancement et aux diverses récompenses.

Il en est de même de certains services spéciaux tels que les Instituts Pasteur de Saïgon, d'Hanoï, de Nha-Trang, de Tananarive, de Saint-Louis, de Dakar, de Brazzaville — les laboratoires de répression des fraudes, ainsi que les écoles de médecine indigènes d'Hanoï, de Tananarive, de Dakar et de Pondichéry — les services de police sanitaire et quarantenaire, ceux d'assistance médicale, d'immigration et d'émigration, d'expertises médico-légales, de vaccine mobile, etc.

Enfin, les officiers du Corps de santé des troupes coloniales peuvent être appelés à occuper certains emplois hors cadres, relevant du ministère des Affaires étrangères (poste médical de certaines ambassades, consulats et légations, chaires de professeur aux écoles de médecine).

3° **Séjours coloniaux.** — La durée réglementaire des divers séjours coloniaux est la même que pour les officiers des diverses armes des troupes coloniales, exception faite pour les directeurs et chefs du Service de santé hors cadre ou de certains spécialistes qui peuvent prolonger leur séjour, à la demande du ministre des Colonies, avec leur assentiment et toutes les fois que leur état de santé le permet.

Cette durée est la suivante (traversée non comprise) :

Inde	3 ans.
Martinique	
Guadeloupe	
Réunion	
Nouvelle-Calédonie	
Tahiti	
Saint-Pierre et Miquelon	
Indo-Chine	2 ans.
Chine	
Guyane	
Côte des Somalis	
Madagascar	
Afrique Occidentale Française	
Cameroun	
Territoire du Tchad	
Maroc	
Soudan	20 mois.
Guinée	
Côte d'Ivoire	
Dahomey	
Gabon. Moyen Congo	
Oubanghi. Chari	

A leur retour en France, les officiers jouissent d'un congé, d'une durée minimum de trois mois, renouvelable en tout ou partie, selon le cas.

Ils sont, ensuite, affectés, soit à un service régimentaire, soit à un service hospitalier, ou encore à l'un des emplois indiqués au premier paragraphe.

Ils peuvent, également, bénéficier, dans certaines circonstances particulières, d'une affectation spéciale, dans une garnison de leur choix, siège de faculté ou d'école de plein exercice de médecine et de pharmacie, en vue de l'accomplissement de stages de spécialisation leur permettant de parfaire les études entreprises aux colonies et d'obtenir le titre de spécialistes, dans la branche correspondant au stage effectué. Ils peuvent, à l'expiration dudit stage, prétendre à une désignation pour un poste colonial de même nature, dans la limite compatible avec les besoins du service.

4° **Situation matérielle.** — En France, la solde est la même que celle des médecins des troupes métropolitaines; aux colonies, elle est augmentée d'environ 50 p. 100, dans les cas les moins favorisés, et s'augmente, fréquemment encore, d'indemnités diverses (de résidence, de déplacements, etc.) ainsi que de suppléments, variables avec les services civils, dont les intéressés sont titulaires (arraisonnements, visites des fonctionnaires, médecins légistes, etc.).

Enfin, dans la limite où l'exige la population, les officiers du Corps de santé des troupes coloniales peuvent être autorisés, par les gouverneurs des colonies, à se livrer à l'exercice de la clientèle civile.

Au moment du départ pour une colonie, les intéressés perçoivent une indemnité d'entrée en campagne égale à un mois de solde. Ils voyagent sur les paquebots en 1re classe. Les déplacements, effectués pour le service, leur donnent droit aux frais de route et de séjour prévus par les règlements.





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des affections de l'oreille, par M. LERMOYEZ, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine; M. BOULAY, ancien interne des hôpitaux de Paris, et A. HAUTANT, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Tome Ier : *Généralités, Oreille externe, Oreille interne.* — 1 vol. grand in-8 raisin de 1014 pages, avec 345 figures dans le texte. Prix : 65 fr. — Paris, G. Doin.

Dans la plupart des colonies, les officiers mariés sont autorisés à se faire accompagner de leur famille qui voyage alors gratuitement dans des conditions identiques à celle du chef de famille, y compris sur les voies ferrées.

5° **Avantages de carrière.** — Le Corps de santé des troupes coloniales devra, vraisemblablement, bénéficier d'une augmentation sensible de ses effectifs en prévision de la constitution de nouvelles unités indigènes. Par suite, l'avancement, qui y a été momentanément et exceptionnellement ralenti, ne pourra manquer de reprendre, sous peu, sa marche normale et de devenir assez rapide pour compenser les obligations de service et les conditions particulières d'existence qui s'attachent au choix de cette carrière.

Les aides-majors de 2e classe sont promus de 1re classe automatiquement, après deux ans de grade. Il est normal, d'autre part, d'escompter la promotion au grade de médecin ou de pharmacien-major de 2e classe, après une moyenne de cinq à six ans d'ancienneté dans le grade précédent et au grade de médecin ou de pharmacien-major de 1re classe, après une moyenne de huit à neuf ans.

La durée, imposée pour les nominations au grade de médecins ou pharmaciens principaux et d'officiers généraux, varie avec le nombre des retraites qui peuvent se produire.

En ce qui concerne l'avancement dans la Légion d'honneur, le chiffre des annuités tend à se rapprocher, de plus en plus, de celui fixé pour le corps combattant.

Le droit à une pension de retraite est acquis après vingt-cinq ans de service, y compris les cinq années décomptées à titre d'études préliminaires, ce qui ramène, en réalité, à dix-neuf ans de services effectifs le temps nécessaire à la jouissance d'une retraite, en tenant compte de l'année de service, effectué avant l'admission dans le corps. Le taux de la pension varie avec les campagnes acquises, mais s'élève en moyenne à :

14.283 francs pour médecin inspecteur général ;
12.000 — pour médecin inspecteur ;
8.900 — pour médecin principal de 1re classe ;
8.200 — pour médecin principal de 2e classe ;
7.000 — pour major de 1re classe,

non compris, bien entendu, les indemnités provenant du traitement de la Légion d'honneur.

6° **Conditions du recrutement latéral.** — En plus des aides-majors, provenant chaque année de l'Ecole du recrutement de Bordeaux, un certain nombre de docteurs en médecine et de pharmaciens universitaires des diverses facultés de France peuvent être admis à l'Ecole d'application du Service de santé de Marseille à la suite d'un concours dont la date, le lieu, les conditions et le nombre des candidats à recevoir sont fixés, chaque année, par un avis et une instruction insérés, en temps opportun, au *J. O. R. F.*

Le concours a lieu, en général, au début de décembre, dans les centres universitaires de Strasbourg (hôpital militaire), Paris (hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce), Bordeaux (Faculté de médecine), Lyon (hôpital Desgenettes), Marseille (hôpital Michel-Lévy), selon le nombre des candidats inscrits et la répartition de leur résidence.

Les épreuves sont subies devant un jury composé d'officiers du Corps de santé des troupes coloniales et présidé par un officier général de ce corps.

Des majorations de points sont consenties aux candidats pourvus de certains titres universitaires (ex-internes des hôpitaux, lauréats des facultés) ou encore du diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe, ou de licencié ès sciences, avec mention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Il en est de même pour les candidats ayant accompli un certain temps de présence dans la zone des armées, pendant la campagne, reçu des blessures de guerre, fait l'objet de citations ou obtenu des distinctions honorifiques, à titre de récompense, pour leurs services de guerre (médaille militaire et Légion d'honneur).

Les candidats, admis au concours, sont nommés au grade d'aide-major de 2e classe des troupes coloniales, à compter du jour de leur entrée à l'Ecole d'application de Marseille. Ils perçoivent, aussitôt, la solde afférente à ce grade.

Après un stage de huit mois, les aides-majors, admis au titre du recrutement latéral, concourent avec ceux provenant de l'Ecole du recrutement de Bordeaux et prennent rang, sur la même liste d'ancienneté, dans l'ordre fixé par le classement de sortie de l'Ecole d'application.

Ils deviennent, alors, aussitôt disponibles pour le service et reçoivent des affectations pour les postes lointains, en vertu du rang occupé par eux sur la liste de tour de départ colonial en usant, s'ils le désirent, de la faculté qui leur est consentie d'indiquer leurs colonies de préférence, jusqu'à concurrence de trois par ordre de priorité.

Il leur est alors alloué une première mise d'équipement de 575 francs, réversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service auxquelles ils sont tenus de s'engager à leur entrée dans le corps, à moins, toutefois, que l'abandon du service, antérieurement an délai fixé, ne soit le résultat d'une mise en réforme pour infirmités.

Il convient, en effet, d'observer que, grâce aux avantages d'ordre technique offerts par la carrière coloniale, à l'expérience professionnelle acquise outre-mer, parfois même au renom scientifique qui en est résulté, les officiers du Corps de santé des troupes coloniales peuvent ne pas attendre l'heure normale de la retraite et renoncer à la poursuite de leur carrière, soit en usant de l'obtention d'un congé, de plus ou moins longue durée, sans solde, soit en démissionnant de leurs fonctions, pour orienter leur vie dans un sens tout différent de celui primitivement choisi et profiter, ainsi, des débouchés multiples qui peuvent se présenter à eux au cours de leur carrière et de son fait même.

En cas d'arrêt de carrière, par suite d'une altération plus ou moins profonde et durable de la santé, ou, mieux encore, d'accidents, de maladies ou d'infirmités, imputables au service ou même simplement aggravés par lui, les droits des intéressés à une pension de retraite se trouvent pleinement sauvegardés par des dispositions réglementaires offrant toutes les garanties de sécurité désirables en l'espèce (congé renouvelable, non-activité, réforme avec pension).

Ainsi, apparaît plus aisé à arrêter le choix d'une carrière, rendue déjà attrayante, en outre, des satisfactions qu'elle est susceptible d'offrir aux esprits curieux et chercheurs, par l'importance capitale qu'emprunte à l'hygiène et à la protection de la santé publique, la mise en valeur effective de notre domaine d'outre-mer (développement de la natalité, protection du premier âge par une réduction sensible de la mortalité infantile, préservation de l'adulte et accroissement de la main-d'œuvre indigène, enfin, augmentation notable de la résistance organique de l'Européen appelé à utiliser cette main-d'œuvre).

NOTES DE PRATIQUE

LES DIABÈTES QUI GUÉRISSENT

Voici, écrit M. le prof. Sabrazès [de Bordeaux] (1), un cas chez une femme de quarante-sept ans opérée d'hystérectomie totale avec ablation bilatérale des annexes pour métrorragies, il y a plus de dix ans.

Un diabète se développe en même temps qu'un embonpoint très marqué (20 grammes de sucre par litre ; 2 litres de diurèse quotidienne). On donne 1 litre de lait et 1 litre de bouillon de viande par jour. En trois mois de ce régime que la malade a eu la constance de suivre strictement, toute trace de sucre a disparu ; la baisse de poids a été de 20 kilogrammes. La guérison se maintient depuis longtemps malgré la cessation de tout régime.

La Croissance, par le Dr APERT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades Bibliothèque de philosophie scientifique dirigée par le Dr G. Le Bon. In-18. — Prix : 6 fr. 75. — Prris, Flammarion.

(1) *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 3 juillet 1921.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ ΠΕΠΙΝ

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. le docteur Roux est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et histologiques.

MÉDAILLES D'OR DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIÈNE. — La médaille d'or de l'Assistance publique est attribuée à M. Desmars, préfet du Finistère, ancien conseiller d'Etat en service extraordinaire, ancien directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, pour les motifs suivants :

« Appelé à diriger les services d'assistance et d'hygiène publiques dans un ministère nouvellement créé, y a apporté les plus brillantes qualités d'intelligence et de dévouement; a su donner une active impulsion aux divers services d'assistance obligatoire dont il avait la haute direction, et notamment a pris personnellement une part très grande à l'organisation de l'assistance aux tuberculeux et à l'application des nouvelles lois sociales. »

La médaille d'or de l'Hygiène est également attribuée à M. Desmars pour les motifs suivants :

« Pendant qu'il était à la tête de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, a stimulé l'effort des autorités locales, a apporté l'attention la plus vigilante au développement de l'hygiène et a su prendre, à diverses reprises, les initiatives les plus heureuses en vue de la protection sanitaire du pays contre les épidémies venant de l'étranger. »

V. É. M., 1921. — Itinéraire-programme. — Dans chaque station la visite aura lieu par groupes, sous la conduite des médecins de la station; des conférences seront faites par le professeur Carnot ou le professeur agrégé Rathery, et par l'un des médecins de la station, délégué par ses confrères.

Premier jour : 4 septembre. — **Pougues-les-Eaux**. — Concentration à Pougues-les-Eaux, vers 13 heures, au Splendid Hôtel. — Déjeuner. — Visite de la station. — Conférences. — Dîner. — Coucher.

Deuxième jour : 5 septembre. — **Saint-Honoré-les-Bains. Bourbon-Lancy**. — Départ par train spécial vers 6 heures du matin. Arrivée à Remilly vers 7 h. 30. Trajet Remilly-Saint-Honoré-les-Bains en autobus. Visite de la station de Saint-Honoré-les-Bains. — Déjeuner à 10 h. 30. — Conférences. — Départ pour Remilly à 12 h. 30. Départ de Remilly par train spécial à 14 heures. Arrivée à Bourbon-Lancy vers 16 heures. Visite de la station. — Conférences. — Dîner. — Coucher.

Troisième jour : 6 septembre. — **Bourbon-l'Archambault. Vichy**. — Départ de Bourbon-Lancy par train spécial à 6 h. 10 du matin. Arrivée à Moulins vers 7 h. 40 et à Bourbon-l'Archambault vers 9 h. 30. Visite de la station. Conférences. — Déjeuner. Départ à 14 heures par train spécial pour Moulins et Vichy. Arrivée à Vichy vers 16 h. 40. Conférences à 18 heures. — Dîner. — Coucher.

Quatrième jour : 7 septembre. — **Vichy**. — A 8 heures, visite des sources de l'établissement thermal, de l'embouteillage, de la pastillerie. Déjeuner. Vers 14 h. 15, départ d'un groupe pour la visite de Saint-Yorre et de Sail-les-Bains. — Dîner à Vichy. — Coucher.

Cinquième jour : 8 septembre. — **Chatel-Guyon**. — Départ à 7 h. 20 par train spécial pour Chatel-Guyon. Arrivée vers 9 heures. Visite de la station. — Conférences. — Déjeuner. Départ vers 17 h. 10. Arrivée à Royat vers 18 h. 30. — Dîner. — Coucher.

Sixième jour : 9 septembre. — **Royat**. — A 6 heures du matin : départ pour l'ascension (facultative) du Puy-de-Dôme. Vers 9 h. 30, visite du sanatorium de Durtol et de l'établissement « La Terrasse » à Chamalières. — Déjeuner. — Visite de la station à 14 heures. — Conférences. — Dîner. — Coucher à Royat.

Septième jour : 10 septembre. — **Saint-Nectaire et les stations climatiques des Monts d'Auvergne**. — Départ en auto-car à 6 heures du matin pour Saint-Nectaire (les bagages sont dirigés directement sur le Mont-Dore où on les retrouvera le lendemain soir seulement). Trajet par le Col de la

Moreno, Orcival, les Roches Tuilière et Sanadoire, le Col de Dyanne, le lac Chambon, Murols. Arrivée à Saint-Nectaire vers 9 h. 30. Visite de la station. — Conférences. — Déjeuner. Départ vers 13 heures pour le Lioran et Vic-sur-Cère par Besse, le Lac Pavin, Condat-en-Féniers, Murat, Le Lioran. — Dîner et coucher à Vic-sur-Cère (et éventuellement au Lioran).

Huitième jour : 11 septembre. — **Les Monts d'Auvergne.** — Départ en auto-car vers 6 heures par le Lioran, le Col de Néronne (arrêt pour l'ascension du Puy Mary); Salers. Visite de la ville et déjeuner. Mauriac, Bort, Tauves. Arrivée au Mont-Dore vers 19 heures. — Dîner. — Coucher.

Neuvième jour : 12 septembre. — **Le Mont-Dore.** — A 6 heures du matin, départ pour l'ascension (facultative) du Puy de Sancy. — Déjeuner. — Vers 14 heures, visite de la station. — Conférences. — Promenade au Plateau du Capucin. — Dîner. — Coucher.

Dixième jour : 13 septembre. — **La Bourboule.** — Départ par le train de 6 h. 18 pour La Bourboule. Visite de la station. — Conférences. — Déjeuner. — Promenade au Plateau de Charlannes. — Dîner. — Coucher.

Onzième jour : 14 septembre. — **Evaux et Néris.** — Départ par train spécial à 7 h. 20 pour Evaux-les-Bains. — Arrivée à Evaux vers 10 heures. — Visite de la station. — Conférences. — Déjeuner. Départ à 15 h. 08 pour Montluçon. Arrivée en auto-car vers 16 h. 45 à Néris-les-Bains. Visite de la station. — Conférences. — Dîner. — Coucher.

Douzième jour : 15 septembre. — **Lamotte-Beuvron.** — Départ de Néris-les-Bains vers 7 heures et par train spécial à Montluçon à 8 h. 15. Arrivée à Lamotte-Beuvron à 11 heures. Visite du sanatorium. — Conférences. — Déjeuner. Dislocation dans l'après-midi. Départ pour toutes directions : pour Paris, vers 16 h. 30. Arrivée à Paris vers 19 h. 35.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le médecin principal de 2e classe Ernest Albert, médecin chef de l'hôpital Sédillot, à Nancy, mort des suites de blessures de guerre.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX; ILS NE SAURAIENT DÉPENDRE DU SUCCÈS DES SOINS DONNÉS

Nous avons dernièrement relaté un jugement du Tribunal civil de la Seine (1) qui a décidé que le renouvellement d'une opération chirurgicale ne pouvait donner droit à des honoraires égaux à ceux de l'opération primitive, le chirurgien ne pouvant demander qu'un complément d'honoraires. Le même tribunal, dans un jugement postérieur du 8 juin 1921, a fait au médecin, pour la rémunération des soins qu'il donne, application du principe que la prolongation des soins peut comporter une modération dans la demande d'honoraires. Son jugement offre un autre intérêt, en ce qu'il décide qu'un client ne peut faire dépendre la rémunération de son médecin du succès des soins par lui donnés.

Ce jugement est ainsi conçu :

« Attendu que B... est appelant d'un jugement du juge de paix du Ve arrondissement de Paris, en date du 13 février 1914, qui l'a condamné à payer au Dr J... la somme de 400 francs avec les intérêts de droit à partir du jour de la demande pour soins médicaux;

Attendu que le Dr J... a demandé devant le premier juge la condamnation de B... à lui payer la somme de 600 francs pour 62 visites qu'il lui avait faites à domicile; qu'il a assuré que ces visites avaient un caractère spécial puisqu'elles comportaient l'application de pansements;

Attendu que B... a offert la somme de 100 francs, se basant sur ce que les soins à lui donnés par le Dr J... avaient été absolument inefficaces;

Attendu que le juge de paix a commis le Dr R..., professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, avec mission d'évaluer les soins donnés à B... par le Dr J...; qu'au vu du rapport de cet expert, il a prononcé la condamnation sus-indiquée;

Attendu que le Dr R... a estimé qu'il ne lui paraissait nullement établi que le diagnostic et le traitement du Dr J... aient été vicieux et entachés d'une erreur manifeste; qu'il a constaté que ce diagnostic avait été approuvé par un chirurgien distingué des hôpitaux, le Dr C..., et que le traitement conseillé par ce dernier avait consisté, comme celui qu'employait avant la consultation le Dr J..., en applications antiseptiques; qu'il a émis l'avis que si, dans la suite, les soins donnés à B... par un autre médecin ont été plus efficaces, il n'en résulterait pas que le Dr J... ait commis une erreur manifeste, interdisant *ipso facto* toute rémunération;

Attendu qu'il n'est pas admissible, conformément à l'opinion exprimée par l'expert, que les honoraires d'un médecin dépendent du succès des soins par lui donnés;

Attendu, en effet, qu'il est impossible à un médecin d'être assuré que tel traitement amènera tel résultat; que, d'une manière générale, les effets d'une médication déterminée peuvent varier avec les sujets sur lesquels elle est appliquée;

Attendu que le Dr J... en réclamant à B... la somme de 600 francs pour des visites avec pansements dont il fixe le nombre à 62, mais que B... évalue seulement à 60, compte le prix de chaque visite à environ 10 francs;

Attendu que le Dr R..., a estimé que la somme réclamée, tout en n'étant pas empreinte d'une exagération manifeste, devait cependant être diminuée en considération de ce que les pansements ne comportaient pas une difficulté véritablement extraordinaire, et que la *prolongation même des soins et de la multiplicité des visites* comportait quelques concessions de la part du médecin; que, d'autre part, il devait être tenu compte des usages établis dans le quartier où exerce le Dr J... et où le prix de la visite ordinaire était de 5 francs, et de la situation sociale de B...;

Attendu, dans ces conditions, qu'il a proposé de fixer à 400 francs les honoraires réclamés;

Attendu que le juge de paix, en adoptant les conclusions du rapport du Dr R..., a fait une juste appréciation des droits des parties; qu'il échet de confirmer le jugement qu'il a rendu;

Par ces motifs, et adoptant au surplus les motifs du premier juge.

Déclare l'appel recevable;

Confirme le jugement dont est appel; dit qu'il sortira son plein et entier effet pour être exécuté selon ses forme et teneur;

Condamne à l'amende de fol appel et aux dépens de première instance et d'appel. »

C'est à juste raison que le tribunal déclare qu'il n'est pas admissible que les honoraires d'un médecin dépendent du succès des soins par lui donnés. Dans le cas qui lui était soumis, le malade, pour se refuser à faire droit à la demande du médecin, prétendait que le diagnostic et le traitement avaient été vicieux, sous prétexte que les soins qui lui avaient été donnés par un autre médecin avaient été plus efficaces. Le tribunal n'a relevé aucune faute à la charge du premier médecin; l'expertise avait démontré que la prétendue erreur n'existait pas; donc il n'y avait aucun motif militant en faveur d'un refus de la part du client.

La situation est la même vis-à-vis de l'avocat. Sa rémunération ne saurait dépendre du succès du procès; autrement, dans tout procès, des deux avocats qui plaident, un seul serait rémunéré, celui qui a gagné le procès, quel que soit l'effort donné par l'autre. Une pareille thèse n'est pas soutenable; elle ne saurait être admise; le tribunal de la Seine a fait une juste application aux médecins de ce principe que tout labeur, tout travail doit être rémunéré.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 37, p. 578.

SUR

LES HÉMORRAGIES MÉNINGÉES IDIOPATHIQUES

Par Edouard FLATAU,
Médecin des hôpitaux de Varsovie.

Sous le nom d'hémorragies méningées idiopathiques, on comprend les hémorragies qui ne sont pas la conséquence d'un traumatisme, mais qui relèvent de causes internes organiques : alcoolisme, tuberculose, syphilis, artériosclérose, maladies des reins et du cœur, hémophilie, etc.

Il y a deux groupes principaux de ces hémorragies, à savoir : 1° les hémorragies subdurales dites *pachyméningite hémorragique interne;* 2° les hémorragies sous-arachnoïdiennes dites *leptoméningite hémorragique*. On observe, de plus, des hémorragies idiopathiques dans les espaces situés au-dessus de l'arachnoïde, ce sont les *hémorragies épiarachnoïdiennes;* c'est une forme tout à fait rare et dont l'aspect clinique rappelle celui de la *pachyméningite hémorragique interne*.

L'hémorragie subdurale, soit l'inflammation exsudative subdurale, *pachyméningite hémorragique interne,* s'observe bien plus souvent qu'on ne le suppose en général. Le diagnostic de cette forme morbide offre souvent de grandes difficultés. C'est presque exclusivement une maladie des vieillards. Cependant, on en connaît quelques cas rares ayant trait à l'enfant, dans les quatre premières années. Les auteurs français attribuent à l'alcoolisme un rôle étiologique très important dans cette maladie. Elle s'observe également, assez souvent, dans les cas de démence, surtout dans sa forme sénile ou dans la paralysie progressive, de même qu'elle accompagne les maladies infectieuses, telles que le typhus, l'érysipèle, la tuberculose, la syphilis, etc.

En me basant sur mes propres observations, je suis porté à croire que l'artériosclérose est une cause fréquente de cette maladie chez les personnes d'âge sénile ou présénile.

En ce qui concerne la *pathogénie* de cette affection, on se trouve en présence de deux théories : la théorie inflammatoire et la théorie hémorragique. Les partisans de la première, Heschl et Virchow, soutiennent que l'état inflammatoire de la surface intérieure de la dure-mère est primitive, et que l'hémorragie des vaisseaux devenus excessivement fragiles à la suite de l'inflammation des méninges n'est que secondaire. Des dépôts viennent s'y produire successivement : en se superposant ils forment une tumeur hémorragique, *hématome de la dure-mère*. D'autres auteurs, comme Huguenin, sont d'avis contraire. D'après eux, c'est l'hémorragie qui est primitive et qui détermine une inflammation réactive, avec formation ultérieure des dépôts. Les hémorragies répétées avec des dépôts consécutifs aboutissent à la formation de la tumeur hémorragique. Ciarla, cependant, parmi les auteurs récents, dans sept cas, observa des hémorragies subdurales sans état inflammatoire.

En général, la plupart des auteurs modernes inclinent à la théorie de Virchow. Cependant nombre d'observations cliniques tendent à démontrer que cette affection peut être amenée également par des hémorragies idiopathiques. En effet, le plus souvent, la maladie débute brusquement, sans prodromes qui puissent indiquer la présence d'une ancienne lésion inflammatoire sur la surface intérieure de la dure-mère. Mais parfois l'anamnèse permet de déceler des céphalalgies et des étourdissements, de la somnolence, l'amnésie et la débilité mentale. Or, il est bien possible, que dans les cas précités il y ait eu une lésion inflammatoire sur la surface intérieure de la dure-mère avant le début de l'hémorragie.

La *symptomatologie* de cette affection se traduit par un début brusque sous forme d'apoplexie cérébrale, mais cet ictus se distingue de la forme commune d'apoplexie cérébrale par sa moindre gravité, par son évolution lente et progressive, sans symptôme accusé d'hémiplégie. En général, les malades perdent connaissance et restent dans un état d'obnubilation et de somnolence; et c'est précisément la combinaison de l'obnubilation et du manque des symptômes en foyers caractérisés et tout spécialement l'absence de paralysie qui constitue le syndrome le plus caractéristique pour la phase initiale, et même ultérieure de cette affection, du moins dans sa forme la plus fréquente.

La maladie débute parfois par des hémicontractions ou par des convulsions. Elles sont de courte durée et se terminent par un état d'obnubilation de l'intelligence. Dans ces cas également les symptômes caractérisés d'hémiplégie manquent le plus souvent. J'ai, de plus, observé des cas où les malades, ayant perdu connaissance, montraient presque aussitôt une forte excitation psychomotrice qui passait très vite, cédant la place, à la somnolence. Cette forte excitation psychomotrice semble se manifester plus souvent chez les alcooliques ou les aliénés, dans la démence sénile, la paralysie progressive. L'état d'obnubilation de l'intelligence peut être de courte durée et les malades reprennent connaissance déjà au bout de quelques heures; d'autres fois il dure des journées, des semaines et des mois. Donc, les troubles profonds de l'état psychique associés à l'excitation psychomotrice qui, fréquemment, se met au premier rang, l'absence complète ou presque de symptômes en foyers, constituent encore dans cette phase avancée de l'affection un trait tout à fait caractéristique pour la lésion hémorragique durale.

L'excitation psychomotrice se manifeste par l'inquiétude, l'agitation sans but des malades obnubilés et désorientés. Ils parlent peu, tout en exécutant une série de mouvements coordonnés, mais sans but : ils saisissent leur couverture tantôt d'une main, tantôt de l'autre, l'effilent, en arrachent des lambeaux, saisissent leur oreille, barbe ou moustache, exécutent une série de mouvements dans l'espace, remuent la tête, changent de position, en un mot s'agitent sans cesse. Cet état peut durer des semaines et des mois entiers, et le tabl au clinique demeure le même; durant toute cette période, les symptômes en foyers plus prononcés peuvent manquer totalement. La température est peu élevée, mais elle présente des oscillations fréquentes. Les troubles mentaux peuvent présenter des variations. Il y a des jours, où les malades recouvrent à peu près connaissance, ils donnent alors des réponses sensées aux questions simples, mais il leur est impossible de suivre une conversation, ils changent de sujet, l'oublient, s'épuisent très vite et retombent facilement dans l'état de somnolence ou d'absence mentale. C'est dans ces périodes de lucidité rétablie, que les malades se plaignent des céphalalgies violentes et persistantes; quelquefois, très rarement, on observe des vomissements. On constate une faible raideur

de la nuque, le signe de Kernig et de Brudzinski. Les pupilles sont très souvent contractées et ne réagissent pas du tout ou presque à la lumière. Dans les phases plus avancées, on observe parfois une dilatation des pupilles du côté du foyer (Oppenheim) et même une immobilité à la lumière et à l'accommodation (Ciarla). L'examen du fond de l'œil révèle parfois une inflammation ou un état œdémateux peu accentué. La vue faiblit souvent. Parfois il y a du nystagmus ou de la déviation conjuguée des yeux. Le pouls est souvent ralenti, l'appétit est faible; les malades maigrissent peu à peu. La mort survient généralement après quelques semaines ou mois, malgré des améliorations passagères, presque toujours trompeuses.

Chez une autre catégorie de malades, la lucidité est conservée, excepté dans la phase initiale. Ici également la maladie débute généralement par l'apoplexie ou les convulsions, mais au bout de quelques heures le malade reprend sa lucidité d'esprit. Ces cas sont en général d'un pronostic bien meilleur, que ceux de la première catégorie. Les malades se plaignent de forts maux de tête. Cette céphalalgie est d'ordinaire très persistante; elle tourmente les malades jour et nuit. Son intensité est assez grande, bien qu'elle puisse diminuer par moments; parfois la céphalalgie est faible mais s'accompagne d'une sensation de compression. Ciarla fait remarquer que la percussion du crâne est douloureuse. Le pouls est ralenti. La température tantôt monte, tantôt baisse; elle ne dépasse pas 38 degrés, et oscille surtout entre 36-37°5. On constate une faible raideur de la nuque et les signes de Kernig et de Brudzinski. L'état psychique de ces malades se traduit le plus souvent par l'abattement, parfois avec une nuance d'hypocondrie. Ils se plaignent de maux réels et de maux imaginaires, désespèrent de la guérison et redoutent de devenir des invalides. Leur sommeil est insuffisant, interrompu. Le mal de tête se manifeste souvent dès le réveil. Chez une de mes malades j'ai observé une envie d'uriner continuelle, sans répit la nuit. Cette envie d'uriner était d'origine centrale; elle a résisté à toute médication et n'a cessé qu'avec la maladie.

En général, l'état des malades de la première catégorie, avec lucidité atteinte, va en empirant progressivement; leur état psychique présente des troubles de plus en plus profonds et persistants; l'inquiétude psychomotrice s'accentue, la température ne baisse jamais, et monte considérablement, jusqu'au moment où la mort survient. Les cas d'amélioration et de guérison sont excessivement rares.

Chez les malades de la seconde catégorie, l'état morbide peut subir une amélioration, les céphalalgies et les autres symptômes s'atténuent, les oscillations de la température diminuent, les symptômes de compression (pouls, raideur de la nuque, symptômes de Kernig et de Brudzinski) disparaissent peu à peu, et la guérison survient. Dans certains cas, cependant, une rechute peut se déclarer, l'état du malade empire et peut aboutir à une issue fatale.

Nous allons décrire tout spécialement les symptômes en foyers autant chez les malades avec troubles de lucidité mentale que chez les lucides.

Nous venons de dire que les symptômes en foyers dans l'affection qui nous occupe sont peu marqués généralement ou bien manquent totalement. Lorsqu'ils existent, ces symptômes se bornent d'ordinaire à une faible hémiparésie, souvent incomplète et désordonnée. La parésie se développe parfois très lentement, envahit successivement un membre après l'autre, *hæmiparesis ingravescens,* et peut aussi se borner à une hémiparésie de la face ou du bras. La parésie se déclare-t-elle, par exemple, dans l'extrémité supérieure, elle se traduit par ce fait que le malade, pour manger, pour toucher à sa tête, etc., ne se sert jamais de l'extrémité atteinte. Lorsque la parésie attaque l'extrémité inférieure, le malade ne peut la lever aussi haut que la jambe intacte. On constate également des symptômes, dits petits signes de la parésie, tels que les symptômes de Raimist, de Grasset, etc. A mon avis, une valeur spéciale doit être attribuée à la constatation des symptômes de Cacciapuoti : soulèvement passif de l'extrémité inférieure parétique, avec abaissement actif de l'extrémité intacte à laquelle on oppose une résistance. On constate quelquefois le symptôme de Babinski ou bien le réflexe plantaire reste indéterminé du côté parétique; du même côté on trouve une diminution ou un manque absolu du réflexe abdominal.

Dans certains cas, très rares, les troubles moteurs deviennent bien plus accentués, et vont même jusqu'à l'hémiplégie. Ce sont les cas, dans lesquels la tumeur hémorragique est volumineuse et exerce une compression, ou bien détermine un ramollissement de la zone motrice du cerveau.

En dehors des symptômes d'affaiblissement ou de défaut des fonctions motrices, on constate quelquefois des signes d'excitation sous forme de contractions. Je ne les ai observés personnellement que comme un prodrome de la maladie. On a signalé de même des mouvements choréiformes automatiques ou provoqués. Très rarement, lorsque l'hémorragie a franchi la ligne médiane et s'épanche sur l'autre hémisphère, peuvent survenir des troubles moteurs bilatéraux avec prépondérance aux parties distales des extrémités inférieures. Lorsqu'on prend en considération le fait que l'autopsie a très souvent (Ciarla dans un tiers de cas, Gowers dans la moitié), révélé un foyer bilatéral, la rareté des symptômes cliniques bilatéraux devient vraiment surprenante.

Les autres symptômes ou foyers, assez fréquents, sont les troubles de la sensibilité du côté opposé à l'hémorragie. Quelquefois une aphasie se déclare, peu accusée pour la plupart. Elle se manifeste sous la forme sensorielle (amnétique) ou bien sous la forme motrice souvent du type transcortical. Dans les cas bénins, ces sympômes diminuent successivement, sans pourtant disparaître complètement.

Dans les cas excessivement rares, où l'affection se localise à la base du crâne, on voit survenir des symptômes nets intéressant les nerfs craniens, par exemple, la paralysie des muscles oculaires (Zeinen).

Le *diagnostic différentiel* de l'hémorragie subdurale n'est pas facile. Déjà l'hétérogénéité du tableau clinique offre des difficultés. J'insiste sur la division en deux catégories cliniques, l'une avec des symptômes nets de troubles de lucidité et l'autre, où la lucidité mentale est conservée. Autant dans la première que dans la seconde catégorie, le début est d'ordinaire brusque, analogue à l'apoplexie, quoique l'affection puisse aussi dès le début se développer progressivement. Cette maladie diffère de l'apoplexie par de légers symptômes en foyers ou même par le défaut de ces symptômes, surtout par l'absence des paralysies, encore que dans certains cas une hémiplégie puisse se déclarer. Le cours ultérieur

de la maladie, l'excitation psychomotrice, tellement caractéristique pour les lésions méningées, parle en faveur d'une affection des méninges et contre l'apoplexie cérébrale.

Dans les cas à évolution lente et progressive, lorsque la maladie débute par des céphalalgies, et passe graduellement à l'état de somnolence et de prostration générale, lorsqu'on constate de la raideur de la nuque, les symptômes de Kernig et de Brudzinski, on peut penser à la méningite tuberculeuse. En effet, bien que celle-ci s'attaque surtout aux enfants, on l'observe quelquefois chez des personnes âgées (Fischer, Jacquet).

L'hémorragie méningée diffère de la méningite séreuse par son début d'ordinaire brusque, parce qu'elle frappe les personnes âgées, par la grande rareté d'œdème papillaire, si accentué dans la méningite séreuse qu'il accompagne presque toujours. Et alors que l'œdème papillaire est toujours très prononcé dans la méningite séreuse, il est à peine marqué dans la *pachyméningite hémorragique interne*. La méningite séreuse revêt le plus souvent l'aspect clinique d'un néoplasme du cerveau.

La ponction lombaire a ici une grande valeur diagnostique. Le liquide dans la *pachyméningite hémorragique interne* est soit clair et ne contient point d'éléments cytologiques — il est alors sans valeur pour le diagnostic — ou il est jaune (xanthochromie), présente une lymphocytose et alors ce symptôme possède une grande importance. La xanthochromie est un symptôme secondaire, elle indique l'hémorragie dans les méninges. J'ai rencontré maintes fois cette coloration d'ambre jaune dans la *pachyméningite hémorragique interne*. En même temps, j'y ai constaté la présence de lymphocytes (plusieurs ou quelques dizaines par 1 millimètre cube de cellule de Fuchs-Rosenthal). Cet état du liquide peut être expliqué par le fait, que le sang épanché dans l'espace subdural, a cheminé à travers l'arachnoïde et a pénétré dans l'espace sous-arachnoïdien, où il a déterminé une irritation des leptoméninges et, par conséquent, une pléocytose réactive du type lymphocytaire. Les expériences que j'ai faites en collaboration, avec Mlle Tarapani, ont montré, que déjà la solution physiologique injectée dans le canal rachidien du chien, détermine une pléocytose réactive. C'est le sang qui se charge ici de ce rôle, c'est lui qui irrite les leptoméninges et amène la pléocytose réactive, laquelle diminue progressivement pour finalement disparaître. Donc, bien que cet état du liquide cérébro-spinal soit un élément de diagnostic très important, il n'est pas absolument décisif. On sait que dans la méningite tuberculeuse ce liquide peut également être xanthochromique et donner la même formule cytologique du type lymphocytaire. Quoique dans la méningite tuberculeuse le liquide contient beaucoup de fibrine, dont l'absence devrait être caractéristique pour les hémorragies dans les leptoméninges, la fibrine se trouve parfois aussi dans le liquide cérébro-spinal dans certains cas de *pachyméningite hémorragique interne*.

Je n'ai jamais constaté de liquide xanthochromique dans la méningite séreuse. Bonhœffer insiste de même sur le fait que ce liquide est incolore dans la méningite séreuse.

La question du traitement de la *pachyméningite hémorragique interne* sera reprise plus loin avec le traitement de la seconde forme hémorragique des méninges, c'est-à-dire de la forme sous-arachnoïdienne.

*
* *

Alors que l'hémorragie subdurale frappe surtout l'âge sénile, la sous-arachnoïdienne s'observe chez les adolescents et les adultes. La fréquence de l'hémorragie sous-arachnoïdienne est égale chez les deux sexes, tandis que la subdurale est observée trois fois plus souvent chez les hommes, que chez les femmes (Gintrac). D'après Ehrenberg, la maladie précitée a eu lieu dans un tiers des cas au-dessous de trente ans, et dans deux tiers, au-dessus de cet âge. Mes observations personnelles m'ont permis de constater cette affection chez les individus âgés de trente à quarante-cinq ans. Cependant elle peut attaquer des enfants (1-2 ans).

L'hémorragie sous-arachnoïdienne est une maladie, dont le diagnostic exact n'a été rendu possible que depuis l'introduction de la ponction lombaire dans l'examen clinique. Le diagnostic en était impossible ou bien peu sûr avant cette époque. Néanmoins, elle est encore rarement diagnostiquée. Suivant Bittorf, qui en signala un cas en 1916, en Allemagne avant lui on n'a publié une seule observation pareille. Je n'ai pu trouver non plus aucune mention à ce sujet dans les grands manuels de Lewandowski et d'Oppenheim.

Ce n'est que depuis plusieurs années qu'on a commencé à en publier des observations (Froin en 1904, Pavy en 1905, Vigneras en 1908). En 1912, Ehrenberg réunit 31 cas d'hémorragies subdurales idiopathiques (Hygiea 1912).

A Varsovie, j'ai observé personnellement 6 cas d'hémorragies sous-arachnoïdiennes idiopathiques. L'un des malades resta longtemps sous mon observation dans mon service à l'hôpital. Mes collègues Hendelsman et Rotstat ont présenté ce malade à la séance de la Société neurologique et psychiatrique, en 1914 (*Neurologie polonaise*, 1914, V, IV, p. 151).

L'*étiologie* de ces hémorragies n'est pas encore fixée. Lorsque l'affection se déclare chez des individus âgés de quarante à cinquante ans on peut admettre l'idée d'une artériosclérose précoce. Mais cette cause doit être exclue pour les individus de trente ans, chez lesquels nous n'avons pu constater ni alcoolisme, ni syphilis, ni maladie des reins, ni aucune des maladies prédisposantes à l'artériosclérose. Dans ces cas, il faut admettre qu'on a affaire à des individus prédisposés à l'hémorragie. Et en effet, dans certains de ces cas l'anamnèse permet de déceler des saignements du nez, des gencives, des menstruations abondantes, l'hémophilie. Dans des cas exceptionnels l'hémorragie provient d'un anévrisme.

Au point de vue *anatomo-pathologique* (Guinon), le sang forme sur la surface de la pie-mère des foyers disséminés ou bien un seul foyer diffus. Il s'épanche parfois à travers le cul-de-sac de Bichat dans les ventricules cérébraux ou dans le canal rachidien, dans l'espace sous-arachnoïdien. D'ordinaire, il s'amasse non point sur la surface convexe des hémisphères du cerveau, mais sur sa base.

La maladie commence toujours d'une manière subite. Elle fait irruption en pleine santé, sans aucun signe prodromique chez l'individu occupé à ses devoirs journaliers à la maison ou en ville. Chez l'une des malades l'affection se déclara pendant qu'elle faisait sa toilette du matin, chez une autre — dans la rue, chez une troisième — pendant le repas, etc. Certains auteurs supposent, que l'hémorragie en question se manifeste chez des individus livrés à un

travail dur, exigeant des efforts; mes observations personnelles ne peuvent pas appuyer cette hypothèse.

En général les malades ressentent un mal de tête violent, surtout dans l'occiput et dans la nuque; ils perdent connaissance et tombent. Pourtant certains gardent leur lucidité et se plaignent seulement d'une céphalalgie violente et persistante; parfois ils ont des vomissements. Ehrenberg distingue deux types cliniques de cette maladie : l'un, à forme de méningite cérébro-spinale avec apoplexie initiale ou sans elle, et l'autre caractérisé par une somnolence brusque avec issue fatale, ou bien par les symptômes nets de la méningite.

Les malades restent dans l'état d'inconscience complète plusieurs heures ou quelques jours. Ensuite ils reprennent peu à peu conscience, bien qu'ils se montrent somnolents, apathiques; interrogés, ils répondent à contre-cœur. Cet état peut durer plusieurs jours ou quelques semaines. Ces symptômes disparaissent successivement et la santé se rétablit. Cependant quelquefois des troubles psychiques interviennent. Chez de nombreux malades se manifeste un trouble psychique, très rapproché du syndrome dit de Korsakoff, mais accompagné d'excitation psychomotrice. Bien que ces malades répondent aux questions, ils sont désorientés par rapport au temps, à l'espace et à l'entourage. Ils ne se rappellent pas quand ils sont tombés malades, ils donnent des réponses fausses, en oubliant ce qu'ils viennent de dire; ils ne savent pas où ils se trouvent, ne se rappellent ni de la rue, ni de la ville qu'ils habitent. Ils disent des choses bizarres concernant leurs relations familiales, leur métier, etc. On constate chez eux des troubles nets de mémoire et un oubli des faits de leur vie quotidienne; ils croient être dans une ville étrangère, ne reconnaissent pas leur logis; ils se méprennent quant aux personnes connues depuis longtemps, ne reconnaissent pas leur médecin qui les visite chaque jour, lui donnent un autre nom. Ils oublient leurs enfants. Les faits du passé plus lointain sont mieux conservés dans leur mémoire. De plus, ils manifestent une tendance à la confabulation. Ils racontent parfois des histoires imaginaires de leurs prétendus voyages, passés ou actuels, ils oublient entièrement leur position sociale. Ils font des jeux de mots absurdes ou des mots d'esprit plats. Leurs réponses sont souvent incohérentes, avec transition rapide d'un sujet à un autre. Il est impossible de fixer longtemps l'attention des malades sur le même sujet. Ils se fatiguent très vite. Ils sont d'humeur changeante, passent de la gaieté à la tristesse. L'excitation dégénère parfois en un état de stupeur ou de somnolence. En même temps les malades sont agités, ne restent pas un seul moment sur place, se retournent dans leur lit, s'asseyent, se mettent debout, se débattent, gesticulent. Cette agitation devient parfois très violente. Dans un de mes cas je fus obligé de mettre ma malade dans une maison d'aliénés. Cette excitation dura plusieurs semaines. La malade avait des hallucinations auditives, voyait des arbres et de belles fleurs, ne savait pas où elle se trouvait, parlait beaucoup et avec affectation. Elle oubliait son entourage; voyant sa mère, elle s'écriait : « Ce n'est pas maman! » On a constaté chez elle de fréquentes associations auditives et des symptômes de négativisme, elle refusait de manger. Chez cette malade à début typique par des maux de tête violents et chez laquellle une série de ponctions lombaires avaient donné un liquide sanguinolent, le rétablissement fut très lent; la reprise de la lucidité d'esprit et de la conscience de son état furent également lentes; même après plusieurs mois la malade gardait une certaine désorientation psychique, mais finalement elle se rétablit complètement.

Le très lent rétablissement de l'état psychique normal, voilà le trait caractéristique de la maladie. L'excitation psychomotrice et l'oubli de la réalité deviennent successivement de moins en moins perceptibles, les malades se calment peu à peu et commencent à se rendre compte des choses vues et ouïes. Ils reconnaissent progressivement les membres de leur famille, les médecins, les amis, leur mobilier. Les faits du passé proche gagnent de netteté; les faits précédant directement le début de la maladie restent oubliés plus longtemps; les malades corrigent leurs propres erreurs qui les étonnent, ils ne comprennent pas, comment et pourquoi ils ont commis ces erreurs. Cette correction psychique progresse peu à peu et enfin le malade recouvre son état psychique normal.

Simultanément avec ces symptômes psychiques, on observe chez ces malades une série des symptômes physiques. Dès le début se déclare la raideur de la nuque avec les symptômes de Kernig et de Brudzinski. Le pouls et la respiration sont ralentis. La température, normale ou baissée au début, s'élève bientôt, sans atteindre, en général, les degrés élevés. Il y a de fréquentes oscillations de la température, ne dépassant pas 1°-1°1/2. Dans les phases initiales, à côté des vomissements, on observe quelquefois des convulsions, contractures, déviations conjuguées des yeux et de la tête, nystagmus, troubles circulatoires. D'ordinaire le fond de l'œil reste normal, mais parfois il présente des contours effacés, ou même une névrite optique fort accentuée (Bittorf).

Dans certains cas se déclarent des paralysies, parfois des hémiplégies. Ainsi par exemple, dans un cas observé à l'hôpital (chez un homme de trente-deux ans) j'ai constaté une parésie du côté droit de la face et des deux extrémités droites avec réflexes exagérés du même côté (phénomène de Babinski) et l'absence de troubles sensitifs. A mesure que l'état général se rétablit, ces symptômes disparaissent, ne laissant que des traces peu importantes.

Une méthode diagnostique des plus précieuses, c'est la ponction lombaire. Or, dans les phases initiales de l'affection le liquide s'écoule sous une forte pression, toujours sanguinolent. Le microscope décèle une énorme quantité d'érythrocytes. Ces derniers se déposent ensuite au fond du tube sans former de caillots (absence de fibrine), à l'encontre de ce qui arrive lors d'une ponction défectueuse avec blessure des vaisseaux. Lorsque le liquide s'est déposé et les érythrocytes sont retombés au fond, le liquide au-dessus du dépôt n'est pas incolore, il est jaune ou jaune-rose. Le même phénomène est constaté après la centrifugation du liquide (Mathieu) (liquide xanthochromique). Cette coloration jaune est due à la dissolution des érythrocytes du sang dans le liquide (Froin).

Un examen plus précis des érythrocytes du sang montre que quelques-uns ont perdu leur aspect normal et présentent des contours dentelés ou érodés. On a constaté dans de nombreux érythrocytes altérés la vacualisation et la présence de la matière colorante du sang sous forme de quelques points ou plaques. (Rotstadt). En même temps on constate un

excès de leucocytes neutrophiles et de cellules phagocytaires, comme symptôme réactif secondaire, dû à l'irritation des méninges par le sang. Dans les phases ultérieures le liquide devient de moins en moins sanguinolent, il ne reste que la xanthochromie ; la déformation des érythrocytes s'accentue ; en même temps les leucocytes disparaissent et les lymphocytes prennent leur place. En fin de compte, on ne constate que la xanthochromie et les lymphocytes ; ensuite, le liquide redevient normal.

Ces altérations, constatées dans le liquide cérébro-spinal, sont tellement caractéristiques, qu'elles permettent d'emblée de reconnaître la nature de la maladie. Il est clair, qu'on doit éviter l'erreur qui pourrait résulter des suites de la blessure des vaisseaux au cours de la ponction lombaire, puisque le liquide dans ce cas est également coloré en rose ou en rouge. Cependant il présente quand même des propriétés différentes de celles du liquide de l'hémorragie sous-arachnoïdienne. Avant tout, dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne la coloration du liquide s'écoulant de l'aiguille, est la même au début de l'écoulement qu'à sa fin, tandis que le sang dû à une blessure accidentelle du vaisseau sanguin, est plus fortement coloré au début, puis la coloration devient plus faible pour disparaître tout à fait vers la fin. Ensuite, ce sang dépose, forme un caillot, chose inconnue dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne (Tuffier et Milian) à cause de l'absence de fibrine dans le liquide. En secouant l'éprouvette même le lendemain, les érythrocytes passent dans le liquide, en lui prêtant une coloration de sang. De plus, on n'a jamais constaté de xanthochromie dans le liquide coloré par suite d'une blessure accidentelle du vaisseau, puisque ce symptôme n'apparaît qu'après hémolyse.

Bien que la présence de liquide cérébro-spinal sanguinolent soit constatée dans d'autres maladies, telles que la méningite cérébro-spinale (Achard-Grenet), l'anévrisme (Nothnagel), après l'épanchement de l'hémorragie cérébrale dans les ventricules — ce sont là des cas exceptionnels. Il n'est pas question ici du liquide sanguinolent constaté dans les affections traumatiques.

Le liquide xanthochromique se trouve un peu plus souvent, notamment, dans les néoplasmes du cerveau et de la moelle, dans la méningite tuberculeuse, la pachyméningite spinale. Cependant dans ces affections on n'en trouve guère au début de la maladie, comme ceci a lieu dans les hémorragies sous-arachnoïdiennes.

Le pronostic ici est plutôt favorable. Dans mes six observations personnelles, il y eut toujours guérison.

Ehrenberg note 64 p. 100 de cas de guérison pour les patients au-dessous de trente ans et 45 p. 100 pour les malades plus âgés. Sous ce rapport l'hémorragie sous-arachnoïdienne diffère notablement de l'hémorragie subdurale qui, le plus souvent, amène la mort.

Dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne il faut absolument recourir à la ponction lombaire et la reprendre fréquemment. Nous avons à maintes reprises constaté l'effet favorable et presque instantané de l'écoulement du liquide. Avant la ponction, les malades sont d'ordinaires somnolents, apathiques, ne répondant pas aux questions, ou bien ils se plaignent de céphalalgies insupportables; mais déjà quelques heures après la ponction ou le lendemain, ils se portent mieux, le mal de tête est devenu moins tenace, la somnolence diminue nettement, les malades deviennent plus accessibles, leur pouls est moins ralenti, l'appétit augmente, etc. Cette amélioration s'accentue encore après les ponctions suivantes qui doivent être répétées au besoin à quelques jours d'intervalle. La nature du liquide cérébro-spinal est un indicateur excellent de l'état des méninges. La disparition du sang, l'apparition de la xanthochromie, le remplacement de la formule leucocytaire par la lymphocytaire, ensuite la disparition de la coloration jaune et des lymphocytes — tout ceci indique le retour de leptoméninges à leur état normal. Cependant, il n'existe pas toujours un parallélisme absolu entre l'état clinique et l'aspect du liquide. Celui-ci peut-être normal et néanmoins on trouve de faibles symptômes physiques et surtout psychiques. Par ailleurs, on constate encore longtemps la pléocytose (lymphocytes) dans le liquide comme symptôme réactif prolongé.

Dans la *pachyméningite hémorragique interne* l'état des choses est bien différent. Ici le sang s'écoule sous la dure-mère et, par conséquent, la ponction lombaire qui recueille le liquide de l'espace sous-arachnoïdien perd de son importance diagnostique. Il est vrai, que le sang s'épanche parfois à travers l'espace sous-arachnoïdien (xanthochromie), mais en quantité insignifiante. Bien que certains auteurs pratiquent dans cette affection la ponction lombaire et conseillent même de la répéter de temps en temps, je n'ai jamais pu constater son influence favorable sur le cours de la maladie. Tout au plus, mais pas toujours — les maux de tête diminuaient, pourtant la maladie faisait des progrès et amenait d'ordinaire une fin fatale.

Dans les cas avec symptômes prononcés de compression, la ponction cérébrale dans le voisinage de la tumeur sanguine, d'après la méthode de Neisser et de Pollack, est plus indiquée au point de vue thérapeutique. Par ce procédé, on réussit quelquefois à faire écouler le sang en quantité notable de sorte que les symptômes cérébraux s'atténuent considérablement et le rétablissement complet ne tarde pas à se déclarer.

En résumé, le traitement des hémorragies sous-arachnoïdiennes doit être actif (fréquentes ponctions lombaires), alors que la thérapeutique de l'inflammation exsudative subdurale doit s'inspirer de la méthode conservatrice.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

DE LA DYSTOCIE DES ÉPAULES ET DE LA TÊTE DERNIÈRE DANS LES EXTRACTIONS PODALIQUES

Par M. le docteur Bourret,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

Dans tout accouchement podalique, le temps difficile et dangereux est sans conteste, celui de l'extraction des épaules et de la tête dernière. Ces difficultés ne sont pourtant pas liées fatalement à ce mode d'accouchement et il est certain que la plupart du temps elles peuvent être évitées si l'on a eu soin de ne se livrer à aucune manœuvre erronée ou simplement inopportune. Il faut pourtant reconnaître que certaines circonstances indépendantes de l'opérateur compliquent singulièrement les manœuvres opératoires : telles sont la primiparité, l'excès de volume

du fœtus, les rétrécissements du détroit supérieur et ceux du détroit inférieur, les rétractions utérines.

A. *Dystocie des épaules.* — Cette dystocie tient essentiellement au relèvement des bras, sa thérapeutique consistera dans leur abaissement artificiel. Pour réaliser cette manœuvre dans de bonnes conditions, il vous faut d'abord atteindre le pli du coude afin de fléchir l'avant-bras. Dans l'exécution de cette manœuvre, vous pouvez rencontrer déjà un certain nombre de difficultés. L'introduction de la main, de *toute* la main, dans le vagin peut être rendue laborieuse, soit par l'excès de volume du fœtus, soit par la résistance des parties molles maternelles : avec un peu d'insistance, et si vous avez soin de bien *relever* le tronc fœtal, vous triompherez en général assez facilement de cet obstacle. La dilatation incomplète du col peut être une cause de gêne plus marquée, car vous n'avez guère le temps de procéder à une dilatation lente, essayez alors de faire l'abaissement en introduisant seulement deux ou trois doigts à travers le col; si vous ne réussissez pas, le mieux nous paraît être d'inciser largement le col puisque cette intervention sera sans doute indispensable pour l'extraction de la tête. Le plus souvent les difficultés que vous éprouverez pour atteindre le pli du coude viendront ou de ce que vous n'aurez introduit qu'incomplètement la main dans le vagin, ou de ce que, les bras étant complètement relevés, vous commencez trop tôt la manœuvre d'abaissement. Ne soyez pas trop hanté par l'image de Farabeuf qui vous représente la tête dernière avec les deux bras relevés latéralement comme un coin dont la progression est d'autant plus difficile que sa pénétration dans l'aire du détroit supérieur est plus avancée. L'étude et la mise en pratique de la méthode d'extraction de Deventer-Müller, nous a appris que la crainte de l'enclavement dans ces conditions est un peu chimérique et que l'on n'a au contraire qu'à gagner à engager profondément d'abord l'épaule antérieure par des fortes tractions sur le tronc dirigées très en arrière, puis l'épaule postérieure par des tractions en sens inverse, c'est-à-dire très en avant. Ces manœuvres vous permettront parfois à elles seules d'abaisser complètement les bras; plus souvent, à notre avis, elles se borneront à vous rendre infiniment plus facile la saisie des plis du coude et l'abaissement des bras par la manœuvre classique. Cette manœuvre vous est bien connue et vous savez que vous devez avec la main qui dans la position la plus naturelle regarde le dos du fœtus, chercher à abaisser d'abord le bras postérieur, puis l'antérieur; n'oubliez pas que c'est là de la théorie pure et dans la pratique n'hésitez pas à abaisser premier le bras antérieur si celui-ci est plus facilement accessible parce que moins complètement relevé que le postérieur; utilisez aussi la main ventrale si la manœuvre doit en être facilitée, l'essentiel est d'aller vite. Les doigts parvenus au delà du pli du coude doivent fléchir l'avant-bras, en l'inclinant du côté de la tête fœtale et non du côté du bassin qui l'accrocherait et s'opposerait à son abaissement : en termes imagés, il faut abaisser les bras en faisant moucher le fœtus.

Dans certains cas, les difficultés de l'abaissement des bras tiennent à une anomalie dans l'orientation du dos : celui-ci le plus souvent sous l'influence d'une manœuvre dont la technique n'a pas été régulière a tourné en arrière, la poitrine et la face sont alors dirigées en avant : si vous éprouvez de la peine à abaisser les bras, le mieux sera pour vous de faire subir à la ceinture scapulaire une rotation qui amènera dans la concavité sacrée une des épaules; c'est du reste une notion générale qui vous sera toujours utile : à savoir que c'est dans la concavité sacrée que la main d'abord, puis le bras abaissé, évoluent avec le plus de facilité. Cette notion, vous pouvez en faire aussi l'application dans les cas par exemple, où l'abaissement du bras antérieur, difficilement accessible derrière la symphyse est impossible; dans ces cas, n'hésitez pas à tourner la ceinture scapulaire pour amener en arrière ce bras récalcitrant.

Restent à étudier les cas de déflexion tout à fait anormale des bras qui ne sont plus simplement relevés le long des parois latérales du crâne, mais qui sont enclavés entre la nuque et les parois du bassin. Dans ces cas, il est essentiel que vous vous rendiez bien compte par le toucher profond de la direction exacte du bras, puis vous tournerez le dos dans le même sens de façon à commencer par dérouler et par désenclaver le bras qu'il s'agit ensuite d'abaisser : suivant le cas, ce bras viendra au cours de la manœuvre, soit sous la symphyse pubienne, soit dans la concavité sacrée : s'il vient sous la symphyse, c'est en général avec la main ventrale que vous aurez le plus de facilité pour l'attirer au dehors.

Telles sont les principales difficultés que vous pourrez rencontrer dans l'abaissement des bras : sauf de rares exceptions, elles sont loin d'être insurmontables, mais comme le temps presse, il vous sera toujours utile d'avoir bien présentes à l'esprit les manœuvres à utiliser pour en avoir raison.

B. *Dystocie de la tête dernière.* — Vous pouvez rencontrer des difficultés pour l'extraction de la tête dernière dans deux circonstances différentes; tantôt, c'est au cours d'une extraction podalique que vous pratiquez vous-même, que vous avez le désagrément après avoir extrait le tronc et abaissé les bras de sentir la tête retenue; tantôt, vous serez appelé par un confrère ou une sage femme qui ont déjà épuisé en tractions tous les moyens possibles. Dans les deux cas, mais plus particulièrement dans le second où le temps presse moins puisque l'enfant sera généralement mort, rappelez-vous que la première chose à faire ce n'est pas de tirer coûte que coûte, mais de se rendre compte d'abord de ce qui retient la tête : votre conduite doit en effet être essentiellement basée sur le diagnostic du siège et de la nature de l'obstacle, car dans ce cas comme dans toute manœuvre obstétricale l'habileté vaut mieux que la violence.

En pratique, vous aurez surtout à considérer deux cas :

I. *La tête dernière a franchi le détroit supérieur.* — En dehors des cas exceptionnels, mais auxquels il faut cependant toujours penser de fibrome ou de kyste pelvien, d'enclavement gémellaire, et de rétrécissement du détroit inférieur, qui nécessitent une thérapeutique tout à fait spéciale, la rétention de la tête dans l'excavation tient soit à la résistance des parties molles maternelles, soit à une anomalie d'orientation.

Dans le premier cas, des tractions énergiques mais sans à coup et sans brutalité, en appliquant exactement les règles de la manœuvre de Mauriceau, parfois l'emploi du forceps, plus souvent la combinaison du Mauriceau avec des pressions faites

par un aide sur la tête fœtale à travers la paroi abdominale, auront en général facilement raison de l'obstacle, fût-ce au prix d'une déchirure périnéale accidentelle ou chirurgicale, si la vie de l'enfant paraît être à ce prix.

Dans les anomalies de rotation, le dos et avec lui l'occiput, au lieu de venir sous la symphyse ont tourné en arrière. Le gros danger de cette orientation tient à ce que dans ces cas le menton a tendance à accrocher la symphyse et à défléchir la tête : aussi en présence de cette anomalie, la première précaution à prendre est d'éviter toute traction sur le corps du fœtus. Les difficultés que vous aurez à vaincre seront en effet infiniment moindres si la tête est restée fléchie et si la bouche est accessible à vos doigts : dans ces cas, vous n'aurez en effet le plus souvent qu'à pratiquer le Mauriceau à l'envers pour dégager la tête, en vous faisant aider par des pressions abdominales sur le front. Si vous ne réussissez pas, vous aurez dans la prise à la Mauriceau un point d'appui solide pour faire tourner le dos en avant, ramener l'occiput sous la symphyse et dégager comme à l'ordinaire.

Si vous n'atteignez pas la bouche, la dystocie sera infiniment plus difficile à traiter. De fortes pressions sus-symphysaires exercées par un aide à travers la paroi abdominale pourront parfois arriver à fléchir la tête et à rendre la bouche accessible. Si cela ne suffit pas, essayez par des pressions sur les régions mastoïdiennes de ramener la face et le menton en arrière ou au moins sur les côtés, régions où la main peut pénétrer facilement et profondément et atteindra peut-être la bouche.

Si la tête est bloquée, il ne reste qu'à employer la manœuvre de Prague : les deux mains, saisissant les deux cuisses, attirent d'abord fortement le fœtus en bas et en arrière pour engager la tête, puis tout en maintenant la traction relèvent le corps fœtal comme pour le coucher par dessus le pubis sur le ventre de sa mère. Bien entendu, dans cette manœuvre encore, de fortes pressions sur la tête à travers la paroi abdominale seront souvent très efficaces. Mais dans tous les cas, cette manœuvre n'est qu'un pis aller, elle expose toujours le fœtus et la femme à de graves traumatismes, et elle échoue bien souvent : après plusieurs tentatives, le fœtus est généralement mort et il n'y a plus à insister.

II. *La tête est retenue au détroit supérieur.* — Plus encore que dans les cas précédents, il faut éviter de tirer sans avoir fait un diagnostic causal. Votre premier soin sera donc de rechercher par le toucher manuel profond, l'une des trois causes les plus habituelles, l'hydrocéphalie, la rétraction du col ou de l'anneau de Bandl, le rétrécissement du détroit supérieur.

S'il s'agit d'une tête hydrocéphale, une perforation simple en un point quelconque et au besoin avec n'importe quel instrument de fortune vous permettra d'extraire avec aisance, une tête contre laquelle se seront déjà peut-être acharnés vainement plusieurs confrères appelés avant vous.

Dans les cas de défaut de dilatation du col, vous essayerez de dilater avec la main tout en tirant modérément sur la tête, mais le temps presse et ne vous permet pas d'attendre un résultat lent à se produire; si celui-ci tarde, n'hésitez pas à inciser le col latéralement ou sur la ligne médiane, la vie de l'enfant est à ce prix. Dans les cas de rétraction de l'anneau de Bandl, vous n'aurez évidemment pas la même ressource, et vos efforts pour dilater et pour tirer la tête n'aboutiront généralement qu'à exaspérer la contracture et à rendre l'extraction absolument impossible avant la mort du fœtus. C'est pourtant la seule ressource que vous ayez pour vaincre cette dystocie particulièrement redoutable. Le fœtus mort, inutile d'insister; cessez toute traction et au bout d'une demi-heure, une heure, vous aurez souvent la satisfaction de voir que toute contracture a cessé et que l'extraction peut se faire facilement; s'il n'en n'était pas ainsi, vous aurez recours à l'extraction après réduction de volume de la tête.

Enfin la dystocie peut être due à un rétrécissement du bassin au niveau du détroit supérieur. Tant que l'enfant est vivant, il faut essayer d'extraire la tête par la manœuvre de Champetier : ayant saisi la tête comme pour un Mauriceau, vous l'orientez en transverse et en même temps vous pratiquez trois mouvements : vous refoulez le plus possible l'occiput vers l'extrémité correspondante du diamètre transverse pelvien (cela pour que la partie de la tête qui passera à frottement sur le promontoire saillant, soit la partie la plus petite et la plus malléable, c'est-à-dire la région temporale), vous fléchissez la tête au maximum par pression sur la base de la langue; et enfin par une traction en bascule, vous cherchez à engager d'abord le pariétal postérieur en tirant fortement en avant, puis le pariétal antérieur par une traction en arrière. Ces manœuvres seront infiniment plus efficaces, si un aide par des pressions abdominales sus-symphysaires reproduit les mêmes mouvements, c'est-à-dire refoule l'occiput à une des extrémités du diamètre transverse, en même temps qu'il aide la flexion et la progression par des fortes pressions sur le front. Si le rétrécissement n'est pas trop accentué et surtout si l'on a à faire à un bassin plat, cette manœuvre réussit généralement, souvent il est vrai en s'accompagnant d'un enfoncement, ou tout au moins d'un aplatissement de la région temporopariétale qui a glissé sur le promontoire.

Si l'échec persiste après plusieurs tentatives, l'enfant est mort, et il n'y a plus qu'à s'occuper de l'extraction après réduction de la tête. Cette réduction peut être obtenue par différentes opérations dont le choix sera subordonné à l'importance de la dystocie.

Dans les rétrécissements légers, la simple craniotomie pratiquée soit sur la région mastoïdienne antérieure, soit sur l'occiput, soit à travers la voûte palatine, mais dans tous ces cas suivie d'un évidement soigneux de la boîte cranienne, sera suffisante.

Si le rétrécissement est plus sérieux, il ne suffira plus de diminuer le volume de la boîte cranienne, il faudra en plus détruire la résistance de la base cranienne; pour cela, il faut atteindre la clé de voûte du sphénoïde dans la région basilo-sphénoïdale. La voie palatine permet d'atteindre ce point et d'y pratiquer la perforation qui amènera la dislocation du crane, mais la voie antévertébrale y conduit l'instrument d'une façon beaucoup plus sûre : pendant qu'un aide incline fortement le fœtus du côté de l'occiput pour rendre le cou facilement accessible, vous inciserez toutes les parties molles du cou jusqu'à la face antérieure de la colonne cervicale, vous décollerez ensuite le pharynx avec le doigt jusqu'à l'apophyse basilaire sur laquelle vous arrivez fatalement, et que vous n'aurez alors qu'à perforer. La dislocation de la base ainsi obtenue, suivie de l'évidement amène une réduction considérable du

mobile céphalique, ce qui permet dans la plupart des cas son extraction facile même à travers un rétrécissement notable : ce n'est que dans les cas extrêmes qu'elle ne suffit pas et qu'il faut la compléter par la cranioclasie, ou même par la basiotripsie proprement dite; celle-ci est du reste difficile sur la tête dernière non décapitée; aussi aurez-vous avantage à éviter de l'entreprendre toutes les fois qu'elle n'est pas indiquée d'une façon absolue. Nous le répétons, la craniotomie bien faite sur l'apophyse basilaire suffit dans la majorité des cas.

Telles sont les principales difficultés que vous pourrez rencontrer pour l'extraction de la tête dernière : nous avons supposé jusqu'ici que la tête tenait encore au tronc, et que celui-ci par conséquent pouvait vous servir d'agent de traction. Que ferez-vous, dans les cas où pour une raison quelconque vous n'aurez plus ce tracteur à votre disposition, où la tête retenue dans l'utérus sera décapitée?

Dans les cas simples, il vous suffira de remplacer le tracteur naturel qui vous manque, par un tracteur artificiel représenté par une ou deux pinces tire-col, chargeant solidement la surface de section du cou du côté de l'occiput, pour rendre possible une sorte de Mauriceau, par tractions à la fois sur la pince et sur le menton préalablement accroché avec la main restée libre. Bien entendu, comme toujours, lors d'une extraction de tête dernière, des pressions abdominales aideront grandement la manœuvre.

Dans les cas de dystocie plus marquée, il faut avoir recours à la perforation de la tête suivie d'extraction au cranioclaste ou au basiotribe : dans toutes ces manœuvres, il sera capital qu'un aide maintienne énergiquement la tête au contact des instruments, par d'énergiques pressions à travers la paroi abdominale; l'aide a donc un rôle essentiel, son action peut être facilitée par des tractions pratiquées au moyen des pinces placées sur le cou, ou d'un crochet fixant le menton, ou la voûte platine. Enfin, dans quelques cas de rétentions prolongées, avec infection utérine, ou encore de rétention s'accompagnant d'hémorragie grave de la délivrance, on n'a eu comme seule ressource thérapeutique que la césarienne suivie ou non d'hysterectomie ou d'amputation utéro-ovarienne à la manière de Poro.

ÉPIDÉMIOLOGIE

LE DEUXIÈME CENTENAIRE DE LA GRANDE PESTE DE MARSEILLE 1720-1721 (1)

TROIS ÉPIDÉMIES DE PESTE ONT ÉTÉ OBSERVÉES A MARSEILLE, EN 1905, 1913, 1919, 1920

Après avoir signalé quelques cas de peste observés en 1903 et 1913, M. le professeur Boinet aborde l'étude de l'épidémie de 1919 :

Epidémie de peste à Marseille en 1919.

« Il y eut vingt-deux cas et quatre décès. Cette petite épidémie est intéressante par les enseignements prophylactiques qu'elle comporte. Depuis octobre 1915, aucun des cas de peste ne s'était produit à Marseille et depuis décembre 1916 aucun pesteux n'avait été débarqué au Frioul, le Lazaret maritime de Marseille, aucun rat capté n'était porteur de puces contaminées par le bacille d'Yersin.

Marche de l'épidémie de 1919.

Le 17 août 1919, le Dr Simonpietri, demeurant 93, rue de la République, tomba malade; il avait contracté la peste en allant constater, le 11 août 1919, le décès de la femme Danelli, qui fut trouvée morte chez elle, rue Fauchier 7A, après avoir présenté, pendant plusieurs jours, au dire de ses voisins, des tuméfactions, des grosseurs dans les aines et les aisselles, vraisemblablement des bubons pesteux, mais sans confirmation bactériologique, aucun ensemencement de sérosités ganglionnaires ni de sang n'ayant pu être fait.

Quelle est l'origine de ce cas initial de peste?

La dame Danelli a-t-elle été en contact avec un pesteux inconnu ou méconnu? Rien ne permet de le dire. Il est plus probable qu'elle a été contaminée par les puces pestiférées des rats se trouvant : soit sur les quais des ports de la Joliette où, marchande ambulante, elle allait vendre des fruits, soit dans l'enclos de la rue Fauchier où elle habitait un taudis situé près d'un stock de dattes avariées qui avait pu attirer les rats.

La contamination de la dame Danelli par les rats est plus vraisemblable. Le débarquement à Marseille des rats pestiférés apportés par les bateaux ne doit pas être exceptionnel malgré toutes les mesures prises. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer les cas de peste constatés à Marseille en septembre et octobre 1913, en octobre 1914, en octobre 1915, en novembre 1916.

C'est à la contamination par les puces pestiférées de la dame Danelli qu'il faut attribuer les cas suivants de peste humaine. En effet, les puces dont l'organisme s'est chargé de bacilles pesteux soit sur des rats malades, soit sur des hommes pestiférés à la période préagonique sont les agents les plus importants de la propagation de la peste à laquelle participent plus largement qu'on ne croit les punaises, surtout dans les cas de contamination des pestiférés ayant contracté leur maladie au contact des cadavres pesteux (croque-morts, fossoyeurs, concierges de morgue, de cimetière).

Les puces de la dame Danelli ont du être infectées dans les quelques heures qui ont précédé sa mort et donner la maladie, la contagion, comme on disait en 1720, aux personnes ayant été en contact avec elles soit pendant les derniers moments, soit après la mort, lorsque ces insectes pestiférés abandonnent le cadavre pour aller chercher leur nourriture sur les vivants.

C'est aux puces de la dame Danelli qu'il faut attribuer :

1° La peste du Dr Simonpietri, allant constater la mort par suite de la peste bubonique et atteint six jours plus tard, le 17 août 1919.

2° Le cas de peste Monnier, rue Saint-Mathieu, porteur des pompes funèbres, survenu le 18 août 1919, celui de son camarade, également porteur des pompes funèbres Lavigne, rue Trigance, observé le même jour. Lavigne avait transporté à la morgue du cimetière Saint-Pierre le corps de la dame Danelli, morte de peste. C'est ce dernier pestiféré qui communique la maladie au Dr de Saboulin, qui l'avait visité et soigné.

3° La femme Larguier, épouse du concierge du cimetière Saint-Pierre, qui avait causé avec les fos-

(6) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 67, p. 1066.

soyeurs précédents, quand ils quittaient la morgue, eut une longue période d'incubation de peste pour laquelle elle entre à l'hôpital Salvator le 27 août.

4° Le 21 août 1919, deux fossoyeurs, habitant au chemin de Saint-Pierre, près du cimetière, les nommés Tapizzi et Sénator, ont été atteints de peste après avoir enterré le cadavre de la dame Danelli, qui avait séjourné pendant trois jours au dépositoire du cimetière Saint-Pierre.

5° Le 22 août la femme du premier fossoyeur Tapizzi, Mme Monnier (rue Saint-Mathieu), femme d'un autre employé des pompes funèbres, présentaient la peste bubonique que leur avait transmis leur mari.

Le 22 août 1919, le foyer de peste de la rue Fauchier, n° 7, apparaît. La femme Toressila, après avoir fait la toilette funéraire de la dame Danelli, est atteinte de peste bubonique; ses deux enfants sont transportés à l'hôpital de la Conception avec le diagnostic « fièvre typhoïde ». Il s'agissait, en réalité, de peste septicémique à forme typhique. Assez nombreux ont été les cas de peste présentant cette modalité clinique dans les épidémies de 1919, 1920 au point que nous avons fait parvenir une note à nos confrères de Marseille et de la région pour les aviser de cette possibilité d'erreur de diagnostic en leur recommandant de rechercher avec soin et de propos délibéré les ganglions pesteux dans les régions inguinales axillaires et cervicales. Le même jour, trois autres personnes habitant une maison voisine, 3, rue Fauchier, ont la peste bubonique. Le 23 août 1919 le diagnostic de peste est confirmé chez Mme Bonnet, Lacroix et chez l'enfant Laugier.

Cinquante et une personnes qui avaient été en contact avec ces pestiférés furent isolées dans les baraquements de Salvator, désinfectés, désinsectisés, injectés avec du sérum antipesteux et tenues en observation pendant cinq jours. Quatre eurent la peste et furent soignées au pavillon des malades de Salvator où elles entrèrent le 25 août 1919.

Jusqu'au 23 août, onze pesteux avérés avaient été déjà envoyés à l'hôpital d'isolement de Salvator.

Le 24 août 1919, le Dr de Saboulin, habitant près du cimetière Saint-Pierre, est atteint de peste, communiquée par le fossoyeur Lavigne; il est transporté le lendemain avec sa famille à l'hôpital Salvator.

La dame Roux avait été en contact avec la première pestiférée, la dame Danelli, dont elle était la propriétaire (7A, rue Fauchier); elle était venue avant le transfert de la morte pour lui enlever ses vêtements qui devaient l'indemniser de son loyer perdu. Elle tomba malade, ainsi qu'une locataire qui l'avait aidée dans cette lugubre besogne. Elle habitait au voisinage du Dr de Saboulin. Elle eut les premiers symptômes de la peste bubonique quelques jours avant son entrée à Salvator, qui eut lieu le 25 août 1919.

Le 25 août, quatre personnes habitant le 7A de la rue Fauchier et isolées comme contacts à Salvator, présentent les symptômes de la peste bubonique bactériologiquement confirmée. Elles entrent dans le pavillon des contagieux.

Le 27 août, on y admet la femme Larguier la concierge du cimetière, qui est atteinte de peste. Ses ganglions inguinaux contenaient de nombreux coccobacilles d'Yersin et son hémoculture fut positive quelques heures avant sa mort.

Les fossoyeurs ou porteurs des pompes funèbres, Monnier, Tapizzi, Lavigne, n'ayant eu qu'une peste bubonique légère, les puces qu'ils portaient ont été vraisemblablement peu infectées en suçant leur sang, puisqu'on admet que la septicémie de la peste bubonique ne se produit guère que quelques heures avant la mort.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 AOUT 1921)

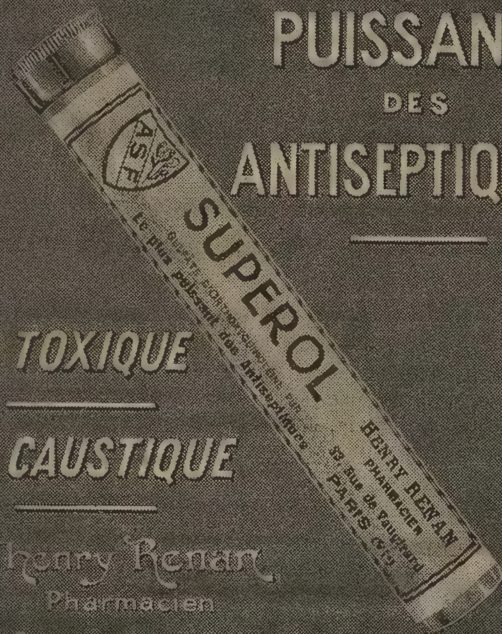
Action paralysante du bleu de méthylène sur les terminaisons nerveuses parasympathiques. — MM. W. Koskowski et Et. Maigre. Le bleu de méthylène a pour les fibres terminales des nerfs parasympathiques une particulière affinité. Il est en outre un colorant vital. Etant alors donné un organe qui reçoit des fibres terminales dont on se demande si elles appartiennent au système sympathique ou au système parasympathique, pour trancher la question il suffira de faire, suivant la méthode même d'Ehrlich, *in vivo*, une injection intravasculaire de bleu de méthylène : selon toute probabilité les fibres parasympathiques seront celles qui prendront le bleu.

Les auteurs ont utilisé pour les expériences sur le chien, des solutions de bleu de méthylène Bruneau à 1 p. 100, dans l'eau salée à 9 p. 1000.

RENSEIGNEMENTS

579. — **INSTITUT CALOT, BERCK-PLAGE.** — Une place d'interne est vacante pour étudiant en fin d'études ou venant de passer sa thèse. Conditions : logé, nourri et 400 francs par mois. — Se présenter, avec références, à M. Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, samedi et lundi, de 4 heures à 6 heures.

Chirurgie der peripehren Nervenverletzungen, par Lehmann. Preis : geh., 81 m.; geb., 104 m. — Berlin und Wien, Verlag von Urban et Schwarzenberg.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Anesthésie locale en ophtalmologie, par le Dr DUVERGER, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg. Un vol. de 96 pages avec 19 figures. — Prix : 6 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU REIN [1]

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes du cancer rénal sont différents chez l'adulte et chez l'enfant. Nous prendrons pour type de description le cancer de l'adulte qui présente habituellement un tableau clinique assez complet.

Période du début. — Le début est souvent lent et insidieux, et il n'est pas rare que le malade soit déjà porteur d'une grosse tumeur rénale quand il vient consulter. Cependant, c'est surtout à cette période du début qu'il convient de reconnaître l'existence du cancer, car seul un diagnostic précoce permet d'espérer la guérison grâce à une intervention chirurgicale.

Certains symptômes attirent l'attention sur le rein, et il est indispensable de bien les préciser pour les rapporter à leur cause.

Le signe initial qui conduit le malade à la consultation est très variable suivant les cas, et, avec Guyon, on peut décrire plusieurs formes de début.

I. Début par la douleur. — C'est quelquefois la douleur qui ouvre le tableau symptomatique. Ce début douloureux s'observerait dans 35 p. 100 des cas (Albarran et Imbert). C'est une douleur lombaire sourde, survenant spontanément. Elle est continue et paroxystique ; mais, contrairement à celle du syndrome de Sydenham de la lithiase rénale, ses paroxysmes ne sont influencés ni par le mouvement ni par le repos. Peu augmentée par la pression locale, elle siège dans la région lombaire et présente souvent dès le début des irradiations le long du nerf sciatique, du crural, du fémoro-cutané, constituant ainsi des névralgies très pénibles.

II. Début par l'hématurie. — L'hématurie constitue le symptôme initial dans la moitié des cas (hématurie dénonciatrice de Guyon), et cette hématurie du début a été comparée à l'hématémèse prémonitoire du cancer gastrique. Elle est plus fréquente dans l'épithélioma que dans le sarcome.

C'est une hématurie *totale*; l'urine du début et celle de la fin de la miction sont également teintées comme on peut s'en rendre compte par l'épreuve des trois verres de Guyon.

C'est une hématurie *spontanée*, survenant brusquement sans aucune cause appréciable, n'étant influencée ni par les mouvements ni par le repos.

Elle est habituellement *indolente*. On peut cependant observer parfois le syndrome douloureux de la colique néphrétique dû à la migration dans l'uretère de caillots sanguins, et au fond du bocal on voit alors des caillots irréguliers ou vermiformes moulés sur l'uretère.

L'hématurie est *intermittente* et *capricieuse*; elle dure un temps très variable, soit quelques heures, soit plusieurs jours, cesse brusquement, puis réapparaît à intervalles très différents. On peut même voir alterner des mictions sanglantes avec des urines claires.

III. Début par la tumeur. — La tumeur constitue beaucoup plus rarement (20 p. 100 des cas d'après Albarran et Imbert) le premier signe du néoplasme. Cette tumeur, très difficile à reconnaître au début, exige un examen très précis et méthodique. Il faut la rechercher dans le décubitus horizontal et aussi dans la station verticale, surtout au moment des grandes inspirations qui tendent à l'abaisser. La palpation doit être bimanuelle, douce et profonde et pratiquée au besoin sous chloroforme si on est gêné par la défense de la paroi. S'il s'agit du rein droit, la tumeur est plus accessible car elle est abaissée par le foie dans les grandes inspirations.

Quel que soit le mode du début, le malade arrive progressivement à la période d'état pendant laquelle la symptomatologie se complète.

Période d'état. — On retrouve ici les signes du début plus accentués.

Les *douleurs* lombaires sont habituelles ; elles présentent les caractères déjà décrits : sourdes, souvent continues, avec les irradiations sur les trajets nerveux indiquant une extension du cancer au delà des limites du rein et comportant une grande valeur pour le pronostic.

L'*hématurie* est très fréquente (95 p. 100 des cas d'après Israël). Elle devient plus rare dans la période terminale.

Par son abondance et surtout par ses répétitions, elle peut entraîner une anémie sérieuse.

En dehors des crises hématuriques, les *urines* sont souvent normales. On observe cependant assez souvent une légère albuminurie (Hildebrandt, Albarran). Il n'y a pas de pyurie. A l'examen microscopique du caillot de centrifugation, on trouve souvent de nombreuses hématies, et ces *hématuries microscopiques* ont une grande valeur sémiologique.

La *tumeur* rénale est à peu près constante à la période d'état. Elle demande à être recherchée méthodiquement suivant les procédés classiques de Guyon, de Glénard, d'Israël.

Son *volume* est variable ; parfois des dimensions d'une noisette et perceptible seulement si elle siège au pôle inférieur du rein, elle peut atteindre des proportions considérables, débordant franchement les fausses côtes, entraînant une déformation abdominale très nette, descendant même parfois jusqu'à la fosse iliaque. Dans ce dernier cas, on constate un réseau veineux sous-cutané très dilaté.

A la *palpation* on sent une masse ferme, résistante, inégale ; ses contours sont assez réguliers et arrondis, sauf dans les cas où de gros ganglions sont pris pour un prolongement de la tumeur.

La tumeur a le *contact lombaire*. Elle peut être légèrement mobilisée, et cette recherche de la mobilité a une grande importance. Elle ne suit pas les mouvements du diaphragme.

La *percussion* montre souvent, au devant de la masse néoplasique, une *bande sonore* qui répond au côlon distendu. Cependant, cette sonorité manque assez fréquemment du côté droit, le côlon étant refoulé et déplacé par la tumeur. On sent parfois à la palpation la corde colique.

La *radiographie* montre une tâche sombre correspondant à la tumeur. Cette méthode d'exploration qui peut donner des renseignements très importants doit être pratiquée avec beaucoup de soin après évacuation du gros intestin et insufflation du côlon.

Au cours de la période d'état apparaît souvent un *varicocèle* siégeant du même côté que la tumeur. Il se produit insidieusement et quelquefois d'une façon assez précoce. Pour que ce signe ait de la valeur il faut que le varicocèle soit de date récente et présente une évolution rapide. Dû à la compression de la veine spermatique par la tumeur ou par les ganglions (Legueu), il constitue un bon signe de cancer du rein. Hochenegg recommande d'examiner le malade étant dans la position genu-pectorale; si le varicocèle ne disparaît pas dans cette position, c'est qu'il est dû à une compression par des ganglions; ce signe aurait une grande valeur pour déterminer les cas d'opérabilité.

Les *signes généraux* sont assez tardifs dans le cancer du rein, et le malade conserve assez longtemps un assez bon état général. Au bout d'un temps variable surviennent l'amaigrissement, le teint jaune paille aboutissant progressivement à la cachexie.

Période terminale. — L'*évolution* du cancer du rein est fatale.

La tumeur évolue vers l'abdomen, provoquant des troubles de compression : compressions nerveuses, compression de la veine cave avec œdème des membres inférieurs, hydronéphrose (compression de l'uretère).

La *durée* de l'affection est relativement longue (jusqu'à quatre, six ans et même parfois davantage); elle est habituellement d'un à trois ans.

La mort est due, soit à la cachexie progressive, soit à une propagation secondaire aux autres viscères, soit à des *complications* (occlusion intestinale, embolie pulmonaire).

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 66, p. 1055.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'aide d'anatomie. — Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux vacantes le 1er novembre 1921 sera ouvert le jeudi 13 octobre 1921, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (service du personnel), à partir du lundi 12 septembre jusqu'au samedi 24 septembre 1921 inclusivement, de 14 heures à 17 heures.

— Concours du prosectorat. — Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le jeudi 20 octobre 1921, à 16 heures, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), à partir du jeudi 22 septembre jusqu'au samedi 1er octobre 1921 inclusivement. de 14 heures à 17 heures.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Hygiène et Prévoyance sociales. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Butruille (de Roubaix), Desclaux [L.-P.] (de Quimper), Mesnard [René-Léon-Joseph] (de Paris).

Instruction publique. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Guillemet (de Nantes).

GUERRE. — Par décret en date du 9 août 1921, ont été nommés dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve et de l'armée territoriale :

Réserve. — *Au grade de médecin aide-major de 2e classe.* — MM. les docteurs en médecine Allimant, Bronner, Chenaut, Hausknecht, Humbert, Koessler, Lévy, Morin, Rolderer, Scheffer, Schmid, Weill.

Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe. — MM. les pharmaciens de 1re classe Bloch, Keim, Kalt, Lévy, Rohmer, Troehler.

Armée territoriale. — *Au grade de médecin aide-major de 2e classe.* — MM. les docteurs en médecine Arheimer, Aufschlager, Blind, Gunsett, Kien, Kulhn, Muller, Redslob, Rohmer, Schaaff, Strohl.

— Armée active. — Liste de classement par ordre de mérite des médecins aides-majors de la promotion de 1915 qui ont accompli leur stage à l'Ecole d'application du service de santé militaire :

1. MM. Didier, Roux, Brunet, Ravoux, Georget, Paoletti, Bruas, Gaillard (P.-J.-R.), Jame, Brousse,
11. Dano, Wurmser, Luc, Faure, Chabanier, Gérôme, Thirion, Diénot, Decroocq, Bodard,
21. Pierron (L.-M.-F.-A.), Chapusot, Clerc, Durieu, Lauzeral, Heimsch, Texier, Guyonnet, Berton, Sabrie,
31. Messein, Gaillard (P.-M.-V.), Lauzerain, Carrosse, Lassave, Marty, Berho, Jobelin, Masso, Morand,
41. Lemaire, Picot, Maniguet, Milliot, Chaton, Poirot, Bézy, Chabardès, Lapierre, Gabillon,
51. Giraud, Richard, Jonquières, Ségala, Surreau, Goudot, Bugeau, Ray, Sabadel, Levet,
61. Lapeyre, Bertholon, Simonin, Ratie, Raynaud, Morel, Pierron (C.-H.), Gardes, Terrisse, Slanka,
71. Pintart, Chevant, Noël, Cazalis.

Le classement de MM. les médecins aides-majors de 1re classe Chaumet, Meersseman, Niel et Thouverez aura lieu dès qu'ils auront accompli leur stage à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

— Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 22 août 1921, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie :

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Vicq (de Longjumeau), Gosselin (d'Argenteuil), Montalti (de la Garenne-Colombes), Fenestre (de Thiais), Huleux (de Nogent-sur-Marne), Rabourdin (de Rambouillet), Bourgeaut (de Bray-Lû), Dupeu (de Maisse), Maurel (de Saint-Chéron), Duchateau (de Milly).

1re légion : MM. Vienne (de Bouchain), Dubois (de Denain), Blaire (de Pas-en-Artois), Vincent (d'Armentières), Bridoux (de Condé-sur-Escaut), Jacquemaire (de Denain), Lancet (d'Ardres), Bontemps (de Rouvroy), Horel (d'Oignies), Durot (d'Iwuy).

2e légion : MM. Boudréau (de Montcornet), de Coux (d'Estrées-Saint-Denis), Hannebelle (d'Escarbotin), Semper (de Marle), Bernard (de Nesle), Rouvillain (de Villers-Bretonneux).

3e légion : MM. Collignon (de Routot), Quesnel (de Balleroy), Lehérissey (de Villers-sur-Mer), Lacaine (d'Aunay-sur-Odon), Leportier (de Gaillefontaine), Heurtaud (de Dives-sur-mer).

4e légion : M. Ollivier-Beauregard (de la Ferrières-aux-Etangs).

5e légion : M. Galuchon (de Charny).

7e légion : MM. Arnaud (de Voiteur), Prince (de Seillières), Charlin (de Jougne), Monnot (de Maîche), Charpentier (d'Arinthod), Voiturier (d'Ambérieu), Larue (du Russey), Pinard (de Montréal), Simeray (de Moirans).

8e légion : MM. Misserey (de Chågny), Charpentier (de Prémery), Guiard (de Mehun-sur-Yèvre), Joccotton (du Creusot), Lemaire (de Cosne), Laverrière (de Cuisery), Rivaillon (d'Entrains), Descombins (de Montceau-les-Mines).

9e légion : MM. Rouxel (d'Angers), Sylvestre (de Montjean), Maillet (de Vernantes), Darbord (de Thénezay), Gadreau (de Vautebis), Brunet (de Lezay), Bouché (d'Argenton).

10e légion : MM. Duval (de Carentan), Le Frêche (de Martigué-Ferchaud), Bigeon (des Pieux), Auffret (de Bégard), Chérel (de Châteaubourg), Poirier (de la Guerche-de-Bretagne), Maillard (de Bécherel), Bonnedame (de Sens-de-Bretagne), Brizé (de Châteauneuf).

11e légion : MM. Féval (de Pont-Château), Horveno (de Saint-Etienne-de-Montluc), Attila (de Josselin), Dubois (de l'île d'Yeu), Potel (de Croix-de-Vic), Couronnet (de Doulon), Barreau (de la Mothe-Achard), Mignen (des Essarts), Mabin (de Malestroit), Pélicier (de Port-Louis), Tissier (de Châteaubriant).

12e légion : MM. Fillion (de Baignes), Marsat (de Lavalette), Huot (de Neuvic), Beyly (de Thiviers), Billebeau (de Mortemart), Vidalin (de Tulle), Brunie (de Seilhac).

13e légion : MM. Talandier (de Mauriac), Basset (d'Ydes), Gébert (de Saint-Germain-Lembron), Pipet (de Besse), Perrin (de Lapalisse), Moity (de Volvic), Fenolhac (de Combronde), Laurent (de Buxières-les-Mines), Gras (de Murat), Fontanier (d'Allanche), Espagnon (de Jumeaux).

14e légion : MM. Papadopoulos (de Sainte-Colombe-les-Vienne), Rousset (de Die), Rouvier (de Voiron).

14e légion *bis* : MM. Clément (de Rumilly), Ducret (de Reignier), Thiriet (de Guillestre), Rey (de Saint-Bonnet).

15e légion : MM. Paget (de Saint-Chamas), Pirard (du Teil), Armandon (de Lamastre), Veyrune (de Lédignan), Charra (de Lamastre), Vernet (de Saint-Marcel), Quercy (de Miramas), Bauzan (de Berre), Priolet (de Molières-sur-Cèze), Hugues (de Robiac), Barthélemy (de Fuveau), Bastide (de Saint-Ambroix), Richard (de Bessèges), Dehan (de Vernoux), Sabatier (de Lambesc).

15e légion *bis* : MM. Vadon (de Saint-Raphaël), Passeron (de Lantosque).

16e légion : MM. Joffre (de Cransac), Rigal (de Saint-Chinian), Valentin (de Saint-Affrique), Magnes (de Villefranche), Boudon (de la Canourgue), Bastide d'Izard (de Mèze).

16e légion *bis* : MM. Grassaud (de Saint-Paul-de-Fenouillet), Baillo (de Thuir).

17e légion : MM. Molinié (de Gagnac), Ouvrieu (de Limogne), Sarraute (de Carbonne), Toigne (de Cazères), Boube (de Pamiers), Bacqué (de Damazan), Cartault (de Vic-Ferenzac).

18e légion : MM. Souberbielle (d'Ustaritz), Etcheverry (de Saint-Etienne-de-Baïgorry), Erny (de Sauveterre), Coustou (de Gensac), Estradère (de Talence), Pareau (de Castres), Artigue (de Lormont), Castaing (de Saint-Médard-en Jalles), Portes (de Bagnères-de-Bigorre), Larquier (de Hagetmau).

19e légion : MM. Baudry (d'Azazga), Richard (d'Ussein-Dey), Pagès (de Taher), Bordères (de Saint-Cloud), Manya (d'Inkermann).

20e légion : MM. André (de Landres), Flamand (de Paris), Job (d'Homécourt), Hausmann (d'Estissac).

21e légion : M. Vieille (de Roches-sur-Rognon).

Compagnie de Tunisie : M. Vaquier (de Tunis).

Médailles de bronze (délivrées après quinze années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Bosvieux (de Ville-d'Avray), Boisson (de Suresnes), Binet (du Raincy), Manet (d'Etampes).

1re légion : MM. Verlaine (de Cysoing), Pluvinage (de Marcoing).

2e légion : MM. Lefebvre (de Bohain), Marlière (d'Aubenton), Deyvillers (de Guise), Noël (de Fressenneville), Joux (de Hengest-en-Santerre).

3e légion : MM. Letellier (de Claville), Lahaye (de Breteuil), Lebreton (de Falaise), Carrayrou (de Nonancourt).

4e légion : MM. Poussin (de Savigné-l'Evêque), Clupot (de Sainte-Gauburge), Gireaux (de Nocé), Beauchef (de Laigle).

5e légion : MM. Mascarel (de l'Isle-sur-le-Serein), Boltiau (de Beaumont-du-Gâtinais), Goulard (de Brie-Comte-Robert), Ardilouze (de Château-Landon), Ledroit (de Nemours).

6e légion : MM. Rascalou (de Charleville), Grandjean (de Marville), Robert (de Revigny).

7e légion : MM. Damotte (de Beaume-les-Dames), Jacquot (de Faverney). *(A suivre.)*

NÉCROLOGIE. — C'est avec une peine sincère que nous apprenons la mort du docteur Franklin Grout, survenue la semaine dernière à Ouville-la-Rivière, près de Dieppe.

Fils d'un médecin de Petit-Quevilly, faubourg de Rouen, le docteur Franklin Grout s'était spécialisé dans l'exercice de la médecine mentale : il fut longtemps l'assistant du docteur Meuriot père, dans la célèbre Maison de santé fondée à Passy par le docteur Blanche. Depuis son mariage avec Mme Caroline Comanville, nièce de Gustave Flaubert, le docteur Franklin Grout avait abandonné la médecine pour vivre dans le monde musical et littéraire.

Dans ce milieu, comme dans le nôtre, il avait su faire apprécier la droiture de son cœur, la finesse de son esprit et son inépuisable bonté.

Il part accompagné de la douleur profonde de sa femme et de l'affliction et des regrets de tous ceux qui, du fait même qu'ils l'avaient connu, étaient devenus ses amis.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les Drs L. Dufourmentel, René Miégeville, Flavien Bonnet, Paul-Léon Truffert, commencera le mercredi 21 septembre 1921, à 2 heures, et continuera les lundi, mercredi, vendredi suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 150 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme du cours. — I. Technique de l'ossiculectomie et de la mastoïdectomie.

II. Evidement pétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe.

III. Traitement des complications veineuses et encéphaliques, des otites suppurées (thrombo-phlébite, méningite, abcès encéphaliques et periencéphaliques). Ligatures vasculaires du cou.

IV. Traitement des déviations du septum nasal. Les rhinotomies. Les voies d'accès naso-faciales du rhino-pharynx.

V. Traitement des sinusites maxillaires. Les voies d'accès buccales du rhino-pharynx.

VI. Traitement des sinusites frontales, des ethmoïdites, des sinusites sphénoïdales.

VII. Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal (laryngotomie intercrico-thyroïdienne, tyrotomie-trachéotomie, laryngo-trachéotomie).

VIII. Les voies d'accès du carrefour aéro-digestif. Les pharyngotomies hautes et basses.

IX. La laryngectomie partielle et totale.

X. La broncho-œsophagoscopie.



REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOGRAPHIQUE DE LA TUMEUR BLANCHE DU GENOU

Par Raoul THOUVENIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il est classique de décrire à la tumeur blanche du genou deux formes anatomo-cliniques :

La forme *hydarthrose*;

La forme *fongueuse*.

En réalité, seule cette dernière constitue la tumeur blanche. L'hydarthrose n'est le plus souvent qu'un mode de début de celle-ci, et c'est à ce seul titre et sous cette réserve que nous l'étudierons tout d'abord.

Forme hydarthrose. — C'est une hydarthrose apparue insidieusement, ou bien *abondante :* le genou gonflé et presque indolore sous une peau normale est nettement fluctuant au niveau des culs-de-sac sous-tricipital et latéro-rotuliens; ou bien *légère*, décelée par le choc rotulien.

Dans un cas comme dans l'autre, qu'est-ce qui peut faire supposer la nature tuberculeuse de l'épanchement?

I. Ce sont d'abord des **signes négatifs** c'est-à-dire l'absence de signes positifs d'autres causes d'épanchement synovial.

1° Absence de température et de phénomènes aigus locaux. — Il ne s'agit donc pas d'une arthrite aiguë. Cependant il est des cas où c'est d'une manière aiguë et brusque que s'installe l'hydarthrose tuberculeuse.

On pourrait penser alors :

A une *arthrite rhumatismale*, mais dans ce cas d'autres jointures seraient atteintes;

A une *arthrite infectieuse monoarticulaire*, telle qu'on en observe au décours ou pendant la convalescence d'une fièvre éruptive, par exemple.

Mais alors de deux choses l'une :

Ou ces arthrites évoluent vers la suppuration : la ponction ramène un liquide louche ou franchement purulent, et il ne saurait dès lors être question d'hydarthrose tuberculeuse.

Ou bien — et c'est le cas habituel — elles se résolvent rapidement sans laisser de traces : la tuberculose ne saurait être en jeu non plus, car lorsqu'il s'agit d'elle, une fois la phase aiguë passée, il reste, dans le genou refroidi, une hydarthrose.

2° Absence de traumatisme. — Mais si, de ce fait, on peut éliminer d'emblée cette cause si fréquente d'épanchement synovial, par contre la notion de traumatisme n'élimine pas forcément la bacillose. Assez souvent même, c'est un traumatisme qui révèle l'affection méconnue, soit en lui donnant un coup de fouet, soit plutôt en attirant l'attention sur elle. Il faut se méfier de ces hydarthroses traumatiques dont on précise mal l'accident causal (date, lieu, intensité, etc.). Il faut s'informer si le blessé, si l'enfant *n'éprouvait pas déjà quelque gêne*, quelque maladresse avant le traumatisme qu'il accuse, et si ce n'est pas cette maladresse justement qui fut cause de la chute ou du faux pas qu'il fit. En tout cas, l'hydarthrose traumatique simple cède vite au traitement. L'hydarthrose bacillaire pseudo-traumatique reste.

Début fébrile, début traumatique, ne sont d'ailleurs pas les modes de début habituels de l'hydarthrose tuberculeuse. La règle est qu'elle s'installe spontanément, insidieusement et à froid.

De sorte que d'emblée le diagnostic ne se pose guère qu'avec les hydarthroses qui s'installent de la même manière. Ce sont donc les signes positifs de celles-ci dont il faut d'abord rechercher l'absence :

Absence de blennorragie.

Absence de syphilis.

Absence de rhumatisme chronique.

3° Absence de blennorragie. — Il faut rechercher notamment si la petite fille n'a pas de vulvo-vaginite, le nourrisson pas d'ophtalmie. L'hydarthrose blennorragique est en outre très souvent douloureuse.

4° Absence de syphilis. — Au-dessous du genou syphilitique, il y a en outre souvent un tibia hyperostosé, en fuseau et l'épanchement est souvent bilatéral.

5° Absence de rhumatisme chronique, enfin. — Cette question ne se pose pas chez l'enfant, mais seulement chez l'adulte, surtout âgé. Il faut rechercher alors :

au niveau d'autres jointures les *craquements articulaires* pathognomoniques de l'arthrite sèche;

et les rechercher dans l'articulation malade, après ponction, en cas de doute.

L'absence *des signes* de toutes ces causes possibles d'hydarthrose plaide déjà en faveur de l'hydarthrose tuberculeuse. Cette exclusion est facile en général, c'est pourquoi on doit commencer par elle, mais elle ne suffit pas. La bacillose articulaire n'est que probable. La certitude ne peut se baser que sur la constatation de signes vraiment positifs.

II. **Signes positifs.** — Ce sont dans l'ordre sinon de leur importance, du moins de leur recherche :

1° L'épaississement de la synoviale. — Si on pince au-dessus de la rotule le tendon du quadriceps, le pli du côté malade est plus épais que le pli du côté sain.

2° L'atrophie musculaire rapide du quadriceps. — Elle est plus rapide en effet que dans les autres hydarthroses chroniques.

3° Une adénopathie indolore et froide de l'aine. — C'est un signe très important, surtout si l'aine du membre sain est libre.

4° Les signes généraux encore que souvent très discrets, *de tuberculisation de l'organisme*.

(Antécédents, habitus extérieur, micropolyadénopathie, cuti-réaction.)

5° L'examen du liquide. — *a*. Le liquide d'une hydarthrose bacillaire n'est pas une sérosité citrine pure. Il renferme une certaine quantité de *fibrine*.

b. Défibriné et centrifugé, on y constate de la lymphocytose ou plus exactement de la *mononucléose*.

c. On peut y déceler le *bacille* de Koch.

d. *Inoculé au cobaye*, il peut le tuberculiser.

Ce sont là, à vrai dire, les deux seuls signes positifs certains.

6° Il en est un dernier pourtant, c'est l'ÉVOLUTION : malgré les ponctions, la compression et le repos, malgré un traitement mercuriel institué dans le doute depuis un mois, l'hydarthrose n'a pas disparu.

Telle est l'hydarthrose tuberculeuse.

Que devient-elle?

1° Elle peut guérir spontanément, au bout de deux ou trois mois de repos absolu. C'est assez rare.

2° Elle peut durer un ou deux ans avec des alternatives d'accroissement et de diminution, voire même des périodes de disparition complète.

3° Plus souvent, elle n'est que la première étape de la forme suivante.

Si bien qu'on peut se demander, si dès le début, il n'y avait pas déjà ostéo-arthrite et si « hydarthrose » et « tumeur blanche » proprement dite ne sont pas seulement des expressions *cliniques* différentes, sinon fatalement successives, d'une seule et même forme *anatomique*. Il n'y a vraisemblablement là qu'une question de degré. Et ce n'est pas là seulement une hypothèse. Des hydarthroses opérées par la résection ont révélé leur vraie cause : fongosités discrètes au fond d'un cul-de-sac, foyer osseux sous-jacent au cartilage intact ou à la synoviale simplement enflammée.

Il n'en restait pas moins utile de conserver ces deux formes cliniques, et tout en sachant bien qu'elles ne sont que cliniques, de les étudier séparément.

Forme ostéo-arthrite fongueuse. — C'est la *tumeur blanche proprement dite.* Elle apparaît comme l'aboutissant de l'état précédent : c'est assez fréquent chez l'*adulte;* ou bien se constitue d'emblée : c'est la règle chez l'*enfant.*

C'est cette seconde éventualité que nous aurons surtout en vue.

Elle passe alors par trois phases aux limites d'ailleurs plus schématiques et didactiques que réelles.

1. Une phase de DÉBUT.
2. Une phase d'ÉTAT ou de tumeur blanche constituée.
3. Une période de COMPLICATIONS c'est-à-dire d'attitudes vicieuses et d'abcès.

I. Phase de début. — L'affection débute cliniquement par des *troubles fonctionnels*, ou d'emblée par des *symptômes objectifs.*

TROUBLES FONCTIONNELS. — Ce sont ceux qu'on rencontre dans presque toute ostéo-arthrite chronique, c'est-à-dire : des douleurs, de la gêne articulaire.

Les *douleurs* se présentent sous deux types :

A. Un type fréquent où il s'agit de douleurs.

1° Sourdes;

2° Spontanées;

3° Au niveau du genou seul;

4° Survenant la nuit;

5° Mais plus souvent à la fin de la journée ou après une marche un peu longue.

B. Un type rare, où il s'agit de douleurs :

1° Aiguës;

2° Pseudo-névralgiques;

3° Irradiant alors dans la jambe ou dans la cuisse.

La *gêne articulaire* est variable suivant les cas, dans le même cas suivant les jours, suivant les heures; quelle qu'elle soit, elle finit le plus souvent par entraîner un certain degré de claudication plus ou moins évidente.

SIGNES PHYSIQUES. — Parfois enfin, ce n'est ni la douleur, ni la raideur articulaire qui marquent cliniquement le début du mal, mais d'emblée le *gonflement* du genou.

I. *La tuméfaction du genou :* tel est en tout cas le premier signe apparent de la lésion :

1° A l'examen, on voit rapidement que ce qui tuméfie ainsi le genou, ce n'est pas une hydarthrose. Il n'y a pas de choc rotulien *ou peu.* C'est de l'*œdème* des parties molles. Pour bien apprécier non seulement le degre, mais l'existence même de cet œdème souvent en effet assez léger, il faut comparer les deux genoux, surtout chez l'enfant très jeune dont la rotule est normalement peu saillante. En outre, il convient d'examiner l'enfant le soir ou après une marche un peu longue. Quand l'œdème est très léger, c'est-à-dire tout à fait au début du mal, il n'apparaît en effet qu'à ce moment avec quelque netteté.

2° Il y a au niveau de cette tuméfaction péri-articulaire commençante, sous des téguments qui ont conservé leur teinte normale, un peu d'*hyperthermie locale.*

Cette hyperthermie ne s'impose pas. Il faut la mettre en valeur par le procédé très simple que conseille Ménard.

Les deux jambes étant à découvert depuis un moment, on palpe du membre sain successivement la cuisse, la jambe et le genou. Le genou apparaît alors nettement plus froid que la jambe et que la cuisse. Si, ayant encore dans la main l'impression de cette différence, on palpe maintenant du membre malade successivement la cuisse, la jambe et le genou, on reconnaît que c'est le genou le plus chaud des trois.

3° Sous cet œdème plus ou moins net, plus ou moins froid, la *synoviale est épaissie.* Le doigt qui appuie au niveau du cul-de-sac sous-tricipital légèrement, remontant et descendant, déprimant les parties molles, sent entre celles-ci et l'os, un ressaut. C'est la réflexion du cul-de-sac synovial épaissi. C'est un signe précieux. C'est là qu'il faut le rechercher. Moins nettement, on le trouvera au niveau de l'interligne.

4° A ce niveau, ce qu'on appréciera dans certains cas, c'est surtout l'*épaississement des ménisques* (Ménard).

5° Ceci fait, si glissant la main sous le genou, on explore le *creux poplité*, entre les tendons qui l'encadrent et qui semblent déjà un peu plus tendus que du côté sain, le creux poplité apparaît pourtant un peu moins creux, comme si l'œdème des parties molles tendait à le combler.

Œdème péri-articulaire total faisant le tour de la jointure avec un peu d'hyperthermie discrète et d'épaississement synovial : tel est en résumé, l'aspect du genou.

II. Si on en explore maintenant la MOTILITÉ, toujours en comparant avec le côté sain, on constate :

1° Une *disparition de l'hyperextension passive* chez l'enfant; une *limitation de l'extension* chez l'adulte, limitation très légère encore : on ne peut obtenir une extension franche complète, comme de l'autre côté, et c'est tout.

2° *Une limitation de la flexion passive.* — Chez l'enfant, le talon ne peut toucher la fesse comme du côté sain. Chez l'adulte, il y a une flexion moindre du côté malade.

III. Quant à la SENSIBILITÉ :

1° Déjà on a constaté que les *mouvements* d'hyper-extension et de flexion réveillaient une douleur plus ou moins vive.

2° Mais d'une manière générale la sensibilité totale du genou à la *pression* n'est pas accrue.

3° Seulement, il y a des *points douloureux* parfois et leur limitation,

leur fixité,

leur constance, au cours d'examens successifs, doivent être notées.

On les recherchera systématiquement en leurs lieux d'élection, c'est-à-dire :

à l'interligne,

au niveau de la réflexion du cul-de-sac synovial (points articulaires),

sur la tubérosité tibiale interne, plus rarement externe.

IV. Si on explore les masses musculaires de la jambe et de la cuisse, on constate toujours de l'*atrophie*. Elle est surtout marquée au niveau du quadriceps. Elle est précoce, et rapidement assez accentuée. Au début, on la mettra en évidence par la mensuration circulaire comparée des deux cuisses à 15 centimètres au dessus de la rotule. Plus tard, toute mensuration est vraiment inutile, l'atrophie s'impose dès le premier coup d'œil.

V. Enfin, si on explore le triangle de Scarpa, on y constate une ADÉNOPATHIE plus ou moins volumineuse de la chaîne verticale, froide, indolore, sans empâtement. Elle a une grosse valeur surtout *quand l'aine opposée est libre*. Elle apparaît alors à la fin de l'examen, presque comme la signature de la lésion.

Un genou un peu gros, mais sans liquide; un peu chaud, mais de couleur normale, légèrement enraidi, mais indolore, douloureux seulement si on en force la raideur commençante, avec une grosse atrophie musculaire et une adénopathie unilatérale pour signer le tout, telle est en résumé, la tumeur blanche typique au début.

Tous ces symptômes vont peu à peu — en général assez lentement — se préciser, s'accentuer, et c'est leur accentuation plus que l'apparition de signes nouveaux qui va constituer d'abord la symptomatologie de la période d'état.

II. **Période d'état.** — I. C'est ainsi que la TUMÉFACTION augmentant comble peu à peu tout méplat, efface toute saillie. La rotule est perdue dans l'œdème aussi bien à la vue qu'au palper, et c'est maintenant le genou tout entier qui saille, globuleux ou fusiforme, sous une peau un peu blafarde et anémiée, un peu tendue, entre une cuisse et une jambe atrophiées, comme une vraie tumeur : *la tumeur blanche*.

Mais au travers de cette infiltration diffuse et ferme des « parties molles » qui n'est, somme toute, que l'accentuation de la tuméfaction du début, vont apparaître bientôt deux symptômes nouveaux, et ce sont eux, surtout, qui caractérisent « l'ostéoarthrite fongueuse » constituée. Ce sont :

L'*hypertrophie des épiphyses*;

Les *fongosités*.

Il serait séduisant et simple de dire :

Hypertrophie des épiphyses, traduction de l'ostéite.

Fongosités : expression de l'arthrite.

Ce serait inexact.

Hypertrophie des épiphyses et fongosités ne sont que traduction et fonction d'arthrite.

Quoiqu'il en soit, l'*hypertrophie épiphysaire* est, en général, discrète, un peu masquée. On la reconnaît surtout en comparant le genou malade au genou sain. On sent alors que l'extrémité supérieure du tibia et surtout les condyles fémoraux sont un peu augmentés de volume, aussi bien si on les pince transversalement que d'avant en arrière. Mais il faut savoir que cette hypertrophie est plus apparente que réelle du fait de l'œdème dur périostique qui l'accentue.

Plus nettes, plus constantes, plus importantes surtout sont les *fongosités :* on sent, au milieu de l'ensemble un peu dur des tissus infiltrés, des zones molles, un peu saillantes, et molles d'une mollesse variable suivant les points explorés ; ici, élastiques et presque lobulées comme de petites masses lipomateuses, et là, rénitentes, pseudo-fluctuantes, comme de petites collections liquides.

On les sent là où, à la période de début, on sentait la synoviale épaissie, c'est-à-dire, de chaque côté de la rotule et du ligament rotulien, au niveau de l'interligne et surtout au niveau de la réflexion du cul-de-sac sous-tricipital.

Quelquefois elles remplissent ce cul-de-sac et on croirait presque à un épanchement. Mais il n'y a pas de choc rotulien. Si d'ailleurs, on pince ce cul-de-sac pseudofluctuant, s'il contenait du liquide, ce liquide fuirait sous la pression des doigts et ceux-ci viendraient au contact. La masse qu'on sent ici reste sur place, résiste. On a la sensation qu'on l'écraserait.

Telle est, du fait de son accentuation d'abord, puis de l'adjonction de deux phénomènes nouveaux, la tuméfaction du genou à la période « de tumeur blanche constituée ».

II. Cependant, que sont devenus les MOUVEMENTS ? Le genou est franchement raide maintenant. Il est *immobilisé en une flexion légère* qu'on peut augmenter plus ou moins, de 10 à 20 degrés, mais qu'on ne peut diminuer.

III. Quant à la DOULEUR, elle reste ce qu'elle était au début, c'est-à-dire, en général, pas très vive et souvent nulle, surtout chez l'enfant.

a. Spontanément. — La jambe étant immobile, ou mieux immobilisée, le petit malade ne souffre pour ainsi dire pas. S'il souffre, on doit craindre une complication (attitude vicieuse, abcès surtout).

b. Il souffre assez peu à la *pression*, si ce n'est au niveau des points que nous avons signalés à la période de début.

c. Il ne souffre vraiment qu'*aux tentatives de redressement* qu'on essaie d'exercer sur le membre.

IV. Et c'est la raideur en flexion de celui-ci, plus qu'une vraie douleur, qui entraîne du fait du raccourcissement fonctionnel, si le malade essaie de marcher, une véritable CLAUDICATION.

Et voilà, à peu près, tous les symptômes de la tumeur blanche constituée.

Cependant, l'ÉTAT GÉNÉRAL ne semble guère modi-

fié du fait de la lésion locale. Il n'y a d'habitude aucune élévation de température. Le petit malade n'est, dans bien des cas, ni anémié, ni amaigri. Il est parfois même rose et d'aspect floride. Ces petits tuberculeux que nous voyons à Berck n'ont souvent vraiment guère l'air de tuberculeux, comme si la lésion locale absorbait et concentrait sur elle seule toute l'activité de l'infection causale.

Evolution. — L'affection peut rester en cet état plus ou moins longtemps. Des mois peuvent se passer sans qu'elle se modifie d'une manière notable. C'est chez l'adulte surtout une lésion parfois infiniment torpide et lente, quand elle est au repos.

Finalement, à la longue :

Ou bien *elle finit par s'éteindre* sous l'action d'un traitement rationnel.

Ou bien, et surtout si elle n'est pas traitée, elle aboutit aux *complications* qui caractérisent la période suivante.

III. Période des complications. — Ce sont les ATTITUDES VICIEUSES et les ABCÈS.

ATTITUDES VICIEUSES. — I. *Attitude typique.* — 1° La contracture des fléchisseurs l'emportant sur la tonicité amoindrie du quadriceps atrophié, le genou se met en *flexion* de plus en plus marquée.

2° Cette contracture détermine à la longue, par ulcération compressive du squelette dystrophié, l'usure des surfaces articulaires en présence et notamment des condyles fémoraux. Mais comme cette contracture s'exerce en flexion, c'est la partie postérieure des condyles seule qui subit l'effet de cette contracture, c'est-à-dire l'usure qu'elle entraîne. Dès lors rien ne s'oppose plus à ce que sur cette surface condylienne éculée et oblique la tête tibiale glisse dans le sens où la rétraction des fléchisseurs l'entraîne, c'est-à-dire en arrière et en haut, d'où *subluxation postérieure.*

Cependant la partie antérieure des condyles ainsi libérée par la flexion d'abord, par la subluxation ensuite, s'hypertrophie à loisir du fait d'une ostéogenèse que rien n'entrave et qu'excite encore l'inflammation. Elle forme peu à peu au-devant de la tête tibiale qui se subluxe une cale qui s'oppose à la réduction. L'*attitude est fixée.*

3° Enfin, dans cette contracture en flexion, le biceps, rotateur externe, l'emportant sur le demi membraneux et le demi tendineux rotateurs en dedans, au fur et à mesure que la jambe se fléchit et se subluxe, la tête tibiale pivote *en dehors.*

Flexion,
Subluxation en arrière,
Rotation externe.

Tels sont les trois éléments essentiels de l'attitude vicieuse du genou atteint de tumeur blanche.

CLINIQUEMENT comment les reconnaître?

1°. La *flexion* s'impose d'elle-même.

2° La *subluxation en arrière* se reconnaît :

a. A la saillie anormale des condyles en avant et à celle de l'extrémité supérieure du tibia en arrière, dans le creux poplité.

b. Si l'œdème masque ces saillies on reconnaît du moins que les axes de la jambe et de la cuisse, vus de profil, ne se rencontrent plus à l'interligne, mais à la partie inférieure de la cuisse.

3° Quant à la *rotation externe*, elle se reconnaît à la déviation en dehors permanente et fixe, de la pointe du pied, de la crête tibiale et de la rotule.

Aux trois éléments essentiels de cette attitude typique peuvent s'ajouter dans des proportions variables trois éléments secondaires :

1° une légère *abduction*, due à ce que l'ulcération compressive est plus marquée au niveau du condyle externe ou l'hypertrophie inflammatoire en hauteur plus marquée au niveau du condyle interne,

D'où CLINIQUEMENT un certain degré de genu valgum.

2° une *subluxation en dehors*, résultant de la permanence de l'abduction à la manière dont la subluxation en arrière est la conséquence de la permanence de la flexion. La tête tibiale glisse en dehors en même temps qu'en arrière.

D'où CLINIQUEMENT, saillie exagérée du condyle interne en dedans, de la tête péronière en dehors.

3° Enfin, un certain degré d'*inflexion en avant du tibia*, au niveau de la région dia-épiphysaire, due à l'essai de redressement spontané ou thérapeutique du membre fléchi.

D'où CLINIQUEMENT aspect en baïonnette de celui-ci vu de profil (déformation de Sonnenburg).

II. Mais jamais ou presque jamais l'accentuation de l'attitude typique plus ou moins modifiée par ces trois éléments accessoires n'aboutira spontanément à la *luxation complète du tibia en arrière.*

Celle-ci n'est en général que le résultat d'une tentative de redressement brusque. Le tibia fixé en son attitude par la rétraction des muscles et des ligaments postérieurs s'arc-boute sur la saillie des condyles hypertrophiés en avant et glisse complètement en arrière d'eux par un mouvement de levier.

CLINIQUEMENT alors, vu de face, le membre paraît redressé, mais de profil :

1° la saillie condylienne est énorme.

2° en arrière, le creux poplité saille, soulevé par l'extrémité supérieure du tibia.

Il en résulte que :

3° le diamètre antéro-postérieur du genou est presque doublé.

4° le membre raccourci.

5° l'appui du fémur sur le tibia à peu près nul.

III. ATTITUDES PLUS RARES, ATYPIQUES. — Ce sont :

1° le GENU VALGUM pur, sans subluxation externe par simple hypertrophie du condyle interne.

2° le GENU VARUM, exceptionnel.

3° quant au GENU RECURVATUM, ce n'est en général pas une attitude vicieuse spontanée; il résulte d'une hypercorrection. L'hyperextension du membre se fait soit au niveau de l'interligne (relâchement ou destruction des ligaments) soit surtout au niveau de la ligne dia-épiphysaire. Il ne s'agit pas dès lors d'un genu recurvatum à proprement parler, mais de l'exagération de l'inflexion tibiale étudiée plus haut (lésion de Sonnenburg).

Telles sont les attitudes vicieuses de la tumeur blanche du genou. Typiques ou atypiques, il convient d'ajouter quelles sont — toute thérapeutique ou mieux tout défaut de thérapeutique égal — infiniment plus marquées chez l'enfant que chez l'adulte, et ceci non pas tant parce que les os sont plus malléables chez l'enfant que parce que, chez lui, ils sont en voie de croissance. La croissance ne s'arrête pas en effet

du fait de l'arthrite, au contraire elle serait plutôt excitée par elle. Excitée ou non, la croissance se fait dans l'attitude qui lui est imposée et si cette attitude est vicieuse, elle ne fera que l'accentuer.

ABCÈS. — *Signes.* — Qu'ils résultent du ramollissement d'un tubercule osseux ou de celui des fongosités articulaires les abcès apparaissent insidieusement. Peut-être une légère élévation thermique, une augmentation des douleurs habituelles, ou mieux encore, la réapparition des douleurs disparues, peuvent-elles parfois faire soupçonner leur présence dans le plâtre sous lequel ils couvent.

En réalité, c'est l'examen physique seul qui les révèle. *Un peu de fluctuation indolore et froide se constate au niveau ou au voisinage de la jointure, et c'est tout.*

Siège. — 1° Le plus souvent au niveau de la face antéro-interne de l'extrémité supérieure de la *jambe*, autour des tendons de la patte d'oie.

2° Moins souvent à la *cuisse*, plus ou moins haut sous le vaste externe.

3° Quelquefois dans le *creux poplité*, et l'abcès peut fuser alors dans le mollet.

4° Quelquefois enfin *dans l'articulation même;* il ne s'agit pas alors d'une pyoarthrose totale avec choc rotulien, mais d'une PYOARTHROSE CLOISONNÉE : le cul-de-sac sous-tricipital distendu saille au pôle supérieur de la tumeur blanche; on hésite à affirmer s'il s'agit de fongosités molles ou de pus; mais bientôt la fluctuation se précise; des fongosités résisteraient; ce que l'on sent là fuit sous la pression des doigts.

L'ÉVOLUTION de ces abcès est l'évolution ordinaire des abcès froids, en général torpide et lente, vers une *fistulisation* que des ponctions renouvelées sont souvent impuissantes à prévenir.

Dès lors, l'aspect de la tumeur blanche se modifie un peu du fait de la présence d'une ou de plusieurs fistules plus ou moins larges, ou bien orifices étroits comblés en partie par des fongosités bourgeonnantes et mollasses, ou bien vraies ulcérations à bords décollés et livides laissant s'écouler un pus grumeleux.

Mais c'est surtout le caractère général de la maladie qui est changé. Jusqu'ici, il s'agissait d'une lésion fermée et aseptique, d'une affection purement locale où la fonction seule du membre était en jeu.

Désormais, c'est la question de sa conservation même qui se pose. Une fistule est en effet une porte ouverte à l'INFECTION.

Celle-ci peut schématiquement franchir trois étapes.

Dans une première, elle se borne à la *poche* :

des signes d'inflammation locale, rougeur, endolorissement, apparaissent, des décollements se forment, on a alors un abcès mixte demi-chaud qu'il faut ouvrir et tout peut se borner à cela;

dans une deuxième étape, l'infection gagne le *foyer osseux* d'où ostéomyélite secondaire. La fièvre s'allume. Il faut draîner largement le foyer ou supprimer le foyer.

Sinon, troisième étape, l'infection gagne l'*organisme* tout entier, une septicémie lente s'installe, mettant la vie en danger.

Telle est la troisième période clinique de la tumeur blanche du genou.

Son aboutissant (1) est :

Soit LA MORT par septicémie subaiguë avec ou sans dégénérescence amyloïde des viscères (30 p. 100 des cas).

Soit LA PERTE DU MEMBRE qu'on ampute d'urgence pour parer à l'infection générale déclanchée.

Soit enfin la GUÉRISON. Guérison relative avec perte de la fonction et ankylose dans l'attitude plus ou moins vicieuse où l'on aura laissé évoluer, puis se cicatriser la lésion.

Cette guérison ne s'obtient en général pas avant trois ans chez l'enfant, cinq ans chez l'adulte.

Chez ce dernier d'ailleurs, la guérison véritable peut être considérée comme une éventualité rare. Très souvent, si on laisse évoluer spontanément l'affection, celle-ci persiste avec des alternatives d'aggravations, d'améliorations ou même de pseudo-guérisons, presque indéfiniment, jusqu'au jour où l'on se décide à une résection, laquelle devient de plus le traitement de choix de la tumeur blanche de l'adulte.

Quoiqu'il en soit, aux trois périodes précédentes, on doit donc en ajouter une quatrième de GUÉRISON.

On y verra peu à peu :

1° Les *fistules* se tarir ou les *abcès* non ouverts se résorber, ou ne plus se reproduire après ponction.

2° Puis les *fongosités* disparaissent, à leur tour.

3° Enfin disparaissent dans l'ordre suivant les symptômes qui marquèrent le début du mal.

a. L'*œdème* periarticulaire.

b. L'*hyperthermie* locale.

c. Enfin l'*adénopathie*.

Que le genou déplâtré soit — au soir des premiers jours de marche — INDOLORE : cela n'a pas très grande valeur. Qu'il reste SEC et FROID, voilà qui importe davantage. Mais combien ces symptômes certifient mieux la guérison, si dans l'aine TOUTE ADÉNOPATHIE A DISPARU.

Telle est l'histoire habituelle de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. Elle est à peu de choses près toujours la même, et l'on ne saurait lui décrire diverses formes cliniques. Une seule pourtant, d'ailleurs très rare, est assez différente de la forme que nous avons décrite pour mériter une description à part. C'est la forme dite HYPEROSTOSANTE.

Elle est caractérisée :

Anatomiquement par la prédominance des lésions osseuses sur les condyles fémoraux et le caractère plus plastique que fongueux de l'arthrite sous-jacente.

Cliniquement par :

1° De gros condyles saillants, surtout l'interne — saillants et douloureux — très douloureux, même avant qu'on y touche.

2° Une articulation très raide, mais peu gonflée, au niveau de laquelle on ne constate pas de fongosités, jamais d'abcès, et par conséquent pas de fistules. Bref une articulation sèche et fermée.

3° Par contre, une attitude vicieuse assez marquée avec prédominance du genu valgum.

4° Enfin une évolution extrêmement longue vers l'ankylose et la guérison.

(1) L'aboutissant de cette troisième période.

Diagnostic de la tumeur blanche du genou.

Diagnostic positif. — Le diagnostic positif se base sur l'examen clinique aidé de l'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE.

Dans la forme hydarthrose, la radiographie ne donne aucun renseignement. Tout au plus montre t-elle parfois un peu de décalcification.

Dans la tumeur blanche proprement dite, elle donne des renseignements précieux, mais qui ne sont malheureusement pas très précoces.

A LA PÉRIODE DE DÉBUT. — Elle montre seulement en effet :

1° Un très léger *élargissement de l'interligne*, traduction du gonflement des cartilages.

2° Un peu de *décalcification* diaphysaire.

A LA PÉRIODE D'ÉTAT. — 1° L'interligne est au contraire *diminué*. Il faut étudier ce pincement articulaire sur radiographie de face et de profil. On voit alors qu'il n'est pas uniforme. Il est plus prononcé en arrière et en dehors. Il s'accentue de plus en plus au cours d'examens successifs, au fur et à mesure que progresse en effet la destruction des cartilages qu'il traduit. A son degré maximum, l'interligne disparaît : les deux épiphyses en contact confondent leurs ombres.

2° *Les épiphyses sont agrandies transversalement.* — Cet élargissement surtout net au niveau de l'épiphyse fémorale est moindre qu'on ne le supposait cliniquement, car la radio supprime dans cet élargissement la part qui revient à l'œdème dur périosté, en effet transparent.

3° *Leur hauteur est augmentée.* — Chez l'enfant, cette augmentation est appréciable même si elle est légère, de sorte qu'elle peut constituer un signe relativement précoce. Il suffit de mesurer en effet, la distance qui sépare les deux cartilages, conjugal et articulaire et de la comparer à celle du côté sain.

Chez l'adulte, elle n'est appréciable que si elle est très marquée, puisque le cartilage conjugal n'existe plus.

En tout cas, elle n'est pas uniforme, elle est plus marquée au niveau du condyle interne, et sur l'épreuve de profil plus accentuée en avant qu'en arrière.

4° Plus tard, en arrière, il y a même diminution de hauteur, ce qui traduit l'*ulcération compressive.*

A LA PÉRIODE DE COMPLICATIONS. — La radiographie intervient alors non pas tant pour confirmer un diagnostic qui le plus souvent est déjà fait, que pour préciser une *attitude vicieuse* dont l'œdème périarticulaire peut masquer le type et le degré.

Elle ne peut déceler un *abcès* en voie de formation, mais elle peut en cas de fistulisation de celui-ci indiquer si la persistance de la suppuration est due à de l'*ostéomyélite secondaire* (grosse hyperostose foncée, diffuse, irrégulière) ou à un *séquestre*. Généralement alors, il s'agit d'un séquestre de l'extrémité supérieure du tibia ; on voit alors sous forme d'une tache claire une cavité et, dans cette cavité, une petite tache sombre, plus ou moins irrégulière et isolée : le séquestre.

Mais à part ce cas assez spécial et relativement rare, la radiographie ne montre en général à aucune période le *foyer osseux* lui-même.

A LA PÉRIODE DE GUÉRISON enfin, la radiographie peut être utile :

1° Pour confirmer l'*amélioration des lésions* (diminution du flou ostéo-articulaire).

2° Elle peut faire prévoir s'il y aura ou non *ankylose* osseuse. S'il persiste en effet un interligne transparent si mince qu'il soit, on peut espérer encore qu'elle ne se produira pas. Elle est fatale au contraire, si l'interligne a disparu.

Diagnostic différentiel. — I. Il s'agit d'éliminer tout d'abord une LÉSION TRAUMATIQUE, c'est-à-dire :

A. En face d'une lésion jeune.

1° Un *reliquat d'entorse* ou de *contusion*.

2° Une *affection hystero-traumatique* avec contractures et douleurs; on noterait alors le contraste qu'il y a entre des signes fonctionnels très accusés et des signes physiques à peu près inexistants.

B. En face d'une lésion sèche, en voie de cicatrisation.

3° Une *fracture ancienne*, d'un condyle fémoral ou tibial.

Plus délicat est parfois le diagnostic avec :

4° L'*arthrite hémophilique*. — Des poussées d'hémarthrose successives peuvent à la longue entraîner une véritable arthrite chronique avec épaississement de la synoviale, raideur musculaire, atrophie du quadriceps. Mais dans ces cas d'ailleurs, *très rares*, il y a outre les commémoratifs de ces hémarthroses répétées à la suite de traumas insignifiants, des symptômes, des antécédents d'hémophilie.

II. Il s'agit d'éliminer une LÉSION AIGUË, ce qui est facile dans la plupart des cas, puisqu'aussi bien c'est d'une façon insidieuse et lente, sans température ni phénomènes aigus locaux que s'est constituée la lésion. Mais il existe :

1° Des tumeurs blanches *qui, au cours de leur évolution, présentent des poussées aiguës*.

Exemple : ces pyoarthroses douloureuses et fébriles résultant de la trépanation soudaine dans la jointure d'un foyer osseux sous-jacent.

2° Des tumeurs blanches fistuleuses *infectées secondairement*.

Mais outre que le caractère inflammatoire et infectieux de ces troubles n'est à une analyse attentive jamais aussi prononcé que celui d'une lésion aiguë véritable, des troubles chroniques précédaient depuis plus ou moins longtemps, la phase aiguë. Il en reste des traces évidentes que ne saurait masquer leur allure inflammatoire momentanée.

3° On a signalé pourtant des cas *où d'emblée* sans trouble chronique préalable, la tuberculose du genou prenait le masque d'une arthrite suppurée aiguë.

Il serait facile d'éliminer alors :

Une *arthrite infectieuse :* elle serait survenue au cours ou au décours d'une infection générale (fièvre typhoïde, fièvre éruptive, état pyohémique, infection puerpérale, etc.).

L'*arthrite suppurée compliquant une ostéomyélite aiguë*, car, avant que les phénomènes articulaires ne se fussent déclanchés, il y aurait eu du côté du bulbe fémoral inférieur ou de l'extrémité supérieure de la jambe des phénomènes phlegmoneux intenses avec état général grave.

Il s'agit ici d'une arthrite suppurée survenant brusquement, en pleine santé générale d'une part, et d'autre part, sans trouble local chronique ou aigu préalable. Le diagnostic ne se pose vraiment qu'avec deux affections :

l'*arthrite à pneumocoques*, surtout chez l'enfant.

l'*arthrite suppurée blennorragique*, surtout chez l'adulte.

Dans le premier cas, l'examen du pus retiré par ponction est toujours positif.

Dans le deuxième cas, le diagnostic immédiat est parfois plus malaisé. La constatation de gonocoques n'est pas la règle, la mise en culture peut ne donner aucun résultat, la recherche d'une lésion blennorragique en activité rester incertaine. De sorte qu'il ne faut pas se hâter devant l'absence de tout signe positif de blennorragie articulaire de dire : tuberculose. C'est l'évolution si différente, si rapidement différente dans les deux cas qui reste le meilleur signe différentiel, et si des doutes persistent, l'inoculation du pus au cobaye, bien entendu.

Plus fréquemment ce n'est pas avec une lésion aiguë en activité, que le diagnostic se pose, mais avec le RELIQUAT D'UNE LÉSION AIGUE, d'une ostéomyélite par exemple, non encore éteinte ou rallumée, devant tel ou tel genou fistuleux plus ou moins refroidi, plus ou moins immobilisé en flexion. Mais :

1° la notion ou *début aigu* et des accidents graves qui l'ont marqué et qui nécessitèrent une intervention d'urgence dont le genou porte encore la trace.

2° l'*épaississement du bulbe* remontant en fuseau irrégulier plus ou moins haut vers la partie moyenne de la diaphyse.

3° la *localisation à une des extrémités* osseuses, de phénomènes qui dans la tuberculose atteignent, les deux,

suffisent en général à trahir l'ostéomyélite même avant que l'absence de fongosités, d'adénopathie et d'attitudes vicieuses vraies, c'est-à-dire de subluxation, ne viennent écarter la possibilité de tumeur blanche.

III. Une fois qu'on a établi qu'il ne s'agit ni d'une lésion traumatique, ni d'une lésion aiguë, il s'agit d'éliminer maintenant, parmi les AFFECTIONS CHRONIQUES du genou, les LÉSIONS NON INFLAMMATOIRES :

1° Le *rhumatisme chronique* qui laisse le genou mobile et s'accompagne de craquements articulaires.

2° Les *arthropathies nerveuses* notamment tabétiques, qui donnent des genoux énormes, ballants, disloqués, d'une indolence paradoxale.

3° L'*arthrite goutteuse* avec ses tophi.

4° Et enfin les *néoplasies*.

Parmi celles-ci les *tumeurs bénignes* (lipomes, chondromes, etc.), peuvent être écartées d'emblée de par leur caractère de tumeurs isolées, circonscrites, laissant la jointure libre.

Il en est de même de l'*ostéosarcome diaphysaire ou bulbaire* qui forme une tumeur plus ou moins diffuse, mais siégeant nettement au-dessus ou au-dessous d'une articulation sèche et mobile.

Plus difficile est parfois le diagnostic avec l'*ostéosarcome épiphysaire*. Sans doute qu'il se distingue en général de la tumeur blanche :

1° Par ce fait qu'il laisse les mouvements de l'articulation relativement libres.

2° Qu'il forme une tumeur aux dépens d'*une seule* des extrémités articulaires et que, de ce fait, la tuméfaction du genou est maxima au-dessus ou au-dessous de l'interligne, et non au niveau de celui-ci.

Mais il est des cas, rares, il est vrai, où la jointure est envahie par le néoplasme. C'est le genou lui-même qui se tuméfie. Il est enraidi, on y sent des fongosités et la fongosité néoplasique ressemble fort à la fongosité bacillaire. Si bien que c'est le diagnostic de tumeur blanche qui semble s'imposer, étant donnée la fréquence infiniment plus grande de celle-ci.

Pourtant, on notera que cette « tumeur blanche » :

1° Est bien douloureuse.

2° Que ces douleurs, ni le repos, ni même l'*immobilisation* ne les calment.

3° Que le mal a évolué avec une rapidité bien grande sans ces arrêts, ces périodes d'attente si communes dans l'évolution ordinaire des bacilloses locales.

Tous ces éléments un peu anormaux joints à

4° La replétion rapide du creux poplité.

5° L'absence d'adénopathie.

6° La chaleur très grande de la région qu'envahit.

7° Une circulation collatérale intense,

peuvent, avant qu'on ne sente la crépitation parcheminée et les battements isochromes au pouls pathognomoniques, faire faire un diagnostic que la radiographie confirmera en montrant la *tumeur* elle-même, c'est-à-dire la clarté d'une épiphyse partiellement détruite s'opposant à l'intégrité de celle qui est en face.

IV. Quand on a établi qu'il s'agissait d'une LÉSION OSTÉO-ARTICULAIRE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE, d'une lésion froide, le diagnostic se limite entre :

Syphilis,
Tuberculose,
Mycose.

Théoriquement, la *syphilis* du genou héréditaire ou acquise se distingue de la tumeur blanche par bien des signes :

1° Absence de limitation des mouvements;

2° Caractères de l'*élément osseux* de l'ostéo-arthrite : l'hypertrophie n'est pas seulement épiphysaire, elle s'étend plus ou moins loin vers la diaphyse;

3° Caractères de l'*élément synovial*, qui consiste en une infiltration dure, fibreuse, uniforme, bien différente de la tuméfaction alternativement ferme et pseudo-fluctuante de l'arthrite fongueuse;

4° L'absence d'attitude vicieuse;

5° La rareté de la suppuration, et quand celle-ci existe le caractère spécial des fistules; larges ulcérations taillées à pic, à fond bourgeonnant;

6° L'absence d'atrophie musculaire;

7° Et surtout d'adénopathie.

Mais *pratiquement*, il n'en est pas toujours ainsi et, à peu de chose près, l'aspect clinique peut être le même dans les deux cas. Mais si on ne peut trouver toujours *dans la lésion* même des signes certains de syphilis, on peut en trouver *en dehors d'elle*. Et systématiquement devant toute tumeur blanche qui n'a pas fait ses preuves, on devra rechercher les stigmates de syphilis héréditaire chez l'enfant (dent d'Hutchinson, ulcération de la dent de six ans, fuseau tibial), les cicatrices de lésions plus ou moins anciennes chez l'adulte, et dans le doute faire faire un Wassermann, bien entendu.

Mais déjà la *radiographie* aura pu nous donner des renseignements précieux.

Ou bien en ne montrant rien, car c'est déjà un signe en faveur de la syphilis que dans une tumeur blanche datant de plus ou moins longtemps il n'y ait ni pincement de l'interligne, ni augmentation de hauteur de l'épiphyse fémorale, ni décalcification diaphysaire.

Ou bien en montrant les lésions anatomiques caractéristiques de la syphilis, à savoir :

D'une part, une hyperostose bulbo-diaphysaire, à la fois sous-périostée et centrale, plus ou moins foncée, et remontant plus ou moins haut, donnant à la diaphyse un aspect bien différent de la diaphyse *claire et étriquée* de la tuberculose.

D'autre part, une hyperostose épiphysaire diffuse, irrégulière, bosselée, ne ressemblant en rien à l'hypertrophie discrète et régulière de la tumeur blanche.

Enfin si malgré tout, persistent encore des doutes, ils seront vite levés par le *traitement d'épreuve* (surtout iodure et arséno benzol) qui amène rapidement en six semaines, deux mois, une amélioration notable, inconnue même dans les meilleures formes de tuberculose.

La syphilis éliminée, la nature bacillaire d'une ostéo-arthrite froide est-elle évidente? Pratiquement oui. En réalité, non, peut-être, car il existe des *ostéo-arthrites mycosiques*. Leur histoire est encore mal connue, et c'est pour cela sans doute qu'elles sont infiniment rares. En tout cas, leur diagnostic avec une tumeur blanche est *cliniquement* impossible actuellement. Et c'est seulement *le laboratoire* :

A. Examen du pus qui s'écoule des fistules, ou mieux de celui retiré par ponction :

1° Constatations du parasite au microscope,

2° Culture,

3° Inoculations aux animaux ;

B. Intradermo-réaction ;

C. Agglutination spéciale,

qui peut trancher la question, ainsi que le *traitement d'épreuve* (Iodure à hautes doses) rapidement efficace.

V. La tuberculose reconnue certaine tout au moins cliniquement, un dernier diagnostic se pose enfin. C'est celui de la tumeur blanche avec les FOYERS TUBERCULEUX PARA-ARTICULAIRES.

Nous ne voulons pas parler ici des *hygromas* fongueux, poplité, prérotulien ou de la patte d'oie.

Encore moins d'une *adénite* poplitée ou d'une grosse *gomme* ramollie et fistuleuse d'une région voisine du genou, mais de *l'ostéite de la rotule* et de la *bulbo-epiphysite tibiale*.

Evidemment, la distinction semble au premier abord très facile. Il ne semble pas en effet qu'on puisse confondre avec une tumeur blanche telle grosse rotule fistuleuse ou non, saillante sur un genou sec et libre, ni tel gros spina ventosa de l'extrémité supérieure du tibia à tuméfaction sous-articulaire évidente, sous un genou qui a conservé tous ses mouvements. Mais ces deux lésions *peuvent se compliquer d'arthrite secondaire*, et c'est justement et seulement alors que le diagnostic se pose.

Si on a suivi le malade avant que la complication ne se produise, il sera facile de donner aux troubles articulaires leur vraie valeur, sinon le diagnostic peut rester hésitant. Pourtant, si on étudie attentivement la lésion, on trouvera que le trouble articulaire est d'une légèreté bien peu en rapport avec l'importance et l'ancienneté évidente de la lésion osseuse. Et surtout la radiographie montrera :

D'une part, l'intégrité de l'interligne et, de l'autre, ou bien un gros foyer rotulien, ou tout au moins une grosse rotule.

ou bien un spina ventosa tibial avec ou sans séquestre.

On conçoit l'importance d'un tel diagnostic, puisqu'en intervenant sur le foyer osseux, lésion primordiale et encore essentielle, on peut enrayer l'arthrite commençante.

Plus tard, quand celle-ci est définitivement constituée, c'est-à-dire quand il y a des fongosités cliniquement appréciables, le diagnostic évidemment ne se pose plus, puisqu'aussi bien l'ostéite est devenue..... une tumeur blanche, ne se distinguant des autres que par cette phase pré-articulaire plus ou moins longue que l'on pourra ou non reconstituer.

ÉPIDÉMIOLOGIE

LE DEUXIÈME CENTENAIRE DE LA GRANDE PESTE DE MARSEILLE 1720-1721 (1)

PROPHYLAXIE. — Sitôt le diagnostic établi, on prit les mesures suivantes :

1° Surveillance de l'immeuble contaminé par les agents de police qui laissaient entrer les habitants, mais n'autorisaient personne à sortir.

2° Transport des malades pesteux ou suspects de peste à l'hôpital Salvator dans les voitures spéciales du Bureau Municipal d'Hygiène qui étaient soigneusement désinfectées au retour. Leur isolement dans le pavillon des contagieux.

3° Transport de tous les contacts en voiture, escortés par des agents de police cyclistes et leur isolement dans les baraquements de Salvator.

4° Désinfection, désinsection, épuçage, bains, douches des malades, des contacts, désinfection du linge et vêtements à l'étuve avec du crésyl, de la poudre de pyrèthre, etc.

5° Injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum de l'Institut Pasteur, comme traitement préventif.

6° Emploi du même sérum en injections intraveineuses et sous-cutanées, à doses fortes et rapprochées dans les cas de peste confirmée.

7° Incendie par les sapeurs-pompiers de la ville avec toutes les précautions voulues du taudis contaminé de la rue Fauchier.

8° On pratiqua à des militaires, fils de malades en observation à Salvator, qui furent isolés et à soixante autres contacts, une première injection préventive de sérum anti-pesteux et cinq jours plus tard, une injection de vaccin anti-pesteux de l'Institut Pasteur qui donne une immunité de plusieurs mois, tandis que celle que procure le sérum n'est que de huit jours. Cette méthoée fut employée dans l'épidémie de 1920.

Au bout de cinq jours, ces contacts, ces isolés, sont rendus à la liberté, mais ils doivent, pendant une durée de temps égale, être attentifs au moindre malaise.

Ce vaccin anti-pesteux doit être particulièrement recommandé aux médecins, infirmiers, infirmières, désinfecteurs (3 sur 27 l'ont accepté) aux fossoyeurs, aux porteurs des pompes funèbres, aux agents de police surveillant les maisons infectées.

9° Ces mesures furent complétées par la dératisation, la destruction des puces et aussi des punaises dont le rôle propagateur est important, surtout par les vêtements.

10° La création d'un service de médecins de l'état-civil pour surveiller et constater les décès est indispensable, car plusieurs cas de peste surtout à

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 67, p. 1066, et n° 68, p. 1084.

forme septicémique et allure typhique ont dû passer inaperçus.

ÉPIDÉMIE DE PESTE A MARSEILLE EN 1920

Pendant l'été 1920, il y eut à Marseille une épidémie de peste bubonique bactériologiquement confirmée par les recherches de laboratoire du Dr A. Raybaud avec une mortalité d'un tiers environ. Elle commença le 4 juin 1920 par la jeune espagnole Isabelle Lopez et se termina au 31 août. A cette époque, nous avons envoyé, en qualité de médecin en chef des épidémies, d'inspecteur d'hygiène et de salubrité publiques et de délégué départemental un rapport sur cette épidémie à M. le Ministre de l'Hygiène qui nous honora d'une lettre de félicitations et de remerciements. Voici le résumé de nos observations et des mesures prophylactiques prises :

Début de l'épidémie (juin 1920).

Une jeune Espagnole, Isabelle Lopez, âgée de 15 ans, habitant l'enclos de la Villette, près des quais de la Joliette où accostent les vapeurs venant de l'Orient ou des pays contaminés par la peste, faisait la maraude et grapillait pour employer l'expression locale. Le 4 juin, elle s'alite avec une fièvre de 40 degrés, stupeur, délire, présentant à la face antéro-interne d'une cuisse une pustule violacée et à la base du triangle de Scarpa une tuméfaction douloureuse, un bubon pesteux.

Un frottis de sang et de sérosité montra des coccobacilles bi-polaires de Yersin ne prenant pas le Gram. Elle fut immédiatement envoyée à l'hôpital d'isolement, à Salvator, dans le pavillon spécial, et meurt rapidement.

Puis les cas se répandirent dans plusieurs quartiers en commençant par celui d'Arenc où restait cette jeune fille. On y observa 38 cas de peste avec 10 décès pendant la durée de l'épidémie.

Foyer pesteux de la rue Larrey (8 cas et 2 décès).

24 juin 1920. — Bertodo (Joseph), 52 ans, demeurant rue Larrey, 42, est atteint de peste bubonique et guérit. Une enfant âgée de 18 mois, fille d'un chiffonnier espagnol, habitant 46, rue Larrey, un dépôt de vieux chiffons et papiers contaminés de provenance suspecte meurt de la peste très rapidement.

25 juin. — Blaguero (Maro), 50 ans, 46, rue Larrey, guérit d'une peste bubonique, Fuster (Baptiste), 23 ans, 43, rue Larrey, en meurt.

26 juin. — Au numéro 44 de la rue Larrey, la famille Saragossa (père 50 ans, mère 45 ans, fille 14 ans) sont atteints de peste bubonique et guérissent.

Un voisin, Domanech (François), 22 ans, 46, rue Larrey, pesteux, guérit.

29 juin. — Chevalier (Charles), 39 ans, 26, rue Hoche, dans le périmètre de ce foyer, se rétablit d'une peste bubonique.

En résumé, en juin 1920, 10 cas de peste bubonique bactériologiquement confirmée, avec 3 décès. Le foyer d'infection de la rue Larrey avait donné 8 cas pesteux, avec 2 décès. C'était un dépôt de vieux chiffons que l'on fit brûler avec la bâtisse qui les renfermait, conformément à la décision de la Commission d'hygiène. C'était le moyen le plus rapide et le plus pratique de détruire ce foyer de peste.

Mois de juillet 1920 (33 cas de peste bubonique et 12 décès).

2 juillet. — Le onzième cas fut celui d'une jeune Italienne

Die Specifische Percutanbehandlung der Tuberkulose mit dem Petruschkyschen Tuberkulinliniment, par Felix Grohmann. — Berlin, Urban et Schwarzenberg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Prophylaxie des maladies transmissibles. Mesures de protection contre les maladies contagieuses, par H. Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, et le Dr M. F. Carrieu, chef de clinique, chef des travaux pratiques d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. de 254 pages. — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

La Croissance, par le Dr L. Dufestel, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris, In-18 gr. jésus de 300 p. avec 20 fig. dans le texte. (Encyclop. scient. Bibliot. de physiol.) — Prix : broché, 7 fr. 50; cart. toile, 8 fr. 50. — Paris, G. Doin.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Les services d'automobiles de correspondance P.-L.-M. de Montélimar à Vals-les-Bains et de Vals-les-Bains au lac d'Issarlès, qui devaient fonctionner jusqu'au 15 septembre prochain, seront, en raison de l'insuffisance des voyageurs, supprimés à partir du 1er septembre 1921.

— Le service automobile rapide de la route thermale d'Auvergne, comportant dans chaque sens un aller et retour quotidien de Vichy à La Bourboule, qui devait fonctionner jusqu'au 15 septembre, sera, en raison de l'insuffisance des voyageurs, supprimé à partir du 1er septembre 1921, mais les touristes pourront se rendre de Vichy à Châtel-Guyon, Royat, Saint-Nectaire, Le Mont-Dore et La Bourboule par le service automobile omnibus qui continuera à fonctionner dans les mêmes conditions que précédemment jusqu'au 15 septembre.

de 16 ans, nommée Napolitane (Vincente), habitant à proximité, 22, rue Fontaine-Saint-Lazare, elle guérit.

7 juillet. — Ferdinant (Rose), 53 ans, 22, impasse Larrey, et Chanal (Germain), 22 ans, demeurant au Grand-Pré, boulevard Fonscolombe, dans le quartier, meurent de peste bubonique. Audibert (Antoine), 48 ans, rue Villeneuve, 24, près de la gare Saint-Charles, contrôleur au P.-L.-M., que nous avons examiné à son domicile avec le Dr Arnaud, est atteint de peste bubonique dont l'origine reste imprécise. Il n'était pas allé dans le quartier contaminé, il a dû être infecté par les puces contaminées en faisant son service à la gare où son bureau n'était séparé que par des planches mal jointes d'une salle d'attente de dernière classe ayant pu abriter des personnes suspectes, en particulier des émigrés espagnols fréquentant la gare et y couchant souvent.

8 juillet. — Le jeune Cossou (Victor), âgé de 12 ans, maison L..., domaine Bonnefoy, quartier contaminé, que nous avons vu avec le Dr Arnaud, présentait avec des bubons inguinaux et cruraux, de l'agitation, du délire, des contractures et toute une série de symptômes méningés pouvant faire croire à une méningite pesteuse. Transporté comme les précédents au pavillon d'isolement de la ferme Salvator, il subit une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas de coccobacilles de Yersin. Il mourut de peste bubonique à forme méningée, plus fréquente chez les enfants et les adolescents.

10 juillet. — Décès par peste bubonique de Michel Nicolas, 38 ans, 1, traverse des Mèches.

12 juillet. — Gonzalès (José), 35 ans, 1, rue Mirès, guérit d'une peste bubonique.

14 juillet. — Blanchard, âgé de 39 ans, 35, rue Charras, croque-mort, meurt de peste. Son frère exerçant la même profession, rue des Grands-Carmes, 63, atteint de peste bubonique guérit.

15 juillet. — Granetto, 66 ans, porteur des pompes funèbres, 80, boulevard de Roux, pesteux, succombe également.

16 juillet. — Bizard (Louis), impasse Fonderie-Vieille, croque-mort, meurt de la peste; sa femme, 50 ans, en guérit, ainsi qu'une petite voisine, Honnorat, âgée de 6 ans. Joseph, 54 ans, et Louise Garino, 48 ans, 56, boulevard Aillaud, Casanova, 24 ans, 26, rue Méry, ont une peste bubonique suivie de guérison.

18 juillet. — Cassi, 9 ans, rue d'Isly, 30, fils d'un croque-mort qui resta bien portant, meurt de peste bubonique consécutive sans doute aux piqûres de puces pestiférées apportées par son père, à son domicile.

Du 10 au 18 juillet 1920, se produisent 5 cas de peste mortelle chez 4 porteurs des pompes funèbres et le fils de l'un d'eux, consécutifs, sans doute, à des piqûres de puces infectées provenant de cadavres de pestiférés dont le sang contenait, 16 heures avant la mort, de nombreux coccobacilles de Yersin.

19 juillet. — Un retour offensif de peste se produit au quartier d'Arenc, près des ports intérieurs de la Joliette : Di Palmo (Garino), 31 ans, 15, boulevard Fonscolombe, meurt de peste bubonique, et sa femme Louise, 28 ans, qui avait fui la contagion, fut retrouvée le 25 juillet avec un bubon pesteux suppuré : elle guérit.

21 juillet. — Un autre foyer pesteux est observé rue Mirès, 3, près de l'enclos de la Villette où le premier cas de la jeune fille Lopez était survenu. La famille Santiago est atteinte de peste : père 45 ans, fils 5 ans, femme 38 ans qui ne présente des signes certains que le 23 juillet. C'est ce foyer qui a infecté et d'où est partie la fillette Santiago (Thérèse), 17 ans, morte de peste bubonique au lavoir municipal des Martigues, le 31 juillet 1920, et dont les ganglions inguinaux contenaient de nombreux coccobacilles de Yersin avec cultures caractéristiques et inoculations positives aux souris blanches. A signaler le décès d'une autre fillette Santiago dont la mort fut attribuée à une pneumonie peut-être d'origine pesteuse.

22 juillet. — Un Sénégalais habitant le voisinage de l'enclos Milliard, porteur de gros ganglions inguinaux pesteux, fut trouvé sur la voie publique; on ramassa, rampe Saint-Maurice, une femme inconnue, habitant l'enclos Julien, grapilleuse, également pesteuse; ils succombèrent rapidement tous les deux de peste bactériologiquement confirmée.

23 juillet. — Une nouvelle poussée de peste bubonique est observée boulevard Fonscolombe, déjà contaminé, et atteint di Palme (Louise), 28 ans, Gonzalès (Manoel), 17 ans, Adeline, 12 ans, Gomez, 10 mois; la femme Fernande Santiago, 38 ans, 3, rue Mirès, tombe malade : tous ces cas de peste bubonique guérissent.

24 juillet. — Della Roca (Pierre), 50 ans, 46, chemin de Saint-Pierre, près du cimetière, meurt de peste bubonique; Parodi, 46 ans, traverse de la Douane, en guérit.

27 juillet. — Sartozo, née Fernandez, 1, rue Mirès, quartier d'Arenc, à la Villette, quartier infecté déjà, a une peste bubonique bactériologiquement confirmée, non mortelle. Ce n'est que le 18 août 1920 que le jeune Fernandez (François), 4 ans, habitant aussi 1, rue Mirès, c'est-à-dire 22 jours plus tard, a une peste bubonique avec coccobacilles de Yersin suivie de guérison.

28 juillet. — Les trois matelots Mangeot, Ollivier, Caubet, embarqués sur le paquebot *La Ville-de-Marseille* et venant d'Alger qui était contaminé, ont guéri d'une peste bubonique bactériologiquement confirmée, avec coccobacilles de Yersin très nets.

31 juillet. — Nous sommes allés aux Martigues constater le décès par peste bubonique ultérieuremenr confirmée par le laboratoire de la santé de la demoiselle Santiago (Thérèse), âgée de 17 ans, venant de Marseille, dans une roulotte et appartenant à la famille Santiago, rue Mirès, 1, qui le 21 juillet 1920 avait eu 3 cas de peste et 2 décès.

Août, 15 cas. — Le 2, Mme Pastorello, mère, est atteinte de peste, guérison. Elle demeurait au cours Belsunce au Bar américain.

Un dernier foyer épidémique, comprenant 9 cas de peste bactériologiquement confirmée, se déclare, impasse Lagarde, quartier Menpenti, à l'autre extrémité de Marseille, mais dans un endroit où habitent des Espagnols dont plusieurs s'occupent du commerce de vieux chiffons.

Une première poussée de 3 cas de peste se déclare et le Dr Raybaud, le dévoué bactériologiste, constate la présence de coccobacilles de Yersin dans les ganglions inguinaux des nommés :

7 août. — Martinez (Thérèse), 28 ans, guérison.

8 août. — Castro (Carmen), 30 ans, Castro (Jean), 5 ans, guérison.

A huit jours d'intervalle, arrive une seconde poussée de 6 nouveaux cas de peste. Ce sont :

16 août. — Buck (François), 48 ans, guérison; Tortorello, épouse Galiano, grand'mère, guérison; Galiano (Jean), petit-fils, 5 ans, décès; Wolfensperger (Michel), 67 ans, guérison; Wolfensperger (Antoine), fils, 35 ans, guérison.

18 août. — Fernandez (François), rue Mirès, 1, a une atteinte de peste bubonique vérifiée bactériologiquement; il guérit. Il se rattache au cas du 27 juillet sus-énoncé.

9 et 10 août. — Deux cas de peste confirmés chez les teinturiers, patron Bruno, 24, rue Clovis-Hugues; Larison, employé, rue de Madagascar. Guérison.

11 août. — Soldat C. O A., atteint de peste bubonique avec présence de coccobacilles de Yersin, meurt boulevard de Paris. Il travaillait dans un hangar de ravitaillement près les quais.

12 août. — On signale un cas de décès par n° 9 à l'hôpital de la Conception : Daniello, 59 ans.

31 août. — Roche (Louis), âgé de 55 ans, 40, rue Adolphe-Thiers, surveillant au môle 2 sur les quais, meurt de peste.

MARSEILLE

Récapitulatiou :

Mois de juin.......	10 cas de peste	bactériolog.	confirmés.
Mois de juillet.....	33 cas	—	—
Mois d'août........	15 cas	—	—
Total.....	58 cas		

ARRONDISSEMENT DE MARTIGUES

31 juillet 1920. — Un cas de peste avec décès, provenant de Marseille, et bactériologiquement confirmé.

Pendant l'été 1920 : 59 cas de peste + 3 = 62 cas; 20 décès + 2 = 22 décès.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Camus, Renaud (M.), Troisier, Vallery-Radot (Pasteur), Capette, Houdard, Monod, Lemeland.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Widal, professeur de clinique médicale, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1921-1922.

M. le docteur Papin est nommé, pour l'année scolaire 1921-1922, chef du laboratoire d'urologie expérimentale à la clinique des maladies des voies urinaires (Necker).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Réserve et territoriale.) — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de 2e classe Legrain, Chassevant, Fasquelle.

MM. les médecins-majors de 1re classe Frey, Giannetti.

M. le médecin-major de 2e classe Fillassier.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de 1re classe Chanteloube, Vedel, Ancel, Casse, Verger, Pelon, Billard.

MM. les médecins-majors de 2e classe Bert, Aragon, Rabbe, Gosselin, Beaumont, Lenchantin de Gubernatis, Winstel, Bickert dit Bigart, Cathala, Demirleau, Richard, Rieu, Roux, Bouvet, Wegbecher, Grandjean, Laignel-Lavastine, Real, Barnsby, Bougenault, Gibert.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Tissot, Fauquez, Baldet, Patry, Mazier, Milon, Perrody, Bouis.

M. le médecin aide-major de 2e classe Jacquemin.

PALMES ACADÉMIQUES. — M. le Dr Latour (du Puy) est nommé officier de l'Instruction publique.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le Dr Plantier.

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 22 août 1921, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie (*suite*) :

Médailles de bronze (délivrées après quinze années de soins gratuits). — 8e légion : MM. Feurtet (de la Machine), Frarier (de Charolles), Grillot (de Givry), Péguet (de Chauffailles), Blanchet (de Buxy), Simonet (de Givry), Gary (de Baugy), Duval (de Vierzon), Bramard (de Luzy), Biétrix (de Blanzy).

9e légion : MM. Chiron du Brossay (de Baugé), Chabert et Rouane (de Seiches), M. Poirier (de Durtal), Varangot (de Noyant), Gibotteau (de Cormery), Ralliou (de Prahecq), Clochard (de Mauzé), Perrault (de Neuil-sous-les-Aubiers), Audureau (de Jallais).

10e légion : MM. Panzani (de Beaumont), Coupu (de Lamballe), Roullin (de Louvigné-du-Désert), de la Rue (de Sainte-Mère-l'Eglise), Bauverger (de Fougères), Charpentier (de Guichen), Le Maignan de Kérangat (de Pleine-Fougères), Pigaux (de Montmartin-sur-Mer), Grasset (de Fougères), Duchêne (de Saint-Malo).

11e légion : MM. Guérin (de Saint-Jean-de-Monts), Libert (de l'Herbergement), Marciteau (des Herbiers), Cotonnec (d'Hennebont), Sauvage (de Quiberon), Lemaire (de Saint-Mars-la-Jaille), Le Meur (de Ploudalmézeau).

12e légion : MM. Laroche (de Jarnac), Verdeaux (de Bugeat), Conte (de Ribérac), Barbancey (de Montpont), Bussière (de Châtelus-Malvaleix), Houselot (de Gouzon), Nicolas (de Saint-Laurent-sur-Gorre).

13e légion : MM. Barrès (de Blesle), Hermabessière (de Saint-Flour), Besserve (de Pont-du-Château), Vigier (de Trizac), Rechapt (de Menat), Brunat (de Commentry), Miodet (de Saint-Dier), Paon (de Combronde), Dumas (de Thiers), Levadoux (de Châtel-Guyon), Tardif (de Combronde), Guillaumont (de Courpière), Fradier (de Chantelle).

14e légion : MM. Daclin et Giraud (de Vinay), Gerin (de Rives), Long (de Nyons), Peytard (de Corps), Bruny (de Champier), Degaud (de Saint-Rambert-d'Albon).

15e légion : MM. Cat (de Marignane), Manahiloff (de Bonnieux), Bompard (de Port-de-Bouc), Hancy (de Marseille), Barral (de Vaison), Estachy (de Cavaillon), Goubert (de Salindres), Arnoux (de Marseille), Cadet (de Tournon), Fabre (de Roquemaure).

15e légion *bis* : MM. Gauzy et Perrenat (de Solliès-Pont), Girard (de Collobrières), Davéo (de Saorge), Bertet (de Gillette).

16e légion : MM. de Moncan (de Rodez), Gaillard (de Marvejols), Cochy de Moncan (de Saint-Sernin-sur-Rance), Babeau (de Saint-Chinian), Monfrin (de Decazeville), Andrieu (d'Asprières), Azaïs (de Saint-Pons), Cros (de la Salvetat).

16e légion *bis* : MM. Argelliès (de Perpignan), Crambes (de Puilaurens).

17e légion : MM. Vernet (de Cajare), Ayroles (de Bretennoux), Malbec (de Cahors), Gilbert (de Lauzerte), Utéza (de Mijanès), Linon (de Caylus), Cambornac (de Salviac).

18e légion : MM. Dufour (de Saint-Christoly-de-Bleye), Drivet (de Cadillac), Prautois (de Bordeaux), Bézos (de Brocas), Maupomé (de Montégut), Charrier (de Mirambeau), Dotezac (d'Espelette).

19e légion : MM. Cambillet (de Malakoff), Arnaud (de la Calle), Fournier (de Canrobert), Bonfils (d'Akbou).

20e légion : MM. Szozypiorski (de Mont-Saint-Martin), Vaté (de Pont-à-Mousson), Curie (de Marcilly-le-Hayer), Noisette (de Jœuf), Arnould (de Saulnes).

21e légion : MM. Grosjean (de Mirecourt), Kiener (de Thaon), Sommelet (d'Arc-en-Barrois), Voirin (de Vittel), Grosjean (de Gérardmer).

Détachement de la Réunion : MM. Manès (de Saint-Denis), Icard (de Saint-Benoit).

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Laurent (de Noisy-le-Sec), Sahannat (de Boissy-Saint-Léger), Larger (de Maisons-Laffite), Pédebidou (du Pré-Saint-Gervais).

1re légion : MM. Vallé (d'Anzin), Pontier (de Lumbres), Bruneau (de Houdain), Quiret (d'Iwuy).

2e légion : MM. Maillard (de Froissy), Couderc (de Mouy), Cache (de Sacy-le-Grand), Niévaski (de Breteuil), Bonte (de Picquigny).

3e légion : MM. Fontaine (de Saint-Sever), Bréhier (de Honfleur), Thuillié (de Berthenonville), Trolley (de Condé-sur-Noireau), Lecerf (d'Ivry-la-Bataille), Fleury (d'Harfleur), Lefillâtre (de Troarn), Wagner (de Lieurey), Morand (de la Neuve-Lyre), Napiéralski (de Pont-Audemer).

4e légion : M. Bézier (de Vaiges).

5e légion : M. François (de Vézelay).

6e légion : M. Etienne (de Renwez).

7e légion : MM. Bouvier (de Belfort), Dumont (de Quingey), Jeanpierre (de Marnay), Brugirard (de Montbozon), Picard (de Morteau).

MARINE. — Par décret, en date du 26 août 1921, M. le médecin général de 2e classe Geay de Couvalette a été placé dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine, pour compter du 26 septembre 1921.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. Benoist, préfet de l'Ain, est nommé directeur de la santé publique et de l'hygiène sociale, au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en remplacement de M. Desmars, appelé, sur sa demande, à d'autres fonctions.

ÉCOLE DES ARTS ET MÉTIERS DE PARIS. — Par arrêté en date du 31 août 1921, M. le Dr Reinhold (Maurice) est nommé médecin de l'Ecole des arts et métiers de Paris.

— Par arrêté en date du 31 août 1921, M. le Dr Sauvineau (Charles) est nommé dentiste de l'Ecole des arts et métiers de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des docteurs Ernest Dupré, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, subitement décédé à Deauville, dans sa cinquante-neuvième année; D'Hotel (d'Omont) et Paul Williot (de Valenciennes).

RENSEIGNEMENTS

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL
NON-RÉTROACTIVITÉ DU TARIF NOUVEAU RÉSULTANT DE L'ARRÊTÉ DU 8 JUILLET 1920

Un jugement du juge de paix de Saint-Etienne, en date du 10 décembre 1920, a décidé que le tarif des honoraires dus pour soins médicaux donnés à des ouvriers victimes d'accidents du travail, tel qu'il résulte de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, n'a pas d'effet rétroactif et ne saurait par conséquent s'appliquer à des honoraires réclamés pour soins fournis avant cette date.

Dans l'espèce qui était examinée par le juge, des honoraires étaient réclamés pour soins donnés à des ouvriers de la Compagnie des mines de la Loire, victimes d'accidents du travail dans divers puits desdites mines, survenus antérieurement à l'arrêté du 8 juillet 1920. Ils étaient calculés conformément au tarif résultant de ce dernier.

La Compagnie débitrice opposait que les seuls honoraires, dus par elle, résultaient uniquement du tarif du 30 septembre 1905, « pour la raison que le tarif du 8 juillet 1920, en vertu duquel la demande était formée pour partie ne pouvait avoir d'effet rétroactif et régir les honoraires pour soins fournis antérieurement à cette date, et qu'en outre la sentence arbitrale du 29 juillet 1919, aussi antérieure au tarif du 8 juillet 1920, ne pouvait pour le même motif majorer les honoraires fixés par un arrêté en date du 8 juillet 1920. »

La sentence arbitrale dont il est question avait été rendue par M. Bienvenu Martin, ancien ministre du travail, dans un différend survenu entre la réunion des Assureurs de France, d'une part, et l'Union des syndicats médicaux de France, d'autre part.

Le juge de paix donna raison à la Compagnie des mines de la Loire, en disant :

« Attendu qu'il est de toute évidence que ni le tarif du 8 juillet 1920, ni la sentence arbitrale du 29 juillet 1919, ne peuvent servir de base à la demande d'honoraires qui nous est soumise;

Attendu que décider le contraire serait en contradiction flagrante avec le principe de la non-rétroactivité des lois et décrets;

Attendu, d'autre part, que la sentence arbitrale invoquée est un jugement d'une nature spéciale, mais un jugement qui bénéficie de la chose jugée aux conditions prévues à l'article 851 du Code Civil;

Attendu que cette sentence est intervenue entre la réunion des Assureurs de France, d'une part, c'est-à-dire la Compagnie d'assurances-accidents de France, et l'Union des syndicats de médecins, d'autre part;

Attendu que la Compagnie des mines de la Loire, qui est en matière d'accidents du travail son propre assureur, n'a pas été partie à l'instance ayant fait l'objet de la sentence arbitrale invoquée, et que cette décision ne lui est par conséquent pas opposable en tout état de cause, conformément à la maxime du droit romain : *Res inter alios judicata aliis neque nocere neque prodesse potest ;*

Attendu qu'il en résulte qu'il échet d'accueillir les moyens accueillis par la Compagnie défenderesse... »

Cette décision sur la non-rétroactivité des tarifs nouveaux est conforme à la jurisprudence (voir notamment Cour de Paris, 21 avril 1887, D. 88-2-227; Cass., 13 février 1899, D. 99-1-579).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE LÉGALE = HYGIÈNE = THÉRAPEUTIQUE

Par MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS.

I. — MÉDECINE LÉGALE

Mort subite et dégénérescence tuberculeuse des capsules surrénales. (CIREYX et RAGOT. *Réunion biologique de Bordeaux*, janv. 1921.) — Les auteurs rapportent deux observations de mort subite en dehors de toute cause apparente. L'autopsie montra que, chez ces deux individus, la mort était due à une tuberculose caséeuse des capsules surrénales.

Cf. — La mort subite chez les cardiaques. (R. LUTEMBACHER. *Presse méd.*, 1921, n° 21).

La mort subite au cours de l'anesthésie. Responsabilité médicale. Mort subite au cours de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. (COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS. *Acad. de méd.*, 15 mars 1921; P. DUPRET. *Th. de Paris*, juin 1921.)

Intoxications. Empoisonnements.

Intoxication par le sublimé. (MOURIQUAND, FLORENCE et MAZEL. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1er fév. 1921.) — Les auteurs ont observé une malade qui succomba, au bout de neuf jours, après ingestion de 2 grammes de sublimé avec des phénomènes d'anurie et des symptômes frustes d'urémie. L'examen du sang montra une teneur en urée supérieure à 12 grammes.

Dans une autre observation d'intoxication par le sublimé, rapportée à la même Société par MM. Hugounenq, Cade, Florence et Morénas, le malade accusa 6g57 d'urée par litre sans présenter pour cela de symptômes cliniques d'urémie.

Tous ces auteurs en concluent que l'urée n'est que peu toxique et que ce sont les autres corps azotés encore mal connus qui sont responsables des intoxications.

Intoxication par les vapeurs de tétrachlorure de carbone. (HEISCH. *Carnet méd. français*, avril 1921.) — Ce produit, employé pour le dégraissage des cheveux et comme parasiticide, provoque de la pâleur, des vertiges, quelquefois même des syncopes et un goût spécial dans la bouche. Traitement : aération, boissons chaudes alcoolisées.

Cf. — Intoxication par les silicates alcalins. (H. EICHHORST. *Schweiz. med. Woch.* (Bâle), 25 nov. 1920. Analyse *Presse méd.*, 1921, n° 7.)

Intoxication par le gaz d'éclairage suivie de gangrène sèche et de phlegmatia alba dolens. (M. LAIGNEL-LAVASTINE et ALAJOUANINE. *Soc. méd. des hôpit.*, 8 avril 1921.) — Les auteurs rapportent l'histoire d'un malade gravement intoxiqué qui, malgré un coma profond et prolongé, guérit par oxygénation intensive. Peu après le coma apparurent des phlyctènes à la plante des pieds, puis des phénomènes de gangrène sèche d'un côté et de phlegmatia alba dolens de l'autre. Les auteurs attribuent ces accidents à l'insuffisance hépatique.

Intoxication par le gaz d'éclairage. (BOUCHUT, BERTOIN et CONTAMIN. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 7 juin 1921.) — Les auteurs rapportent un cas d'intoxication grave avec coma, contracture, incontinence des sphincters, température à 40°5. Pas d'amélioration par le traitement classique (saignées, oxygène, sérum).

Transfusion de 250 centimètres cubes de sang citraté.

Dès le lendemain, véritable résurrection, disparition du coma ; guérison complète au bout de quatre jours.

Intoxication par l'arsenic. (CAZENEUVE. *Acad. de méd.*, 7 mai 1921.) — L'auteur signale plusieurs cas d'intoxication mortelle par l'arsenic dans les milieux viticoles.

Une citerne fut souillée accidentellement au cours des vendanges par de l'arseniate de soude contenu dans un produit spécial vendu sous le nom d'asypyrane. Il y eut quinze morts.

Intoxication mortelle par le luminal. Résultat négatif des recherches toxicologiques. (CHAVIGNY et RUHLMANN. *Soc. de méd. légale*, mai 1921.) — Un individu atteint de troubles mentaux absorbe 6 grammes de luminal. Mort dans le coma. Aucune lésion à l'autopsie. Aucun résultat de l'expertise chimique.

Intoxication par le thé. (Allen STAR. *Med. Record*, 1921, n° 12.) — On ne pense pas assez, en présence de troubles nerveux ou dyspeptiques, à l'influence du thé, boisson de plus en plus répandue. Les intoxications aiguës sont rares. Cependant, Spillmann (de Nancy) en a rapporté un cas : une femme ayant, par erreur, fait infuser 300 grammes de thé dans 300 grammes d'eau, fut atteinte au bout d'un quart d'heure, de tremblements avec mouvements convulsifs, céphalée, pouls faible et rapide, puis ralenti. Vomissements. Guérison au bout de 24 heures.

C'est donc l'appareil cardio-vasculaire qui est le plus rapidement touché. L'observation de Mackensie confirme cette opinion : un convalescent de grippe avait des extrasystoles chaque fois qu'il absorbait du thé.

A côté de ces accidents aigus, Allen Star cite des intoxications lentes, en particulier chez des joueurs de football absorbant régulièrement 100 grammes de thé par jour : insomnies, tremblements, réflexes exagérés.

L'auteur rapporte, enfin, des observations d'intoxication chronique caractérisée par du tremblement, des palpitations, des vertiges qui cessent dès qu'on supprime le toxique.

Empoisonnement par les champignons. (AZOULAY. *Acad. de méd.*, 15 mars 1921.) — L'auteur demande que l'on procède d'une façon officielle à la vérification des champignons vendus frais ou desséchés; cette vérification pourrait être faite par les marchands eux-mêmes après instructions pratiques spéciales et délivrance d'un certificat.

Ce système, d'après l'auteur, réduirait le nombre des empoisonnements et favoriserait la culture du champignon.

Empoisonnement alimentaire collectif après ingestion de pain. (W. SILBERSCHMIDT. *Schweiz. med. Woch.*, 6 janv. 1921.) — Les malades présentèrent des vomissements, de la diarrhée, des coliques, et, le lendemain, du gonflement et de la rougeur de la face. La guérison survint en quatre à cinq jours. L'enquête montra que 90 p. 100 des individus qui avaient consommé le pain provenant de la même boulangerie avaient été atteints. Des expériences sur les animaux reproduisirent les mêmes symptômes, soit avec une macération du pain dans l'eau, soit après passage à l'étuve à 120 degrés pendant une demi-heure. Néanmoins, les recherches les plus complètes ne permirent pas de découvrir l'agent causal, et l'auteur pense qu'il faut incriminer un produit de décomposition des albumines ayant pris naissance pendant la fermentation.

II. — HYGIÈNE

Epidémiologie.

Influence des agents météorologiques sur la propagation des épidémies. (M. TRILLAT. *Acad. de méd.*, 26 avril 1921.) — Ce sont les poussières aqueuses beaucoup plus que les poussières sèches qui transportent les germes pathogènes. Les microbes de l'air conservent leur virulence et se multiplient sous l'influence des agents météorologiques tels que la température, la pression, la radio-activité, les mouvements

tourbillonnaires de l'air, l'humidité surtout. C'est pour cette raison que l'air expiré est particulièrement favorable à la dissémination des microbes. La météorologie peut donc permettre, en indiquant la constitution de l'air, de rendre de grands services dans la prévision des épidémies et de leur durée.

Encéphalite léthargique et contagion.

Plusieurs auteurs ont signalé des cas non douteux de contagion de l'encéphalite léthargique. A la *Soc. méd. des hôpit.*, 14 janv. 1921, MM. H. Claude et de Laulerie ont présenté deux cas d'encéphalite léthargique apparus dans le milieu hospitalier par contact avec des malades atteints de cette affection. Dans la même séance, M. J. Hallé a rapporté l'observation d'un nourrisson dont la mère était atteinte d'encéphalite léthargique et l'élevait au sein; il fut atteint et mourut. MM. Roger et Blanchard (de Marseille) rapportent également deux cas d'encéphalite léthargique survenus dans le milieu militaire par contagion.

Fièvre typhoïde.

Cf. — Vaccination préventive de la population civile. (Chauffard. *Acad. de méd.*, 18 janv. 1921.)

Fièvres typhoïdes d'origine ostréaire. (Courtois-Suffit et F. Bourgeois. *Acad. de méd.*, 22 fév. et 10 mai 1921.)

Les huîtres et la fièvre typhoïde. (H. Carrion. *Revue prat. de biol. appl.*, juin 1921, n° 6.)

Stérilisation de l'eau.

Le Dr Chevallier (*Th. de Toulouse*, 1920) conseille l'emploi du mélange suivant pour la stérilisation de l'eau potable en voyage.

Premier flacon :

Iode métal	10	grammes
Iodure de potassium	4	—
Alcool à 95 degrés	10	—

Deuxième flacon :

Hyposulfite de soude	2	—
Eau	20	—

On met V gouttes de la solution d'iode par litre d'eau. On agite, et une heure après on décolore avec V gouttes d'hyposulfite.

La désinfection des ustensiles de table. (Broquet. *Soc. de méd. publ. et de génie sanitaire.*) — Le lavage à l'eau chaude, la plonge telle qu'elle se pratique dans les restaurants est insuffisante à assurer la stérilisation de la vaisselle. Le rinçage au savon et aux alcalins n'est pas plus efficace; il y aurait donc lieu d'apprendre aux familles et aux commerçants que seule la désinfection par la chaleur ou la vapeur est capable de stériliser les ustensiles de table.

Lutte contre les rats.

MM. Loir et Legagneux (*Arch. méd.-chir. de Normandie*, 1920, nos 5 et 6) conseillent les procédés pratiques suivants pour la destruction des rats. *Procédé de l'éponge frite :* L'éponge, imprégnée de graisse et avalée par le rat, se distend et l'étouffe. — *Mélange de plâtre et de farine :* Plâtre, 6 parties; farine, 2 parties; sucre pulvérisé, 1 partie. On dispose ce mélange dans des récipients à côté desquels on place des récipients remplis d'eau; le rat mange et boit, et... meurt par coprostase. — *Gaz asphyxiants :* Verser dans un trou de rat quelques morceaux de carbure de calcium, fermer avec de la terre, arroser; l'eau, en arrivant au contact du carbure, dégage de l'acétylène toxique pour le rat.

Cf. — La lutte contre les rats, les insectes, les parasites par le gaz sulfureux sulfurique (appareil Clayton nouveau). (*Soc. de méd. publ. et de génie sanitaire*; *Presse méd.*, 1921, n° 36.)

La lutte contre les rats. Les poisons microbiens. (*Presse méd.*, 1921, n° 36.) — On utilise actuellement le *virus de Danysz* inoffensif pour l'homme et les animaux. C'est une culture de bacille typhi murium en bouillon peptoné et carbonaté active pendant un mois. On la verse sur du pain. Les rats qui y gouttent meurent en cinq à quinze jours. A l'étranger, on utilise des cultures analogues sur pain ou pomme de terre (Ratin à Copenhague), sur gélose (Liverpool virus) basées sur le même principe.

Cf. — Le rôle pathogène des rats et la dératisation. (Ed. Dujardin-Beaumetz. *Journ. méd. franç.*, 2 fév. 1921.)

Le rôle des mouches dans le transport des germes pathogènes. (G. Wollmann. *Acad. des sciences*, 31 janv. 1921.) — Il résulte des expériences de l'auteur que les germes pathogènes englobés par les larves ne passent pas à l'insecte parfait mais que celui-ci peut cependant se contaminer par les microbes adhérents à la pulpe.

D'autre part, les mouches contaminées ne sont infectantes que pendant quelques jours, et si elles restent éloignées du milieu de contamination elles se débarrassent mécaniquement des germes pathogènes.

III. — THÉRAPEUTIQUE

I. — LES MÉDICAMENTS ET LES MÉDICATIONS

Acide borique.

Deux cas d'anaphylaxie à l'acide borique dans le traitement de l'épilepsie. (Hartenberg. *Soc. de méd. de Paris*, 14 janv. 1921.) — Chez deux sujets épileptiques, l'absorption de 3 grammes d'acide borique par jour, d'abord bien supportée, a provoqué au bout de dix à douze jours une éruption. Arrêt du médicament. Deux à trois mois plus tard, on redonne 1 gramme : éruption généralisée, avec prurit intense, apparue en moins de deux heures après ingestion du médicament.

Accidents causés par les injections d'arsenobenzols.

Sicard et Paraf (*Soc. méd. des hôpit.*, 14 janv. 1921) conseillent, pour éviter les phénomènes colloïdoclasiques consécutifs à l'emploi des arsenicaux par voie endoveineuse ou sous-cutanée, de pratiquer au préalable une injection intraveineuse de carbonate de soude : 30 centimètres cubes de sérum physiologique renfermant 0,60 à 0,75 de carbonate de soude. On pousse l'injection, puis, l'aiguille restant en place, on injecte le sel arsenical.

Accoutumance aux antiseptiques.

Richet et Cardot (*Acad. des sciences*, 27 déc. 1920.) Les microbes s'accoutument rapidement aux antiseptiques; il est donc nécessaire, qu'il s'agisse de médicaments ou d'antiseptiques, d'alterner, dans le traitement des maladies, médicaments et médications, ce que les auteurs expriment par cette formule en apparence paradoxale. Quand une médication a réussi, il est bon de la remplacer par une autre.

Adrénaline.

De l'emploi heureux de l'adrénaline dans les états de mort apparente. (C. Walker. *Brit. med. Journ.*, 8 janv. 1921.) — L'auteur propose d'injecter I à II gouttes de solution d'adrénaline dans les cavités cardiaques dans les cas de mort apparente. Il utilise une aiguille très fine et ponctionne dans ce cinquième espace intercostal gauche, immédiatement en dedans de la zone de sonorité pulmonaire et en dirigeant la pointe de l'aiguille en haut et en dedans pour qu'elle pénètre dans la pointe du cœur. Sur vingt tentatives, l'auteur n'obtint qu'un seul succès chez un enfant qui avait eu une syncope chloroformique, et l'on peut se demander si le malade n'aurait pas survécu sans l'injection.

Baume tranquille.

Cf. — Notes d'histoire thérapeutique. (H. Leclerc. *Presse méd.*, 1921, n° 49.)

Cacodylate de soude.

Cf. — Le cacodylate de soude à hautes doses contre la syphilis et certaines dermatoses. (L. Cheinisse. Mouvement médical, *Presse méd.*, 1921, n° 3.)

Chlorure de potassium.

Blum et Lévy (*Soc. méd. des hôpit.*, 10 juin 1921) signalent l'action bienfaisante du chlorure de potassium dans les néphrites hydropigènes. Ce médicament, non toxique, agirait à la fois sur le rein, sur le cœur et les vaisseaux, sur le système nerveux.

Didial.

Hypnotiques et calmants : le diallylmalonylurale d'éthylmorphine ou didial. (A. Piétri. *Bull. méd.*, 1921, n° 18.) — C'est le médicament de choix des psychoses avec angoisse, anxiété et insomnie. Le didial, chez ces malades, répond à une double indication : il pousse au sommeil par son dérivé uréique, il aide à la disparition de l'angoisse par son composant éthylmorphinique. Il constitue le traitement de choix des mélancoliques, des maniaques aigus, des persécutés, etc.

C'est également un excellent médicament contre la douleur, qu'il s'agisse d'une névrite, d'un zona ou même d'un traumatisme.

Sirop diacode.

Cf. — Notes d'histoire thérapeutique. (H. Leclerc. *Presse méd.*, 1921, n° 36.)

Digitale.

Minet et Legrand (*Echo méd. du Nord*, 2 oct. 1920) conseillent l'emploi de la digitale à faibles doses (v à x gouttes de la solution de digitaline crist. au millième par jour) avec de courtes périodes de repos. Dans les cas où ces faibles doses échouent, les fortes doses ne donnent pas de meilleurs résultats, et il convient, d'après ces auteurs, de recourir à d'autres toni-cardiaques.

Diurétiques.

Cf. — La médication diurétique. (L. Cheinisse. Mouvement thérapeutique, *Presse méd.*, 1921, n° 13.)

Eau oxygénée.

L'eau oxygénée en thérapeutique gastrique. (M. Pron. *Journ. des prat.*, 22 janv. 1921.) — L'auteur emploie la potion suivante :

Eau oxygénée pure	20	grammes
Citrate de soude	1	—
Eau distillée .... Q. s. p.	300	—

Il prescrit une cuillerée à soupe de cette solution matin, midi et soir dans trois quarts de verre d'eau chaude ou d'infusion. Suppression presque immédiate des douleurs et des brûlures.

Laxatifs.

Cf. — La phytothérapie purgative. (Leclerc. *Presse méd.*, 1921, n° 7.)

Lipogyre.

Un antisyphilitique : le diiodobrassidate d'éthyle d'hydrargyre, composé iodo-mercuriel organique. (G. Laborderie. *Progrès méd.*, 1920, n° 50.) — Le lipogyre s'administre par ingestion (comprimés de 0,30). Médicament particulièrement efficace dans la syphilis tertiaire en raison de l'association mercure et iode. Le lipogyre n'a pas l'action stérilisante des arsenicaux, mais il est indiqué comme complément des cures arsenicales et chez les malades pour lesquels il existe des contre-indications pour le salvarsan. Il peut également être administré chez les femmes enceintes à partir du quatrième mois.

Manganèse.

Le manganèse en thérapeutique infantile. (M. Camescasse. *Soc. de thérap.*, 9 mars 1921) a obtenu de bons résultats (augmentation du poids et amélioration de l'état général) en donnant aux enfants malades 0,03 à 0,07 de peroxyde de manganèse par jour.

Mésothorium.

Contribution à l'étude de l'action thérapeutique du mésothorium, particulièrement dans les manifestations rhumatismales. (Mlle Th. Parès. *Th. de Paris*, 1921.) — L'auteur a utilisé des solutions de bromure de mésothorium en injections intramusculaires. Jamais de réaction locale ni générale.

Séries de 49 à 50 microgrammes par doses journalières progressivement croissantes de 1 à 5 microgrammes. Intervalles de huit à dix jours entre chaque série. *Résultats :* Amélioration évidente dans quatre cas de rhumatismes gonococciques et dans trois cas de rhumatismes chroniques rebelles à tout autre traitement. Action analgésiante dans les névralgies sciatiques.

Opium.

Nouveaux médicaments du groupe de l'opium. (Meidner. *Chimie et industrie*, p. 783.) — Les Allemands continuent à préparer de nombreuses spécialités à base d'opium, voici les dernières nées :

La *narcophine* ou *amnésine* : combinaison de méconate de morphine et de narcotine.

Le *laudanon*, mélange des divers alcaloïdes de l'opium ; de même composition sont le *néalpon*, *domopon*, *mécopon*, l'*holopon*, le *glycomécon*, le *pavon*.

L'*encodal* est un narcotique pur, moins toxique que la morphine, obtenu en partant de la thébaïne.

Permanganate d'argent.

Le permanganate d'argent dans le traitement des affections des voies urinaires. (M. Gallois. *Soc. de thérap.*, 9 mars 1921.) — L'auteur estime que, avec des solutions à 0,05 et 0,10, il obtient de meilleurs résultats qu'avec le permanganate de potasse dans les blennorragies aiguës ou chroniques.

Quinidine.

Cf. — La quinidine dans l'arythmie complète du cœur. (Mouvement thérapeutique, *Presse méd.*, 1921, n° 43.)

Salicylate de soude.

La tolérance chez l'enfant. (M. Lesné. *Soc. de thérap.*, 9 fév. 1921.) — Le salicylate de soude est parfaitement toléré chez l'enfant, surtout en lavements et même en injections intraveineuses. Jamais de bourdonnements d'oreilles ni de délire. L'élimination rénale des médicaments se fait mieux chez l'enfant que chez l'adulte.

Le salicylate de soude en injection intraveineuse. (R. Lutembacher. *Soc. de biol.*, 21 mai 1921.) — Pour éviter l'intolérance gastrique, l'auteur a administré le salicylate de soude en injection intraveineuse. Il faut employer un salicylate très pur, recristallisé. Solution au trentième. Après l'injection, qui détermine souvent une douleur passagère sur le trajet de la veine, il est prudent d'injecter encore 10 centimètres cubes de sérum physiologique pour éviter l'induration des parois veineuses. Diluer le taux de la solution si les veines sont de petit calibre. Bons résultats dans quatre cas.

Sérothérapie.

Dangers de la sérothérapie chez les sujets qui se nourrissent de viande de cheval. (M. Kopaczewski. *Acad. des sciences*, 6 juin 1921.) — L'auteur a observé plusieurs accidents graves à la suite d'une première injection de sérum antidiphtérique chez des enfants nourris presque exclusivement de viande de cheval. C'est là un fait bien connu, du reste, des médecins russes ayant soigné des Tartares (qui se nourrissent exclusivement de lait et de viande de cheval). Il faudra donc toujours s'assurer du régime alimentaire du malade. En cas d'accidents, on fera de l'éther, de l'huile camphrée. On a proposé, à titre préventif, les injections intraveineuses de carbonate de soude.

Strophantine et ouabaïne.

Cf. — La strophantine et l'ouabaïne. (L. Cheinisse. Mouvement thérapeutique, *Presse méd.*, 1921, n° 23.)


LE PLUS
PUISSANT
DES
ANTISEPTIQUES
SUPEROL
HENRY RENAN
NI TOXIQUE
NI CAUSTIQUE
Henry Renan
Pharmacien
Rue de Vaugirard PARIS (VI)
TELEPHONE FLEURUS 23-01


CURE DE
DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE
GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

Vaccinothérapie.

Cf. — La vaccinothérapie. Etat actuel de la question. (A. FOURCADE. *Carnet méd. franç.*, mai 1921.)

Que faut-il penser de la vaccinothérapie antipneumococcique. (L. CHEINISSE. Mouvement thérapeutique, *Presse méd.*, 1921, n° 19.)

II. — LES TRAITEMENTS

Acné.

Cf. — La vaccinothérapie et l'opothérapie dans le traitement de l'acné. (L. CHEINISSE. Mouvement thérapeutique, *Presse méd.*, 1921, n° 47.)

Angine de poitrine.

M. ARTAULT (de Vevey) (*Soc. de thérap.*, 9 fév. 1921) rapporte l'observation de deux malades atteints d'angine de poitrine chez lesquels les douleurs précordiales disparurent après un traitement héliothérapique et photothérapique très court.

Angine de Vincent.

MM. LEREBOULLET, P.-L. MARIE et BRIZARD (*Soc. de pédiat.*, 24 mai 1921) rapportent le cas d'un malade atteint d'angine de Vincent à allure nécrotique résistant aux applications locales de néosalvarsan qui guérit à la suite de trois injections intraveineuses du même produit. Ils conseillent cette technique dans toutes les formes graves à caractères nécrotiques et envahissants.

Affections broncho-pulmonaires.

Leur traitement par l'éther phosphorique de la créosote. (A.-E. DJISMEDJIAN. *Th. de Paris*, 1921.) — La créosote est irritante, toxique et difficilement maniable. L'éthérification de la créosote supprime ces inconvénients. Le phosphate de créosote est la meilleure combinaison créosotée; il est facile à manier et possède, en plus des indications de la créosote, les utiles effets de la médication phosphorique. Le tannophosphate de créosote sera préféré lorsqu'on emploiera le médicament non plus par injections mais par voie buccale.

Cf. — Les principes du traitement des pneumopathies aiguës. (Maurice RENAUD. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1921, n° 4).

Cœur.

Cf. — Les injections intraveineuses de solutions glycosées hypertoniques dans les maladies du cœur. (L. CHEINISSE. Mouvement médical, *Presse méd.*, 1921, n° 27.)

Constipation.

Lavements de bile glycérinée et constipation. (L. LEMOINE (de Lille). *Soc. de thérap.*, 11 mai 1921.) — L'auteur administre un lavement contenant une à deux cuillerées à soupe chez l'adulte, une cuillerée à café seulement chez les tout jeunes enfants à partir de deux à trois mois, d'un mélange de bile et de glycérine.

Il déclare avoir obtenu avec cette technique plusieurs succès.

Coqueluche.

Traitement de la coqueluche par l'adrénaline. (L. DUMONT (de Guéret). *Soc. de thérap.*, 13 avril 1921.) — *Technique :* II gouttes toutes les trois heures chez les enfants au-dessous de trois ans, III gouttes de trois à sept ans, IV gouttes de sept à quinze ans; V gouttes au-dessus de quinze ans à prendre après les quintes. Au bout de trois jours, si aucune amélioration n'est survenue, augmenter d'une goutte par jour. — *Résultats* : le plus souvent, guérison en deux à trois semaines.

Diabète.

Les régimes de grande restriction chez les diabétiques. (M. RATHERY. *Acad. de méd.*, 1er mars 1921.) — La cure de jeûne relatif était recommandée par Bouchardat chez les diabétiques obèses, gros mangeurs. Elle donne de bons résultats chez les diabétiques simples. La cure de jeûne absolu est inutile dans le diabète simple, par contre elle peut être utile dans le diabète consomptif. Associée à la purgation (régime de Guelpa), elle constitue une méthode délicate à manier et non sans danger. L'auteur en rapporte deux cas de mort.

Cf. — Traitement du diabète sans dénutrition azotée. (M. BITH. *L'Hôpital*, fév. 1921 A.)

Diarrhée des tuberculeux.

Action du chlorure de calcium sur la diarrhée et les vomissements. (RIST, AMEUILLE et RAVINA. *Soc. de biol.*, 7 mai 1921.) — Les auteurs emploient une solution concentrée à 50 p. 100 et injectent par voie intraveineuse 2 centimètres cubes de la solution, soit 1 gramme de chlorure de calcium. Les résultats sont presque toujours excellents dans la diarrhée et les vomissements des tuberculeux. Mais il est indispensable de ne pas injecter à côté de la veine, sinon il se forme une escarre très longue à guérir.

Diphtérie.

Prophylaxie de la diphtérie dans un pensionnat. (L. MARTIN et G. LOISEAU. *Bull. méd.*, 1921, n° 13.) — Les auteurs réussirent à éviter une épidémie par la recherche et l'isolement des porteurs sains. A cette mesure fut ajoutée la désinfection de la literie et des locaux pendant et après la maladie. Le point le plus difficile fut de débarrasser de leurs bacilles les porteurs sains. Les auteurs leur injectèrent du sérum à titre préventif et obtinrent de bons résultats en desséchant la muqueuse de la gorge avec de l'air chaud.

Epilepsie.

Le traitement des épileptiques par les médicaments nouveaux. (CROUZON et BOUTTIER. *La Médecine*, fév. 1921.) — Le tartrate borico-potassique s'emploie en solution à 20 p. 100 à la dose de 3 à 6 grammes. Si le malade est déjà soumis au traitement bromuré on substituera progressivement 1 gramme de tartrate borico-potassique à 1 gramme de bromure et on s'en tiendra à 3 grammes de tartrate borico-potassique par jour. Les résultats peuvent être faussés si on a affaire à un produit impur ou falsifié.

Le tétra-borate de soude, à la dose de 3 grammes par jour, a également donné de bons résultats, de même que le luminal ou mieux son homologue français le gardénal.

Encéphalite léthargique.

Cf. — Le traitement de l'encéphalite léthargique. (L. CHEINISSE. Mouvement médical, *Presse méd.*, 1921, n° 15.)

Estomac (ulcère).

Cf. — Traitement médical par la méthode de Sippy. (LŒWY. *Presse méd.*, 1921, n° 37.)

Gangrène pulmonaire.

La teinture d'ail dans deux cas de gangrène pulmonaire. (LŒPER, FORESTIER et HARVIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 6 mai 1921.) — En raison de son action antiseptique et de son élimination par les voies respiratoires, les auteurs ont donné chaque jour XX gouttes de teinture d'ail au 1/5 à deux malades atteints de gangrène pulmonaire. Une amélioration rapide s'est manifestée et les deux malades ont guéri.

Cf. — Traitement par les injections intrabronchiques massives. (G. GUISEZ. *Presse méd.*, 1921, n° 17.)

Hoquet.

Hoquet incoercible guéri par l'aspirine. (PIÉDALLU. *Soc. de thérap.*, 8 juin 1921.) — L'auteur, chez un pneumonique atteint de delirium tremens et de hoquet depuis cinq jours, a obtenu un succès immédiat avec l'aspirine.

Ictère.

Le régime carné dans l'ictère infectieux bénin. (S. Bonnamour et C. Texier. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 fév. 1921.) — Le régime lacto-végétarien est débilitant. La convalescence reste longue et traînante. Le malade s'amaigrit. Le régime carné (Josué et Chevallier) accélère notablement la convalescence. On donne chaque jour 25 grammes de viande de cheval ou de bœuf légèrement grillée, au repas de midi, le troisième jour après chute de la fièvre. On augmente de 25 grammes par jour jusqu'à concurrence de 100 grammes. L'ictérique qui mange de la viande est guéri avant la fin de son ictère (Chevallier). — *Indications et contre-indications :* Ce régime n'est possible que si l'estomac est tolérant et que s'il n'y a plus de fièvre. La fièvre et l'azotémie sont des contre-indications.

Lèpre.

Rapport sur une nouvelle méthode de traitement de la lèpre instituée par M. H.-E. Hollimann. — M. Jeanselme (*Acad. de méd.*, 29 mars 1921) résume les travaux de cet auteur qui utilise les éthers éthyliques extraits des huiles de Chaulmoogra. Les résultats seraient remarquables, et H.-E. Hollimann aurait guéri plus de 100 malades par ce traitement.

Leucoplasie.

Cf. — Traitement de la leucoplasie. (P. Ravaut. Répertoire de médecine pratique, *Presse méd.*, 1921, n° 49.)

Mélancolie.

Traitement de la dépression mélancolique par la strychnine à très hautes doses. (P. Hartenberg. *Progrès méd.*, 1921, n° 12.) — Sur 6 malades traités, l'auteur a obtenu 5 succès. La strychnine ne commence à agir, écrit-il, qu'à partir de la dose de 5 centigrammes par vingt-quatre heures, et il estime qu'on peut atteindre 7 à 8 centigrammes à condition d'employer des doses progressives et répétées. L'accoutumance est de 1/2 milligramme par prise et par vingt-quatre heures. On peut répéter les prises plusieurs fois par jour, l'élimination du médicament étant rapide et se faisant en cinq heures environ. L'auteur utilise une solution de sulfate de strychnine au centième, soit XXI gouttes pour 1 centigramme; il donne XXI gouttes en trois fois par vingt-quatre heures et augmente ensuite de 1 goutte par prise les jours suivants jusqu'à saturation. L'effet étant obtenu, on diminue rapidement les doses.

Migraine.

La migraine chez les enfants. (J. Comby. *Arch. de méd. des enf.*, 1921, n° 2.) — Fréquente chez les filles, elle est d'un pronostic bénin. Elle reconnaît souvent pour *causes* : la sédentarité et le surmenage scolaire, les fatigues, les contrariétés, les veilles, les indigestions. *Traitement :* hygiène, grand air, séjour à la campagne, hydrothérapie. Prescrire, en outre, du fer aux anémiques, de l'huile de foie de morue aux scrofuleux, de l'iodure de potassium aux syphilitiques. L'état nauséeux de la période paroxystique empêche en général de donner par la bouche les médicaments calmants. On les prescrira en suppositoires (0,15 à 20 centigrammes de quinine, 0,15 de chloral, 0,50 d'antipyrine pour 2 grammes de beurre de cacao).

La migraine (la peptonothérapie préprandiale). (A. Nast. *Th. de Paris*, 1921.) — L'auteur, appliquant à la migraine la méthode proposée par Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot pour les accidents anaphylactiques, a traité ses malades par l'ingestion de petites quantités de peptone avant les repas. Il apporte, dans sa thèse, 17 observations. Dans plus d'un tiers des cas, il a obtenu un résultat réel et curable à condition de revenir de temps en temps à la prise préprandiale de peptone.

Cf. — De quelques traitements de la migraine. (Ph. Pagniez. Mouvement médical, *Presse méd.*, 1921, n° 5.)

Pleurésies purulentes.

Pleurésies purulentes à streptocoque et vaccinothérapie. (Dufour et Debray. *Soc. méd. des hôpit.*, 14 janv. 1921.) — Les auteurs ont obtenu un résultat remarquable chez une malade atteinte de pleurésie purulente postgrippale à streptocoques.

Technique : Injections sous-cutanées de vaccin streptococcique de l'Institut Pasteur tous les quatre à cinq jours; cinq injections sur 13 milliards de streptocoques tués par la chaleur. Guérison.

M. Boidin n'a pas été aussi heureux et n'a jamais obtenu de résultats aussi nets quelle que soit la voie employée par l'injection : sous-cutanée, intraveineuse.

Pneumonie.

Traitement sérothérapique de la pneumonie lobaire aiguë franche. (E. Sacquépée. *Paris méd.*, 1921, n° 23.) — Injections intraveineuses de 40 centimètres cubes de sérum polyvalent (2 espèces de pneumocoques). Si besoin est, augmentation de la dose le lendemain et même le troisième jour. En général, chute de la température, et, sur 37 cas traités par l'auteur, 5,40 p. 100 de décès, au lieu de 9,20, chiffre habituel. La coexistence d'une pleurésie purulente est une cause d'échec.

Rhumatisme chronique.

Lysidine et rhumatisme chronique. (Bith et Bournigault. *Soc. de thérap.*, 11 mai 1921.) — Les auteurs ont employé le bitartrate de lysidine aux doses de 10 à 15 grammes par jour par série de dix jours. Résultat : diminution de la douleur, amélioration des mouvements et de la nutrition générale.

Syphilis.

Cf. — Lignes générales du traitement. (*Carnet méd. français*, mars 1921.)

Syphilis nerveuse.

Efficacité relative des diverses formes de traitement de la syphilis nerveuse. (J. H. Stoks et E.-D. Osborne. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1921, n° 11.) — Les auteurs ont étudié par comparaison les deux techniques suivantes : ponctions lombaires en série associées au traitement arseno-mercuriel; injections intrarachidiennes de sérum arsenobenzolisé. Dans le premier cas, les ponctions lombaires en séries n'ont pas paru influencer l'évolution ni modifier la réaction de Wassermann. Avec la deuxième technique, à la dose moyenne de cinq injections intrarachidiennes de sérum arsenobenzolé, les auteurs ont vu diminuer la lymphocytose rachidienne et le Wassermann devenir négatif.

Tachycardies.

L'ésérine dans le traitement des tachycardies. (C. Lian et H. Velti. *Soc. méd des hôpit.*, 15 avril 1921.) — Les auteurs ont traité onze malades atteints de tachycardie permanente d'origine sympathique probable par le sulfate d'ésérine à la dose de 1 à 3 milligrammes (en granules) par jour. La plupart des malades furent améliorés : diminution des palpitations et atténuation de l'insomnie.

A signaler, le premier jour du traitement, quelques malaises avec somnolence, choc précordial, d'où le conseil de débuter par 1 milligramme et d'augmenter ensuite progressivement.

Tuberculose.

Cf. — Technique, indications et résultats du traitement des tuberculoses chroniques par les sulfates de terres cériques. (H. Grenet et Drouin. *Presse méd.*, 1921, n° 16.)

Les sels sériques dans le traitement des tuberculoses chroniques. Exposé général de la méthode. (Grenet et Drouin. *Paris méd.*, 1921, n° 13.)

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU REIN [1]

FORMES CLINIQUES. — *A.* **Suivant la prédominance symptomatique**, on a décrit :

Une *forme douloureuse* (forme névralgique de Brault);

Une *forme hématurique*, une forme cachectique, etc.

B. **Suivant la localisation primitive du néoplasme :**

Forme du pôle supérieur.

Forme du pôle inférieur.

Forme hilaire (Tuffier) caractérisée par une *hématonéphrose intermittente*; dans une première phase il se produit une rétention sanguine dans le bassinet, le rein augmente de volume, devient douloureux; puis, brusquement, dans une deuxième phase, se produit une débâcle hématurique, les douleurs cessent et le volume du rein diminue. Puis survient une nouvelle rétention et ainsi de suite.

C. **Suivant l'âge.** — *Cancer rénal de l'enfant.* — Il s'agit presque toujours d'nn sarcome. Il est essentiellement caractérisé par la *tumeur* qui constitue d'ailleurs presque toujours le symptôme initial. Les douleurs et les hématuries sont relativement rares.

La *tumeur* atteint souvent des dimensions énormes, remplissant et distendant l'abdomen dont la paroi montre une grosse circulation veineuse collatérale. Les *phénomènes de compression* sont fréquents : douleurs névralgiques, dyspnée, constipation, ictère, scoliose, mais surtout *œdème des membres inférieurs et ascite.* Par contre, le varicocèle est rare.

L'évolution des cancers du rein de l'enfant est beaucoup plus rapide que chez l'adulte (six semaines à six mois).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est facile à la période d'état quand la symptomatologie est complète (douleurs lombaires, hématuries, tumeur lombaire, varicocèle, cachexie naissante). Il présente, au contraire, de grandes difficultés dans les formes qui restent longtemps mono-symptomatiques. Il est surtout difficile à la période du début, et c'est cependant à ce moment-là qu'il importe le plus de reconnaître l'existence d'un cancer rénal : le petit volume de la tumeur, l'absence d'adhérences et de généralisation permet, en effet, au début d'espérer la guérison grâce à une intervention chirurgicale.

Le début du cancer rénal pouvant se manifester de façon très différente, le *diagnostic différentiel* consistera à éliminer des affections variables suivant le symptôme qui aura le premier attiré l'attention du malade.

I. La DOULEUR LOMBAIRE pourrait faire penser à un *lumbago banal*, à une *sciatique*, à une *névralgie du crural.* Tout lumbago persistant, surtout s'il s'accompagne de douleurs sur les trajets nerveux, doit faire penser à une compression dont il importe de rechercher la cause.

La douleur fait penser beaucoup plus souvent à une *lithiase rénale*; mais, dans la lithiase, la douleur est nettement influencée par les mouvements, elle diminue par le repos; à l'examen, on retrouve les points douloureux classiques; enfin, on doit se baser sur les antécédents de lithiase (gravier dans les urines, etc.).

Le diagnostic devient plus difficile lorsque, à la suite d'une hématurie, survient un syndrome de colique néphrétique dû à la migration d'un caillot dans l'uretère.

II. L'HÉMATURIE constitue un signe beaucoup plus important. Il faut d'abord reconnaître son *origine rénale*; l'épreuve des trois verres de Guyon, en montrant qu'il s'agit d'une *hématurie totale*, permet d'éliminer les hématuries d'origine vésicale, prostatique, etc. La présence dans les urines de caillots vermiformes indique également que l'hémorragie vient du rein. Dans les cas de doute, la cystoscopie, pratiquée dans la période d'hématurie, permet de voir que le sang vient de l'uretère.

L'hématurie étant reconnue rénale, il faut éliminer toutes les autres causes d'hémorragie du rein : l'hématurie spontanée, capricieuse du cancer, se distingue assez facilement de l'*hématurie lithiasique.* Par contre, l'hémorragie de la *tuberculose rénale*, également spontanée et indolore, souvent révélatrice d'une lésion bacillaire, est plus difficile à éliminer et nécessite souvent un examen bactériologique des urines (inoculation au cobaye). Il faut aussi penser aux *hématuries des néphrites chroniques* signalées par Albarran et Legueu, d'un diagnostic souvent très difficile, exigeant parfois l'*incision exploratrice* qui, en cas de cancer, constitue le premier temps d'une néphrectomie.

III. Un VARICOCÈLE, d'apparition récente chez un sujet ayant dépassé la quarantaine, doit toujours faire penser à un cancer du rein.

IV. Quand la TUMEUR constitue le seul symptôme, il faut d'abord reconnaître son siège rénal grâce au contact lombaire, au ballottement. Cette localisation, facile pour une petite tumeur, est au contraire très difficile quand la tumeur acquiert des dimensions considérables, et il faut élimine toutes les *tumeurs des organes voisins* :

Les *tumeurs du foie et de la vésicule biliaire* se continuent directement avec la matité hépatique sans interposition de sonorité colique, sont mobiles avec les mouvements respiratoires;

Les *tumeurs de la rate* se dirigent vers l'ombilic, ont un bord dentelé reconnaissable à travers la paroi;

Les *tumeurs de l'épiploon, du mésentère, des ganglions* ont habituellement une localisation différente de celle des tumeurs rénales;

Les *tumeurs des capsules surrénales* sont presque toujours impossibles à distinguer, à moins qu'il n'existe un syndrome addisonnien.

Le siège rénal de la tuméfaction étant reconnu, il faut encore éliminer :

Le *rein polykystique*, bosselé, souvent bilatéral;

Les *pyélonéphrites calculeuses ou tuberculeuses* avec ou sans périnéphrite, et dont le signe le plus important est la *pyurie*; mais le diagnostic peut être très difficile s'il y a rétention de pus et pyonéphrose.

Chez l'enfant, le diagnostic est plus facile parce que la tumeur est plus grosse et à peine doit-on citer la possibilité d'erreur avec les masses en gâteaux de la *péritonite tuberculeuse*, la *tuberculose des ganglions mésentériques* et les tumeurs exceptionnelles de la rate et du foie.

Le diagnostic du cancer rénal n'est complet que lorsqu'on a pu préciser sa localisation, son extension, et, enfin, l'état du rein opposé ; ces renseignements ont, en effet, la plus grande importance pour le traitement.

Diagnostic de localisation. — Habituellement facile grâce à la tumeur perceptible, au varicocèle, il nécessite parfois le cathétérisme des uretères qui montre une diminution notable du fonctionnement du rein cancéreux.

Diagnostic d'extension. — Se base sur les caractères de mobilité de la tumeur, sur les douleurs de compression nerveuse, le varicocèle, etc.

Etat du rein opposé. — Cathétérisme des uretères, élimination provoquée du bleu de méthylène, dosage des divers éléments des urines.

TRAITEMENT. — Le seul traitement curatif est la *néphrectomie précoce et totale.* Elle se fait, soit par la voie lombaire, soit par la voie transpéritonéale.

La néphrectomie est une opération grave, les statistiques indiquant une mortalité opératoire de 15 à 20 p. 100 (Albarran et Imbert). Mais les guérisons définitives atteignent la proportion de 20 à 30 p. 100.

La néphrectomie est contre-indiquée quand le cancer s'est propagé aux organes voisins, quand le malade est trop cachectique; et, dans ces cas, il faut recourir au traitement palliatif médical : traitement symptomatique des hématuries et surtout de la douleur par la morphine.

BIBLIOGRAPHIE. — LEGUEU. *Traité chirurgical d'urologie.* — MALADIES DES REINS, *Traité de médecine* Gilbert et Thoinot, t. XXI. — *Précis de pathologie externe.* — ROUSSY et LEROUX. *Diagnostic des tumeurs.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 66, p. 1055, et n° 68, p. 1087.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Troisier, Capette, Houdard, Monod, qui ont accepté, et de MM. Camus, Renaud, Vallery-Radot (Pasteur) et Lemeland, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — Est approuvée la délibération du Conseil de l'Université portant transformation en emploi de préparateur de zoologie médicale et parasitologie de l'emploi de préparateur de médecine expérimentale.

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 22 août 1921, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie (*fin*) :

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de soins gratuits). — 8e légion : MM. Gamet (de Gueugnon), Bricage (d'Etang-Vergy), Chanay (de Tournus), Rokéach (de Neuvy-sur-Barangeon), Osty (de Jouet-sur-l'Aubois), Laroche (de Montceau-les-Mines).

9e légion : MM. Fringuet (de Brioux), Simon (de Beaupréau), Métayer (de Moncoutant), Pichard (de Chinon).

10e légion : M. Flaud (de Châtelaudren).

11e légion : MM. Robert (Guer), Dérien (de Rohan).

12e légion : MM. Saisy (de Rouillac), Baysselance (d'Eymet), Monthioux (de Felletin), Massard (de Saint-Sulpice-les-Feuilles).

13e légion : MM. Collangette (d'Aigueperse), Pouzol (de Volvic), Pourtier (de Saint-Gervais), Nicolas (de Menat), Brémont (de Chaudesaigues), Rayrolles (de Pierrefort), Malterre (de Vic-le-Comte), Dorel (de Brioude).

14e légion : MM. Riory (de Chabeuil), Durand (du Touvet), Aribaud (de Condrieu), Bonnard (de Livron), Arsac (de Chabeuil).

14e légion *bis* : MM. Lacrosaz (de Saint-Julien), Bouchet (de Cruseilles).

15e légion : MM. Pargoire (d'Aubenas), Morizot (d'Arles), Brueyes (de Marguerittes), Dejean (de la Levade), Montagnier (de Cavaillon), Rochette (du Cheylard), Pellegrin (de Villeneuve-de-Berg), Ménard (de Remoulins).

15e légion *bis* : MM. Vivalda (de Breil), Courchet (de la Garde-Freinet).

16e légion : MM. Jean (de Saint-Chinian), Rodat (de la Salvetat-Peyralès), Boussaguet (de Najac), Furbury (de Firmy), Conturie (de Langogne), Bessière (de Mende).

16e légion *bis* : MM. Lafont (de Couiza), Dalbès (de Capendu).

17e légion : MM. Gélis (de Cahors), Dedieu (d'Oust), Dessort (de Seix), Anel (de Massat), Vivès (de Cierp), Rebière (de Souillac), Mézard (de Vayrac), Cabiran (de Seissan), Pélissié (de Luzech), Dupuy (de Puycasquier), Auxion (de Jegun), Dubos (de Saramon), Crémazy (de Saint-Ybais).

18e légion : MM. Cloupet (de Libourne), Dufourg (de Gujan-Mestras), Antoine (de Branne), Lescarret (de Belin), Bourrust (de Portets), Métreau (de Montlieu), Sentès (de Loures-Barousse), Bula-Lafont (de Bayonne), Balzy (de Saint-Jean-de-Luz).

19e légion : MM. Gavard (de Port-Gueydon), Barrillon (de Blida), Nicolaï (de Châteaudun-du-Rhumel), Marbot (de Mondovi), Graziani (d'Herbillon), Nicolas (de Mercier-Lacombe), Chaussat (de M'Sila).

20e légion : MM. Bourgraff (de Hussigny), Larroque (des Riceys).

21e légion : MM. Voizot (de Varennes-sur-Amance), Guichard (de Châteauvillain), Maillefert (de Chalindrey).

Détachement de la Réunion : MM. Roussel (de Saint-Pierre), Archambeaud (de Saint-Paul).

Médailles de vermeil (délivrées après vingt-cinq années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Dupont (de l'Isle-Adam), Verdie (d'Arpajon), Keiler (de la Garenne-Colombe).

1re légion : MM. Boutin (d'Auxi-le-Château), Lamy (de Frévent), Carette (de Saint-Pol-sur-Ternoise).

2e légion : MM. de Saint-Fuscien (de Granvilliers), Branthomme (de Noailles), Debray (de Combles).

3e légion : MM. Dimey (des Andelys), Corchon (de Saint-Julien-le-Faucon), Laurent (de Bretteville-l'Orgueilleuse).

4e légion : MM. Marette (de Châteauneuf), Poulain et Louvel (de la Ferté-Macé), Gigon (de Ballée), Jallot (de Renazé).

6e légion : MM. Pissot (de Robert-Espagne), Ponsard (de Saint-Rémy-en-Bouzemont).

7e légion : MM. Legerot (de Beaufort), Simeray (de Meissey).

8e légion : MM. Martinet (de Tournus), Malfuson (de Sancerre), Patet (de Tramayes), Grépin (d'Is-sur-Tille), Guyot (de Lormes).

9e légion : M. Pouzet (de l'Absie).

10e légion : MM. Vidal (de Percy), Eudes (de Cerisy-la-Salle).

11e légion : M. Odeyé (de Lesneven).

12e légion : MM. Laffon (de Saint-Gerin-de-Larche), Mage (de Beaulieu), de la Chapelle (de Laforce), Fournier (de Sigoulès).

13e légion : MM. Bouyon (de Pontgibaud), Corny (de Lezoux), Rouchon (de Paulhaguet), Gallice (de Langeac), Maugue (de Martres-de-Veyre).

14e légion : M. Cuniot (de Saint-Vallier).

15e légion : MM. Chabannes (de Vals-les-Bains), Robert (de Marseille), Patron (du Cailar), Tasso (de Marseille), Sérieux (de Martigues).

15e légion *bis* : MM. Taulane (du Luc), Larcher (de Cannes).

16e légion : MM. Fabre (d'Olonzac), Sinègre (de Saint-Geniez-d'Olt), Fabre (de Saint-Rome-de-Tarn), Joly (de Mende), Tichet (de Fournels).

16e légion *bis* : MM. Guiraud (de Lavaur), Degrave (de Lagrasse).

17e légion : M. Julia (d'Auterive).

18e légion : MM. Audouin (de Beauvais-sur-Matha), Chollet (de Burie).

19e légion : MM. Prunier (de Bouira), Cabannes (de Mustapha-Inférieur), Massonet (de Gouraya), Moret (de Molière), Bonnafé (d'El-Milia), Grucker (de Morris-Zérizer), Schieffer (de Tlemcen).

20e légion : M. Delarue (de Bar-sur-Seine).

Détachement de la Réunion : MM. Pignolet de Fresnes et Martin (de Saint-André).

— Par décret du 4 septembre 1921, M. le médecin principal de 1re classe Thiroux (André), en service à l'inspection générale du Service de santé des colonies, a été nommé aux fonctions de directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille.

ERRATUM. — N° 63, page 994, 1re col., IVe Congrès de l'internat français, 3e question : La situation matérielle de l'internat. — Lire : Rapporteur : M. P. Mariot (de Nancy), au lieu de M. Tapie (de Toulouse).

Le Professeur DUPRÉ

L'un des maîtres les plus brillants de la psychiatrie contemporaine, le professeur Ernest Dupré, vient de mourir subitement à cinquante-neuf ans. Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale, près la Préfecture de police, expert aux tribunaux, il était président d'un des derniers Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française.

La psychiatrie n'est pas une branche séparée de la médecine générale ; elle est un des pôles les plus élevés de la pathologie humaine. Avoir saisi cette vérité, un des premiers, fut une des supériorités de Dupré. Il eut le mérite de ne pas être un spécialiste au sens communément étroit du terme, mais d'être devenu un psychiatre spécialisé après la culture littéraire et l'instruction scientifique les plus générales, après les concours des hôpitaux, après l'agrégation de médecine.

De ses premiers ouvrages sont à citer ceux portant sur les infections biliaires, les méningites et le méningisme, puis avec Claisse, les infections salivaires et la parotide des saturnins, avec Pagniez les angines aiguës, avec Merklen la débilité motrice, avec presque tous ses élèves des études sur la plupart des chapitres de la neurologie.

Elève de Brouardel, il donna à la médecine légale des œuvres originales sur les auto-accusateurs, la valeur du témoignage, les persécutés-persécuteurs, et, avec R. Charpentier, sur les empoisonneurs. Certaines de ses expertises furent justement célèbres (Ullmo, Soleilland...) ; la plupart sont restées des modèles du genre.

Disciple de Magnan et de P. Garnier, il fut à l'Infirmerie spéciale, le successeur de celui-ci. Dans ses leçons si pittoresques et si suivies il fut, comme lui, un éminent continuateur de l'enseignement de Lasègue. De là, sont sorties notamment ses revues polycliniques des démences et des psychoses hallucinatoires, du délire onirique, son étude des mendiants thésauriseurs, celle des perversions instinctives. Parmi tant d'autres travaux, dans lesquels se sont affirmées encore sa personnalité et sa maîtrise, il faut rappeler surtout ceux portant sur les psychopathies organiques, la paralysie générale et les psychopolynévrites, la folie de Charles VI, le puérilisme, la mythomanie, la psychologie de l'hystérie, la constitution émotive, puis avec ses élèves, entre autres des études sur la paralysie générale avec Devaux, l'anthropologie psychique avec Ribierre, les cénestopathies avec P. Camus, le langage musical et les psychopathies de musiciens célèbres avec Nathan, les délires d'imagination et les psychoses imaginatives aiguës avec Logre, des observations neuro-psychiatriques avec Gelma, avec Heuyer...

Fin lettré, Dupré possédait remarquablement notre littérature et notre langue. L'emploi judicieux qu'il fit de néologismes, acceptés d'ailleurs aujourd'hui dans le langage médical, n'était pas chez lui l'effet d'une tendance à se complaire trop facilement dans de fallacieuses abstractions ; il résultait d'une nécessité de son esprit d'objectiver clairement des conceptions nouvelles avec leurs éléments et caractères les plus essentiels. Il faut avoir collaboré avec lui pour apprécier sa méthode de travail. Il faut l'avoir suivi dans ses phases créatrices, s'élevant progressivement de l'observation scrupuleuse des faits à la conception clinique ou anatomo-pathologique, puis parvenant à l'expression de sa pensée nette, précise et complète. Il faut l'avoir vu ciseler sans trêve sa rédaction, élaguant les mots inutiles ou trop faibles pour ne laisser qu'un texte substantiel et concis où chaque terme est expressif et nécessaire.

Son esprit éminemment critique pouvait sembler parfois confiner au scepticisme. Il n'en était rien, car loin de paralyser son activité scientifique ou professionnelle il ne faisait que la stimuler dans la recherche et dans l'expression exacte de la vérité ; il ne faisait aussi qu'éclairer son jugement sur les personnes, le tenir sans cesse en éveil et le plus souvent guider ses sentiments. Son admiration était réfléchie et hautement motivée. L'estime qu'il avait pour l'un de nos plus éminents psychologues, pourtant si différent de lui dans son activité morale, ses croyances et ses conceptions philosophiques, son amitié pour P. Bourget, en sont un beau témoignage.

Dédaigneux des cérémonies et des vains discours, Dupré avait souhaité un départ simple, sans apparat ; il fut obéi. Seuls quelques élèves, quelques intimes, prévenus individuellement, se joignirent à sa famille pour assister avant-hier à son inhumation.

La vivacité et la supériorité de l'intelligence du maître, la liberté de son jugement, la sincérité de sa critique, son affranchissement des préjugés, son mépris des banalités, l'originalité propre de son langage, son allure et son entrain juvéniles, sa prodigieuse activité resteront pour nous des qualités rares et qui n'étaient pas les moins séduisantes de son esprit.

6 septembre 1921. PAUL CAMUS.

REVUE GÉNÉRALE

OSTÉITE FIBREUSE KYSTIQUE LOCALISÉE DES OS LONGS

Par ANDRÉ DELAHAYE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — L'ostéite fibreuse kystique localisée des os longs est essentiellement caractérisée par la dégénérescence fibreuse et kystique du tissu osseux, en général bulbaire, d'un os long. Elle survient le plus souvent chez un sujet jeune, à la suite d'un traumatisme, en dehors de toute affection généralisée du squelette, en un mot, chez un individu dont le système osseux paraît sain en dehors de la lésion locale.

Si l'anatomie pathologique, la symptomatologie clinique et radiographique, le traitement de cette lésion sont actuellement bien mis au point, sa nature essentielle est loin d'être définie.

Historique. — D'étude relativement récente elle fut longtemps confondue avec les différents kystes secondaires des os, en particulier avec les dégénérescences kystiques des sarcomes osseux (Wirchow).

A partir de 1900, l'application systématique de la radiographie à l'examen du squelette permet de déceler, de suivre l'évolution de l'ostéite fibro-kystique. En 1901, Carl Beck, de New-York, publie les deux premières observations typiques de maladie fibro-kystique isolée du tibia. Il insiste sur l'importance capitale de la radiographie pour l'étude de cette affection.

En 1904, au congrès des naturalistes de Breslau, Mickulicz précise les caractères essentiels de « l'ostéodystrophica juvenilis cystica », signale la similitude de son processus anatomo-pathologique avec celui de la maladie de Recklinghausen et de Paget. Il en indique aussi la différence : lésion locale dans le premier cas, dystrophie généralisée à tout le squelette, dans le second.

Après la communication de Mickulicz, les travaux se multiplient.

Muller en 1906, Pfeiffer en 1907, en rapportent l'un 47, l'autre 49 observations. Successivement, Bloodgood, Béek, Sylver, Freiberg, Murphy, Percy, en Amérique publient sur ce sujet. Lotsch en 1916, étudie les rapports entre l' « ostéite fibro kystique généralisée et localisée ». Citons encore les travaux de Manubrini en Italie; en France le mémoire de Kummer en 1906, celui de Mauclaire et Burnier en 1911, Lecène et Lenormand en 1912, publient une observation personnelle, recueillent onze observations typiques et mettent au point les caractères anatomo-pathologiques de l'affection. Enfin l'observation de Lecène et Mouchet, lue à la Société de chirurgie, le 1er juin 1921 « sur un cas d'ostéite fibreuse kystique de l'extrémité supérieure de l'humérus arrivée à un degré extrême de destruction osseuse » est en France le dernier travail sur ce sujet.

Anatomie pathologique. — *a.* Dégénérescence fibro-kystique du tissu bulbaire d'un os long.

b. Présence de travées de tissu chondroïde au sein même de la lésion,

c. Existence de cellules géantes à type myéloplaxe.

Telles en sont les caractéristiques.

Tantôt il s'agira, et c'est le cas le plus fréquent, d'une dégénérescence incomplète du tissu osseux : il persistera alors autour de la zone altérée une coque ostéo-périostique mince.

On aura le kyste solitaire de l'os, proprement dit, tel que l'ont décrit Lecène et Lenormand, Corson, Beck, Bloodgood, Muller, Braun, Gregorief.

Tantôt au contraire, et c'est là l'exception, il y aura dégénérescence complète de toute la zone bulbaire. La mince enveloppe ostéo-périostique sera elle-même disparue. C'est le cas récemment décrit par Lecène et Mouchet.

C'est essentiellement sur les os longs que se développe l'ostéite fibro-kystique localisée.

Sur 97 cas observés par Sylver, 57 siègent au membre inférieur, 40 au membre supérieur.

Sur ces 97 cas, 70 siègent sur les grands os longs : fémur, humérus, tibia, dans la proportion de 6, 5, 3.

Les autres os longs, cubitus, radius, péroné, métatarsiens (Muller) sont bien plus rarement atteints.

Mickulicz avait déjà insisté sur la localisation au bulbe de l'os, c'est-à-dire à cette portion renflée de la diaphyse, ainsi désignée par Lannelongue, qui confine à l'épiphyse, mais en est séparée par le cartilage de conjugaison.

La face diaphysaire de ce cartilage est bien plus active que la face épiphysaire. Or, suivant la formule d'Ollier, cette zone de prolifération physiologique est aussi celle des processus pathologiques.

D'ailleurs, si fréquente qu'elle soit, cette localisation n'est pas absolue. Et certains kystes, isolés de l'os peuvent se développer en pleine diaphyse, à grande distance des régions diaphyso-épiphysaires.

Aspect macroscopique. — S'agit-il du kyste isolé du tibia ?

L'os, disent Lecène et Lenormand, est au niveau du kyste comme soufflé, usé excentriquement par une cavité intraosseuse à contenu séreux ou sérohématique qui soulève la corticale, souvent réduite à une mince coque, parfois même fracturée.

Les dimensions de la cavité kystique varient naturellement suivant les cas. Mais en général, le kyste est du volume d'un œuf de pigeon, de poule, d'une orange. La cavité kystique ouverte, le liquide qu'elle contient une fois écoulé, on trouve une poche uniloculaire, à parois lisses parfaitement limitée en tous sens. En haut, elle atteint la face inférieure du cartilage conjugal sans le léser.

Si la dégénérescence fibro-kystique est extrême, l'aspect de la lésion est assez différent : on note la présence d'une cavité sans coque, sans membrane limitante, sans autre revêtement que les muscles et en haut la cavité glénoïde de l'humérus. Il ne reste plus trace de l'extrémité supérieure de l'humérus. La diaphyse comme rongée sur une grande étendue, s'évase en forme de coupe (Lecène Mouchet).

Qu'il y ait ou non une coque ostéopériostique, l'ostéite fibro-kystique localisée, n'a pas de parois propres. C'est une cavité creusée dans l'os et renfermant un liquide citrin et sérohématique. Le contour de cette cavité est l'os lui-même plus ou moins altéré quand il existe. Il n'y a jamais de membrane propre, isolée, individualisée.

L'examen microscopique d'une coupe faite en pleine épaisseur permet de distinguer :

Une couche interne;
Une couche moyenne;
Une couche externe.

La couche interne est formée de tissu fibreux, pauvre en noyaux, plus ou moins vascularisé, présentant des amas de pigment sanguin, baignant dans le liquide intrakystique.

La couche moyenne est formée de travées osseuses, altérées, décalcifiées. Dans les kystes en pleine évolution, on trouve de petits débris osseux détruits par résorption. Entre ces travées, les espaces médullaires élargis sont bourrés de tissu fibreux. A quelques endroits, des travées de tissu chondroïde avec des cellules cartilagineuses typiques.

Enfin, parsemées au milieu de ces zones altérées, en nombre souvent considérable, des myéloplaxes.

Ces cellules géantes remarquables par la diversité de leur forme, par leur protoplasme riche en glycogène, par leurs nombreux noyaux groupés en leur centre même, ressemblent assez aux cellules géantes tuberculeuses. Elles en diffèrent par un point essentiel : les noyaux de la cellule tuberculeuse sont groupés à la périphérie.

On les a considérées tour à tour comme des éléments néoplasiques, comme des cellules de la moelle osseuse normale ou irritée, comme des cellules vasoformatives (Malassez, Monod), enfin comme des macrophages en multiplication et en travail à l'intérieur d'un tissu osseux pathologique.

Les myéloplaxes n'ont pas été rencontrées seulement dans l'ostéite fibro-kystique localisée.

Ils sont l'élément essentiel de la « tumeur à myéloplaxe » décrite par E. Nélaton.

Longtemps la présence de myéloplaxes dans une tumeur osseuse entraîna le diagnostic d'ostéosarcome à myéloplaxes, de caractère, il est vrai, plutôt bénin, mais dont il fallait se méfier et en tout cas, justiciable d'une intervention large.

Le rôle de la myéloplaxe est maintenant battu en brèche. Ce n'est plus la cellule de prolifération néoplasique; ce n'est pas l'élément capable de se reproduire de façon active et désordonnée, mais bien plutôt une cellule médullaire normale, spécialisée si l'on peut dire, à la fonte, à la digestion, à la résorption des travées osseuses.

Si bien qu'à l'heure actuelle, de nombreux cas permettent de penser que la tumeur à myéloplaxe est bien plus près des irritations osseuses chroniques, que des sarcomes vrais (Lecène).

On voit déjà combien la différence anatomo-pathologique entre l'ostéite fibro-kystique et la tumeur à myéloplaxe est difficile à trancher en certains cas.

Il existe enfin une couche externe ostéo-périostique mince, qui peut exceptionnellement, nous l'avons vu, manquer.

D'autre part, la similitude entre la lésion type de l'ostéite fibro-kystique et celle de la maladie de Recklinghausen est absolue. Localisation de l'une, généralisation de l'autre, constituent leur seule différence.

Etiologie. — La fréquence d'un traumatisme précédant de près ou de loin l'apparition de l'ostéite fibro-kystique localisée, est évidente.

Mutel a réuni 61 observations sur lesquelles 47, font mention d'une contusion, d'une chute.

Beaucoup d'auteurs ont fait du traumatisme la cause essentielle de la maladie.

Kummer, d'Arcis, se basant sur la présence de liquide sero-hématique dans les kystes osseux, pensent que l'hémorragie posttraumatique joue un rôle dans la formation même du kyste.

La lésion des artères terminales vascularisant la région diaphyso-épiphysaire amènerait une véritable nécrobiose du tissu osseux qui en dépend. Les ostéoblastes entreraient en jeu pour accélérer cette fonte osseuse.

Un tissu fibreux dense envahirait tardivement les espaces médullaires.

Cette pathogénie n'est pas satisfaisante.

D'abord, il est des ostéites fibro-kystiques qui ne succèdent pas à un traumatisme. De plus, tous les traumatismes ne produisent pas une ostéite fibro-kystique.

Sans nier le rôle très important d'ailleurs, que peut jouer la contusion faisant du bulbe un lieu de moindre résistance, un terrain favorable à la localisation de la lésion, il ne faut pas en faire la cause essentielle.

Les douleurs rhumatoïdes à la région diaphysaire d'un os long, la température, le mauvais état général, la prédilection de l'affection pour le jeune âge ont fait penser à une origine infectieuse possible.

On reviendrait ici à l'ancienne théorie de Gosselin, kyste osseux par irritation infectieuse de la région bulbaire.

Poncet, Braun, qui trouva dans le liquide intrakystique du staphylocoque blanc ont été les défenseurs de cette théorie.

Meyerding cite une observation dans laquelle la lésion serait apparue après une crise appendiculaire des plus nettes, une autre après une amygdalite.

Skillern rattache l'ostéite fibro-kystique à la syphilis héréditaire ou acquise. Le Wassermann doit être pour cet auteur systématiquement pratiqué dès qu'on soupçonne pareille lésion, et il pense que le traitement antispécifique donne de nombreuses guérisons.

Enfin Mouchet, Lecène, Lenormand, se basant sur l'analogie anatomo-pathologique entre l'ostéite fibrokystique localisée et la maladie de Recklinghausen, de Paget, l'ostéo-malacie, pensent qu'il peut s'agir en tous ces cas, d'une dystrophie osseuse, par altération des glandes vasculaires sanguines, surrénales, hypophyse, glandes génitales.

Ce ne sont là que des hypothèses.

Symptomatologie. — A l'examen clinique, on devra toujours joindre la radiographie et pratiquer, sauf contre-indication spéciale, la biopsie.

L'affection se présente, en général, de la façon suivante :

Un enfant, garçon ou fille, un adolescent, fait une chute sur le moignon de l'épaule.

Il éprouve une douleur vive, présente une impotence fonctionnelle incomplète et passagère. L'examen clinique, la radiographie ne révèlent à ce moment rien d'anormal.

Le malade reprend ses occupations habituelles, puis plusieurs semaines, plusieurs mois après, il revient consulter :

Tantôt pour une gêne ou quelques douleurs légères à l'épaule.

Tantôt pour une tuméfaction plus ou moins volumineuse à ce niveau.

Tantôt enfin, et ce cas, est très fréquent, à la suite d'un mouvement brusque, d'un traumatisme souvent très léger, ou même sans cause apparente, se produit une fracture spontanée de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Dans les premiers cas l'examen révèle à l'inspection une augmentation de volume du moignon de l'épaule. La peau est de coloration normale, sans

chaleur locale. La palpation révèle un gonflement fusiforme ou arrondi du bulbe osseux. La masse est dure, régulière, à contours nets. Les parties molles sus-jacentes glissent sur elle sans aucune adhérence. Pas d'adénite axillaire.

Les signes fonctionnels sont minimes ou n'existent pas.

Les signes généraux sont nuls.

L'examen systématique des autres os ne révèle aucune anomalie.

La radiographie donne de précieux renseignements.

Le kyste apparaît à l'extrémité supérieure de l'os sous forme d'une tache claire, de teinte égale, ovalaire, régulière, à contours très nets. S'arrêtant en haut au niveau de la bande claire formée par le cartilage de conjugaison, finissant en bas en cul-de-sac dans la diaphyse, ses limites latérales sont nettement constituées par une mince couche ostéo-périortée. La diaphyse humérale est atrophiée au-dessous de la lésion.

Ces caractères établiront souvent le diagnostic précis. Dès qu'on aura le moindre doute, il y aura intérêt à faire la biopsie par une petite incision des plans superficiels qu'on pourra refermer sur le champ.

Le Bordet-Wassermann ou le Hecht devront être systématiquement pratiqués avant la biopsie.

Evolution. — Elle est essentiellement bénigne.

Mais si l'on n'intervient pas il est exceptionnel que l'affection guérisse spontanément. Mauclaire signale une guérison sans intervention, qui fut d'ailleurs très longue.

Launay suit depuis cinq ou six ans une ostéite fibro-kystéique située sur l'extrémité inférieure du péroné. Par des examens radiographiques réguliers, il a constaté que la lésion n'a pas bougé depuis qu'il l'observe. Il n'y a aucune tendance à la fonte ou à la résorption osseuse. Mais il n'y en a pas non plus à la reconstitution. D'ailleurs ces cas sont rares.

Le plus souvent, la fragilité de l'humérus, au niveau de la lésion devient extrême.

Et de façon presque constante, on observe au cours de son évolution une fracture spontanée.

Cette fracture sera fréquemment, nous l'avons vu, le signe révélateur de l'ostéite fibro-kystique. Elle est relativement peu douloureuse tantôt complète, tantôt incomplète, se consolide relativement vite mais mal. Quelque temps après sa consolidation, il n'est pas rare d'observer une nouvelle fracture.

Fracture spontanée, fracture itérative, sont l'apanage des kystes fibraux localisés des os longs non traités.

Enfin l'ostéite fibro-kystique pourra parvenir à un degré d'usure extrême de l'os. Chez le malade de Mouchet, la partie supérieure de l'humérus complètement disparue, remplacée par du tissu fibreux, s'accompagne d'impotence fonctionnelle complète, de mobilité anormale avec très peu de douleur.

Les parties molles s'épaississent, se tendent, deviennent rénitentes, presque fluctuantes, la peau jusque-là blafarde, tend à se colorer et à devenir rouge.

Arrivé à ce stade, le succès opératoire est problématique. Si, au contraire, on intervient de bonne heure et qu'on immobilise ensuite l'humérus, les suites opératoires sont extrêmement simples. Peu à peu, la cavité se comble de travées osseuses, qui se condensent, forment un véritable cal dont on peut suivre l'évolution par radios successives. La guérison est faite en quarante jours au plus.

Tel est l'aspect clinique de la lésion. On pourra l'observer au fémur, souvent au niveau du genou, plus rarement au col, et on voit en ce dernier cas la difficulté de l'examen clinique et du diagnostic. Les phalanges, les métacarpiens peuvent être atteints. Mais en tous ces cas, la lésion siègera de préférence à la région fertile et restera isolée.

Diagnostic. — Le diagnostic positif se basera sur les caractères de l'ostéite fibro-kystique donnés dans notre définition ainsi que sur la radiographie et la biopsie.

Le diagnostic différentiel se posera en deux circonstances différentes :

Le malade vient consulter pour une tumeur isolée d'un os long, ou pour une fracture spontanée. Dans le premier cas, que faudra-t-il éliminer?

Tout d'abord l'*ostéosarcome*.

Tumeur maligne des os longs, il est caractérisé par ses progrès continus, sa récidive fréquente, sa généralisation. Il apparaît lui aussi à la période de croissance, à la région bulbaire de l'os, souvent aussi le malade en attribue la cause au traumatisme; il ne présente pas d'adénopathie.

Mais il est bien plus douloureux que l'ostéite fibro-kystique. Il gagne vite les tissus voisins, empâte les plans sus-jacents. La peau qui le recouvre est couverte de varicosités, chaude (signe d'Estlander). La palpation révèle des zones fluctuantes, douloureuses, de la crépitation parcheminée.

C'est au début que le diagnostic est difficile.

Le radio à ce moment aura une importance capitale : les contours généraux de la tumeur sont irréguliers. La coque osseuse est d'épaisseur très inégale. Le périoste est perforé par place, atrophié à d'autres. Le cartilage dia-épiphysaire n'est pas respecté.

La tache claire centrale est moins transparente, de teinte plus inégale que l'ostéite fibro-kystique.

Elle est sillonnée de travées osseuses respectées par l'infiltration néoplasique mais décalcifiées et irrégulières. Leur entrecroisement détermine des alvéoles, d'où l'aspect « en nid d'abeille » caractéristique de la lésion. La biopsie révélera tantôt un ostéosarcome globo-cellulaire à petits ou à grosses cellules mononucléées, tantôt un ostéosarcome fuso-cellulaire à petites ou à grosses cellules fusiformes pourvues d'un noyau allongé, réunies en fuseaux groupés en une sorte de feutrage.

Toutes ces cellules à l'état de prolifération active et désordonnée, plongées dans le tissu fibreux de la tumeur.

Le diagnostic posé entraînera l'amputation à distance du segment osseux malade.

Bien plus délicat sera le diagnostic avec les *tumeurs à myéloplaxes,* surtout quand il s'agira de l'ostéite fibrokystique arrivée au stade de destruction osseuse complète.

La limite entre ces deux affections est difficile à tracer puisque l'on a tendance à admettre que la tumeur à myéloplaxe ne rentre plus dans le groupe des ostéosarcomes et ne peut plus être assimilée à une tumeur maligne.

La syphilis osseuse héréditaire tardive dia-épiphysaire, se présente sous forme de tuméfaction osseuse localisée et peut prêter à confusion.

La présence de douleurs à type ostéocope le long d'une diaphyse épaissie en fuseau, la réaction arti-

culaire fréquente, hydarthrose non douloureuse, les stigmates de spécificité tels que la déformation des os du crâne et de la face, voûte palatine ogivale, nez en lorgnette, la triade d'Hutchinson, le Wassermann, les autres lésions des os longs établiront le diagnostic.

La radiographie révèlera des lésions dia-épiphysaires :

Sur la diaphyse, un épaississement des bandes de tissu compact, un rétrécissement et obscurcissement de la lumière du canal médullaire, une opacité considérable d'un fuseau d'hyperostose à stratifications superposées.

Sur l'épiphyse, des taches claires, disséminées, multiples entourées d'une zone sombre de tissu compact.

Quand on soupçonnera la syphilis osseuse, il ne faudra pas faire de biopsie dont les conséquences locales peuvent être mauvaises. On fera bien plutôt un traitement d'épreuve.

Au cours de la *tuberculose épiphysaire*, à la phase d'*ulcération*, la douleur localisée spontanée et provoquée, les points fluctuants saillant sous la peau s'il y a menace d'abcès, la chaleur locale à la palpation, l'adénopathie à distance, l'existence d'autres lésions bacillaires cutanées ou osseuses cicatrisées ou en évolution, la cutiréaction entraîneront le diagnostic clinique.

La radiographie montre alors une extrémité osseuse ulcérée en train de se résorber inégalement suivant les points considérés. Les contours osseux sont flous, les lésions mal limitées. Elles retentissent sur les diaphyses voisines et ces lésions diaphysaires sont les suivantes : décalcification, diminution générale du diamètre de l'os, diminution d'épaisseur du tissu osseux périphérique avec augmentation de largeur du canal médullaire.

A la phase de réparation, la radiographie montre des cavernes à contours nettement délimités par un contour sombre d'os condensé. Les cavernes renferment parfois des séquestres.

Dans l'*ostéomyélite chronique avec abcès central* qui d'ailleurs est exceptionnel, les phénomènes infectieux du début attirent l'attention.

Il existe bien à l'image radiographique une tache claire intraosseuse mais cette tache rarement régulière est entourée d'une corticale très épaissie par hyperostose périostique.

Si le malade se présente avec une fracture spontanée. — Il faut éliminer certaines maladies générales du squelette, la *fragilité osseuse congénitale*, le *rachitisme* dans lequel l'os en voie de croissance présente à sa période de ramollissement et de déformation une tendance à la fracture spontanée. Les antécédents, l'intoxication alimentaire du premier âge, les déformations osseuses multiples concomitantes font facilement le diagnostic.

L'*ostéomalacie* survenant surtout chez les femmes gravides chez qui les os deviennent fragiles, ramollis, déformés. Ces lésions s'accompagnent de douleurs sourdes, à exacerbations irrégulières, aussi bien diurnes que nocturnes. La pression sur le squelette les exagère. On explorera toujours le bassin où les lésions sont profondes.

La *maladie de Paget*, ou ostéite déformante progressive de l'âge adulte avec ostéite raréfiante et condensante accentuée surtout aux membres inférieurs.

La *maladie de Recklinghausen*, lésion systématisée du squelette caractérisée par l'apparition en différents points du système osseux de tumeurs solides, de kystes intraosseux souvent volumineux et multiples coïncidant avec une déformation considérable des os. La lésion anatomique type est la même que dans l'ostéite fibro-kystique localisée. Leur différence vient de ce que l'une est généralisée, l'autre localisée.

Les *kystes hydatiques des os* peuvent se révéler par une fracture spontanée.

L'anamnèse, la localisation possible aux autres organes, aident au diagnostic. Le début insidieux jusqu'au jour où la fracture apparaît, la tuméfaction arrondie, rappellent l'ostéite fibro-kystique : mais la radiographie révèle une perte de substance polykystique à contours arrondis, polyciclyques de forme particulière. Si l'on ajoute à cela, la présence inconstante d'ailleurs d'urticaire, la réaction de fixation du complément, on n'hésitera pas longuement.

L'étiologie, la pathogénie, l'évolution clinique, l'aspect macroscopique du *col soufflé*, fracturé, sont ceux du kyste osseux ; la constance des commémoratifs de fracture initiale ; la généralisation du processus de raréfaction à toute l'épaisseur d'un col au lieu de rester localisé à une plus petite partie de l'os sont les seules différences cliniques et morphologiques entre ces deux affections.

Pronostic. — Sans traitement, l'ostéite fibro-kystique ne tend qu'exceptionnellement à la guérison spontanée et sa complication la plus habituelle est la fracture, ou la dégénérescence complète de la zone malade.

On voit qu'un traitement précoce doit être institué.

Il est de règle à l'heure actuelle dès le diagnostic établi de pratiquer aussitôt une intervention localisée, conservatrice, amenant la guérison.

Autrefois tant qu'on a reconnu à la myéloplaxe la valeur d'une cellule à tendances malignes, on a fait des résections larges de toutes les tumeurs osseuses à myéloplaxes.

« Je suis convaincu, dit Lapointe, que dans les vieilles statistiques d'ostéosarcomes, il y a des observations pour lesquelles la découverte de quelques myéloplaxes a servi d'excuse à des mutilations inutiles. »

C'est ainsi que Lex et d'Arcis, ont fait d'abord la résection complète, puis sous-périostée du foyer osseux.

Caposi a compliqué cette intervention en introduisant dans ce manchon une greffe d'os ou d'ivoire dans le but de conserver au membre sa valeur fonctionnelle. Ces interventions larges sont maintenant complètement abandonnées.

Faut-il comme dans les cas de Mauclaire, de Launay s'abstenir complètement et attendre la consolidation spontanée. Nous avons vu que cette méthode n'est pas en général satisfaisante.

Puis on a fait l'évidement large du kyste à la curette suivi d'injection de la pâte de Mosetig-Morosow (Lenormand). Cette technique peut amener des inconvénients : le plombage fait souvent office de corps étranger. En certains cas s'il est infecté, il peut s'éliminer et favoriser l'apparition d'une fistule. Si l'os n'est pas infecté, il en retarde la consolidation. On a pu de même bourrer la cavité avec une greffe adipeuse.

Mickulicz proposa une méthode extrêmement simple : Ponction du kyste suivie d'injection d'éther iodoformé. En bien des cas ce procédé paraît insuffisant.

A l'heure actuelle, l'intervention est réglée de la façon suivante :

Mise à nu de la tumeur fibro-kystique ;

Effondrement à la gouge ou plutôt au bistouri de la coque ostéopériostique. Nettoyage à la curette. Evacuation du liquide sérohématique et de la masse fibreuse qu'il renferme. Ce nettoyage doit être complet; la curette doit faire entendre son crissement sur toutes les parois.

Tamponnement à la gaze pour arrêter l'hémorragie qui saigne en nappe et cesse en général assez rapidement.

Si la perte de substance est petite, on rabat simplement la couche périostée sur la cavité en l'écrasant légèrement.

Si la cavité est plus volumineuse on peut prendre un greffon tibial ostéopériosté détaché à la gouge ou à la scie d'Albee et le poser en couvercle en rabattant dessus les lèvres de l'incision périostée.

Ceci fait, suture des plans musculaires et aponévrotiques. Fermeture de la peau sans drainage. Pansement compressif. Immobilisation du bras pendant trente jours. S'il y a fracture, on procédera absolument de la même façon et on immobilisera dans un plâtre pendant quarante jours au minimum.

Le succès de l'intervention sera d'autant plus assuré qu'elle sera faite précocement.

Meyerding a joint à ce traitement local une thérapeutique d'ordre général.

L'administration de sels de calcium et la médication d'extraits glandulaires aurait rendu à ces malades les meilleurs services.

BIBLIOGRAPHIE

BOIT. Ueber Leontiasis ossea und ostitis fibrosa, *Arch. f. klin. Chir.*, 1912, t. XCVII, p. 515-573.

BURCHARD (A.). Zur Diagnose der Chondromatösen fibrosen und Degeneration der Knochen, *Forts. a. d. Geb. d. Rontg.*, 1912, t. XIX, p. 113.

ELMSLIE (R. C.). Fibrons and Fibrocystic Disease, *Brit. med. Journ.*, 1912, t. II, p. 1367-1369.

FUJII. Ein Beitrag zur Kenntnis der Ostitis fibrosa mit ausgedehnter Cystenbildung, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1912, t. CXIV, p. 25-74.

LECÈNE et LENORMAND. Kystes solitaires non parasitaires des os longs, *Journ. de chir.*, juin 1912.

BYTHELL (W. J. S.) et SCOTT (G.). Discussion on the radiographie apparence of bone tumors benign and malignant, *Proc. Roy. Soc. med. London*, 1913-1914, t. VII, electrotherap. sect., p. 63-78.

DUTEIL. *Th. de Paris*, 1913.

FEIBERG (A. H.). Some diagnostic fractures of certain intraosseous lesions, osteitis fibrosa, bone cyst, and their relations to other intraosseous lesions, *Lancet clin.*, 1913, t. CIX, p. 504-511.

MURPHY (J. B.). Osteitis fibrosa cysticus of the upper end of the femur. Not involving the head and neck transplant placed in cavity, *Surg. clin. Chicago*, 1913, t. II, p. 783-805.

PERCY (J. F.). Osteitis fibrosa cystica. Report of case, *Surg. gyn. and obst.*, 1913, t. XVII, p. 536-540 ; — Osteitis fibrosa cystica w. bone cysty, *Med. Record*, 22 fév. 1913, p. 359.

MUTEL. Kystes essentiels des os et cals soufflés, *Revue d'orthop.*, 1er sept. et 1er nov. 1913, t. V, n° 5.

SKILLERN. Ostéite fibreuse d'origine syphilitique, analyse in *Presse méd.*, 7 fév. 1914, p. 9.

BOYD (S.). A case of fibrocystic disease of the femur, *Proc. Roy. Soc. med. London*, 1914-1915, t. VIII, clin. sect., p. 3540.

DAVIES (H. M.). Osteitis fibrosa cystica, *Proc. Roy. Soc. med. London*, 1914-1915, t. VIII, clin. sect., p. 34.

ELMSLIE (R. C.). Fibrons and fibrocystic osteitis, *Brit. med. Journ.*, 1912, t. II, p. 1367-1369.

LANDON (H. H.). Osteitis fibrosa cystica, *Ann. of surg.*, 1914, t. IX, p. 570-582.

BECKMANN. Tumeurs à cellules géantes des gaines tendineuses, *Ann. of surg.*, déc. 1915.

NEW (G. B.). Cystic Odontomas, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1915, t. XIV, p. 34-39.

SKINNER (A.). On benign bone cysty, *Surg. gyn. and obst.*, 1915, t. XX, p. 571-576.

PRINCE (H. L.). Tumeurs à cellules géantes du calcanéum, in *Amer. Journ. of orth. surg.*, nov. 1916, p. 641.

KIMPTON (A. R.). Kystes bénins des os et cellules géantes du sarcome, *Amer. Journ. of orth. surg.*, avril 1917, p. 317.

BARRIE (G.) Fibrocystic and cystic lesions in bone, *Ann. surg.*, 1918, t. XVII, p 354-363.

FAULDS (A. G.) and TEACHER (J. H.). A most unusual case of pathological fracture. Myeloïd sarcome and cystic disease of bone, *Glasgow med. Journ.*, 1918, t. XXXIX, p. 17-67.

HULSTEAD (A. E.). Benign bone cysty, *Surg. gyn. and obst.*, 1918, t. XXVI, p. 361.

MEYERDING (W. H.). Cystic and fibrocystic disease of the long bones, *Amer. Journ. of orthop. surg.*, sept.-oct. 1918.

PLATOU (E.). On osseous cysty and so called giaut. cell. sarcoma, *Ann. surg.*, 1918, t. XVII, p. 312-330.

SLESINGER. Osteitis fibrosa, *Lancet*, 15 nov. 1919.

CHARLANNE (Marcel). Ostéite fibreuse kystique de l'extrémité supérieure de l'humérus. Fracture spontanée, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1920, p. 155-158.

BLOODGOOD (J.). Tumeurs des os, *Journ. of orthop. surg.*, nov. 1920, p. 597.

LAKE (Mc) et SCHINTER. Ostéite fibreuse kystique, *Lancet*, 6 mars 1920.

MANUBRINI (D.). Kystes solitaires du tibia, *Arch. ital. di chir.* (Bologne), 20 déc. 1920, t. II, nos 5-6, analyse in *Presse méd.*, 5 mars 1921, n° 19.

MONTGOMÉRY (A. H.). Bone cysty, *Surg. clin.*, Chicago 1920, t. IV, p. 1287.

MOUCHET et LECÈNE. Un cas d'ostéite fibreuse kystique de l'extrémité supérieure de l'humérus parvenue à un degré extrême de destruction osseuse, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 7 juin 1921, t. XLVII, n° 19.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Il y a une douzaine d'années, la *suture vasculaire*, alors à ses débuts, était une des branches les plus brillantes de la chirurgie, une de celles qui semblaient donner les plus belles promesses. Expérimentalement, on transplantait des reins ou des membres entiers; on renversait la circulation d'un membre pour prévenir la gangrène; on avait recours à la suture pour la transfusion du sang. Mais les transplantations hétéroplastiques sont venues se briser contre les fines différences de structure biologique entre donneur et récepteur; il a été démontré qu'il n'était pas possible de réellement renverser la circulation d'un membre et les méthodes indirectes de transfusion ont, grâce à leur facilité d'exécution plus grande, détrôné en grande partie les méthodes d'artère à veine. Dans l'excision de tumeurs adhérentes aux gros vaisseaux dans l'aisselle ou l'aine, la ligature n'offre, généralement pas de danger, parce que la tumeur a, le plus souvent, oblitéré lentement la lumière du vaisseau. La chirurgie de la dernière guerre a démontré que chez les jeunes, la ligature donne de bons résultats.

Par conséquent, le domaine de la suture vasculaire s'est considérablement rétréci. C'est ce que constate HORSLEY (1), auteur lui-même de nombreux travaux sur la chirurgie des vaisseaux sanguins. Il reste cependant des cas où elle est la méthode de choix. D'abord, tous les cas où l'on a des raisons de craindre pour le développement de la circulation

collatérale; on peut lier impunément à vingt ans, mais à quarante, il n'en est plus de même. Il y a certaines artères dont la blessure expose plus à la gangrène, par exemple, la poplitée et l'extrémité inférieure de l'humérale; les risques de la ligature de la carotide primitive sont bien connus. Quand une tumeur englobe une artère sans la comprimer, la suture trouve son indication. Horsley regrette que l'idée se soit répandue, que la suture vasculaire n'est faite que pour quelques chirurgiens d'habileté particulière, ce qui, en limiterait beaucoup la valeur; il soutient que tout opérateur de compétence moyenne peut se rendre maître de la technique avec un peu de travail sur des animaux.

Il publie un cas intéressant de suture chez un homme dont l'artère humérale fut complètement sectionnée par la chute d'une lourde plaque de tôle. Les collatérales ne saignaient pas. Le médian était partiellement divisé, ainsi que le tendon du biceps. L'opération fut commencée une heure après l'accident; l'interruption de la circulation fut d'une heure et demie en tout. La pulsation radiale reparut immédiatement.

Sloan (2), a rapporté un cas remarquable de suture bout à bout de la carotide primitive chez un homme de cinquante-six ans, artérioscléreux, ayant une pression systolique de 185. L'artère fut blessée au cours de l'extirpation d'un cancer récidivé de la lèvre inférieure. La perte de substance mesurait environ 8 millimètres. L'interruption de la circulation dura une heure et le pouls temporal reparut de suite. Au troisième jour, il était normal et s'est maintenu tel depuis. Les sutures bout à bout de la carotide primitive sont en très petit nombre.

Une autre partie de la chirurgie vasculaire dont les indications n'ont point diminué est la *chirurgie des anévrismes*, à laquelle le nom de Matas (*) est si étroitement attaché. Ce sont les anévrismes traumatiques et particulièrement artérioveineux qui ont reçu le plus d'attention dans ces dernières années, à cause de la fréquence remarquable des lésions vasculaires par coup de feu au cours de la dernière guerre. Certains chirurgiens européens ont cru découvrir la méthode de traitement des anévrismes artérioveineux par suture de l'orifice abordé par l'intérieur de la veine; mais Matas a fait remarquer, à la dernière réunion de l'A. M. A., qu'il avait publié tous les détails de cette technique il y a plus de dix ans. L'idéal est de conserver à la fois l'artère et la veine. Si l'on ne peut sauver les deux, sauver l'artère, ce qui se fait parfaitement et facilement par l'opération dont Connors (4), relate dix cas. Mise à nu et dissection de la poche, pose d'un clamp à mors caoutchoutés sur l'artère, ligature de la veine au-dessus et au-dessous de l'orifice de communication, ligature des collatérales veineuses aboutissant dans le sac; incision longitudinale de celui-ci, de manière à faire un lambeau étroit et un plus large; suture de l'orifice de communication à la soie paraffinée fine, tous les nœuds étant liés du côté de la veine; le lambeau étroit est rabattu par sa face endothéliale au-dessus de la ligne de suture, puis le lambeau large est rabattu par dessus; enfin un lambeau de fascia est appliqué sur le tout. Connors a traité ainsi 4 cas affectant l'humérale, 2 l'axillaire, 2 la fémorale, 1 la carotide et 1 la poplitée. Ce dernier cas se termina par la mort par hémorragie et infection; les autres eurent tous des résultats parfaits.

(*) F. Gardner. De l'endoanévrismorraphie, Rev. gén., 1910, n° 118, p. 1599.

A propos de la chirurgie des anévrismes, mentionnons le fait que Hare (5) continue à traiter les anévrismes de l'aorte par l'introduction dans la poche, à travers une fine aiguille d'or, de plusieurs mètres de fil métallique (or et platine) à travers lequel on fait ensuite passer un courant de 5 à 50 milliampères. Cette méthode du *wiring*, assez employée il y a quelques années (*), ne semble plus guère être employée que par Hare; mais il lui reste fidèle. Cette fois-ci, il ajoute aux cas qu'il a publiés depuis vingt ans, trois nouveaux cas, dont l'un (le second), était si avancé au moment de l'intervention qu'on ne pouvait espérer qu'une palliation de la douleur et dont les deux autres purent retourner à leurs occupations. Dans le premier de ses cas, la poche était notablement plus petite dix mois après le wiring et le patient faisait souvent de 50 à 100 kilomètres en automobile dans une journée. Le troisième cas était très amélioré huit mois après l'intervention.

La *transfusion du sang* a été plus étudiée en Amérique que partout ailleurs; elle y est aussi beaucoup plus couramment appliquée. De fait, tous les procédés de transfusion employés dans les dix dernières années sont d'origine américaine. Aux procédés d'artère à veine par l'intermédiaire d'une canule ou d'un tube sont associés les noms d'Elsberg, de Bernheim et de Brewer. Aux procédés de veine à veine au moyen de seringues ou d'un réceptacle paraffiné, sont associés les noms de Lindeman et ceux de Kimpton et Brown; au procédé du citrate, celui de Lewisohn. C'est ce dernier procédé qui est aujourd'hui le plus en faveur, parce qu'il est de beaucoup le plus simple; il ne nécessite ni habileté, ni instrumentation spéciales. Il est donc à la portée de tous les praticiens, ce que l'on ne saurait dire des autres. Seulement, il a l'inconvénient de provoquer des réactions avec une fréquence beaucoup plus grande, dans 20 p. 100 des cas environ, ou même plus. La plupart de ces réactions ne sont pas suivies de résultats véritablement fâcheux pour le malade. Mais elles ne lui font pas de bien non plus et il ne faut pas oublier que les malades que l'on transfuse sont tous des affaiblis. Bernheim (6) tout en reconnaissant que la méthode au citrate a fait beaucoup pour mettre la transfusion à la portée de tous, croit que dans les cas d'anémie extrême, il faut revenir à la méthode directe de transfusion. Il n'y a pas moyen d'éviter ces réactions, et il n'y a pas moyen de les prévoir. Donc, dans un cas grave, le médecin qui se sert de la méthode au citrate court peut-être au devant d'un désastre évitable.

Les problèmes de laboratoire qui se présentent pour la transfusion ont été soigneusement étudiés dans ces dernières années. Karsner (7) et Unger (8) ont récemment bien résumé l'état actuel de la question. Tous les grands hôpitaux d'Amérique ont maintenant leurs corps attitrés de donneurs professionnels, groupés d'avance dans l'un des quatre types établis d'après les propriétés agglutinantes de leur sérum, d'où dépendent leur compatibilité ou incompatibilité vis-à-vis d'un autre sang. Leur Wassermann est aussi fréquemment pris. Cette organisation économise beaucoup de temps, chose précieuse

(*) F. Gardner. Traitement des anévrismes inopérables par le « wiring », Rev. gén., 1913, n° 113, p. 1757.

en matière de transfusion. Il suffit de déterminer à quel type appartient le sang du malade et de cherchez sur la liste le donneur approprié correspondant. Toutefois, il est bon de faire en outre une épreuve directe entre les deux sangs. Et, si l'on répète la transfusion avec le même donneur, il devient indispensable de répéter cette épreuve directe avant chaque transfusion, même si la précédente n'a donné aucune réaction, car les transfusions multiples déterminent dans le sang du transfusé la formation d'agglutinines et d'hémolysines pour le sang du donneur, ainsi qu'il ressort des travaux expérimentaux d'Ottenberg et Thalhimer. THALHIMER (9) a observé un cas où un enfant de neuf ans reçut une première fois le sang de son père sans réaction, mais où une seconde transfusion fut suivie d'une réaction alarmante.

Les donneurs professionnels sont bien payés et quelquefois leurs prix sont hors de la portée de certaines bourses. C'est ce qui donne de l'intérêt à l'observation d'*autotransfusion* relatée par GRANT (10) devant la Société de chirurgie de Philadelphie. Il s'agissait d'un homme de cinquante-six ans que l'on désirait transfuser avant une opération pour tumeur au cervelet. Son sang était du type 3, le plus rare et le plus difficile à se procurer et ses ressources étaient nulles. Le malade était pléthorique et avait une pression de 155-110. Grant lui préleva du sang et le mélangea à une solution de citrate; vingt-quatre heures après, la numération des globules ayant montré presqu'un retour à la normale, le sang citraté fut réinjecté dans les veines du malade. Evidemment, cela ne peut se faire que dans les cas où l'on n'est pas trop pressé, mais il est assez original de faire multiplier le sang d'un malade, par le malade lui-même.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) *Journal A. M. A.*, 9 juillet 1921, p. 117.
(2) *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juillet 1921, p. 62.
(3) MATAS, in *Journal A. M. A.*, 9 juillet 1921, p. 120.
(4) *Ibid.*, p. 118.
(5) *Ibid.*, 26 février 1921, p. 587.
(6) *Ibid.*, 23 juillet 1921, p. 275.
(7) *Ibid.*, 8 janvier 1921, p. 88.
(8) *Ibid.*, 1er janvier 1921, p. 24.
(9) *Ibid.*, 14 mai 1921, p. 1345.
(10) *Annals of Surgery*, août 1921, p. 233.

ÉPIDÉMIOLOGIE

LE DEUXIÈME CENTENAIRE DE LA GRANDE PESTE DE MARSEILLE 1720-1721 (1)

FORMES CLINIQUES

Formes bubonique. — C'est la moins grave; elle guérit assez bien, quand les bubons inguinaux arrivaient à suppuration et surtout quand la sérothérapie était appliquée à temps et avec énergie. On faisait des injections intraveineuses de 40 centimètres cubes et des injections sous-cutanées de sérum antipesteux de l'Institut Pasteur, renouvelées quotidiennement pendant les premiers jours et continuées suivant les indications thérapeutiques, surtout dans les formes septicémiques.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 67, p. 1066; n° 68, p. 1084, et n° 69, p. 1100.

La FORME SETICÉMIQUE affectait deux types cliniques différents : le premier était l'infection sanguine secondaire observée quelques jours après l'apparition des bubons pesteux.

Le second, plus dangereux au point de vue de la propagation de l'épidémie, plus grave et souvent mortel, consistait en une septicémie à aspect typhoïde et avec ganglions petits, multiples, n'ayant pas le temps voulu pour arriver à suppuration.

Chez l'enfant, les manifestations méningées étaient plus fréquentes et toujours mortelles.

Plusieurs particularités intéressantes au point de vue de la prophylaxie sont à signaler :

1° Les quatre cas de peste septicémique rapidement mortelle chez quatre porteurs des pompes funèbres qui avaient refusé de se faire immuniser avec le sérum antipesteux et le cas de contagion également mortel survenu très rapidement chez le fils de l'un d'eux.

Il est présumable que la contagion a été faite par les puces des cadavres de pestiférés dont le sang fourmille de coccobacilles de Yersin, seize heures environ avant la mort. Ces insectes abandonnent le cadavre dès le refroidissement du corps et se jettent sur les personnes approchant la dépouille mortelle. La punaise joue le même rôle.

Ce mode de propagation est à craindre dans les cas de décès causés par atteinte de peste non diagnostiquée surtout, quand, affectant la forme septicémique à type typhoïde, le peu de volume des ganglions inguinaux n'attire pas suffisamment l'attention sur la cause réelle de la mort.

2° Le rôle des vieux chiffons dans la propagation de la peste apparaît dans le premier foyer épidémique de huit cas à la rue Larrey.

Le premier suspect fut celui du chiffonnier qui mourut au milieu des tas de vieux chiffons; un médecin porta le diagnostic rétrospectif de « mort par affection cardiaque ».

Quelques jours après, la femme du propriétaire du même dépôt de chiffons mourait soi-disant d'une fièvre typhoïde qui pouvait bien n'être que la manifestation clinique d'une septicémie pesteuse avec adénopathie inguinale insignifiante.

La troisième victime fut sa petite fille qui succombait à Salvator dans le pavillon d'isolement avec des manifestations méningées et présence de coccobacilles de Yersin dans les bubons inguinaux. Les autres cas figurent sur la liste récapitulative cijointe. Ce foyer fut détruit par ignition.

Des mesures énergiques ont été prises pour écarter le danger de propagation par les chiffons (suppression du marché de chiffons et vieux habits, interdiction de transports des chiffons, désinfection par la sulfuration et le crésyl.)

Un cas mortel est survenu au lavoir des Martigues. Il s'agit d'une jeune espagnole, Santiago, âgée de quatorze ans, qui, avec son père et sa sœur avait fui dans une roulotte le foyer pesteux espagnol du quartier d'Areng, à Marseille.

Elle était allée à Fos, à Port-de-Bouc, où la roulotte campa sur un terrain vague et isolé à l'entrée de ces localités. Le médecin de Port-de-Bouc reconnaissant l'existence de ganglions inguinaux pesteux l'envoya à l'hospice de Martigues où elle fut isolée.

Le lendemain elle sortit, réclamée par son père qui l'emmène dans la roulotte dans la direction de Port-de-Bouc où l'accès lui fut refusé par le Maire et le garde champêtre.

L'état de la malade s'aggravant, elle fut ramenée

aux Martigues où elle mourut dans le lavoir municipal qui se trouve bien isolé dans un terrain vague aux abords de cette ville où le Dr Raybaud préleva un ganglion pesteux.

Elle n'avait pas eu le temps de revenir à l'hôpital.

Les prélèvements faits dans les bubons inguinaux permirent de constater la présence de coccobacilles de Yersin sur les frottis, dans les cultures. L'inoculation à la souris blanche détermina rapidement la mort par infection pesteuse bactériologiquement démontrée.

Aucun cas de contagion n'est résulté de l'exode de ce cas pesteux pour lequel nous prîmes des mesures rapides et sévères de prophylaxie et de désinfection concernant la roulotte, le lavoir municipal, la salle d'hôpital où elle avait séjourné, l'isolement pendant cinq jours dans un local spécial du père et de la grande sœur Santiago.

7° Ajoutons les trois cas suivis de guérison des marins venant d'Alger par le vapeur *Ville de Marseille* dont certains rats avaient des puces pesteuses. Le cas mortel d'un soldat des C. O. A. travaillant à côté des quais, dans un hangar destiné à l'approvisionnement. Ce cas est resté unique chez les militaires.

MESURES PROPHYLACTIQUES PRISES

1° *Destruction des rats qui pullulent à Marseille par tous les moyens possibles* (pièges, trappes, poisons tels que carbonate de baryum qui à la dose de 20 centigrammes tue un rat adulte, acide arsénieux, pâte phosphorée, chloropicrine, gaz sulfureux, etc). La scille a donné de bons résultats. Le professeur Danyz, de l'Institut Pasteur, nous a dit récemment que son virus anti-ratin (qui détruit les rats en leur communiquant une fièvre typhoïde spéciale devenant épidémique) avait tué 80.000 rats dans un secteur pendant la guerre. Comme nous lui faisions observer que les gros rats d'égout qui foisonnent à Marseille étaient mithridatisés, il nous dit qu'il avait un virus anti-ratin auquel aucun rat ne résistait. Il est classique d'admettre que la propagation de la peste se fait par la puce, dite *Xénopsylla Chéopis* vivant sur le rat noir, *mus alexandrinus*, *mus rattus*, rat de navire, rat grimpeur. L'observation montre que la peste se propage encore par la puce dite *Ceratophylus Fasciatus*, la puce pectinée de nos climats, la puce du rat commun, le rat d'égout (*mus decumanus*). Il est probable que cette dernière variété de rats peut être infectée par la puce Chéopis du rat de navire qui, lorsqu'il descend à terre, est rapidement attaqué et tué par le rat d'égout auquel il peut passer des puces contaminées.

Assez souvent, la contagion de la peste s'est faite par les puces de pestiférés, à la période septicémique où les cocco-bacilles de Yersin abondent dans leur sang, habituellement seize heures avant la mort. Un crédit de 120.000 francs a été affecté à la destruction des rats de Marseille.

2° Suppression des dépôts des vieux chiffons et papiers dans l'agglomération urbaine ou surveillance et désinfection par la sulfuration et le crésyl. Défense de transporter les ballots de chiffons sans autorisation du directeur du Bureau Municipal d'Hygiène. Interdiction du marché dit « des puces » où se vendent les vieux chiffons, les hardes suspectes, à proximité des quartiers contaminés d'Arenc, de la Petite Villette, de l'enclos Milliard, du Grand Prè, de Fonscolombe, etc.

Incendie du dépôt de vieux chiffons et de la bâtisse à la rue Larrey pour détruire un foyer pesteux.

3° Dès qu'un cas de peste est signalé, le délégué sanitaire va le visiter et fait prélever par le bactériologiste du service de Santé Maritime, le Dr Raybaud, la sérosité ou le pus des ganglions cruraux et inguinaux tuméfiés pour y chercher d'urgence le coccobacille de Yersin.

Le malade pesteux est isolé; immédiatement envoyé dans une des voitures spéciales de l'Hygiène Municipale au pavillon d'isolement de Salvator où on pratique une injection intraveineuse de 40 centimètres cubes de sérum antipesteux de l'Institut Pasteur et une injection sous-cutanée plus considérable du même produit. Si le cas est ou devient grave, les doses de sérum antipesteux sont augmentées et renouvelées tous les jours à deux reprises. Il convient, en effet, d'agir tôt, à doses fortes et répétées quotidiennement. C'est une faute thérapeutique de trop espacer les doses de sérum antipesteux, même en cas d'amélioration. On gaspille ses chances de succès, car si l'aggravation vient à se produire, des doses, qui, globalement, ont été portées à 400 ou 500 centimètres cubes, restent inactives. On a laissé passer la période curable. Il est trop tard.

3° Les contacts sont envoyés d'urgence en observation à l'hôpital Salvator, où ils sont immédiatement douchés avec le système D. D. D. appartenant à l'Autorité militaire, désinsectés, désinfectés; ils reçoivent une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antipesteux ou de virus antipesteux de l'Institut Pasteur et quelquefois de ces modes de vaccination préventive. Au bout de trois à cinq jours, les contacts sont autorisés à rentrer chez eux et sont surveillés pendant une semaine.

5° Quand il existe un foyer comme celui de l'Impasse Lagarde où neuf cas de peste ont été observés, on fait la visite de santé domiciliaire permettant de reconnaître les cas suspects, douteux ou avérés, non déclarés ou inconnus. 127 voisins ont été envoyés comme suspects à l'hôpital Savator pour y être douchés, désinsectés et désinfectés et pendant leur absence, leurs logements furen sulfurés et désinfectés. Tous restèrent indemnes de la peste.

6° Si, avec la prophylaxie actuelle on n'a plus à craindre ces terribles épidémies de peste de 1629 et 1720, l'explosion de quelques cas isolés apportés par les bateaux venant de pays contaminés, reste toujours possible. Il faut ne pas l'oublier et essayer de dépister les cas de peste à forme ambulatoire et septicémique, rechercher les ganglions pesteux de parti pris, surtout pendant l'été, à l'époque de la pullulation des puces. La rapidité du diagnostic est le facteur principal d'une prophylaxie efficace et la garantie de la guérison par la sérothérapie antipesteuse. Il faut agir tôt et vite, avec fermeté et énergie. C'est ainsi qu'on arrivera à éteindre l'étincelle, à détruire le foyer pesteux, à le localiser, à le limiter et à empêcher la propagation de l'épidémie. »

Le traitement actuel de la syphilis, par le docteur E. EMERY, médecin de Saint-Lazare, avec la collaboration du docteur A. MORIN, ancien interne de Saint-Lazare. 1 vol. in-8 de 229 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 AOUT 1921)

Du principe antiscorbutique dans le jus de pommes de terre extrait en présence d'acides. — M. BEZSSONOFF, poursuivant ses études sur le pouvoir antiscorbutique du jus de pommes de terre, montre que l'effet du jus extrait en présence d'acide tartrique est nettement supérieur à celui du jus simple et que le jus simple extrait de pommes nouvelles a une plus forte action antiscorbutique que le jus de pommes hivernées.

NOTES DE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE (1)

M. André Moulonguet expose le traitement curiethérapique du cancer de l'œsophage tel qu'il le pratique avec des résultats encourageants dans le service du Dr Lermoyez à l'hôpital Saint-Antoine. Il est nécessaire de ne traiter que des cas de cancer bien limités à la paroi œsophagienne, sans péri-œsophagite, sous peine de s'exposer à des accidents graves au moment de la fonte du tissu cancéreux (fistules œsophago-trachéales, œsophago-pleurales). La radioscopie ne décelant que tardivement cette péri-œsophagite, mieux vaut se baser sur l'exploration prudente de la mobilité de la masse néoplasique par le bout du tube œsophagoscopique. L'appareil radifère se compose de tubes d'émanation dont les radiations sont filtrées par une triple couche : platine (1mm5), aluminium (2/10 de millimètre), gomme (1 millimètre). Une buttée de caoutchouc fixée à son extrémité supérieure maintient l'appareil en place. Un fil de soie attaché aux dents permet de le retirer. L'appareil est laissé en place pendant quatre jours, la dose d'émanation étant calculée pour que la dose totale des radiations émises soit de 15 à 20 millicuries détruits.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Supprimer de l'alimentation toutes les substances riches en toxines : bouillons, viandes (surtout les viandes faisandées ou peu cuites), poissons (surtout les poissons de mer), gibier, conserves alimentaires, fromages faits, sel en trop grande quantité. Interdire le thé, café, liqueurs, bières fortes, vin en excès. tabac.

Comme médicaments, prescrire passagèrement la trinitrine aux doses progressives de VI à XII gouttes de la solution au centième, puis : 20 jours par mois, 2 cachets de Théosalvose phosphatée (1 cachet matin et soir) ; les 10 autres jours, iodure de potassium (1 à 3 gr.) et ainsi de suite.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (prof. : M. A. GILBERT ; agrégé : M. Maurice VILLARET). — COURS DE PERFECTIONNEMENT. — *Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 12 septembre 1921, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Herscher, médecin des hôpitaux ; Guilleminot, agrégé ; Lipmann, Chabrol, anciens chefs de clinique ; Leven, François Moutier, anciens internes des hôpitaux ; Henri Bénard, Saint-Girons, Dufourmentel et Coury, chefs de clinique ; Paul Descomps, Dumont et Deval, chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie ; Durey, Dausset Lagarenne et Gérard, chefs et assistants du Laboratoire des agents physiques.

Il aura lieu régulièrement, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30.

Le cours comprendra trente leçons et sera complet en deux semaines ; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Service de M. le prof. Jean-Louis FAURE.) — GYNÉCOLOGIE. — *Cours de perfectionnement.* — MM. les Drs Douay, chef des travaux gynécologiques ; Haller, chef de clinique ; Mossé, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 19 septembre au samedi 1er octobre 1921, sauf le dimanche.

Le cours complet en douze leçons aura un caractère essentiellement pratique.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE (125, boulevard de Port-Royal. Prof. : A. COUVELAIRE.) — COURS COMPLÉMENTAIRES DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — Cours réservés aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants ayant terminé leur scolarité, sous la direction de M. Lévy-Solal, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de MM. Vignes, accoucheur des hôpitaux ; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux ; Cleisz, chef de clinique ; Morisson-Lacombe et Sellet, chefs de clinique adjoints.

Durée : deux semaines, le matin et l'après-midi.

Première série du 12 au 24 septembre 1921.

Deuxième série du 17 au 29 octobre 1821.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

(1) *Revue méd. franç.*, janv. 1921, 1re année, n° 6, p. 300.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 72. — MARDI 13 & JEUDI 15 SEPT. 1921. 94e ANNÉE. MARDI 13 & JEUDI 15 SEPT. 1921. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Troisier, Capette, Houdard, Monod, Renaud, Vallery-Radot (Pasteur), Lemeland, qui ont accepté, et Le Mée, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1921-1922, chefs de laboratoire :

MM. les docteurs Tillier et Maury, clinique chirurgicale infantile; Schwebel, clinique médicale; Houel, clinique obstétricale; Benzecri, clinique ophtalmologique.

— Bordeaux. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1921-1922, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. les docteurs Rocher, agrégé, orthopédie chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes; Gourdon, prothèse et rééducation professionnelle.

— Montpellier. — M. le docteur Parès est délégué, pour l'année scolaire 1921-1922, dans les fonctions de chef du laboratoire de radiologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — M. Duvernoy, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1921, chef des travaux de physiologie.

— Le concours qui devait s'ouvrir le 7 novembre prochain devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon, est reporté au 21 du même mois.

— Reims. — L'Ecole de médecine de Reims, dont la remise en état est terminée, reprendra ses cours à la rentrée de novembre.

L'Ecole prépare au certificat P. C. N. et en délivre le diplôme.

Les étudiants en médecine peuvent faire à l'Ecole trois années de scolarité (douze inscriptions); ils y subissent deux examens définitifs et se préparent au troisième.

Les étudiants en pharmacie peuvent y faire leurs trois premières années après le stage et y subissent les examens correspondant à leur scolarité.

L'Ecole délivre le diplôme de sage-femme permettant d'exercer dans toute la France. La durée des études, qui est de deux années, se passe en entier à la Maternité de Reims.

L'Administration des Hospices met à la disposition des étudiants de toutes catégories un certain nombre de chambres et leur donne la pension moyennant une rétribution modeste.

Des places d'externes et d'internes en médecine sont mises au concours chaque année.

Un concours d'externat s'ouvrira le 15 novembre et un concours d'internat le 8 novembre 1921.

Les externes reçoivent une indemnité annuelle de 500 fr. Les internes sont logés et nourris et touchent en outre une indemnité mensuelle de 100 fr.

— Un concours s'ouvrira, le 1er février 1922, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

SERVICE SANITAIRE MARITIME. — Une session d'examens pour l'obtention du titre de médecin sanitaire maritime s'ouvrira à Marseille, le lundi, 17 octobre 1921, à 9 h. du matin, à la Direction du service sanitaire maritime, 7, quai du Port, à Marseille.

Les candidats doivent adresser leur demande au directeur de la 6e circonscription sanitaire maritime, à Marseille, ou la déposer au secrétariat de la direction, en produisant leur acte de naissance légalisé, leur diplôme de docteur en médecine (ou une copie certifiée conforme), un certificat de bonne vie et mœurs et de nationalité française.

L'examen comprend une épreuve écrite et une épreuve orale. L'épreuve écrite comporte une composition sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses, et une composition sur la législation sanitaire. L'épreuve orale porte sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses, sur la bactériologie, sur la législation sanitaire et la pratique de la désinfection.

LES SOINS MÉDICAUX DE NUIT A PARIS. — Le préfet de police, M. Leullier, poursuivant méthodiquement ses réformes et ses innovations, vient de prendre une mesure qui était vivement désirée par la population parisienne.

Le préfet de police a invité le directeur de la police municipale, nous dit *le Temps*, à faire afficher et tenir à jour, dans tous les postes de police de Paris, la liste des pharmacies restant ouvertes : 1° jusqu'à dix heures du soir; 2° toute la nuit; 3° les dimanches et fêtes.

Cette liste sera communiquée dans tous les postes à toute personne qui en fera la demande.

Ce même renseignement pourra être demandé par téléphone, soit à la direction de la police municipale (préfecture de police, Gobelins 43-80 à 43-89), soit dans l'un des dix districts (voir *Annuaire des téléphones*, préfecture de police, commissaires divisionnaires), de dix heures du soir à cinq heures du matin.

Les personnes qui auraient une ordonnance urgente à faire exécuter et qui ne pourraient se rendre elles-mêmes dans une pharmacie trouveront au poste de police un agent cycliste qui sera mis à leur disposition pour faire exécuter l'ordonnance et porter les médicaments au domicile du malade. Dans ce cas, les ordonnances devront porter la mention « extrême urgence » écrite de la main du médecin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des docteurs Jules Nogier, médecin-inspecteur de l'armée en retraite, ancien directeur de l'Ecole du service de santé militaire, décédé à Paris à l'âge de 82 ans; — et Belugou, ancien maire de Lamalou-les-Bains, membre de la Société d'hydrologie de Paris, décédé à Fontenay (Côte-d'Or), à l'âge de 70 ans.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DÉCRET DU 4 JUILLET 1921 SUR LA RÉPRESSION DES FRAUDES EN CE QUI CONCERNE LES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES ET HYGIÉNIQUES

Le *Journal officiel* du 22 juillet 1921 contient un décret, en date du 4 juillet, portant règlement d'administration pour l'application de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, en ce qui concerne les substances médicamenteuses et hygiéniques. Ce décret intéresse particulièrement les pharmaciens; il est divisé en cinq titres, dont il convient de faire connaître les principales dispositions.

Il y a lieu d'observer qu'aux termes de l'article 30, les dispositions du décret n'ont été applicables qu'un mois après sa publication.

TITRE PREMIER. — *Service de la recherche et de la constatation des fraudes sur les substances médicamenteuses et produits hygiéniques ou toxiques.* — L'article 2 spécifie qu'il est constitué dans la commission technique permanente, établie par l'article 3 du décret du 22 janvier 1919 près des ministères de l'Agriculture et du Commerce et de l'Industrie, une section de pharmacie, sous la présidence du doyen de la Faculté de pharmacie de Paris. Cette section est obligatoirement consultée sur les questions d'ordre scientifique relatives à l'application du présent décret.

Les inspecteurs et inspecteurs adjoints qualifiés aux termes du décret du 5 août 1908 pour assurer l'applicatiou des lois et règlements sur l'exercice de la pharmacie, le commerce des substances vénéneuses et sur la répression des fraudes en matières médicamenteuses, peuvent, concurremment avec tous les officiers de police judiciaire et dans les limites de la compétence fixée dans ce décret de 1908, procéder aux recherches, opérer d'office des prélèvements d'échantillons et, s'il y a lieu, effectuer des saisies dans les officines des pharmaciens, pharmacies et établissements hospitaliers, dépôts de médicaments tenus par les médecins et, en général, dans tous les lieux où sont fabriqués, entreposés et mis en vente, des produits médicamenteux, hygiéniques ou toxiques (art. 3).

Cet article 3 du décret ajoute que ces prélèvements peuvent être effectués notamment dans les laboratoires et leurs dépendances, magasins, boutiques, ateliers, voitures servant au commerce, lieux de fabrication contenant des produits destinés à la vente, ainsi que dans les entrepôts, dans les gares et ports de départ et d'arrivée.

Dans les locaux particuliers, tels que lieux de fabrication appartenant à des personnes non patentées ou occupés par elles, les agents chargés de la recherche et de la constatation des fraudes ne peuvent pénétrer et procéder aux opérations qui viennent d'être indiquées contre la volonté de ces personnes ou exploitants qu'en vertu d'une ordonnance du juge de paix du canton. Le consentement doit être constaté dans le procès-verbal, s'il n'y a pas recours à une ordonnance du juge de paix. Les prélèvements et les saisies ne peuvent être opérés dans ces locaux particuliers que sur des produits destinés à la vente.

TITRE II. — *Saisies et prélèvements de substances médicamenteuses, hygiéniques ou toxiques.* — Tout d'abord, en ce qui concerne les saisies, celles-ci ne peuvent être faites, en dehors d'une ordonnance du juge d'instruction, que dans le cas de flagrant délit de falsification ou dans le cas où les produits sont reconnus corrompus. Le texte est bien net; il ajoute que, dans ce dernier cas, la saisie est obligatoire.

Les inspecteurs, témoins d'un flagrant délit ou de la mise en vente des produits corrompus, sont tenus d'en faire la constatation immédiate. Un procès-verbal est dressé et envoyé dans les vingt-quatre heures au procureur de la République; une copie de ce procès-verbal est transmise au préfet, ainsi qu'au doyen de Faculté ou au directeur d'Ecole compétent aux termes de l'article 1er du décret du 5 août 1908. Les produits sont placés sous scellés et envoyés au procureur de la République.

En ce qui concerne les prélèvements d'échantillons, l'article 8 dispose que les formalités prescrites par les articles 10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16 du décret du 22 janvier 1919 pour les prélèvements d'échantillons, la rédaction des procès-verbaux, l'apposition des scellés, la délivrance des récépissés, l'envoi des échantillons et des procès-verbaux sont applicables aux opérations effectuées par les inspecteurs et inspecteurs adjoints en ce qui concerne les substances médicamenteuses, hygiéniques ou toxiques, sous cette réserve que le talon de l'étiquette à apposer sur les échantillons prélevés doit porter, outre les mentions énumérées par l'article 13 (1°), les indications suivantes : utilisation du produit, profession du vendeur ou détenteur.

Cependant, les articles 9, 10 et 11 du décret du 4 juillet 1921 contiennent certaines exceptions à l'application des articles ci-dessus énumérés du décret du 22 janvier 1919 :

a. Lorsqu'en raison de la qualité ou de la quantité d'un produit ou d'une préparation, la division en quatre échantillons est impossible, l'agent qui effectue le prélèvement, place sous scellé, en un échantillon unique, la totalité du produit ou de la préparation;

b. Lorsqu'un inspecteur a requis un officier de police judiciaire d'effectuer un prélèvement d'un produit ou d'une préparation, le produit est placé sous scellé, en un échantillon unique.

c. Si le produit sous scellé peut être divisé en quatre échantillons, l'inspecteur procède à cette opération en présence du vendeur ou du détenteur, ou lui dûment appelé ou représenté, et scelle les quatre échantillons. Il en laisse un au vendeur ou détenteur du produit et transmet les trois autres au préfet en se conformant aux articles 15 et 16 du décret de 1919.

Si le produit n'est pas divisible en quatre échantillons, l'inspecteur transmet le scellé primitif au procureur de la République.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LA THÉRAPEUTIQUE DES FIBROMYOMES PAR LES RADIATIONS

Par M. A. ZIMMERN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Consulté récemment par une dame qu'incommodaient des accidents provoqués par un fibromyome, un éminent gynécologue, après son examen, lui exprima ainsi son avis : « Madame, vous avez le choix entre l'opération, les rayons X et le radium. »

En effet, tandis que, hier encore, en présence d'une malade atteinte de fibrome de l'utérus et présentant des accidents, la conduite thérapeutique était simple — c'était le passage en chirurgie ou dans un service de gynécologie opératoire — aujourd'hui la solution n'est plus univoque : la pratique de la radio- et de la radiumthérapie a consacré l'heureuse influence des radiations de l'ampoule et du radium. Toutefois, la formule ci-dessus prise à la lettre n'est pas exacte. Les trois méthodes ne sont pas interchangeables et le champ d'action de chacune d'elles commence à être assez bien défini pour qu'on puisse songer à assujettir son choix au type clinique rencontré.

* * *

C'est en France, où cependant elle est née, que la röntgenthérapie du fibrome a eu le plus de mal à se faire jour. La communication de Foveau de Courmelles, en 1904, signalant le premier, chez quelques sujets la régression du fibrome et l'arrêt des hémorragies, loin de laisser prévoir un avenir brillant, éveilla à peine la curiosité.

Les rapports qui suivirent (Bergonié, Guilleminot et Laquerrière, etc.), malgré leurs conclusions encourageantes, les publications d'Albers Schönberg (de Hambourg), ne parvinrent pas à franchir en France le petit cercle des radiologistes, tandis qu'en Allemagne, des gynécologues de carrière, chirurgiens pour la plupart, devaient bientôt se livrer à d'actives recherches sur le sujet.

Un premier rapport de Béclère, en 1913, au Congrès international de médecine à Londres, appuyé sur 60 observations ne réussit pas non plus à entraîner la conviction, et ce n'est qu'en 1919, à la suite d'un nouveau rapport au Congrès de gynécologie de Bruxelles, à la suite du bruit fait autour des audacieux procédés des Ecoles de Fribourg (Krönig et Gauss) et d'Erlangen (Seitz et Wintz), qu'enfin se dissipa l'indifférence et que la question vint à l'ordre du jour des séances de la Société de chirurgie.

La fortune du radium, dans le traitement du fibrome, n'a guère été plus rapide. Depuis la première publication d'Oudin et Verchère, en 1906, sur les effets hémostatiques du radium en gynécologie, malgré la faveur dont il bénéficia si rapidement dans le traitement du cancer et qui le plaçait ainsi entre des mains chirurgicales, malgré les travaux de Wickham, de Chéron, de Mme Fabre et les publications américaines où les chirurgiens étaient déjà venus à cet agent, ce n'est que depuis ces dernières années également qu'on lui prête l'attention qu'il mérite.

* * *

Qu'y avait-il besoin, du reste, d'une thérapeutique nouvelle des fibromyomes? L'exérèse, la myectomie et l'hystérectomie, si bien réglées dans leur technique, ne donnaient-elles pas à tous pleine satisfaction ? Quelle autre thérapeutique d'ailleurs pouvait être capable d'amener une diminution suffisante de la tumeur pour assurer son inactivité définitive? N'allait-on pas aussi s'exposer à toute une série de dangers, la radiodermite toujours à craindre, les lésions d'organes voisins, la dégénérescence maligne de la tumeur, la possibilité de laisser en place un néoplasme du corps ou du col ? Pourquoi enfin s'attarder à un traitement exigeant plusieurs mois ?

La seule concession à consentir aux nouvelles thérapeutiques étaient les fibromes inopérables pour une raison d'ordre médical (néphrite chronique, diabète, etc.) ou chirurgical (adhérences excessives, anémie par hémorragies surabondantes, etc.).

Dans ce dernier cas même, une tentative s'imposait formellement pour tâcher, en arrêtant les pertes et en permettant le rétablissement de la malade, de rendre l'intervention possible!

Cependant, des statistiques venues de tous côtés, répondaient victorieusement à ces objections. Toutes s'accordaient à démontrer que l'arrêt des hémorragies est, à raison d'une bonne technique, un résultat sensiblement constant, que vient, en général, compléter heureusement la régression de la tumeur, parfois sa disparition complète avec tous les troubles occasionnés par elle.

Et, aujourd'hui, après d'ardentes discussions, tous les gynécologues et la plupart des chirurgiens ont accepté l'évolution : rayons X et radium ont conquis leur autonomie dans la thérapeutique des tumeurs fibreuses de l'utérus. « Les rayons X et le radium, constate J.-L. Faure dans sa leçon inaugurale, nous enlèvent la plupart des fibromes. »

Il est de toute évidence, cependant, qu'un certain nombre de types cliniques de fibromyomes ne sauraient être revendiqués par la physiothérapie. C'est ainsi que la menace pour l'existence de la dégénérescence gangréneuse commandera toujours impérieusement le suppression du foyer d'infection ; c'est ainsi encore qu'on ne saurait compter sur une réduction de volume des tumeurs sous-séreuses volumineuses, uni ou multilobulées, et bien moins encore lorsqu'elles ont subi l'évolution calcaire.

De même, les masses myomateuses, développées vers la cavité utérine, pédiculées ou non, sont de mauvais cas où les rayons restent généralement inefficaces, ce que l'on ne reconnaît parfois que le traitement déjà commencé.

Certains auteurs éliminent encore les très gros fibromes donnant lieu à des phénomènes de compression, les fibromes s'accompagnant d'annexite, les fibromes à développement très rapide. Mais dans ces cas, l'indication opératoire ne saurait être absolue et relève bien plutôt du degré de ces phénomènes. Une annexite légère, par exemple, sans élévation de température notable ou persistante, n'obligera pas forcément à passer la main.

Exception faite des cas précités qui, ressortissent indiscutablement à la chirurgie, et qui, quoiqu'on ait dit, lui laissent encore un champ d'action très étendu, les autres, suivant la sentence du gynécologue rapportée ci-dessus, permettent-ils de choisir

indistinctement l'opération, les rayons X ou le radium? La malade peut-elle s'adresser indifféremment au chirurgien ou au radiologiste? En d'autres termes, l'hystérectomie ou la myectomie d'une part, la radio- ou la radiumthérapie d'autre part, sont-elles équivalentes, au point de vue efficacité, résultats, innocuité?

En dehors des aléas inhérents à toute intervention chirurgicale (shock opératoire, accidents immédiats tels que suppuration, embolie, avec lesquels le chirurgien le plus éminent s'est certainement plus d'une fois trouvé aux prises, accidents tardifs tels que adhérences, éventration, troubles psychiques consécutifs à la castration chez les femmes jeunes), la chirurgie du fibrome a à répondre du chiffre de sa mortalité que les meilleures statistiques n'ont pu abaisser au-dessous de 4 p. 100.

En regard, la radio- et la radiumthérapie, n'apportent guère comme risque que celui de l'insuccès toujours possible, de quelques troubles généraux fugaces sur lesquels nous reviendrons plus loin, d'un peu de pigmentation de la peau, ou même d'érythème si l'on a été obligé d'user de fortes doses.

Quant à la radiodermité dont on agite encore si souvent et si inconsidérément le spectre, avec les techniques plus précises, le dosage plus rigoureux, la filtration plus haute, elle est devenue de plus en plus rare.

De toute façon, la radiothérapie ni la radiumthérapie ne mettent en jeu l'existence et ne peuvent être rendues responsables d'aucun accident réellement sérieux.

Signalons encore un argument que l'on a invoqué à l'encontre du traitement du fibrome par les radiations : c'est celui de la possibilité de la coexistence du cancer qu'on n'aurait plus ainsi la ressource de supprimer de bonne heure, et le danger de la confusion possible d'un fibrome avec le sarcome.

Bien que la simultanéité du cancer soit une rareté, puisque Hartmann ne l'a rencontrée que dans 2,8 p. 100 des cas, rien n'empêche, pour s'affranchir d'un doute, de pratiquer un curettage explorateur, et cela d'autant plus légitimement que le curettage a été jadis, comme l'on sait, un mode de traitement palliatif des hémorragies du fibrome. Rien n'est plus facile encore, que de pratiquer une biopsie au cours des manœuvres préparatoires à l'introduction du radium.

Quant au sarcome, très rare lui aussi, un diagnostic différentiel n'est guère possible; on ne saurait se laisser influencer ni par le caractère anormal des hémorragies, ni par la consistance de la tumeur. Seitz et Wintz s'appuient sur sa disparition rapide consécutivement à la radiothérapie pour en faire le diagnostic rétrospectif, mais d'après Béclère, cette opinion reposerait sur une erreur d'interprétation des faits observés.

La régression comparativement plus active des sarcomes par les rayons X, signalée par les radiologistes précités, ne tiendrait pas, comme ils le prétendent, à la plus grande radiosensibilité du sarcome, mais à cette circonstance que le soupçon de sarcome les a conduits à ne plus irradier l'ovaire seulement, comme ils le font pour le fibrome, mais aussi la tumeur. Quoiqu'il en soit, le sarcome de l'utérus ne saurait créer une contre-indication, puisque, au contraire, ce type de néoplasme jouit, vis-à-vis des rayons, d'une remarquable sensibilité.

*
* *

Au début de la radiothérapie des fibromes utérins, les résultats obtenus avaient montré que les conditions les plus favorables étaient créées par le voisinage de la ménopause. Il apparaissait, en général, beaucoup plus facile d'obtenir la cessation des hémorragies chez une femme ayant dépassé la quarantaine que chez un sujet plus jeune.

C'était l'époque, du reste, où, conformément aux notions fournies par la radiophysiologie, on admettait et l'on recherchait uniquement l'action directe sur l'ovaire, la ménopause artificielle. Quelques auteurs sont restés fidèles à cette conception primitive et n'étendent pas les indications de la radiothérapie aux femmes encore trop éloignées de l'âge critique. Mais les progrès de la technique ont renversé cette barrière et, actuellement, la plupart des radiologistes ne reconnaissent pas de limite d'âge au traitement du fibrome par les radiations. Dans cette question des indications de la radiothérapie, Béclère, dont l'expérience s'appuie sur quelques centaines de cas, se montre très catégorique : « En dehors de certaines conditions qui réclament l'intervention chirurgicale, écrit-il, la radiothérapie est applicable à tous les fibromyomes utérins. »

*
* *

On sait que la sensibilité röntgénienne de la glande génitale femelle est à peu près du même ordre que la sensibilité de la glande génitale mâle. Le premier, Halberstaedter, en 1905, trouva sur l'ovaire de la lapine à la suite d'une irradiation assez intense, des altérations considérables. De nombreux travaux, en particulier les recherches de Reifferscheid sur les animaux et sur les ovaires de femmes opérées ont montré dans la suite que la lésion essentielle consistait dans la dégénérescence des follicules primordiaux, la désorganisation des follicules de de Graaf, lésions définitives si elles sont assez profondes.

Ces premières constatations, d'où se dégageait avec évidence l'action élective sur la glande génitale, encouragèrent à l'époque les tentatives de traitement des hémorragies utérines. Le but visé était l'obtention de l'aménorrhée par destruction de la fonction ovarienne.

Tel fut l'objectif primitif des radiologistes allemands; tel il est resté. Comptant sur les relations de l'activité menstruelle avec la vie des fibromyomes, ceux-ci s'efforcent toujours d'atteindre assez profondément l'ovaire pour en détruire les éléments nobles. De là, la conception d'une dose assurant la stérilisation, l'ovarialdosis de Krönig-Friedrich, la castrationdosis de Seitz et Wintz dont l'application en une fois constitue l'originalité des Ecoles de Fribourg et d'Erlangen.

La régression de la tumeur, d'après l'Ecole allemande, serait, elle, un phénomène physiologique secondaire à la destruction des follicules ovariens, le tissu musculaire de sa contexture ne jouissant pas d'une radiosensibilité suffisante pour être altéré par les doses, même intenses, en usage.

En France, par contre, la théorie d'une action directe sur la tumeur est vivement défendue par Beclère. L'action sur l'ovaire passe au second plan. Le processus régressif relèverait avant tout d'une atteinte des éléments musculaires néoplasiques, et les doses périodiquement utilisées pour obtenir ce résultat suffiraient à amener simultanément la sup-

pression de la fonction ovarienne. Comme arguments en faveur de cette thèse, son auteur fait valoir :

a. Que la situation des ovaires n'est pas toujours celle qu'on suppose et que, enfouis derrière un utérus volumineux, ils peuvent ne recevoir qu'une dose très inférieure à la dose projetée pour leur désintégration.

b. Que la régression des fibromyomes après leur exposition aux rayons est plus précoce que la régression physiologique. C'est ainsi que les radiologistes allemands parlent d'une régression survenant deux ou trois mois après la suppression des règles, tandis que dans la plupart de ses observations personnelles, il put constater une diminution de volume, avec des doses infiniment plus faibles, dès le début du traitement. « La thérapeutique du fibrome, dit Beclère, n'est qu'un chapitre du traitement des néoplasmes. »

Il faut avouer cependant que le mécanisme intime des modifications produites sur le tissu myomateux nous échappe encore. Quelques radiologistes ont tendance à concevoir, ainsi qu'on l'a avancé pour le radium, que les radiations frappent les centres germinatifs de la tumeur, en lèsent les parois vasculaires et y provoquent des altérations d'artérite oblitérante qui viennent porter entrave à sa nutrition.

Il n'est cependant pas impossible d'admettre une action plus directe sur la cellure myomateuse, une action cytolytique réelle qui frapperait, en tant que cellules pathologiques jeunes et par conséquent très radiosensibles, non pas le tissu musculaire déjà ancien de gros fibromes adultes, ni les éléments fibreux, mais bien les cellules en activité de développement.

Avec le radium, comme nous le verrons plus loin, qui possède en application intra-utérine une action hémostatique remarquable, on est conduit également à la conception d'une action prépondérante sur la tumeur. Dans un certain nombre de cas en effet, l'hémorragie pathologique se supprime, tandis que réapparaissent les règles normales ; c'est la preuve que la fonction ovarienne n'a été que peu ou pas touchée.

La recherche de l'aménorrhée par la destruction de la glande génitale constitue en définitive un procédé détourné, produisant la guérison des symptômes du fibrome par la ménopause artificielle : elle ne diffère pas en principe de l'antique opération de Battey.

En fait, si à la suite de la castration, selon les techniques allemandes, la régression des fibromes dépasse assez souvent dans sa rapidité et ses proportions la réduction de volume que l'on constate d'ordinaire à la suite de la castration chirurgicale ou de la ménopause physiologique, c'est que le cône de rayons, tout en étant centré ou supposé centré sur l'ovaire, atteint presque toujours le fibrome dans une étendue plus ou moins grande (Béclère).

* * *

Ce n'est pas sans une certaine surprise que l'on a accueilli la publication des audacieuses techniques des Ecoles de Fribourg et d'Erlangen. Tandis que, en France, aussi bien que dans certaines cliniques germaniques, on ne songeait qu'à perfectionner le procédé courant des doses modérées, échelonnées sur plusieurs semaines, Krönig et Gauss (de Fribourg), s'écartant des sentiers battus, eurent l'idée de précipiter le résultat par une action intensive sur l'ovaire. La méthode des portes d'entrée nombreuses fut tout d'abord utilisée dans ce but. Par des irradiations multiples, convergeant vers la région ovarienne et calculées de manière à rester pour chaque zone cutanée en deçà de la dose d'érythème, l'ovaire devait en un laps de temps très court absorber une quantité très élevée de rayons, quantité que peu à peu ces auteurs cherchèrent à rendre suffisante pour dispenser de revenir ultérieurement à la charge.

Ces irradiations intensives furent d'abord réparties sur quelques semaines, ensuite sur quelques jours, plus tard enfin condensées en une seule séance. En même temps, Krönig et Gauss diminuaient le nombre des portes d'entrée, le réduisant même le plus souvent à une seule application abdominale dirigée simultanément sur les deux ovaires, sous filtre de cuivre de 1 millimètre d'épaisseur.

La pratique de cette nouvelle méthode permit à ses promoteurs de fixer la constante de la dose utile : la dose ovarienne (ovarialdosis) et, grâce à l'emploi d'instruments de mesure basés sur les effets d'ionisation des rayons, plus exacts que les indicateurs en usage comme la pastille de platinocyanure de Sabouraud-Noiré ou le réactif de Kienböck, de la comparer à la dose susceptible d'amener le début de la réaction cutanée (erythemdosis).

La thèse soutenue par l'Ecole de Fribourg est que, seule la méthode massive autorise une mesure correcte des effets produits, les autres permettant à l'ovaire de se régénérer entre les séances, et que, au surplus, eu égard aux résultats, elle apparaît comme bien plus radicale.

Seitz et Wintz, d'Erlangen, reprirent quelques années plus tard le même procédé, avec encore plus de hardiesse peut-être. En une séance unique, ils administrent leur « castrationdosis » dose un peu plus élevée que la dose ovarienne. Après filtration sur 0mm5 de zinc, les rayons sont dirigés sur chaque région ovarienne individuellement, par deux portes d'entrée, l'une abdominale, l'autre sacrée.

Une séance suffit en général, d'après ces auteurs, pour produire l'aménorrhée définitive : toutefois ils reconnaissent qu'une séance complémentaire, éloignée de six semaines est parfois commandée par le retour des accidents. Après une, deux, ou encore, si nécessaire, trois séances, la proportion de succès serait de 100 p. 100.

En ce qui concerne le volume de la tumeur, sa régression est de règle, mais celle-ci tardive, ne débuterait en général que quatre à cinq mois après le traitement et ne s'accuserait nettement que dans le semestre consécutif.

Radiothérapie intensive en une séance et proportion de 100 p. 100 de succès ne signifient pas cependant arrêt immédiat des hémorragies et des règles. Avec la technique de Fribourg, l'aménorrhée ne s'installait en général qu'après une, deux ou trois réapparitions des pertes. Aussi Seitz et Wintz se sont-ils efforcés de rechercher lee conditions les plus favorables à l'obtention de l'arrêt immédiat de la menstruation. Ils remarquèrent que chaque fois qu'ils pratiquaient l'irradiation en séance unique dans les premiers jours de la période intermenstruelle, les règles ne reparaissaient plus. Par contre, toutes les fois où elle était mise en œuvre dans la seconde moitié, la suppression immédiate des pertes ne se produisait plus que dans 3,8 p. 100 des cas : les règles reparaissaient encore une, deux

ou même trois fois. Cette particularité s'expliquerait par ce fait que la déhiscence folliculaire d'où dépend le molimen menstruel se produisant au milieu de la période intermenstruelle, la désorganisation du follicule arrivé à maturité, pour avoir un effet suspensif immédiat, doit nécessairement devancer la rupture.

Les promoteurs des méthodes intensives ont été suivis par un certain nombre de radiologistes allemands. La plupart cependant semblent être restés fidèles aux méthodes des doses modérées ou avoir adopté des techniques intermédiaires. Il est vrai de dire que la radiothérapie intensive exige un matériel assez riche, un personnel nombreux et éprouvé et une surveillance assidue qui ne sont pas à la portée de chacun.

De plus, elle ne serait pas exempte de certains inconvénients assez sérieux.

En dehors d'un certain degré de leucopénie, d'ailleurs passagère et inévitable avec de fortes intensités, du « Rœntgenkater » ou mal des irradiations pénétrantes, caractérisé par un état vertigineux et nauséeux assez analogue ou mal de mer, inconvénients reconnus par les auteurs eux-mêmes, on observerait parfois des troubles intestinaux plus accusés, vomissements, diarrhée avec météorisme, état subfébrile (Moench). Des crises sudorales et un état de dépression psychique assez profond attesteraient assez souvent l'atteinte nullement surprenante de la glande interstitielle. D'après d'autres auteurs encore, il y aurait parfois à compter avec la récidive.

Signalons enfin le reproche adressé au principe même de la méthode qui, visant la suppression définitive de la fonction menstruelle, écarte délibérément toute chance de grossesse, ce qui est à prendre en considération chez des jeunes femmes au-dessous de la quarantaine.

Est-il du reste bien utile et rationnel de donner la même dose à toutes les femmes? Les résultats obtenus avec le radium montrent qu'il n'est nullement besoin d'atteindre la destruction de l'activité ovarienne.

En France, aucun radiologiste jusqu'ici ne semble s'être aventuré à l'essai de ces méthodes, pour le traitement des tumeurs fibreuses s'entend. A l'exemple de Beclère, la plupart ont adopté le système de la séance hebdomadaire, limitée à environ 3 unités H de rayons très pénétrants et fortement fibrés (5 mm. aluminium).

A moins de fibrome très volumineux, deux portes d'entrée abdominales, de chaque côté de la ligne médiane sont généralement considérées comme suffisantes, mais dans certains cas on peut, si nécessaire, accroître la dose dans la profondeur par une irradiation sacrée.

Conformément à sa théorie, Béclère recommande de veiller particulièrement à ce que la totalité de la tumeur soit bien inscrite dans les cônes d'irradiation. Il n'y a pas, ajoute-t-il, à se préoccuper de la situation des ovaires que, en raison de leur proximité de l'utérus, on est toujours certain d'atteindre.

*
* *

Les résultats des techniques modérées sont-ils inférieurs à ceux des Ecoles de Fribourg et d'Erlangen?

Cette question ne saurait être résolue que par des statistiques très documentées tenant compte des types cliniques, de l'âge des malades, et spécifiant bien exactement l'acception du terme guérison. A notre connaissance, cette étude comparative ne semble pas encore avoir été entreprise.

Béclère accuse une proportion de 83 p. 100 de guérisons sur 400 fibromes traités et 9 p. 100 d'améliorations. Ce résultat comprend la cessation des hémorragies et la réduction de volume de la tumeur qui, lorsqu'elle n'est pas trop développée, peut aller jusqu'à la disparition complète.

Le grand avantage de la méthode des doses modérées sur la méthode massive, c'est qu'elle agit d'une façon moins aveugle, qu'elle permet d'adapter à chaque cas la dose qui lui convient, ceci en suivant attentivement les effets consécutifs à chaque application. Il est bien certain en effet qu'on arrive en général beaucoup plus aisément à tarir les hémorragies chez une femme proche de la ménopause, que chez une malade n'ayant pas atteint la quarantaine. Le résultat dans le premier cas peut être extrêmement rapide et ne nécessite en aucune façon une dose systématiquement très élevée.

Les rayons X paraissent en effet présenter cette propriété générale, lorsqu'ils interviennent au cours d'un processus évolutif, de hâter la marche de ce processus; il en est ainsi pour l'involution naturelle du thymus dans la première enfance, il en est de même pour la régression naturelle des éléments nobles de l'ovaire.

Plus difficile et obligeant par conséquent à un traitement plus prolongé est le problème de l'hémostase et de la régression des fibromes chez les femmes jeunes. Le nombre des séances nécessaires est dans ce cas très variable, mais on peut considérer comme un chiffre moyen celui de dix à quinze séances, ce qui représente deux à trois mois.

*
* *

A côté de la radiothérapie, la radiumthérapie compte dans le traitement du fibromyome des succès qui légitiment la foi de ses adeptes. Quelques-uns même, naguère radiologistes purs, avouent, après une expérience comparative de quelques années, être venus à la radiumthérapie, moins compliquée, moins dangereuse, plus souvent efficace.

De tous les travaux sur la radiumthérapie des fibromes, des statistiques publiées en France et en Amérique (en Allemagne, la radiumthérapie du fibrome n'a guère suscité de recherches) se dégage, en effet, cette notion primordiale d'une action hémostatique remarquablement constante, puissante et rapide.

Sur 120 fibromes de petit volume, par exemple, Chéron obtint l'hémostase définitive dans 117 cas et la régression dans 108. Dans les gros fibromes, l'arrêt définitif ne put être obtenu que dans la moitié des cas.

En général, on observe l'arrêt ou une diminution notable des hémorragies aussitôt après la première application; cependant une action incomplète peut rendre nécessaire une nouvelle séance après trois ou quatre mois.

L'intensité des pertes est sans influence sur le résultat final. On a vu des malades complètement exsangues, inopérables de ce fait, revenir à leur état normal.

La régression dans les cas traités par le radium est extrêmement variable dans son début, son degré, sa vitesse. Elle débute parfois très rapide-

ment, tantôt ne devient manifeste qu'après plusieurs mois. Influencée par la nature et le volume primitif de la tumeur, elle fait défaut d'ordinaire dans les tumeurs d'un certain volume et de consistance ferme ; elle pourra aboutir, d'autre part, à la disparition complète dans celles qui présentent les caractères opposés.

Sur 182 malades, Kelly compte 171 cas améliorés ou guéris. Onze ne furent pas modifiés ou durent être opérés. Sur 158 tumeurs, 94 ne purent être retrouvées; les 64 autres n'éprouvèrent qu'une diminution.

*
* *

La radiumthérapie pour fibrome utilise généralement la méthode intra-utérine. La radiumpuncture, un moment essayée paraît être abandonnée. L'application vaginale, défendue par Mme Laborde et regardée par cet auteur comme d'efficacité égale à la méthode intra-utérine, a l'avantage de dispenser de la dilatation et d'ignorer les difficultés suscitées par un canal difficilement extensible ou sinueux.

Avec l'application intra-utérine, il est indispensable, en effet, de pratiquer une dilatation préalable avec des tiges de laminaire et des bougies d'Hegar. Le traumatisme produit par cette opération de petite chirurgie, les tractions exercées sur le col, le séjour du corps étranger dans la cavité utérine nous paraissent présenter ce gros inconvénient de risquer le réveil de vieux foyers annexiels ou péri-utérins éteints ou l'irritation de processus inflammatoires très légers.

C'est bien plus dans cette raison que dans les effets propres du radium que nous croyons trouver la cause de ces réactions violentes qui ont fait ranger les fibromes s'accompagnant de lésions annexielles, même anciennes, même très limitées au nombre des contre-indications de la radiumthérapie. Beaucoup de chirurgiens, ayant la pratique du radium, se refusent, en effet, à l'employer si la périphérie utérine ne leur paraît pas absolument saine. On remarquera qu'avec les rayons de Rœntgen par contre, cette irritation est infiniment moins à redouter.

On utilise d'ordinaire le tube de platine de Dominici à 50 milligrammes, recouvert d'un filtre d'argent et inséré dans un drain de caoutchouc.

Les doses préconisées varient avec l'âge de la malade, avec la grosseur, la consistance et l'ancienneté de la tumeur, mais elle diffère dans une certaine mesure aussi suivant le tempérament de chaque gynécologue. La plupart cependant, chez les femmes au voisinage de la ménopause, pour une tumeur de la grosseur d'une orange, ont adopté la moyenne de 50 milligrammes de radium-élément pendant vingt-quatre heures. Chez des femmes jeunes, on commence par 25 milligrammes de radium-élément pendant le même temps. Ces quantités sont accrues ou diminuées suivant les circonstances propres à chaque cas.

En application vaginale, Mme Laborde propose 50 milligrammes de radium-élément, répartis sur deux foyers introduits dans les culs-de-sac latéraux avec un séjour de quarante-huit heures chez les femmes au voisinage de la ménopause, de soixante heures dans les cas d'hémorragie très abondante et de vingt-quatre heures seulement chez les femmes jeunes, en prévision de la réapparition possible des règles.

En cas d'insuccès ou de résultat insuffisant, une nouvelle application peut être faite après deux ou trois mois.

*
* *

Il règne encore sur le mode d'action du radium dans le fibromyome une assez grande obscurité qui résulte de l'ignorance où nous sommes des rapports de l'évolution du fibrome avec la fonction ovarienne.

Quelle est la part de l'ovaire, quelle est la part de l'action directe sur le tissu myomateux dans les résultats obtenus ?

On a sans doute quelque peine à se figurer que le rayonnement d'un appareil, même puissant, placé dans la cavité utérine, après avoir subi l'absorption d'une musculature hyperplasiée, conserve encore à la distance de l'ovaire une intensité suffisante pour désorganiser immédiatement et définitivement les follicules et expliquer l'arrêt si rapide parfois des hémorragies et de la menstruation.

Si nous manquons à cet égard de documents anatomo-pathologiques témoignant d'une action directe et profonde sur l'ovaire, en revanche l'observation clinique rend indéniable sa participation puisque, en modérant la dose par une limitation de la durée de l'irradiation, on a pu, comme on l'a vu, éviter la ménopause définitive, tarir l'hémorragie sans supprimer pour jamais le flux menstruel.

Aussi semble-t-on accorder plus d'importance aux altérations produites par le rayonnement du radium sur les éléments vasculaires de la tumeur. L'hémostase résulterait de l'endartérite oblitérante et la tumeur, atteinte dans son irrigation, s'arrêterait dans son développement, puis subirait un processus de régression atrophique. Ce mécanisme aurait ainsi un point de départ analogue à celui qui préside à la cure radiumthérapique des angiomes.

Peut-être, cependant, y aurait-il à demander à l'anatomie pathologique s'il n'y a pas aussi une altération durable de la fibre musculaire ?

*
* *

S'il est avéré que l'action hémostatique du radium relève principalement d'une action directe sur le fibrome, l'introduction du radium au voisinage immédiat de la tumeur, au voisinage de son centre de développement, apparaît comme infiniment rationnelle et justifie la critique faite à la radiothérapie de n'atteindre l'organe à traiter qu'après avoir frappé inutilement des tissus sains interposés.

Par contre, nous ne croyons pas que pour proclamer la supériorité du radium, on puisse invoquer l'argument toujours propre à jeter le trouble, mais aujourd'hui un peu patiné de la radiodermite. Avec un tube de radium enfoui dans le canal utérin, sans doute la radiumdermite n'est-elle pas à craindre en raison de l'éloignement de la peau, mais, tout aussi bien que les rayons X, les rayons du radium sont capables, par excès de dose ou filtration insuffisante, de provoquer sur la muqueuse saine et dans les tissus voisins des altérations qui, bien qu'échappant à la vue, n'en peuvent pas moins être assez sérieuses.

Il ne semble pas non plus qu'il faille, comme le font certains auteurs, pour étayer leurs préférences à l'égard du radium, invoquer son aptitude à détruire un début de cancer concomitant du col ou du corps. Ce serait tabler sur une fausse sécurité et

s'exposer à de fâcheuses surprises. La technique et les doses de l'épithélioma ne sont pas celles du fibrome de l'utérus. Ce qui, en revanche, doit être reconnu comme un avantage incontestable du radium, c'est la rapidité de son action hémostatique, lorsque la tumeur fibromateuse répond à son action. Cet effet est assez constant et remarquable pour qu'on ait pu décerner à la radiumthérapie, le qualificatif de thérapeutique d'urgence. On conçoit, en effet, que lorsque les myomes s'accompagnent d'hémorragies très graves, on ne saurait songer à attendre un ou deux mois pour obtenir leur cessation.

Cette action rapide sur les hémorragies, le peu de séances nécessaires pour amener l'hémostase et la régression répondent encore au desideratum d'ordre social sur lequel les Ecoles allemandes insistent beaucoup pour la défense de leurs méthodes expéditives : s'efforcer de traiter l'affection en une ou deux séances, ne retenir les malades que quelques heures, de manière à apporter le moins de gêne possible à l'existence de la femme, de manière à réduire au minimum l'interruption de son travail et ses déplacements, lorsqu'elle n'habite pas la grande ville. A ce titre, on pourra être amené parfois à préférer le radium aux rayons de Rœntgen, bien qu'en revanche les méthodes de radiothérapie en usage, permettent le plus souvent, avec leur séance hebdomadaire, de traiter les malades comme des externes et n'exigent pas l'hospitalisation ou le séjour dans une maison de santé.

Les observations et les statistiques montrent que l'efficacité du pouvoir hémostatique et curateur du radium décroît lorsque les tumeurs atteignent un certain volume. Aussi la tendance des radiumlogistes est-elle actuellement de considérer les gros fibromes à développement abdominal comme de mauvais cas et à n'entreprendre que des tumeurs de petit et de moyen volume. C'est certainement dans les cas de tumeurs petites, exclusivement pelviennes, développées sur le corps ou le col de l'utérus, et dans les utérus uniformément myomateux que les résultats du radium sont les plus brillants.

Pour les fibromes de gros volume ou de volume moyen, pour les tumeurs dépassant le pelvis, la radiothérapie par les rayons de Rœntgen paraît être la méthode de choix. Toutefois, si les hémorragies étaient très abondantes et qu'elles ne paraissaient céder que trop lentement aux irradiations rœntgéniennes, il y aurait lieu de tenter l'association des deux méthodes. De même lorsqu'au début du traitement radiothérapique se produit, comme cela arrive quelquefois, une recrudescence passagère des hémorragies, celles-ci pourront être jugulées par le radium (Schmitt).

Il n'y a pas lieu d'insister à nouveau sur la contre-indication qui résulte de la présence de lésions annexielles anciennes et éteintes, que risque de réveiller le traumatisme produit par les manœuvres nécessaires à l'introduction du radium. Bon nombre de ces cas peuvent être traités par la radiothérapie. Il en est de même de tous ces types cliniques si nombreux, où l'utérus et la tumeur enclavés, fixés par des adhérences, ne sauraient se prêter sans danger à une mobilisation.

Ici et là, il conviendra de faire état de toutes les autres circonstances propres au cas considéré, pour opter entre la rœntgenthérapie et la méthode vaginale préconisée par Mme Laborde.

Un autre élément enfin à prendre en considération, c'est l'âge de la malade. Compatible avec la conservation de la fonction ovarienne, la radiumthérapie laisse plus de chances à une grossesse ultérieure que la rœntgenthérapie dont les techniques, jusqu'ici ne se sont guère laissé guider par ce scrupule conservateur. Il y aurait donc à préférer le radium chez les jeunes femmes atteintes d'hémorragies abondantes, mais désireuses de garder quelque espoir de maternité.

Cette thèse cependant a ses adversaires : il serait dangereux en effet, il y aurait une porte ouverte à la récidive et la tumeur pourrait recommencer à croître si l'on n'a pas soin d'arrêter les règles définitivement. Il en serait du reste de même avec les rayons X, avec lesquels la garantie d'une guérison définitive exigerait la suppression complète de la menstruation.

Chez les femmes au voisinage de la ménopause, la proportion de guérisons, reconnue par tous les radiologistes, ainsi que leur rapidité relative qu'explique sans doute la suractivité appelée par les rayons X au processus de fléchissement naturel de ces glandes, conduit, nous semble-t-il, à faire rechercher dans les rayons X, une action plus énergique sur les ovaires.

L'importance des hémorragies, le volume et les caractères de la tumeur, l'âge de la malade sont donc les facteurs qui tiennent sous leur dépendance les indications de la radiumthérapie. Chez une jeune femme présentant une tumeur de petit volume, mobile et des hémorragies très abondantes, on se trouvera en présence des conditions de succès optima. Une ou deux séances éloignées de plusieurs semaines peuvent suffire à tarir le flux hémorragique avec chances de conserver intact l'écoulement menstruel.

*
* *

On voit ainsi que dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait dans la cure du fibrome, s'adresser indifféremment à la radiumthérapie et à la rœntgenthérapie, pas plus qu'on ne saurait s'adresser indifféremment à l'exérèse ou à la thérapeutique par les radiations.

Si quelques types cliniques, en faisant présumer une équivalence d'efficacité des deux agents, rayons X et radium, peuvent encore laisser le gynécologue indécis, la plupart s'affirment le plus souvent comme des cas à rayons X ou des cas à radium, et il en est même sans doute qui bénéficieront de leur action conjointe.

Le moment n'est sans doute pas très éloigné où grâce à une expérimentation clinique encore plus vaste, aidée d'une connaissance plus complète de leur mode d'action, il deviendra possible de dissocier d'une façon rigoureuse et définitive les indications respectives de la rœntgenthérapie et de la radiumthérapie que n'étayent encore aujourd'hui que des données empiriques. Mais malgré cela, avec les notions acquises, nous pensons que dans la multiplicité des formes cliniques présentées par les malades porteurs de fibromes, le gynécologue pourra, pour s'orienter dans son choix, s'appuyer utilement sur les considérations que nous venons d'exposer, considérations dont nous ne nous dissimulons pas le caractère schématique et forcément trop théorique, mais dont son jugement saura tirer le parti nécessaire.

LETTRE DE POLOGNE

LA RENAISSANCE UNIVERSITAIRE EN POLOGNE
L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POZNAN

Lorsqu'en 1918, la victoire de nos armes put décerner aux Polonais, si longtemps opprimés, le prix merveilleux de leur valeur et de leur constance patriotique, lorsque fut reconstituée la Pologne indépendante, la vie universitaire était bien compromise. En outre des difficultés tenant à la guerre mondiale, les traditions intellectuelles de cette race, de culture véritablement latine en face du slavisme qui l'entourait, s'étaient seulement conservées dans l'antique Ecole de Cracovie. Les autres parties du pays, sous la poigne russe ou allemande, plus rigoureuse que le joug autrichien, vivaient de façon précaire, faute de liaison et d'entente entre les oppresseurs et la population; les classes élevées de la société ne se souciaient guère de confier leurs enfants aux professeurs ennemis, toujours prêts à saper les enseignements patriotiques du foyer familial, par leurs leçons tendancieuses.

A Poznan — l'ancien Posen allemand — le gouvernement de Prusse orientale avait édifié un vaste et confortable bâitment où se professaient des cours d'instruction secondaire, en langue allemande. Mais les Polonais s'abstenaient; et les seuls hôtes du palais universitaire étaient les fils de fonctionnaires et de colons allemands. Il n'y avait pas d'enseignement supérieur.

En 1854, les médecins polonais avaient créé, après bien des difficultés administratives, une Société d'instruction mutuelle qui donnait des réunions régulières où des conférences étaient faites, des malades présentés. Malgré de multiples tracasseries, cette Société continua à exister jusqu'à l'expulsion des Allemands.

Au commencement de 1919, l'initiative de trois professeurs poznaniens, ardents patriotes, MM. Swiecicki, recteur actuel de l'Université, Sobeski et Kostrzewski, réussit à former un noyau d'enseignement qui, soutenu par les pouvoirs publics, et grâce à une subvention de 400.000 marks obtenue du gouvernement provisoire, se transforma en une véritable Université. Des cours de science, de lettres, de droit furent commencés dès 1919.

Les premiers étudiants en médecine arrivèrent en 1920. Ils commencèrent leurs études par des leçons de chimie, de physique et d'histoire naturelle. Ces cours étaient professés, bien entendu, en langue polonaise. Mais les premiers enseignements proprement médicaux ne datent que de 1921.

Actuellement, l'Ecole de médecine de Poznan compte 200 étudiants. L'Université en comprend, au total, 3.000. Ce nombre relativement peu élevé est appelé à une rapide augmentation, qui ne sera restreinte que par l'exiguité des locaux mis à la disposition du recteur.

Les professeurs sont recrutés à l'élection : Le Conseil de la Faculté choisit un candidat pour toute chaire nouvelle, et prend l'avis des titulaires en exercice de la chaire correspondante dans les autres Facultés polonaises (Varsovie, Lwow [ex-Lemberg], Cracovie). Le choix est ratifié par le gouvernement.

Les appointements des professeurs, bien que peu élevés, leur permettent cependant de vivre honorablement, s'ils désirent renoncer à la clientèle pour se livrer tout entiers à leurs recherches scientifiques.

Les laboratoires mis à leur disposition sont bien installés et relativement riches, eu égard à la situation financière du pays, rendue difficile par suite de la dévalorisation du mark polonais.

Les cadavres ne manquent pas. Les prisons, les asiles, les hôpitaux en fournissent assez pour la dissection et la médecine opératoire; le fait que le sentiment religieux, qui se confond en Pologne avec l'idée de patrie, est très développé, semblerait de nature à multiplier les oppositions des familles de décédés; il n'en est rien, probablement en raison de la pauvreté et de l'ignorance de la masse populaire, et la crise de l'enseignement anatomique ne s'est pas fait sentir ici.

La bibliothèque de l'Université, créée et enrichie peu à peu par l'administration prussienne est passée intacte aux mains des Polonais. En ce qui concerne la section médicale, elle est suffisamment pourvue d'ouvrages allemands, anglais et russes. Mais les ouvrages français y sont en nombre extrêmement minime. Cette pénurie est d'autant plus regrettable que les médecins poznaniens ayant subi et non accepté l'influence médicale allemande et viennoise, se tournent maintenant, quasi unanimement vers la France, et déplorent profondément l'absence d'ouvrages français que le taux élevé du change rend, pour eux, inaccessibles. J'ai noté personnellement ici ces regrets chez la plupart de mes confrères qui parlent ou du moins lisent couramment le français, et sont grands admirateurs de la culture médicale française.

Il y aurait de bonne et honnête propagande française à faire, en procurant à l'Université de Poznan quelques exemplaires de nos grands traités, et de tous les ouvrages de nos maîtres français qui seraient vivement et savamment appréciés.

Le niveau scientifique des médecins poznaniens est en effet élevé. Les praticiens aiment leur profession qu'ils accomplissent avec une absolue conscience. Le milieu médical jouit d'ailleurs dans la société polonaise d'une haute considération, et est mis sur le même pied que le clergé — n'oublions pas que la Pologne est un pays profondément et nationalement catholique. Les citoyens considèrent les médecins et les prêtres comme les principaux dépositaires de la foi patriotique, qui se confond ici avec la foi religieuse.

Sous les auspices de leurs neuf professeurs, dont un est une femme qui occupe brillamment la chaire d'histologie, les étudiants en médecine poznaniens accomplissent les trois premières années de leurs études qui durent en tout six ans et demi et qu'ils doivent terminer à Lwow, Cracovie ou Varsovie. Le recteur espère pouvoir être en mesure, dans quelques années, de permettre aux étudiants de pénétrer plus à fond, d'une année ou deux, dans le cycle de l'enseignement médical, grâce à la création de trois chaires de clinique médicale, chirurgicale et gynécologique.

Dans le système universitaire polonais, les seuls travaux pratiques auxquels soient admis les élèves pendant les quatre premières années d'études sont les exercices d'histologie, de dissection et de médecine opératoire. Ils n'abordent la clinique qu'à partir de la cinquième année.

Des examens trimestriels ou semestriels viennent valider les connaissances acquises.

Je n'ai pas aujourd'hui le loisir de vous exposer le

statut des sages-femmes et des pharmaciens, très différent de celui de notre pays. Je voudrais seulement vous dire un mot de la jeunesse universitaire qui, si réfractaire pendant des années aux avances des Boches, s'est livrée profondément et immédiatement à ses maîtres polonais.

Ici rien qui rappelle, malgré la proximité géographique les corporations allemandes d'étudiants, leurs « kasinos », leurs beuveries et leurs traditions souvent barbares. Ici pas de « Mensur », pas de cortèges pseudo-militaires, pas d'uniformes. La jeunesse estudiantine est calme et grave, parce qu'elle se souvient des sombres jours de l'oppression, parce qu'elle a vécu l'an dernier encore la grande tragédie bolchevique, dans laquelle elle a joué, elle aussi, son rôle glorieux : chacun sait en effet que l'an dernier, au moment où s'est levé le grand souffle populaire qui a précipité la Pologne entière au-devant de l'envahisseur qui foulait déjà les rives de la Vistule, fleuve sacré, la jeunesse universitaire au complet, sans distinction d'âge s'est enrôlée sous les drapeaux de l'armée volontaire du général Haller. Beaucoup de très jeunes gens entre seize et vingt-cinq ans, fleur du pays, ont payé de leur vie leur héroïsme. Leurs amis se souviennent et sont prêts à lutter de nouveau.

La politique fait l'objet le plus habituel de leurs controverses. Mais ce point les accorde tous : c'est la haine profonde, raisonnée et tenace, qu'ils vouent à l'Allemagne, qui n'a pu pénétrer ni asservir leur esprit.

C'est dans cet esprit que nous sommes dignes de communier avec les Poznaniens, et c'est probablement en partie à cela qu'est dû le sentiment de confraternité intime qu'éprouve le Français transplanté dans cette ville, dont l'aspect rappelle par bien des points le souvenir de ses anciens maîtres et qui pourtant en est si fort éloignée par les sentiments!

L'étudiant poznanien sacrifie cependant aux folies de la jeunesse, et ce serait une erreur de le voir sous les traits d'un rêveur ou d'un idéologue. Il est bien de son âge, mais sa gaîté est certainement moins bruyante que celle de nos futurs praticiens. Son caractère hospitalier et celui de toute la province est trop connu pour qu'il soit bienséant même d'y faire allusion; et nos confrères parisiens et provinciaux appelés à s'arrêter à Poznan pour deux journées, lors du congrès organisé en septembre par la Société médicale Polono-Française, pourront s'apercevoir que les traditions séculaires de l'hospitalité polonaise sont encore au-dessus de leur renommée.

Poznan, 30 août 1921. Dr ROUDOULY.

CONGRÈS

VIIIe RÉUNION SANITAIRE PROVINCIALE. — CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année, comme les années précédentes, une Réunion sanitaire provinciale qui prendra le sous-titre de Congrès annuel d'hygiène.

Cette réunion se tiendra à Paris dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, dimanche 6, lundi 7 novembre 1921.

Le programme en a été arrêté provisoirement ainsi qu'il suit :

Jeudi 3 novembre. — A 14 heures : Réunion de l'Amicale des directeurs de bureaux d'hygiène et des inspecteurs départementaux d'hygiène.

A 17 heures : M. le Dr Martial, directeur des services d'hygiène de Fez (Maroc) : « La ville de Fez. » Conférence avec projections cinématographiques.

Vendredi 4 novembre. — A 9 heures : Allocution du président d'honneur; Discours du président de la Société; Rapport de M. le prof. Couvelaire : « Sur l'hygiène du nourrisson. »; Rapport de Mme Gonse Boas : « Sur les centres d'élevage. »; Rapport de M. le Dr Darré : « Sur la tuberculose et la syphilis du nourrisson. »

A 14 heures : Discussion des rapports. Communications diverses.

Samedi 5 novembre. — A 9 heures : Rapport de M. le prof. Dopter : « Sur la vaccination antityphique obligatoire. »

A 14 heures : 1° Discussion du rapport de M. le prof. Dopter; 2° Conférence par MM. Levaditi ou Harvier : « Sur l'encéphalite épidémique. »; 3° Communications diverses.

Dimanche 6 novembre. — A 9 heures : 1° Rapport de M. le commandant Hébert sur : « Sports et santé publique. »; 2° Discussion du rapport.

A 15 heures : Démonstration au stade athlétique.

Lundi 7 novembre. — A 9 heures : 1° Rapport de MM. Bonnier et Legros : « Projet de règlement de voirie pour une ville de 10.000 habitants élaboré par la Renaissance des cités; 2° Discussion du rapport.

Visite : Usine municipale d'assainissement de Villeneuve-Saint-Georges.

La Société accueillera avec plaisir toutes communications relatives aux questions traitées.

N. B. — Les demandes de communications seront reçues jusqu'au 16 septembre et devront être adressées à l'agent de la Société de médecine publique et de génie sanitaire, M. Bossus, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe).

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE, du 3 octobre au 15 novembre 1921, sous la direction de M. le professeur JEANSELME, avec la collaboration de MM. Sebileau, Thibierge, Darier, Hudelo, Milian, Gougerot, Louste, Coutela, Hautant, Sabouraud, Bizard, Noiré, Rubens-Duval, Touraine, P. Chevalier, Burnier, Marcel Bloch, Giraudeau, Pomaret, Civatte et Ferrand.

Le cours aura lieu du lundi 3 octobre au mardi 15 novembre 1921, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi à 1 h. 30 et à 3 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée, à l'amphithéâtre de la Clinique, à la Polyclinique ou au Laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du Musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique. (Examens bactériologiques; biopsies; culture des mycoses et des teignes, etc. Radiothérapie; radiumthérapie; photothérapie; électrolyse; haute fréquence; neige carbonique; scarifications, frotte, etc.)

Les salles de la clinique et les services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le Musée des moulages est ouvert de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Le programme des cours comprend 73 leçons.

Deux cours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin, et en octobre, novembre, décembre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3).

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, Dr Marcel Bloch).

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT

DES

LUXATIONS ANTÉRO-INTERNES DE L'ÉPAULE

GÉNÉRALITÉS. — Les luxations antéro-internes constituent le groupe, de beaucoup le plus important, des luxations de l'épaule. On peut en distinguer trois formes distinctes : *a*. le plus fréquemment, il s'agit d'une luxation traumatique *récente* de l'épaule; *b*. d'autres fois, il s'agit d'une luxation *irréductible et ancienne*; *c*. enfin, la luxation récidivante.

Rare chez l'enfant et le vieillard, la luxation de l'épaule s'observe surtout chez l'homme adulte. La laxité articulaire y prédispose (alcoolisme, syphilis); on a pu distinguer, à côté des luxations *traumatiques*, les plus fréquentes, par choc direct ou indirect, les luxations par *contraction musculaire* (épilepsie), les *luxations paralytiques* (paralysie infantile) et les *luxations pathologiques* (au cours de tabes, syringomyélie).

C'est surtout l'étude des luxations traumatiques que nous aurons en vue dans cette étude. Au point de vue anatomo-pathologique, on peut distinguer quatre formes principales de luxations antérieures et internes de l'épaule, suivant la situation de la tête de l'humérus par rapport à la coracoïde : 1° La luxation extracoracoïdienne ou intracapsulaire; 2° la luxation sous-coracoïdienne; 3° la luxation intracoracoïdienne; 4° la luxation sous-claviculaire.

ÉTUDE CLINIQUE. — Certains symptômes sont communs à tous les types de luxations antérieures et internes de l'épaule. Mais, à chaque variété anatomique, répondent des signes particuliers.

Nous prendrons comme type de description, la *luxation sous-coracoïdienne* qui est, en quelque sorte, un type mixte avec tous les symptômes au complet.

Arrivée du malade et son attitude. — Le malade se présente dans l'attitude classique décrite par Desault. Le moignon de l'épaule blessée est abaissé; la tête du malade est penchée du côté blessé ; la main saine soutient le bras malade et écarte le coude du tronc.

Cette attitude n'a d'ailleurs rien de pathognomonique; c'est celle que l'on observe chez tous les blessés de l'épaule, sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'une luxation, d'une fracture, d'une contusion grave.

Aussi un examen complet s'impose-t-il pour faire le diagnostic.

On déshabille le malade avec soin et précaution, en commençant par le membre sain.

1° SIGNES FONCTIONNELS. — L'interrogatoire permet de préciser déjà les commémoratifs. Il s'agit d'un traumatisme ou d'une chute.

Le traumatisme direct, par choc violent sur l'épaule, chasse la tête humérale de la cavité glénoïde comme un noyau de cerise (Hartmann).

La chute sur le coude en abduction ou sur la main est encore plus fréquente (traumatisme indirect). Le malade a entendu et senti un *craquement* dans l'épaule au moment de l'accident, en même temps que se produisait une violente *douleur*.

La douleur est, depuis, spontanée et continue, exagérée par le moindre mouvement, les secousses, la marche.

Il en résulte une *impotence fonctionnelle* très marquée. Les mouvements actifs de l'épaule sont impossibles; les mouvements passifs sont des plus limités. Seulement un certain degré d'abduction et de rotation est possible. Quant à l'adduction, elle est absolument impossible et la moindre tentative provoque une vive douleur.

2° LES SIGNES PHYSIQUES. — L'examen physique est aisé, si le malade est maigre, peu musclé, s'il n'y a pas de gonflement, d'hématome, si l'accident est récent. Dans les cas contraires, il peut être fort difficile.

Une recommandation fort importante est d'examiner toujours le malade nu, de manière à pouvoir apercevoir les deux épaules en même temps et à les comparer. On commencera toujours à examiner et à palper l'épaule saine.

Tous les signes constatés sont dus à ce fait qui prime tout : la tête humérale a quitté sa place ordinaire. Elle est déplacée, hors de la cavité glénoïde. Le moignon de l'épaule est, par suite, déformé ; il n'est plus arrondi comme à l'état normal.

a. *Aplatissement du moignon de l'épaule avec saillie de l'acromion.* — Il existe une déformation dite *en épaulette*, c'est-à-dire à angle droit. Alors que du *côté sain*, le dessus de l'épaule se continue par une courbe douce et régulière avec la face externe de la racine du bras; du *côté malade*, luxé, la ligne externe du bras rencontre à angle droit, la ligne supérieure de l'épaule. Le deltoïde descend verticalement de l'acromion au bras. A la partie inférieure (insertion humérale du deltoïde), il y a *une encoche* montrant le rapprochement des deux insertions musculaires du deltoïde). C'est le coup de hache ou dépression deltoïdienne.

b. *Voussure de la paroi antérieure de l'aisselle.* — Du *côté sain*, la paroi antérieure de l'aisselle est plate ou légèrement déprimée.

Du *côté malade*, il y a une légère voussure. Le pli delto-pectoral est effacé. On peut voir, chez les sujets maigres, une voussure de cette paroi à l'endroit où la tête humérale est déplacée.

c. *Désaxation du bras.* — La tête humérale ayant subi un déplacement en dedans, en avant, le bras se trouve désaxé. Au lieu de passer par l'acromion, l'axe du bras passe par la coracoïde. Il en résulte l'abduction du bras qui ne peut être porté vers le tronc sans effort, ni douleur. Le coude est écarté de 8 à 10 centimètres du tronc.

Le bras est en rotation externe, l'axe du bras prolongé passe par la paroi antérieure de l'aisselle. Quant à l'*allongement* du bras, il est douteux.

d. *Palpation.* — Le diagnostic est dès lors presque certain. La palpation le confirme. On explorera, systématiquement, les deux épaules.

1. *La tête humérale a quitté sa place normale.* — En suivant le bord externe du trapèze, la pulpe des doigts arrive sur le moignon de l'épaule et perçoit de chaque côté le bord externe de l'acromion.

Immédiatement au-dessous de l'acromion, on perçoit du côté sain, la tête humérale; du côté luxé, les doigts dépriment aisément le deltoïde jusqu'à la *cavité glénoïde*. La tête n'y est plus.

2. *Chercher la tête humérale ailleurs.* — En cas de luxation de l'épaule droite, la main gauche saisit à pleine main le coude, pendant que la main droite pénètre dans l'aisselle, la face dorsale tournée vers le thorax, la face palmaire tournée vers l'humérus. On suit, de bas en haut, l'humérus et dans l'aisselle, on perçoit une masse arrondie, dure, lisse, qui suit les mouvements imprimés au bras au niveau du coude.

Elle est immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde.

Parfois, on a, à ce niveau, une crépitation légère, un frottement cartilagineux de la tête humérale contre le plan costal.

e. *Mensuration.* — Dans la luxation sous-coracoïdienne, prise comme type de description, on a un léger allongement du bras, la mensuration étant effectuée de l'acromion à l'épicondyle. Mais, c'est là un signe discuté et discutable.

f. On ne devra jamais négliger de compléter l'examen du malade, par l'étude de la *sensibilité périphérique*, et tout spécialement des territoires nerveux du circonflexe, du médian, du cubital, du radial.

On prendra le *pouls* du blessé, pour bien s'assurer qu'il n'y a pas de compression de l'artère axillaire par la tête humérale.

g. La *radiographie* : on y aura recours dans les cas difficiles, chez les sujets musclés, avec hématome, ou quand la luxation remonte à quelques heures; la cavité glénoïde apparaît vide. La tête humérale est déplacée en dedans et en avant sous la coracoïde et sans toutefois la déborder en dedans.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est définitivement composé de MM. Troisier, Capette, Houdard, Monod, Renaud, Vallery-Radot (Pasteur), Lemeland et Le Mée.

— Liste des candidats :

Première moitié. — *Première série.* — Mlle Abricossof, MM. Alalinarde, Albane, Alboukrek, Alecsiu, Alépéc, Anchel, Andler, Andreassian, Andrieu, Andrillard, Angot, Appert, Arias, Arion, Arnaud, Arnould, Arteaux, Artigues (François), Artigues (Nicolas), Ashtiany, Attal, Auclair, Audouin, Augier, Aupérin (Charles), Aupérin (Jean), Avella, Avril, Axel, Mlle Bach, MM. Bachelier, Badet, Baehr, Balland, Barbara, Bardin, Bardonnaut, Bargy, Baron, Barreau, Barthes, Bascou, Basiliadés, Basset, Baudet, Baudeu, Baudrillart, Baugas, Belaiche, Bénad, Bénévent, Benoit, Beraud, Beraudy, Berdet, Bergouignan, Bermann, Bernard (André), Bernard (Louis), Bernard (Etienne), Berny, Bertin, Bertrand (Pierre), Bertrand (Jean), Mlle Besnard, MM. Betoule, Bettinger, Betz, Bezier, Bize, Mlle Bizou, MM. Blanc, Blanchard, Blanckaert, Bloch, Bodson, Boëlle, Mlle Bogdanovitch (Val.), MM. Bogdanovitch, Boiffin, Bompart, Bonnay (de), Bonnefoy, Bouisset, Boulland, Bouquet, Bourdel, Bourgeois (Amable), Bourgeois (Claude), Bouton, Bouvet, Bouvier, Mlle Boyer, MM. Brandenbourg, Brandon, Mlle Braun, MM. Brennan, Breton (René), Breton (Pierre).

Deuxième série. — MM. Briault, Brico, Brion, Brongniart, Mlle Bronislawski, M. Bruneau, Mlle Brunel, MM. Brunier, Bruyère, Bucquet, Bucquoy, Mlle Bucsan, MM. Buisson, Bulté, Bulteau, Bureau (Jean), Bureau (Robert), Cabrol, Cadilhac, Calas, Calmels, Calmus, Camac, Campana, Camps, Candeli, Cantin, Capart, Capelin, Capitaine, Caplain, Carbillet, Carbuccia, Carle, Carrette, Cartoux, Casas dit Cazès, Cassaigneau, Cattan, Cavalier, Chabaud, Chabrol, Chaignon, Chambet, Champenois, Chapard, Chapaut, Charles, Charrin, Charry, Chartol, Chatelain, Chatelot, Mlle Chatenet, MM. Chauveau, Chavanen, Chevalier (Amédée), Chevallier (Jean), Chevereau, Chlyvitch, Mlle Choquart, MM. Chureau, Clément, Clitandre, Cluzeau, Cnudde, Coffin, Cofino, Cohen, Coignet, Colard, Coltiez, Comar, Mlle Conil, MM. Constantoulakis, Coquelin, Corbier, Mlle Corbillon, MM. Corbin (Jacques), Corbin (Antoine), Mlle Cordier, MM. Corlay, Corman, Cornilleau, Cornut, Cossa, Coste (André), Costes (Léon), Cot, Coudrain, Cougnot, Coupeau, Couperot, Courland, Courtois, Cousty, Couturat, Mlle Croisier, MM. Croll, Cros.

Troisième série. — MM. Cros-Decam, Daguin, Damond, Danhier, Dansac, Darène, Mlle Dartin, MM. Daubourg, Dauchez, Daudans. Dausse, Davesne, David, Davidovici, Davioud, Debavelære, Decourt, Decressac (Georges), Decressac (Jean), Defaye, Delahaye (Joseph), Delahaye (Marcel), Delancé, Delastre, Delattre, Deléage (André), Deléage (Pierre), Deleau, Deliencourt, Delteil, Delton, Delvaille, Mlle Demay, MM. Dénier, Derancourt, Deransart, Derome, Dérot, Dervenagas, Desbuquois, Deshors, Despas, Desvallées, Detrois, Devoucoux, Dhaussy, Diamant, Digeon, Dinichert, Dior, Donias, Donon, Dorolle, Doubinski, Drayton, Dreyfus (Gilbert), Dreyfus (Pierre), Mme Drieu-Jeramec, MM. Dromer, Drouart, Drouhard, Droux, Dubois, Dubos (Edouard), Dubost (Jean), Mmes Duclaux (née Appell), Ducourtious (née Richert), MM. Ducroix, Ducrot, Duhamel, Dupont, Dupoux, Dupuis (Albert), Dupuy (Raymond), Dvoretzki, Mlle Eliche, MM. Emmanuelli, Escoffier, Eurin, Falk, Fardeau, Farrando, Félix, Ferrer, Filippini, Flandre, Flandrin, Fleury, Folliasson, Forest-Defaye, Forgeois, Fort, Fortier, Fouquet, Fourniat, Fournier, Fourrey, François, Fréchin, Frossard.

Quatrième série. — MM. Fuchs, Gallais (Pierre), Gallais (Gorges), Gallois, Ganem, Garand, Garat, Mlle Gardel

MM. Gardette, Garnier, Gasser, Gauch, Gaulier, Mlle Gaumont, MM. Gay (Pierre), Gay (Georges), Geay (Henri), Gendarme de Bevotte, Genton, Germain, Gérodias, Gervaise, Ghouila-Houri, Giaccardo, Gibard, Gibert, Gilbert, Girard (Marcel), Girard (Paul), Giroire, Giroux, Glaive, Gligoritch, Mlle Glotz, MM. Godel, Goldberg, Mlle Goldspiegel, MM. Gorensky, Goupil, Goupille, Gourdon, Gouyen, Gozlan, Grancher, Grasset, Gratiot, Grenet, Gressard, Grévin, Grippon, Gritty, Guédé, Gueret, Guérin, Mlle Guery, MM. Guiheneuc, Guilbert, Guillemin, Guillon, Guilmard, Guiritch, Guisoni, Guran, Hadjigeorgiou, Haïdar, Hallot, Haury, Havret, Mlle Heimann, MM. Hellmann, Héraud, Herman, Herpe, Hervaux, Hesse, Mlle Hirsch, MM. Hodanger, Hortopan, Mlle Houzeau, MM. Hude, Huet, Huguenin, Mlle Huguet, MM. Hussenstein, Idoux, Mlle Iliesco, MM. Imbert, Janvier, Jarrin, Jean, Jeanne, Jeantet, Joffrion, Josse, Josset, Jossinet, Mlle Josso, MM. Josso, Jouannot, Jourdan.

Deuxième moitié. — *Première série.* — MM. Jubé, Jullien, July, Mme July (née Chabert), MM. Katz, Kintgen, Mlle Kouindjy, MM. Krassitch, Mlle Krukowska, MM. Kyriaco, Laborde, Mlles Lacan, Lacascade, MM. Lacroix (Célestin), Lacroix (Louis), Lacurte, Laffaille, Lafond, Mlle Lagarde, MM. Lagarrigue, Lair, Landel, Mlle Langlois, MM. Langumier, Lapalle, Lapy, Laredo, Larroumets, Larsonneur, Lassays, Laverdet, Layani, Lazerat, Le Baron, Lebecq, Mlle Lebourlier, MM. Le Buanec, Leclerc, Mlle Lecocq, MM. Leconte (Henri), Leconte (Maurice), Lefebvre (André), Lefèvre (Eugène), Lefèvre (Henri), Lefournier, Lefranc, Lefrançois, Le Guillant, Lehmans, Lejeune, Leleu, Lelièvre (Jean), Lelièvre (André), Lelong, Lemaire (Pierre), Lemaire (Edmond), Lemarchand, Lemariey, Lemoine (Jean), Lemoyne (Jacques), Mlle Lequin, MM. Le Renard, Leroy, Lersch, Lesgourgnes, Levaxilaire, Levêque, Lévy, Leydier, L'héritier, Liège, Liévin, Lignières, Liquier, Loireau, Loubry, Loufrani, Loup, Loussot, Louvel, Luiggi, Luzuy, Mabille, Maestracci, Mage, Magnan, Magnien, Mahé, Mahieu, Maillet, Maire, Maizilly, Maksud, Malpart (Maurice), Malpart (Michel), Manet (de), Marchegay, Marcotte, Marcovitch, Mariani (Pierre).

Deuxième série. — MM. Mariani (Joseph), Maricot, Marie, Marinot, Markovitch, Martellière, Mlle Martin, MM. Martin, Marvaud, Marx, Mlle Masse, M. Mathieu, Mlle Matrat, MM. Matry, Mauric, Maurion, Maximin, Mazeyrie, Medakovitch, Medioni, Meeus, Mendailles, Mérat, Méreau, Mermillod, Méry, Meysenc, Miloïevitch, Mimin, Minot, Mittet, Moatti, Monestier, Montoliu, Mlle Morel, MM. Moret, Morigny, Merin, Mosnier, Motz, Mougeot, Moullard, Mlle Mouret, MM. Moussette, Moutarde, Muffang, Muller, Mlle Mustacesco, MM. Naillat, Nataf, Néron, Nicolaesco, Nobili (de), Norza, Noury, Ombrédanne, Omnès, Ornstein, Ottavi, Outzekhowsky, Mlle Palisse, MM. Palliez, Parer, Paris (Raymond), Paris (Pierre), Parmentier, Mlles Pau, Pauc, Pechenard, MM. Péchin, Pecker, Mlle Peillon, MM. Pelisse, Pellé, Penant, Pépin-Lehalleur, Péraire, Périn (Christian), Périssé, Perlès, Pernon, Peron, Pérono, Perez, Perrin (René), Perrin (Georges), Person, Petit, Petithory, Peytavin, Picard (Jean), Picard (Noël), Picardeau, Mme Picardeau (née Méchin), MM. Pichard du Page, Picot, Piédallu, Pierron, Pigis, Pignot.

Troisième série. — MM. Pillière de Tanouarn, Pinault, Pinoche, Piry, Mlles Pissot, Pithon, M. Plas, Mlle Plassat, MM. Plat, Poisson, Polacco, de Pomierski, Poret, Porgès, Portier, Pettier, Pouillot, Poumier, Pouteau, Pradier, Préau, Presle, Pressat, Prévost, Priet, Prioleau, Priollet, Prost, Provendier, Puech, Quénée, Quenza, Querneau, Quilliot, Quivy, Rabinovitch, Raganeau, Ranglaret, Rappoport, Mlle Ravonneaux, MM. Redaud, Redon, Regner, Renard, Renaux, Renoult (Jean), Renoux (Georges), Mme Reymond (née de Gentile), MM. Richard, Richier, Rivière, Rivierez, Rivoire, Robert, Robin, Rochefrette, Mlle Roger, MM. Rogier, Rollet, Mlle Ronget, M. Ropers, Mlle Rosembaum, MM. Rosenthal, Rouart, Rouchaud, Rouquès (Pierre), Rouquès (Lucien), Rousseau (Jean), Rousseau (Silvain), Rousseau (Pierre), Roussel, Rousset, Roux, Roy, Rudolf, Saingery, Mlle Saint-Laurent, MM. Saint-Pierre, Sallé, Salmon, Samitca, Sanson, Sarfati, Saron, Sassier, Sauvaget, Schapiro, Schechter, Mlle Scherrer, MM. Schmidl, Schmite, Schtermann, Segrestaa, Seidmann, Séjournet, Sens, Serre, Servy, Signeux, Sigwald.

Quatrième série. — MM. Simon (Joseph), Simon (Victor), Simon (Charles), Simovitch, Solakian, Solanes, Soria, Sorton, Sourdille, Soutra, Souvestre, Spindler, Stafler, Mlle Staukiewicz (de), MM. Stefanescu, Stéphanovitch, Sternberg, Mlle Stoeber, MM. Stuhl, Sufrin, Suzor, Szumlanski, Tacquet, Tancelin, Tarterat, Tchilinguirian. Terrade, Terzian, Théron, Thevénard, Thevenin, Thibault, Mlle Thibaut de Montauzon, MM. Thiéry, Thionville, Thiroloix, Thomas (Pierre), Thomas (Robert), Thomopoulos, Thuillant, Thuvien, Tillé, Tilman, Timsit, Tixier, Tournadre, Triaire, Triau, Tridon, Mlle Trousson, MM. Turmann, Turpault, Mlle Ullmann, MM. Vaché, Vadon, Valat, Valeau, Mlle Vallet, MM. Vallet, Vanier, Varé, Vasseur, Veran, Verdier, Vermorel, Vernholes, Vernier, Vernotte, Verny, Veyssière, Vezin, Mlle Vidal, MM. Vidal (Michel), Vidal (Louis), Vidal-Naquet, Vié, Vieillard-Baron, Vienne, Viet-Villeneuve, Vilenski, Villiere, Vinot, Viriot, Vuillecard, Vuillemard, Vuillième, Wachtel, Warrant, Wauthier, Wibaux, Wolfsohn, Mlle Yovanovitch, MM. Zadoc-Hahn, Zambeaux, Zerah (Henri), Zerah (Jules), Zimmer, Zouiten, Zujovic, Zumbiehl.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1921-1922, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Bretin, matière médicale et botanique; Commandeur (professeur sans chaire), accouchements; Murard, pathologie externe; Roubier, pathologie interne; Trillat, propédeutique obstétricale; Nogier, physique biologique; Piéry, hydrologie thérapeutique; Sarvonat, pharmacodynamie; Thévenot (Lucien), bactériologie clinique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. le docteur Broussolle est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 6 février 1922, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Ascagne (Arthur), citoyen brésilien, services rendus aux intérêts français.

PRIX MARCEL BENOIST. — Pour la première fois, une commission réunie à Berne vient de décerner le prix fondé par M. Marcel Benoist, ancien avoué à Paris, qui a légué dans ce but une grande partie de sa fortune au gouvernement helvétique.

Ce prix annuel de 20.000 francs (argent suisse), doit être décerné au savant suisse ou domicilié en Suisse depuis cinq ans qui aura fait pendant l'année précédente « la découverte, l'invention ou l'étude la plus utile dans les sciences, particulièrement celles qui intéressent la vie humaine ».

La commission a décerné le prix à un Français, domicilié en Suisse, M. Arthus, ancien sous-directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne, pour son remarquable mémoire intitulé « De l'anaphylaxie à l'immunité », mémoire qui est l'aboutissant de toute une vie de recherches originales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des docteurs Edouard Ausset, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille; François Franck, professeur de physiologie au Collège de France, membre de l'Académie de médecine; Louis Girard, médecin honoraire de l'hôpital civil de Cannes.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES

EXTRIATS HYPOPHYSAIRES HYPOTENSEURS

Par René PORAK.

L'hypophyse comme la surrénale est constituée par deux portions distinctes, juxtaposées au lieu d'être enveloppées l'une par l'autre. Comme dans la surrénale, l'une des parties a une structure glandulaire et n'a aucun effet physiologique immédiatement constatable à la suite d'une injection. L'autre partie au contraire est un véritable réservoir de substances actives. Comme pour la surrénale, il est impossible actuellement de donner une signification biologique précise à ces substances : sont-elles des sécrétions douées d'une action utile dans l'organisme ou des excrétions destinées à être éliminées dans les meilleurs conditions afin de ne pas nuire au bon fonctionnement de certains organes? Je n'ai pas la prétention de trancher cette question : je tiens seulement dans ce travail à préciser l'action physiologique et l'utilisation thérapeutique de certaines substances accumulées dans le lobe postérieur de l'hypophyse. Mon exposé portera donc sur des faits précis et je ne m'aventurerai dans certaines hypothèses que pour substituer aux notions admises des idées aussi vraisemblables, et dans le but de susciter de nouvelles expériences.

L'ACTION OPOTHÉRAPIQUE PAR LES EXTRAITS HYPOTENSEUX D'HYPOPHYSE N'EXISTE PAS (1). — Le problème le plus important est de savoir si les substances en réserve dans le lobe postérieur de l'hypophyse jouissent d'une action opothérapique vraie. J'entends par opothérapie l'emploi de tissus organiques en thérapeutique en vue de suppléer à la fonction déficiente de ce même tissu chez un malade. Ainsi comprise, l'opothérapie hypophysaire telle qu'elle est appliquée actuellement et avec les extraits dont j'ai l'expérience, n'existe pas. Je n'ai pas trouvé un seul cas d'acromégalie, d'infantilisme ou de syndrome adiposo-génital complètement guéri par l'ingestion d'hypophyse. Bien plus, en me servant de l'extrait du lobe postérieur Choay, j'ai fait des expériences suggestives à ce point de vue. Je séparais pendant quinze jours mâles et femelles. Les femelles étaient soumises quotidiennement aux injections d'extraits hypophysaires; au bout de quinze jours, je mettais en présence un mâle et une femelle. Le mâle gambadait à travers la pièce en tapant énergiquement de la patte postérieure droite sur le parquet. La femelle effrayée, fuyait, se blottissait dans un coin. Lorsque le mâle l'avait cernée, une lutte terrible s'engageait. Une de mes femelles creva les yeux du mâle!

La frigidité de la femelle était manifeste et à son autopsie, je constatais des lésions ovariennes notamment des kystes hémorragiques dans tous les corps jaunes. A noter en passant que la frigidité des lapines s'accompagnait d'un certain degré d'adiposité.

La déduction logique de ces expériences serait que les injections à fortes doses d'hypophyses, loin de guérir le syndrome adiposo-génital le crée de toute pièce. A titre d'hypothèse, on peut se demander si l'adiposité et la frigidité en clinique ne résultent pas quelquefois des lésions ovariennes, elles-mêmes déterminées par la désintégration néoplasique ou inflammatoire du lobe postérieur de l'hypophyse. Je ne signale cette hypothèse (1) qu'en manière de réaction contre la conception vraiment trop simpliste des hypofonctions et des hyperfonctions glandulaires. La biologie et la pathogénie sont des sciences complexes qui ne sauraient se modeler sur les vues schématiques encore à la mode. Cette digression entre dans le cadre de mon travail en démontrant le danger d'une opothérapie hypophysaire à haute dose et prolongée, dans l'espoir chimérique de faire régresser un syndrome dit hypophysaire.

Traitement symptomatique. — Si l'opothérapie hypophysaire n'est pas d'une façon certaine réalisable, aucune conclusion ne peut en être tirée sur la nature des produits accumulés dans le lobe postérieur de l'hypophyse; la signification biologique de ces substances échappe encore. Me plaçant au point de vue thérapeutique, je ferai simplement ressortir les principales propriétés physiologiques des extraits utilisables en pratique médicale. Les substances contenues dans le lobe postérieur de l'hypophyse sont, ai-je déjà dit, très diverses. Les médecins et les physiologistes publient des travaux contradictoires : cela tient à ce que le physiologiste prélève lui-même aux abattoirs des glandes hypophyses qu'il triture dans de l'eau physiologique et filtre : le filtrat contient des substances dont l'ensemble agit d'une certaine manière. D'ailleurs, les physiologistes entre eux annoncent aussi parfois des résultats différents suivant le choix de l'animal et suivant le mode et les doses d'injection.

Le pharmacien, notamment Choay, en manipulant, entraîne certaines substances, par exemple, les substances hypertensives, et il reste d'autres substances éminemment actives : ainsi se trouve réalisée une séparation des produits glandulaires et au lieu d'un médicament, on en possède deux.

Dans ce travail j'insisterai sur l'extrait de lobe

(1) Mon expérience porte sur l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse délipoïdé. Je ne suis pas complètement convaincu de l'effet meilleur des extraits totaux. L. Lévy (*Soc. de méd. de Paris*, 10 juin 1921) cite un cas d'obésité colossale avec infantilisme améliorée par l'opothérapie. Aucune conclusion ne peut être tirée puisque l'opothérapie associée (ex-orchitique) a été mise en œuvre. Dans la thèse de Jean-Marie Goudal, il est plus manifeste encore que les succès obtenus en cas de syndrome adiposo-génital soient dus au corps thyroïde adjoint au traitement hypophysaire.

Hutinel et Harvier, F. Dunan (*Presse méd.*, 19 avril 1911, n° 31) : l'hypophyse agirait sur la croissance somatique; je regrette de ne pas avoir eu l'occasion d'observer ces effets si intéressants. Pende (endocrilogie) emploie l'hypophyse dans l'impuissance génitale avec paroxysme neurasthénique (?). Cushing, Borchards auraient amélioré par l'extrait d'hypophyse la dystrophie adiposo-génitale expérimentale. Cushing cite aussi un cas dans lequel l'obésité diminua, l'aménorrhée disparut et le pouvoir sexuel revint.

D'une façon générale, les médecins abusent des syndromes hypohypophysaires : l'abaissement notable de la pression artérielle, la rapidité du pouls, l'asthénie, les sudations, l'insomnie et l'oligurie ne peuvent, à mon avis, amener au diagnostic d'insuffisance hypophysaire ni autoriser une opothérapie illusoire!

J.-B. Houssaye, dans son étude des polyuries, nie l'action opothérapique et croit, comme je le soutiendrai plus loin, à une action symptomatique.

(1) Les kystes hémorragiques ne sont pas une lésion constante; ils sont favorisés sans doute par une prédisposition spéciale des corps jaunes.

postérieur Choay et je ferai accessoirement allusion à l'extrait total des physiologistes, que de nombreuses publications ont fait connaître depuis longtemps.

ACTION CARDIO-VASCULAIRE DES EXTRAITS HYPOPHYSAIRES (LOBES POSTÉRIEURS) CHOAY

Action sur la pression artérielle. — L'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse (Choay) est un hypotenseur. Les physiologistes qui ont étudié l'hypophyse ont tous trouvé à côté des substances hypertensives des substances déprimant l'appareil cardio-vasculaire (1). Mais les médecins ont pris l'habitude de comparer l'extrait hypophysaire et l'adrénaline et ils ne peuvent plus dissocier l'action de ces deux médicaments. Pourtant, les résultats au cours du traitement sont faciles à observer. Par exemple, trois minutes après une injection intraveineuse de 0cm³75 d'extrait hypophysaire (lobe postérieur) Choay, la pression artérielle passe de 21-10 (appareil de Pachon) à 12-7. L'indice oscillométrique est de 3 avant l'injection et de 1,50 après. Six minutes après l'injection intraveineuse, la pression est remontée à 18-10 et l'indice est de nouveau de 3.

La courbe oscillométrique est variable dans sa forme et dans sa durée suivant la dose du médicament injectée dans les veines et suivant l'individu soumis à cette action. A dose forte, l'hypotension devient extrême sur le maxima aussi bien que sur le minima et l'indice oscillométrique pendant quelques minutes est si petit qu'il est impossible de le mesurer avec la graduation de Pachon.

Pour certaines doses moyennes, la pression maxima et la pression minima baissent beaucoup sans que l'indice oscillométrique ne diminue : dans ces cas, en général, l'hypotension ne tarde pas à se relever.

Voici à titre d'exemple l'effet produit chez une malade par deux injections successives d'extrait hypophysaire (Choay).

HEURE	MAXIMA	MINIMA	INDICE oscillométrique
11 h. 25......	16	9	3,5
11 h 30......	Injection de 1cmc5 d'extrait hypophysaire (Choay).		
11 h 45......	14	9	3,5
12 h. 15......	13	8	2,5
13 h. 50......	Injection du même produit à la même dose.		
13 h. 55......	12	6	4
14 h 4	11	5	5,5
15 h. 30......	12	7	2
17 h.	13	8	2,5
20 h.	16	9	4

Si on injecte des doses élevées, les mêmes courbes qu'après injections intraveineuses se produisent, c'est-à-dire baisse de maxima et minima avec petitesse incomptable de l'indice oscillométrique.

A côté de ces deux types de réactions cardiovasculaires, notons en un troisième plus rare : baisse de maxima, diminution de l'indice oscillométrique avec minima stable.

Etude du pouls radial (appareil de Mackensie). — En injection intramusculaire l'accélération et le ralentissement du pouls s'observent également. Certains sujets font de préférence des tachycardies, d'autres au contraire de la bradycardie. Les inscriptions graphiques à l'aide de l'appareil de Mackensie après injections intraveineuses d'hypophyse rendent compte de ces variations : aussitôt après l'injection, il se produit de la tachycardie mais cette phase est quelquefois très courte. Le ralentissement du pouls qui est secondaire, a souvent une durée plus prolongée que la tachycardie : son apparition est constante et c'est le symptôme qui chez certains sujets domine la scène.

Quant au pouls veineux, il est accru de netteté, sinon d'amplitude, ce qui est une manifestation de l'hypotension artérielle comme on peut le voir dans l'inhalation de nitrite d'amyle.

En expérimentant chez le lapin, à dose plus forte, sous le contrôle électrocardiographique, on observe les mêmes phénomènes dans le même ordre avec en plus des signes d'intoxication myocardique : extrasystoles auriculaires et ventriculaires (que nous avons aussi sur certains tracés de l'appareil de Mackensie chez l'homme), fibrillation auriculaire et modification profonde de la courbe électrique normale (1).

Après injection intramusculaire d'hypophyse, les résultats sont du même ordre qu'après injection intraveineuse. Il faut tenir grand compte du nervosisme du sujet : le pouls d'une névropathe, par exemple, s'éleva en quelques minutes de 80 à 116! Le système nerveux de l'homme civilisé offre par-

(1) En injectant des extraits d'hypophyse au lapin, Oliver et Schäfer, dès 1895, notèrent une élévation de la pression artérielle analogue à celle que produit l'adrénaline.

Howell montra que cette action est attribuable au lobe postérieur. Si les injections sont répétées, l'élévation de la pression artérielle diminue en renouvelant et en rapprochant les injections intraveineuses : il se créerait une sorte d'immunité aux extraits hypophysaires. Schäfer, Halliburton et leurs élèves observent, lors des réinjections, des réactions inverses : l'hypertension fait place à l'hypotension.

Salvioli et Carraro.

Quand on injecte une première fois une dose élevée d'hypophyre, une deuxième dose moindre reste sans effet.

Herring (*Quarterly Journ. of experim. physiol.*, 1908, vol. I, p. 187). Les réinjections ont un effet plus ou moins marqué suivant le moment où elles sont faites ; d'une façon générale, l'état d'immunité décrit par Howell dure peu de temps.

Etienne et Parisot (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet 1908, n° 4) notent aussi une certaine accoutumance.

Toutes ces recherches portent sur les extraits totaux. Je n'ai constaté aucune immunisation avec l'extrait Choay : la constance d'action chez un sujet déterminé doit donc être opposée aux faits signalés par Schäfer et Halliburton et ceux qui ont confirmé leurs recherches. Il est intéressant de remarquer l'apparition des phénomènes hypotenseurs dès que, par manipulation chimique, on essaie d'extraire le principe actif de l'hypophyse.

B. A. Houssaye (*Rev. de la Soc. med. argentina*, 1911, p. 268), qui rappelle les travaux antérieurs de Schäfer et Sw. Vincent et d'Osborn et Sw. Vincent, insiste sur ce fait que l'alcool précipite la substance hypertensive de l'hypophyse et entraîne une ou plusieurs substances hypotensives. B. A. Houssaye a publié de magnifiques tracés qui mettent bien en évidence l'action hypotensive de l'extrait hypophysaire (lobe postérieur). Baudouin et Choay ont aussi en France isolé une substance hypotensive de l'hypophyse. J'ai injecté ce produit au lapin dans les laboratoires du doyen Roger et du prof. Gley, et j'ai obtenu des tracés tout à fait superposables à ceux de B. A. Houssaye.

La multiplicité des substances actives contenues dans l'hypophyse a été définitivement démontrée par Führer (*Deut. med. Woch.*, 1913, n° 11).

Le seul fait dont je me porte garant est que l'effet hypotenseur constaté sur les tracés de laboratoire est beaucoup plus important et de durée beaucoup plus longue chez l'homme que chez le lapin. Je n'ai jamais retrouvé la hausse initiale de pression chez l'homme. Par contre, à la suite de l'effet hypotenseur, une légère réaction hypertensive se retrouve quelquefois. Mais en clinique, l'effet dominant, sans doute possible, est l'effet hypotenseur.

(1) Daniel Routier, *Th. de Paris*, 1914, p. 17 et 31.

fois une grande réactivité : peut-être qu'une piqûre de la peau sans injection eût déterminé à elle seule chez la malade en question une accélération du pouls.

VARIATION DE L'EFFET CARDIO-VASCULAIRE DE L'EXTRAIT D'HYPOPHYSE (LOBE POSTÉRIEUR) SUIVANT LES INDIVIDUS. — Le discrédit des extraits glandulaires tient d'une part aux préparations très diverses qui circulent dans le commerce et tient aussi d'autre part à ce que le même extrait agit différemment d'un individu à l'autre. Ce n'est pas un fait propre à l'endocrinologie ; c'est une loi générale en pharmacodynamie que les médicaments ont une posologie et une activité variable suivant les maladies : il est classique par exemple de signaler la tolérance des tétaniques pour le chloral... Cette loi s'applique simplement aux extraits organiques. J'ai montré par exemple que l'hypophyse Choay agit autrement dans la maladie de Basedow, dans le myxœdème et dans la maladie d'Addison : l'extrait hypophysaire diminue instantanément la tachycardie basedowienne bien qu'il reste sans effet sur des tachycardies d'autre nature. L'extrait que j'étudie, hypotenseur chez la plupart des malades, est hypertenseur dans la maladie d'Addison, il ralentit le pouls dans le Basedow et l'accélère dans le myxœdème (1).

L'épreuve hypophysaire permet en clinique de reconnaître l'origine de l'infantilisme, par exemple, de rapporter aux troubles thyroïdiens le ralentissement de la croissance.

L'acromégale, enfin, est particulièrement insensible à l'effet de l'extrait d'hypophyse : il semble que la glande malade mette en circulation des substances de destruction cellulaire qui immunisent le sujet à l'égard des injections d'extraits préparés avec la même glande.

Dans les syndromes pluriglandulaires, les réactions sont tellement variables qu'elles échappent à toute description ; la fréquence de ces syndromes ôte la grande portée clinique qu'auraient les épreuves glandulaires si les types cliniques endocrines étaient simples.

La notion de sympathicotonie et de vagotonie rend compte de la réactivité spéciale de l'homme à certains médicaments. Mais elle ne résoud pas complètement le problème de la variabilité d'action des extraits glandulaires. L'ancienne notion des tempéraments, éclairée par nos connaissances sur l'excitabilité nerveuse propre à chaque individu et sur l'état des glandes à sécrétion interne, doit être reprise. Une longue expérience fait connaître aux praticiens, le tempérament de leurs malades. Voilà pourquoi toute médecine dogmatique est fausse et pourquoi l'art médical ne s'apprend pas dans les livres : un an de pratique vaut mieux que dix ans d'études.

En ce qui concerne, la variabilité d'action de l'extrait d'hypophyse, le plus intéressant serait de connaître les conditions dans lesquelles cet extrait exerce une action élective sur certains malades.

J'ai nié l'action opothérapique proprement dite, dans l'état actuel de la science. Peut-être, d'ici peu, des progrès se feront-ils dans cette voie. Cushing, Hutinel et leurs élèves, déjà remarquent une action thérapeutique dans certaines obésités et dans certains troubles de la croissance.

Des résultats meilleurs résulteraient sans doute de l'emploi d'hypophyse de jeunes animaux plus riches en harmozones [hormones agissant sur le développement de l'organisme (1)].

L'extrait hypophysaire qui ne supplée pas nettement à l'insuffisance d'une hypophyse malade, agit certainement sur les autres glandes à sécrétion interne ; par exemple, j'ai vu expérimentalement le débit du sang veineux des surrénales et la teneur en adrénaline de ce sang modifiés par l'injection d'extrait hypophysaire (2) et Hallion a attiré l'attention sur ce fait capital que la thyroïde présente une vaso-constriction prolongée à la suite de l'injection d'extrait hypophysaire total.

L'action thérapeutique la plus intéressante de l'hypophyse dans les maladies endocrines s'observe en cas de mal de Basedow. Je ne conseille pas d'instituer d'emblée le traitement hypophysaire. Le repos absolu, le salicylate de soude, l'arsenic, l'iode ou l'hémato-éthyroïdine doivent d'abord être mis en œuvre. Mais dans les formes rebelles, on obtiendra de bons résultats de l'emploi de l'hypophyse. Il m'a paru, dans deux cas, que la guérison n'a pu être obtenue que par l'utilisation simultanée de la radiothérapie et de l'hypophyse (3).

ACTION DE L'HYPOPHYSE (LOBE POSTÉRIEUR) CHOAY SUR LES HÉMORRAGIES. — Lorsque, avec un scarificateur, on fait une solution de continuité des téguments, on observe un temps de saignement variable suivant les individus ; l'aptitude hémorragipare a été mesurée de cette façon. Je me suis servi de cette méthode pour constater l'effet de l'hypophyse sur les hémorragies : dans 17 cas, j'ai comparé le temps de saignement avant et après l'injection intramusculaire d'extrait d'hypophyse (lobe postérieur).

Le temps de saignement est toujours diminué après ce traitement. L'action de l'hypophyse est surtout nette dans les états hémorragipares. Dans un cas d'épistaxis rebelle, le temps de saignement après l'hypophyse dans une première expérience, passe VII gouttes à IV et dans une deuxième expérience, de IX gouttes à III. L'épistaxis fut arrêtée par le traitement. Dans un cas de métrorragie rebelle qui céda dès la première injection d'hypophyse, le temps de saignement qui était de XI gouttes passa, sous l'influence du traitement, à III gouttes, 15 minutes après l'injection d'hypophyse et il n'y avait encore que III gouttes, 30 minutes après.

C'est surtout contre l'hémoptysie que le traitement hypophysaire s'est généralisé. « A partir de l'injection les crachats rutilants, aérés disparaissent. Le malade n'a plus cette sensation particulière, si angoissante, du sang qui sourd dans ses bronches. Il expectore des crachats noirâtres pendant quelques heures encore, mais l'hémoptysie est arrêtée. Chez plusieurs de nos malades, cette action d'arrêt a été définitive. Chez d'autres, l'hémoptysie s'est renouvelée une fois ou deux, les jours suivants, mais chaque fois l'action de la pituitrine s'est manifestée d'une façon aussi rapide et aussi efficace » (4).

---

(1) René PORAK. *Th. de Paris*, 1914.

(1) St. CHAUVET. *Th. de Paris*, 1914.

(2) René PORAK. Les modifications du sang des veines surrénales après l'injection intraveineuse de certains extraits hypophysaires, *Soc. de biol.*, 27 déc. 1913, t. LXXV, p. 693. — HALLION, dans la thèse de A. Delille, 1908, etc.

(3) Henri CLAUDE, A. BAUDOUIN et René PORAK. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 juin 1914.

(4) RIST. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1913. — Carl WIGGERS. A physiological investigation in the treatment of hemoptysis, *Arch. of intern. med.*, 1914, vol. VIII, p. 17-38. — F. BEZANÇON et I. DE JONG. *Revue de la tub.*, 1921, n° 1.

Je crois que les injections intraveineuses doivent être réservées aux hémoptysies très abondantes, car l'injection intramusculaire manifeste en quelques minutes ses effets et l'injection intraveineuse bien que sans dangers à dose modérée détermine un effet impressionnant sur l'entourage.

Au point de vue pathogénique, la pituitrine agit peut-être directement sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux pulmonaires. Mais aucune preuve n'a été donnée de ce mécanisme. L'action coagulante du lobe postérieur est prouvée (1). Lorsqu'on emploie l'extrait Choay, l'action hypotensive en diminuant l'éréthisme cardiaque et partant l'apport du sang au poumon, favorise, à coup sûr, l'action coagulante du médicament. Enfin, ce mode d'action fait de l'hypophyse Choay le médicament de choix des hémoptoïques hypertendus (2).

L'ACTION DE L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE (CHOAY) SUR LE REIN. — 1° *Effet sur la diurèse.* — Le désaccord entre physiologistes et médecins se poursuit sur cette question comme sur celle de l'action cardio-vasculaire de l'hypophyse.

L'école physiologique anglaise (3), a beaucoup insisté sur l'action de l'extrait d'hypophyse totale sur la diurèse qui serait toujours augmentée et voici qu'en France, les médecins vantent l'action de l'hypophyse sur la polyurie ! Le désaccord est plus apparent que réel ; le lobe postérieur total augmente, en effet, la diurèse (4), tandis que le même lobe délipoïdé et purifié est le meilleur médicament de la polyurie. J'ai dressé des courbes de diurèse provoquée après avoir ingéré une même quantité d'eau et les courbes sont de sens inverse, suivant l'emploi de l'extrait total et de l'extrait préparé par Choay. Dès lors, on s'explique l'action thérapeutique qui, au premier abord, paraissait inadmissible.

Dans le diabète insipide, l'effet sur la diurèse est plus apparent que chez un sujet normal : « A 11 heures du matin, par exemple, dans l'observation de Lereboullet et Faure-Beaulieu, après avoir fait uriner le malade, on pratique la première injection (0gr05). L'après-midi, le malade n'éprouve ni le besoin d'uriner, ni celui de boire, ce qui ne s'était jamais produit chez lui spontanément. Il est délivré de sa soif coutumière qui l'oblige à ingérer environ deux litres depuis le repas de midi jusqu'au soir. La première miction, après injection hypophysaire, a lieu vers 10 heures du soir. Puis le malade, dort toute la nuit sans uriner une seule fois, ce qui est pour lui tout à fait insolite, jusque vers 8 heures du matin. L'urine de ces deux mictions est de couleur normale, ou même un peu plus foncée que normalement. Puis, vers 9 heures ou 9 h. 1/2, c'est-à-dire, environ 22 heures après l'injection, survient une nouvelle miction dont l'urine a récupéré complètement l'aspect pâle, presque incolore et l'abondance des urines habituelles du malade » (1).

L'extrait hypophysaire qui agit d'une façon si remarquable sur le diabète insipide, n'exerce qu'une action médiocre ou nulle sur la polyurie de la néphrite chronique et sur celle du diabète sucré. Cette spécificité d'action, véritable test biologique, rappelle l'action si particulière de l'hypophyse sur la pression artérielle, spécialement dans certaines maladies endocrines (2).

L'action de l'extrait hypophysaire sur la diurèse a surtout retenu l'attention des médecins.

Signalons, en outre, d'autres actions de l'hypophyse sur le rein.

2° *Action de l'hypophyse sur la sécrétion de l'urée* (3). — L'hypophyse a tendance à élever la constante d'Ambard ce qui traduit nettement une action de l'hypophyse sur la capacité sécrétoire du rein.

3° *Action de l'hypophyse sur la sécrétion du chlorure de sodium.* — Le seuil du chlorure de sodium se relève si légèrement que c'est un phénomène négligeable.

4° *Action de l'hypophyse sur le glucose.* — L'hypophyse relève le seuil de sécrétion du glucose. Le mécanisme paraît en être indirect; en effet, l'hypophyse provoque l'hyperglycémie et c'est par l'intermédiaire de celle-ci que s'opère le relèvement du seuil. La mobilisation du seuil et de la glycémie sont parallèles quand la glycémie s'élève; le relèvement du seuil est bien relié au phénomène du relèvement de la glycémie, puisque chez certains diabétiques l'injection d'hypophyse n'est pas suivie d'hyperglycémie ou au contraire s'accompagne d'une chute légère de la glycémie et le seuil descend au lieu de s'élever (4).

Ces dernières recherches n'ont, bien entendu, aucune application thérapeutique ; elles montrent cependant l'effet toxique de l'hypophyse à certaines doses et contre-indiquent ce médicament au cas de lésions rénales.

En étudiant la glycosurie parallèlement aux réactions cardio-vasculaires, après l'injection d'hypophysaire (lobe postérieur), j'ai observé de très grandes variations individuelles qui peuvent servir

---

(1) P. E. WEIL et BOYE. Action différente des lobes hypophysaires sur la coagulation du sang chez l'homme et le lapin, *Soc. de biol.*, 23 août 1909, t. LXVII, p. 428. — LIVON (*Soc. de biol.*, 1909, p. 618) remarque aussi chez le chien que l'extrait du lobe postérieur seul accélère la coagulation.

(2) SERGENT, à propos de la communication de Rist (7), objecte l'emploi de produits hypertenseurs chez les tuberculeux fibreux, souvent hypertendus et anciens syphilitiques, sujets aux hémoptysies.

(3) SCHÄFER et HERING (The action of pituitary extract upon the Kidney, *Philos. trans. of the royal Soc. of London*, 1906, vol. CXCIX, p. 1-29) confirmés récemment par Julia GABRIELS (La sécrétion rénale et l'action physiologique de certains diurétiques sur le rein isolé, *Arch. intern. de physiol.*, 1913-1914. p. 464).

(4) Lucien BECO et L.-L. PLUMIER (*Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 1913), et Marcel GARNIER et Ernest SCHULMANN (*Soc. de biol.*, 11 juillet 1914, t. LXXVII, p. 335) notent expérimentalement un effet oligurique de l'extrait total d'hypophyse. Ce résultat contradictoire tient sans doute aux doses massives employées ou à un effet inverse comme j'en ai souvent rencontré en pathologie humaine. HOUSSAY (The Pituitary body and polyura, *Endocrinologie*, avril-juin 1918, vol. II, nº 2, serial, nº 6, p. 94); il y a deux phases après injection d'hypophyse, l'une d'hypotension avec oligurie, l'autre d'hypertension avec polyurie.

(1) LEREBOULLET et FAURE-BEAULIEU. Effets des injections sous-cutanées d'extrait hypophysaire dans le diabète insipide, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1914.

(2) MARANON. *Diabetes insipida*, 1 vol., Madrid 1920, Saturnino Calleja. — BERGER et SCHULMANN. *Presse méd.*, 1918, p. 618. — SCHULMANN et DESOUTTER. *Revue de méd.*, 1920, nos 10 et 11. — MOURIQUAND et BOURRET (*Soc. méd. des hôpit. de Lyon*). L'extrait d'hypophyse n'aurait pas d'action sur le diabète insipide d'origine nerveuse. Même remarque dans le travail de P. MARIE et BOUTIER. *Soc. de neurol.*, 3 avril 1913. — RATHERY (*La Clinique*, 27 fév. 1914), dans le diabète insipide datant de l'enfance, observe les meilleurs effets thérapeutiques avec l'antipyrine, le salicylate de soude et l'hydrothérapie.

(3) CHABANIER. *Soc. franç. d'urol.*, 1921.

(4) CHABANIER et LEBERT. *Soc. franç. d'urol.*, juin-déc. 1919, et *Presse méd.*, août 1920.

de tests glandulaires pour le diagnostic des maladies, spécialement en endocrinologie (1).

Action de l'extrait hypophysaire (lobe postérieur) en obstétrique (2). — L'extrait hypophysaire exerce une action sur le tonus et sur les contractions du muscle utérin en état de gestation et cette action est d'autant plus grande que la gestation est plus avancée. Le cas le plus typique d'indication de l'hypophyse est celui de ces femmes qui ont une dilatation plus ou moins avancée, mais dont les douleurs s'espacent, deviennent insignifiantes, insuffisantes et qui vont mettre des heures à accoucher(3).

Quand un obstacle notable s'oppose à l'accouchement, « il n'y a pas moyen de passer, sans casse, l'utérus se tétanise et entame une lutte qui se termine, soit par sa défaite, c'est-à-dire, trop souvent par la rupture (4), soit par une victoire déplorable, c'est-à-dire la déchirure des parties molles ou la lésion de la tête fœtale et plus souvent les deux » (5).

Il ne faut jamais se servir d'hypophyse pour provoquer l'avortement. L'extrait de lobe postérieur rendrait des services en cas d'avortement : 1° au cours de l'avortement, en renforçant des contractions faibles; 2° comme agent accélérateur de l'avortement après dilatation mécanique du col ou après la pose d'un ballon.

Au cours de la rétention placentaire, dans la majorité des cas, l'extrait hypophysaire est inefficace(6).

Dans les hémorragies post-partum (7) l'hypophyse est un médicament de second plan : le curetage et le tamponnement seront faits soigneusement et par mesure de précaution, si l'on doit s'éloigner de la malade, une injection d'hypophyse pourra être tentée.

L'un des faits les plus remarquables de l'action de l'hypophyse en obstétrique est la grande variabilité des résultats suivant les sujets; il semble que certains utérus (indépendamment du moment par rapport à l'accouchement) obéissent beaucoup plus facilement à la médication que d'autres : la même dose d'extrait provoque des contractions minimes chez certaines femmes, ou une « véritable tempête de contractions » chez d'autres.

Cette remarque qui résulte d'une conversation avec Vignes, est une nouvelle application des idées que j'ai émises, avec Henri Claude, sur l'action cardio-vasculaire de l'hypophyse variable suivant les sujets (1).

Action entérocynétique de l'extrait hypophysaire. — De l'action de l'hypophyse sur le muscle utérin, il convient de rapprocher l'action de ce médicament sur le péristaltisme intestinal. Dès qu'on injecte de l'extrait lobe postérieur Choay, le malade se plaint de douleurs abdominales et deux ou trois selles se succèdent aussitôt.

B. A. Houssay (de Buenos-Ayres) a insisté sur cette action thérapeutique qui rendrait de meilleurs services que l'hormonal; il se sert de l'hypophyse pour faire le diagnostic entre l'iléus spasmodique et l'iléus paralytique et emploie couramment ce médicament dans toute atonie gastro-intestinale.

Je n'ai aucune expérience de cette action et je ne crois pas que l'usage de l'hypophyse se soit encore répandu dans les services de spécialité des voies digestives en France.

L'autorité de B. A. Houssay est telle sur les questions d'hypophyse qu'il serait intéressant de mettre à profit ses intéressantes recherches (2).

L'hypophyse fait aussi contracter la vessie, et les parturientes qu'on soumet à l'hypophyse se mettent rapidement à uriner (3).

Action de l'hypophyse sur d'autres syndromes. — Cette année, l'hypophyse a été beaucoup employée dans les hôpitaux de Paris contre les crises d'asthme (4). Depuis longtemps, l'effet curateur de l'adrénaline sur la crise d'asthme est connu : v à xv gouttes d'adrénaline absorbée dans de l'eau coupent la crise (pendant mon internat chez Marfan, en 1913, je n'ai jamais trouvé un cas d'asthme infantile qui résiste à cette action).

L'hypophyse renforce l'action de l'adrénaline dans des cas d'asthme rebelle de l'adulte; l'adrénaline relâche les muscles bronchiques, tandis que le lobe postérieur d'hypophyse totale diminue la turgescence vasculaire des alvéoles (Hallion). Il est probable que l'hypophyse (lobe postérieur) Choay par son action hypotensive agirait mieux encore que l'hypophyse totale.

Notons que l'extrait d'hypophyse agirait sur la maladie de Parkinson, les myasthénies (5) et le rachitisme.

Enfin, l'hypophyse exerce une action sur la sécrétion lactée (6).

---

(1) Avec Henri Claude et A. Baudoin, la glycosurie hypophysaire nous a servi aussi à distinguer le terrain tuberculeux du terrain arthritique : « L'imprégnation par le poison tuberculeux fait disparaître, dans certains organismes du moins, la faculté de présenter de la glycosurie hypophysaire. » *Soc. de biol.*, 3 mars 1913, t. LXXIV, p. 529.

(2) J. Parisot et A. Spire (La médication hypophysaire en obstétrique, *Ann. de gyn et d'obst.*, déc. 1911, p. 689). L'action physiologique de l'hypophyse sur les muscles lisses a été découverte par Dale, von Frankl-Hochwart et Frölich. Hofbauer, le premier, applique la médication hypophysaire en cas d'insuffisance du muscle utérin.

(3) François Devin. *Th. de Lyon*, 1912-1913. — Schwaab (*Presse méd.*, 5 juin 1919) insiste sur deux indications :

1° L'inertie utérine coïncidant avec la rupture prématurée des membranes (faire l'injection le plus tôt possible après l'écoulement du liquide amniotique);

2° Le cas de placenta prævia, surtout avec insertion latérale ou marginale, afin d'activer la dilatation du col après rupture artificielle des membranes.

(4) Wertenbaker. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1912, t. LXVIII, p. 1895. — Oscar Bang. *Uges. f. Laeger*, 20 mars 1913. — Pierce Rucker et Ch. Haskell. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 21 mai 1921, p. 1390. La fréquence des ruptures utérines dans certains pays tient peut-être à l'activité du produit qu'on y emploie, à moins que les doses y aient été systématiquement excessives.

(5) Henri Vignes. *Journ. des prat.*, 29 avril 1916.

(6) R. Vayssières. *Th. de Paris*, 1912.

(7) Jayle (*Presse méd.*, 1er avril 1914, n° 26) vante, à juste titre, l'hypophyse dans d'autres métrorragies en gynécologie : métrite, sclérose utérine, fibrome, ménopause.

---

(1) Consulter Pouliot sur la *Médication hypophysaire en gynécologie*, 1920, qui fait d'elle un panégyrique.

(2) Kirmisson cite un blessé atteint d'une occlusion intestinale et n'ayant pas eu de garde-robes depuis seize jours, qui a été guéri par les injections d'extrait hypophysaire (*Acad. de méd.*, 29 janv. 1918). Le même auteur se sert de l'extrait hypophysaire dans le traitement des paralysies intestinales postopératoires, au cours des péritonites aiguës d'origine appendiculaire.

(3) *Semaine méd.*, 27 déc. 1911, n° 52, p. 620.

(4) Bensaude et Hallion. *Soc. de thérap.*, 9 juin 1920.

(5) Arthur Delille. *Th. de Paris*, 1908.

(6) B. A. Houssay, L. Giusti y C. Maag. *Accion de los solutos hipofisiarios y de su principio activo sobre la secretion lactea*, 1913.

Administration et posologie. — D'après l'exposé précédent, il ressort que l'extrait hypotenseur d'hypophyse est surtout un médicament d'urgence; il est très différent de l'extrait thyroïdien, qui a une action opothérapique réelle et dont l'administration doit être prolongée très longtemps dans toute hypothyroïdie. L'extrait d'hypophyse ne doit être employé ni à forte dose, ni d'une façon prolongée. A cette condition, l'hypophyse (Choay), la seule dont je possède la pratique, rend des services précieux auxquels on aurait tort de cesser de recourir à cause de publications en apparence contradictoires. Les indications précises qui se dégagent de mon étude seront remplies par l'injection intramusculaire d'un centimètre cube d'une solution aqueuse d'extrait d'hypophyse (lobe postérieur) Choay, correspondant à un demi-lobe d'hypophyse de bœuf, soit à 1 centigramme d'extrait. Depuis la guerre, l'extrait Choay paraît un peu moins actif qu'avant la guerre et actuellement la dose de 1 centimètre cube peut être dépassée sans inconvénient; trois ampoules de 1 centimètre cube peuvent être injectées en vingt-quatre heures, à condition qu'un écart de plusieurs heures sépare les injections successives.

Bien que l'opothérapie hypophysaire ne paraisse pas au point, de nouvelles recherches avec des hypophyses d'animaux jeunes devraient être poursuivies. L'expérience de Cushing doit arrêter l'attention : Cushing préconise l'absorption de 0g10 à 0g30 d'extrait hypophysaire pendant plusieurs semaines et il conseille de surveiller la tolérance au sucre pour régler les doses de pituitrine et la prolongation du traitement.

L'emploi d'injection intraveineuse (1/2 centigramme, c'est-à-dire 1 décigramme de substance fraîche) sera réservé aux cas d'urgence extrême (hémorragie très abondante, par exemple) (1).

Contre-indication et conclusions. — La médication hypophysaire a été employée avec trop peu de discernement jusqu'à présent. Aussi, les praticiens sont en défiance et évitent d'y recourir, son action leur paraissant mal définie. En réalité, les contradictions viennent de ce que l'extrait d'hypophyse contient plusieurs substances et par conséquent plusieurs médicaments. La substance hypotensive fait l'objet de ce travail : elle n'a aucune action opothérapique, mais remplit des indications d'urgence précises. L'hypotension artérielle qui commence les premières minutes après l'injection intramusculaire d'extrait se prolonge plusieurs heures et favorise hémostase et diminution de diurèse.

La substance hypotensive agit sur les fibres musculaires lisses et l'action sur la contractilité de l'utérus gravide, de l'intestin et de la vessie, bien qu'à des degrés divers suivant les individus, ne manque jamais.

Les contre-indications diffèrent de celles qu'enseignent les livres classiques. Cela se conçoit car l'assimilation de la pituitrine à l'adrénaline a fait transcrire d'un point de vue théorique les contre-indications classiques de l'adrénaline elle-même. La conséquence est grave puisqu'on a été amené à recommander une substance hypotensive dans des cas de schock, par exemple et à le défendre dans toute hypertension. L'action toxique s'exerce surtout sur le cœur et sur le rein et il faudra éviter l'emploi de l'extrait d'hypophyse (lobe postérieur), Choay — chez les sujets qui présentent des traces d'albumine ou des signes de défaillance myocardique.

Le traitement hypophysaire ne durera pas longtemps comme le traitement thyroïdien par exemple, et, même dans la maladie de Basedow, où il exerce une action si utile, on injectera un demi-lobe postérieur, une fois tous les trois jours pendant un mois seulement (1). L'absorption d'hypophyse bien qu'aucune manifestation physiologique immédiate ne l'accompagne, agit d'après Cushing et Hutinel dans certaines obésités infantiles et dans les retards de croissance. L'infidélité des résultats annoncés par ces auteurs, vient de ce que l'opothérapie n'est pas encore entrée dans une voie vraiment scientifique : quand on aura isolé l'harmozone des hypophyses d'animaux jeunes, alors seulement l'opothérapie hypophysaire existera véritablement.

Mon étude n'a aucune prétention à être définitive : elle rassemble simplement un certain nombre de faits d'observation concernant une substance hypotensive extraite de l'hypophyse (lobe postérieur) de bœuf.

Il est à souhaiter que l'harmozone — si elle existe — puisse faire l'objet d'un travail qui celui-là nous rendrait maître de toute une catégorie de dystrophies congénitales ou acquises.

(1) Rist, Loc. cit.

(1) Henri Claude, A. Baudouin et R. Porak, Loc. cit.

ÉPISODE CONFUSIONNEL POST-OPÉRATOIRE

DÉCÈS

Par Henri FAUVEL, interne des Asiles.

Le traumatisme qui atteint un individu s'accompagne toujours d'un certain retentissement psychique. La soudanéité de la lésion de l'organisme, les phénomènes douloureux, provoquent chez le blessé un état d'hyperémotivité et d'instabilité cérébrale, parfois, l'apparition de troubles mentaux secondaires, frustes, ou symptomatiques de véritables psychoses.

L'étude des commotionnés de guerre a été faite minutieusement.

Dans la pratique civile, ce sont chez les accidentés, à la faveur de l'intoxication alcoolique, le développement d'accès oniriques dont le delirium tremens du fracturé forme le type, ou l'éclosion plus ou moins retardée de la névrose d'Oppenheim et Vibert. On pourra voir apparaître sur un état d'amnésie et de désorientation la tendance fabulatrice, ébauche caractéristique du syndrome de Korsakoff.

Beaucoup plus intéressants encore, sont les cas où les manifestations psychiques surviennent à l'occasion de l'intervention chirurgicale seule. L'influence traumatisante de l'acte opératoire doit être retenue à son tour, comme capable de déterminer des troubles cérébraux.

La question des psychoses postopératoires fut envisagée dans son ensemble pour la première fois, en 1898, par Reyneau, au Congrès des aliénistes d'Angers. Depuis le rapport de cet auteur, divers travaux ont eu pour but de préciser la description clinique des symptômes les plus ordinairement ren-

contrés, et, d'insister sur la pathogénie : cherchant à délimiter la part des trois facteurs; schock, intoxication anesthésique et auto-intoxication, infection.

L'observation suivante mérite d'être rapportée.

Nous la ferons suivre de quelques commentaires.

Mme B..., âgée de cinquante et un ans, entrée à la Maison de santé de Saint-Yon, le 15 juillet 1921.

Une ambulance automobile amène cette malade d'une clinique chirurgicale pour démence avec agitation. Nous apprenons que cette femme présentait des hémorragies liées à la présence d'un fibrome utérin.

Elle a été opérée, le 9 jutllet, d'hystérectomie subtotale avec ablation des annexes.

Anesthésique employé : chloroforme, les suites locales ont, paraît-il, été normales. Les urines ne présentaient ni sucre, ni albumine, la malade a été purgée le 14 juillet et ne prend que des liquides. Les agrafes de Michel ont été retirées le 15 juillet au matin, il reste trois crins profonds à enlever vers le 22 juillet.

Il s'agirait de démence à marche progressive avec actuellement un état d'agitation permanente.

15 juillet soir. — Examen au moment de l'admission.

Nous sommes en présence d'une femme de constitution robuste et dont l'état général ne paraît pas touché.

Elle remue continuellement les bras et la tête, tandis que les membres inférieurs restent immobiles sur le brancard.

Nous essayons de prendre contact avec elle, mais nous ne parvenons pas à fixer son attention. Elle ne répond pas à nos questions pressantes : d'où vient-elle? Est-elle malade?

Nous n'obtenons d'elle aucun renseignement sur son état, sur les faits récents ou anciens, qui l'ont intéressée.

Ce n'est pas que l'intelligence de cette femme reste dans un état de stupeur engourdie et inactive. Au contraire, nous avons noté son agitation motrice désordonnée ne répondant à aucun but, aucun mouvement conscient de protection : elle s'accompagne de phrases décousues ou émises dans un défilé incessant sans cohésion, sans signification pour nous.

La parole est forte et animée.

Nous saisissons quelques bribes de ses propos.

« Il faisait beau hier... Etes-vous M. Drouet? mon joli petit fils, êtes-vous mon fils? »

Nous redemandons d'une voix impérative : quel âge avez-vous?

Réponse (c'est la seule que nous obtiendrons d'elle) : quarante-deux ans.

Chose importante, à cette association d'hyperkinésie, et d'hyperexcitation intellectuelle manque la modification du ton de l'humeur : il n'y a pas d'euphorie. Les mots sortent sans que les traits du visage s'accordent à leur sens.

Nous pouvons éliminer l'accès maniaque. Nous restons frappés par le débit, enchevêtré et incohérent, la fuite des idées, les mots jetés en salade.

Etat physique. — Réflexes pupillaires normaux, réflexes rotuliens existent des deux côtés, langue légèrement saburrale, éclat oculaire, peau moite, et pouls assez fréquent.

Nous portons le diagnostic de confusion mentale agitée.

En raison de son excitation motrice, la malade reçoit à 21 heures, une injection d'un 1/2 milligramme de scopolamine.

16 juillet matin. — Elle a dormi jusqu'à minuit. L'agitation a repris alors, elle essaye constamment de défaire son pansement. Afin de l'en empêcher, un drap forme bandage pour fixer le tronc de la malade, deux infirmières sont nécessaires auprès d'elle.

Le trouble de l'intelligence se marque par le chaos des propos qu'elle tient, tantôt sur un ton normal, tantôt en chantant, tantôt en criant.

La désorientation est complète, elle ne semble pas apercevoir ce qui l'entoure. Il est impossible de la sensibiliser aux excitations extérieures.

Elle ne répond que de façon incompréhensible aux questions, elle gesticule sans cesse.

Fait remarquable. — La température marque 40 degrés, le pouls dépasse 120.

16 juillet soir. — La température reste à 39°8; l'état de la malade apparaît grave.

Il n'y a plus aucune suite dans ses paroles, ce ne sont plus des phrases, mais des interjections.

L'agitation persiste, aussi intense. L'aspect général devient mauvais, le facies est tiré.

17 juillet. — Nous apprenons que dès le 11, la fièvre s'est élevée à 39 degrés, et, garde depuis cette intensité.

La malade n'a émis aucune urine depuis son entrée, il faut pratiquer le cathétérisme vésical qui donne évacuation à une quantité inférieure à 500 grammes. On constate des traces légères d'albumine.

La réaction de Gerhardt positive montre la présence d'acide diacétique dans l'urine.

Refus de tout aliment, même liquide depuis l'entrée :

Alimentation à la sonde. Même désordre de l'intelligence, cris inarticulés; mais, la malade n'essaye plus de se lever, ni d'arracher son pansement.

Elle paraît manifestement hallucinée : inquiète, terrifiée parfois, elle fixe un point de la salle et semble parler à un personnage imaginaire.

Elle tressaille par moments et ferme les yeux, se débat de la tête qu'elle détourne ou renverse en arrière, agite les mains, comme pour chasser un spectacle pénlble.

Pupilles très dilatées.

D. — Qui vous fait peur ainsi?... pas de réponse.

Elle n'a même pas semblé nous entendre, ni être tirée un seul instant de son délire. Respiration précipitée; le pronostic paraît désormais fatal.

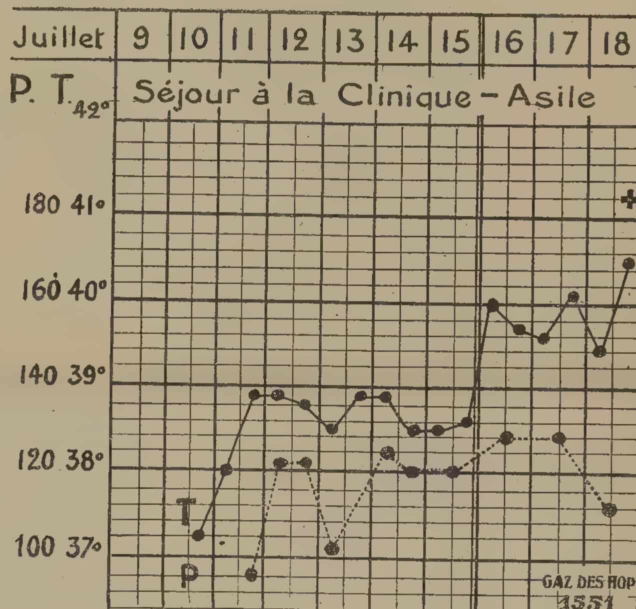
18 juillet. — Le corps est couvert de sueurs froides.

Soubresaut des tendons et carphologie.

Pas de vomissements — constipation rebelle — pouls imperceptible.

On fait 10 centimètres cubes Hl. camphrée, et 0,05 de spartéine. Algidité des extrémités. La malade ne se défend même plus contre la mort. Elle lutte cependant encore contre ses hallucinations : la crainte se lit toujours sur sa figure, ses paupières s'agitent, et sa tête remue alternativement de droite à gauche..., petits cris espacés et rauques.

Mort à 22 heures.



La description de ce cas montre sa gravité exceptionnelle. Pour être peu fréquents, les troubles psychiques consécutifs aux actes opératoires, n'ont pas d'ordinaire un pronostic vital immédiat fâcheux.

Ils rentrent dans le cadre de la confusion mentale, laquelle est toujours l'expression d'une psychose temporaire généralisée, dont la terminaison se fait par le retour ad integrum, ou le développement progressif et lent d'un état déficitaire. Au point de vue mental, c'est le désordre frappant de toutes les fa-

cultés, tel que pour caractériser le trouble, la désorganisation, Chaslin définit cet état : l'affaiblissement passager de l'intelligence, et, Delasiauve, l'appelait démence aiguë; au point de vue physique, c'est la coexistence constante de phénomènes toxi-infectieux. Les recherches biologiques révèlent facilement cette toxinfection, et, c'est elle, pour Régis, qui est toujours le facteur pathogénique de la confusion mentale. En réalité, la confusion mentale n'est autre chose que l'insuffisance cérébrale aiguë, d'ordinaire, petite insuffisance dans les formes stuporeuse ou agitée, mais, grave quand il s'agit du délire aigu, homologue des insuffisances graves du cœur, des glandes hépatique ou rénale qui s'appellent : asystolie, ictère grave, urémie.

Est-ce à dire que notre malade ait présenté le délire aigu? Nous le croyons pas. A aucun moment, nous n'avons relevé chez elle, la sputation incessante, l'agitation violente, incoercible, inouïe, qui est la réaction d'une anxiété terrifiée, panophobique. Elle n'avait pas de spasmes musculaires, d'exagération des réflexes, pas d'attaques convulsives, pas de transpirations fétides. L'absence de tous ces signes habituels au tableau nous a empêché d'y penser.

Notre malade n'est pas morte de sa confusion mentale, ce sont les phénomènes infectieux qui l'ont emportée.

Le surlendemain de l'opération, la fièvre s'allumait et se maintenait très forte. Il y a eu hyposécrétion des urines, constipation. Le délire voisinait plutôt du délire urémique, mais, les phénomènes d'urémie qui se manifestèrent à la fin n'en étaient pas les seuls constituants.

Il s'agissait donc d'un syndrome confusionnel vrai avec agitation psycho-physique.

Il nous reste à résoudre une question d'ordre pratique; dans la psychose post-opératoire à début immédiat, la décision de l'internement doit-elle être acceptée?

Nous devons répondre que la confusion mentale est essentiellement une psychose de durée brève, elle est le type de l'affection épisodique, pour laquelle, dans tous les cas, l'internement sera toujours discutable, et, dont il est préférable d'attendre la résolution spontanée.

Le chirurgien gardera son opéré en lui donnant le simple isolement nécessaire. Il ne l'enverra à l'asile, que si un délire systématisé prend corps après plusieurs semaines ou des symptômes de démence deviennent les témoins de l'incurabilité.

BIBLIOGRAPHIE

RAYNEAU. Rapport au congrès d'Angers, 1898.
REGIS. *Précis de psychiatrie.*
LEGRAIN. *Psychoses toxi-infectieuses* in *traité pathologie médicale.*
BENON. *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques posttraumatiques*, Paris, 1913.
SEGLAS. *Séméiologie des maladies mentales*, 1903.
PICQUE. *Psychopathies et chirurgie*, Paris 1912.

L'Evolution de l'organisme et la maladie (*Pathologie générale évolutive*), par M. KLIPPEL, médecin des hôpitaux de Paris. Un vol. grand in-8 raisin de 480 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

Taschenbuch d. Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose, par le Dr GERHARTZ. — Preis : 72 marks. — Berlin und Wien, Verlag von Urban et Schwarzenberg.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 AOUT 1921)

Origine périphérique de l'hyperthermie provoquée par le bleu de méthylène. — MM. W. KOSKOWSKI et Et. MAIGRE.

La tension superficielle et la suppression du choc par l'hyposulfite de soude. — M. W. KOPACZEWSKI.

Modification de la chronaxie des nerfs moteurs et des muscles par répercussion réflexe. — M. Georges BOURGUIGNON.

François FRANCK

Nous apprenons la mort de François Franck, professeur au Collège de France, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

Il y a déjà bien longtemps qu'on ne voyait plus à l'Académie cette figure fine et distinguée, cet homme aimable, ce savant éminent et modeste auquel on doit des travaux et des découvertes de premier ordre; retenu à la chambre par une longue maladie, il continuait cependant à travailler.

Né en 1849, il avait fait ses études à Bordeaux. Arrivé à Paris, il fut aussitôt choisi par Marey, comme préparateur au Collège de France. Il prit une large part à ses travaux dans la sphygmographie. Par la suite, il s'appliqua plus particulièrement à l'étude de la physiologie normale et pathologique de la circulation, aux affections du cœur, aux anévrismes; il apporta une précieuse collaboration aux recherches du prof. Potain. Au point de vue thérapeutique, il s'est beaucoup occupé des applications de l'électricité au traitement de ces affections.

Il avait succédé à son maître Marey, comme professeur de physiologie au Collège de France.

Comme expérimentateur, François Franck était d'une habileté remarquable, comme savant d'une conscience parfaite. Malgré son extrême modestie, il jouissait, comme physiologiste, d'une réputation mondiale, et ses travaux étaient hautement appréciés. C'était d'ailleurs un grand travailleur et bien qu'absorbé par ses recherches de laboratoire, il voyait beaucoup de malades et pouvait être considéré comme un de nos meilleurs spécialistes des affections du cœur. D'une parfaite distinction, d'une charmante amabilité, Franck était très aimé de ses élèves et de ses confrères. Il nous laisse un bel exemple de labeur assidu et productif, de haute dignité professionnelle.

A. BROCHIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1921-1922

1. TRAVAUX PRATIQUES ET STAGE HOSPITALIER. — MM. les étudiants sont tenus de suivre les travaux pratiques et les stages spéciaux de clinique, conformément aux indications portées à l'horaire dont un exemplaire leur sera adressé après qu'ils auront pris l'inscription du trimestre d'octobre.

Ils sont également astreints au stage hospitalier tous les matins, pendant toute la durée de l'année scolaire, dans l'un ou l'autre des services de médecine ou de chirurgie générale désignés à cet effet.

Ils devront, en prenant l'inscription d'octobre, choisir les services dans lesquels ils désirent accomplir leurs périodes de stage pendant l'année scolaire.

Les étudiants de première année ne sont autorisés à choisir qu'entre les services de clinique générale (médecine ou chirurgie) et les services hospitaliers spécialement désignés par la Faculté.

Les étudiants en cours irrégulier d'études qui désireraient suivre les travaux pratiques et le stage hospitalier devront adresser une demande à M. le Doyen, avant le 15 octobre pour le semestre d'hiver, et avant le 15 février pour le

semestre d'été. Ils pourront être autorisés à suivre ces exercices après immatriculation et versement des droits. Ils choisiront les services hospitaliers dans lesquels ils désirent être inscrits, pour l'un et l'autre des deux semestres de l'année scolaire en retirant leur carte d'immatriculation.

II. TRAVAUX DE LABORATOIRE. — Peuvent y être admis, après autorisation préalable du directeur du laboratoire et du doyen sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers.

L'autorisation est valable pour un trimestre.

Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches varie de 50 à 150 francs suivant les laboratoires.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Liste de classement par ordre de mérite des médecins aides-majors de la promotion 1916 qui ont accompli leur stage à l'Ecole d'application du Service de santé militaire :

1. MM. Pommé, Magnenot, Bou Hanna, Lassale, Rivet, Sciaux, Liégeois, Ferot, Fiquet, Dubois.

11. Toureng, Castillon, Dordain, Pinard, Pruvot, Duboureau, Cristofle, Schousboe, Hugonot, Bidault.

21. Vignon, Villeclère, Guillaume, Bourquard, Millo, Vernet, Paulet, Deviller, Knaub, Malinas.

31. Girod, Astruc, Montels, Franchi, Flamme, Pellotier, Combulat, Championnet, Pean, Cochard.

41. Casablanca, Prevot, Martene, Billiet, Ehringer, Martinet, Garnier, Guibert, Bonnet, Dumont.

51. Grosjean, Paramelle, Courtieu, Guillermin, Dupin, Saby, Didié, Desobry, Gauch, Cantuern.

61. Bergeret, Couette, Barraux, Hombourger, Dario, Martinaud, Lerouge, Richard, Chaffaut, Baylac.

71. Estève, de Garrigues, Bonnefous, Doliveux, Prudhomme, Poirier, Boissau, Loubens, Hinault, Deschamps.

81. De Courrèges, Rihouey, Desplats, Jacob, Vachet, Brée, Battistelli, Humblot, Nouveaux, Grimaud.

91. Poey, Protteau, Debrie, Guillobey, Marican, Desangles, Defaye, Durousseau, Pourteau, Vittot.

101. Jalras, Desormeaux, Ramery, Carrade, Cahier, Mirgon, Vidal, Susini, Berlandi, Guillet.

111. Genest, Auban, Ben Aouda, Gache, Pruvost, Chalon, Givry, Berge, Bonneterre, Testas.

121. Cesarini, Fellmann, Bodet, Tripeau, Menantaud, Galliot, Dalbera, Ohlicher, Pecheur, Chambelland.

131. Garrigues, Roques, Pousse, Dechet, Seilhan, Zimmermann, Cieutat, Louis, Deroche, Lormeau.

141. Gruson, Caloni, Dangles, Schell, Peretti, Escalier, Josserand, Hugues, Squivier, Cavaniol.

151. Morel, Gabrielle, Gaillot, Fournes, Crozes, Pozzo-di-Borgho, Castex, Peytraud, Le Cars, Luquet.

161. Nectoux, Pradier, Bergeaud, Verdet, Migout, Blanchard, Dautrey, Jacquot, Palafer.

— Le classement de MM. France de Préaumont, Dupuy de la Badonnière, Meneau, A. F. et Gamper sera effectué dès qu'ils auront accompli leur stage à l'École d'application du service de santé.

COURS ET CONFÉRENCES

CHAIRE D'HYGIÈNE. — COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, organisé avec le concours de la Commission Rockefeller, par M. le prof. Léon BERNARD avec la collaboration de MM. Robert Debré, agrégé de la Faculté de médecine; Vallée, directeur du laboratoire des recherches du ministère de l'Agriculture; Ameuille, Armand Delille, Halbron, Læderich, médecins des hôpitaux; Le Mée, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Maingot, radiologiste de l'hôpital Laënnec; Baron, Bigart, Salomon, assistants du dispensaire Léon-Bourgeois; Vitry, assistant à l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine.

Ce cours aura lieu du 26 septembre au 22 octobre 1921. Il comprendra des leçons qui seront données chaque jour à cinq heures au laboratoire d'hygiène de la Faculté, et des exercices pratiques de clinique qui se tiendront chaque matin à 9 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois. Des visites à des établissements antituberculeux seront faites dans la semaine du 24 au 29 octobre.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le nombre des auditeurs est limité à 45.

Il sera perçu un droit de laboratoire de 100 francs.

La « Commission Rockefeller pour la préservation contre la tuberculose » tient un nombre limité de bourses à la disposition de médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France, ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales, ou par des Comités locaux, pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs frais de voyage et de séjour à Paris pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au directeur de la Commission pour la préservation contre la tuberculose en France, 3, rue de Berri, Paris.

Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Le programme comprendra 23 leçons.

EXERCICES CLINIQUES. — Les élèves du cours seront entraînés à des démonstrations pratiques portant sur l'examen stéthacoustique, l'examen radiologique, l'examen laryngologique, les examens de laboratoire, la reconnaissance des pièces nécropsiques, la conduite et les méthodes du dispensaire, la préservation de l'enfance.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE VÉNÉRÉOLOGIE, du 17 novembre au 24 décembre 1921, sous la direction de M. le professeur JEANSELME, avec la collaboration de MM. Sebileau, Thibierge, Darier, Hudelo, Milian, Louste, Gougerot, Darré, De Jong, Tixier, Lian, Sézary, Coutela, Hautant, Marcel Sée, Barbé, Touraine, P. Chevallier, Burnier, Marcel Bloch, Giraudeau, Pomaret, Schulmann, Civatte et Dufourmentel.

Le cours aura lieu du jeudi 17 novembre au samedi 24 décembre 1921, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi à 1 h. 30 et à 3 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée, à l'amphithéâtre de la Clinique, à la Polyclinique ou au Laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du Musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique. (Recherche du tréponème; examens bactériologiques; réaction de Wassermann; ponction lombaire; biopsies, etc.)

Les salles de la clinique et les services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le Musée des moulages est ouvert de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Le programme des cours comprend 72 leçons.

Deux cours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin, et en octobre, novembre, décembre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, Dr Marcel Bloch).

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 74. — MARDI 20 & JEUDI 22 SEPT. 1921 94e ANNÉE. MARDI 20 & JEUDI 22 SEPT. 1921. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1921-1922, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Petges : Cours complémentaire de vénéréologie; Mauriac : Cours complémentaire de pathologie interne; Guyot : Cours complémentaire de pathologie externe; Péry : Enseignement des élèves sages-femmes de 2e année; Delaunay : Conférence de physiologie; Dupérié : Conférence de pathologie générale élémentaire (1re année); Lande : Conférence de médecine légale (4e et 5e années); Faugère : Enseignement des élèves sages-femmes de 1re année; conférences et exercices pratiques d'obstétrique; Carles : Thérapeutique et pharmacologie; Princeteau : Conférence d'anatomie (2e année); Leuret : Conférence de pathologie interne (3e année); Duvergey : Conférence de petite chirurgie; Rocher : Conférence de pathologie externe (3e année).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1921-1922, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Labat, agrégé : Démonstrations et préparations pharmaceutiques; Péry, agrégé : Accouchements; Andérodias, agrégé libre : Puériculture.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1921-1922, des fonctions de chef de travaux les agrégés dont les noms suivent :

MM. Labat : Chimie et pharmacie; Picqué : Anatomie (1re et 2e années) : Réchou : Physique biologique; Muratet : Anatomie pathologique (3e année).

— M. le Dr Lacoste est chargé, pour l'année scolaire 1921-1922 : 1° des fonctions d'agrégé (histologie); 2° d'une conférence d'histologie.

M. le Dr Sigalas (Raymond) est chargé, pour l'année scolaire 1921-1922, des fonctions d'agrégé (section de parasitologie et d'histoire naturelle) et d'une conférence de zoologie (1re et 2e années).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira le 6 mars 1922, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite École.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. Hudelo, trésorier général de la Manche, est nommé directeur de la santé publique et de l'hygiène sociale au ministère de l'Hygiène, par permutation avec M. Benoist, récemment nommé.

MARINE. — M. le médecin de 1re classe Pellé (A.) est maintenu dans ses fonctions de médecin chargé de la clinique chirurgicale à l'hôpital maritime de Lorient, pendant une nouvelle période d'un an, à compter du 15 novembre 1921.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER, 89, rue d'Assas (professeur : M. Paul Bar, suppléé par M. Paul Lequeux, agrégé.) — Cours de pratique obstétricale, par MM. Lequeux et Metzger, agrégés, assistés de MM. Lemeland et Ecalle, accoucheurs des hôpitaux; Chomé, ancien délégué dans les fonctions de chef de clinique; Vaudescal, chef de clinique; Didier et Viala, chefs de clinique adjoints; et de MM. Iglésias, Heitz, Cottin, Thin et Bouscarle, moniteurs. — Réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers.

Le cours commencera le lundi 3 octobre 1921. Il comprendra une série de leçons cliniques théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours à 9 heures du matin, à 4 heures

et à 6 heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le Chef de clinique à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Le droit à verser est de 100 francs.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE VINGT JOURS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT PRATIQUES DE LA TUBERCULOSE MÉDICO-CHIRURGICALE (tuberculose des ganglions, des os, des articulations, du péritoine, des poumons, du tube digestif, du système nerveux, de la peau et de l'appareil urinaire), du 21 novembre au 11 décembre 1921, par les professeurs Auguste BROCA et Louis RÉNON, à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Necker.

LEÇONS THÉORIQUES. — *Tuberculose chirurgicale*, tous les jours, à 16 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Tuberculose médicale, tous les jours, à 17 h. 15, à l'hôpital Necker.

LEÇONS PRATIQUES. — Hôpital des Enfants-Malades, les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures du matin.

Hôpital Necker, les lundis, mercredis, vendredis, à 9 h. du matin.

VISITES HOSPITALIÈRES. — Visite du dispensaire du Dr Küss. Visite du sanatorium du Dr Guignard, à Bligny.

Le prix d'inscription pour ce cours est de 150 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

HOPITAL BEAUJON. — Une série de six conférences *sur les colites* sera faite, pendant la troisième semaine d'octobre, dans le service du prof. Carnot, à l'Hôpital Beaujon. Ces conférences auront lieu chaque matin, à 10 h. *Le cours est gratuit.* L'inscription sera reçue à partir du 1er octobre, à la consultation de gastro-entérologie de l'Hôpital Beaujon.

Première leçon, 17 octobre, M. CARNOT. — Considérations générales sur les colites. Les réactions coliques. Les syndromes colitiques.

Deuxième leçon, 18 octobre, M. CARNOT. — Les colites amibiennes et parasitaires.

Troisième leçon, 19 octobre, M. HARVIER. — Les colites dysentériformes.

Quatrième leçon, 20 octobre, M. HARVIER. — La colite mucomembraneuse.

Cinquième leçon, 21 octobre, M. LARDENNOIS. — Les péricolites et les déformations des côlons.

Sixième leçon, 22 octobre, M. FRIEDEL. — Les recto-colites, Démonstrations rectoscopiques.

ENSEIGNEMENT OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef de service oto-rhino-laryngologique, et avec le concours de ses assistants, MM. Hubert et Girard, le fonctionnement du service est organisé de la façon suivante, à partir du 1er octobre 1921 :

Consultation, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures.
Opérations, vendredi, à 10 heures.
Petites interventions, lundi, à 10 heures.
Pansements, tous les matins, à 9 h. 1/2.

Enseignement : Deux cours cliniques seront faits à partir du 17 octobre : 1° un cours élémentaire, en 10 leçons, à l'usage des médecins et étudiants désirant acquérir les notions indispensables en oto-rhino-laryngologie ; 2° un cours de technique en 26 leçons pour les médecins désirant se spécialiser.

Le cours élémentaire commencera le lundi 17 octobre, à 9 h. 1/4, le matin. Il aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement. Il comprendra : 1° les méthodes d'examen et la technique de l'éclairage de l'oreille, du nez et du larynx; 2° des démonstrations cliniques sur les cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne; 3° des notions de thérapeutique spéciale : ce que le médecin peut, doit et éviter de faire. Chaque séance consistera en un court aperçu théorique avec schéma, dessin, présentation de pièces osseuses, et sera suivi d'exercices sur des appareils fantômes et de l'assistance à la consultation.

Le cours de technique, en 26 leçons, commencera le jeudi 3 novembre.

Le programme détaillé des cours est affiché dans le service.

Le nombre des places est limité. Se faire inscrire le matin dans le service du Dr Georges Laurens, à l'hôpital Saint-Joseph, auprès des assistants.

NOTES DE PRATIQUE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

Agir sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique par la compression de la région cervicale, sur le trajet de la carotide gauche, et par des pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque.

A titre de médicament vasculaire et vaso-constricteur : sulfate de quinine (1g50).

Proscrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants. Enfin, appliquer, de façon suivante, le traitement antitoxique par la Théosalvose pure ou phosphatée (2 cachets de 0g50 par jour).

LIVRES NOUVEAUX

Vingt régimes alimentaires en clientèle (1), par le Dr Ch. FIESSINGER.

Cet excellent ouvrage, dont deux éditions ont déjà été épuisées, est trop connu du public médical pour qu'il soit nécessaire de l'analyser en détail. Conçu et écrit de façon claire et originale, les *Vingt régimes* ont si peu vieilli qu'à peine leur auteur a-t-il dû les modifier en quelques points. Signalons cependant une adjonction très importante faite au chapitre consacré au régime végétarien ; elle concerne le rôle des vitamines dans l'alimentation et le traitement des maladies de carence.

Cette nouvelle édition du livre de M. Ch. Fiessinger rencontrera certainement auprès des praticiens, pour lesquels il a été spécialement écrit, le même succès que les précédents.

L. G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. *Tomes V et VI* : **Neurologie**. Tome V, par Pr MARIE, FOIX, REGNARD, André THOMAS, SÉZARY, Mme DÉJERINE, GAUCKLER, Stéphen CHAUVET, GUILLAIN, BABONNEIX, R. VOISIN, LAIGNEL-LAVASTINE. In-8, 1921, 93 fig. Prix : 30 fr.; — Tome VI, par FROMENT, SICARD, TINEL, LHERMITTE, CROUZON, G.-A. WEILL, SOUQUES, CHATELIN, R. VOISIN, Clovis VINCENT, ROUSSY, DE MARTEL. In-8, 1921, 115 fig., 3 pl. en noir, 1 pl. couleurs. Prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La Pyélographie, par Ed. PAPIN. In-4°, 1921, 83 pl. Prix : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

(1) Un vol. Prix : 10 fr. — Paris 1921, A. Maloine et fils.

PNEUMONIE NÉCROSIQUE A STREPTOCOQUES

(OBSERVATION CLINIQUE, BACTÉRIOLOGIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE)

Par MM. L. RIMBAUD, GASTON GIRAUD et J. BAUMEL
(de Montpellier).

Sous le nom de « pneumonie disséquante nécrosique », Letulle et Bezançon (1) ont rapporté deux observations d'une forme exceptionnelle de pneumonie non pneumococcique qui s'accompagne de nécrose et d'élimination pulmonaire, en dehors de tout processus de gangrène vraie, au sens clinique admis du mot, et de toute lésion spécifique d'aucun ordre.

Nous avons observé un fait analogue et qui nous paraît devoir être rapproché de très près des deux relations de Letulle et de Bezançon.

Une journalière de soixante-quatre ans (2), Louise L..., sans passé respiratoire (et même sans passé pathologique), éprouva brusquement, en juin 1920, un frisson intense, avec dyspnée, toux et expectoration non rosée, sans point de côté. Elle nous fut présentée au quinzième jour de cette affection qui ne se résolvait pas : très dyspnéique, la pommette droite très rouge, cette malade avait une température oscillant entre 38 et 39 degrés, un pouls à 90, et elle émettait des urines légèrement albumineuses et une expectoration très abondante, muco-purulente, d'une odeur fade plus que fétide, non hémorragique.

L'examen du thorax montrait une matité du tiers supérieur du poumon droit, avec bruit de pot fêlé, augmentation des vibrations, et, à l'auscultation, dans la même région, un souffle cavitaire, du gargouillement, et, tout autour, des bouffées de râles fins. Quelques râles fins existaient au sommet et à la base gauches.

Notre première pensée fut que nous avions affaire à une tuberculose à marche aiguë, mais le bacille de Koch, plusieurs fois recherché, ne put être trouvé dans l'expectoration, même après homogénéisation.

Cependant, après quelques jours, le processus parut s'atténuer, la température baissa et la dyspnée s'amenda. L'expectoration demeurait abondante et les signes cavitaires limités, mais très nets.

Une localisation nouvelle apparut au vingt-cinquième jour à la base gauche (souffle, râles fins, élévation thermique), mais ce foyer s'éteignit très vite et la situation parut se stabiliser relativement. La température oscillait entre 37 degrés et 38°4. Les expectorats abondants, non fétides, renfermaient quelques pneumocoques et surtout des streptocoques; nous n'y avons trouvé ni éléments mycosiques, ni bacilles; ajoutons tout de suite que, inoculés à un cobaye, ils ne l'ont pas tuberculisé.

Un instant, nous avons songé, en raison de la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée sur le sang de Louise L..., à la possibilité d'une ulcération spécifique du poumon, mise en évidence à l'occasion d'un processus fluxionnaire intercurrent, et nous avons même entrepris un traitement d'épreuve par le cyanure de mercure.

(1) LETULLE et BEZANÇON. *Acad. de méd.*, 31 mai 1921.
(2) Cf. Note d'attente à la *Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 30 juillet 1920, *C. R.*, p. 353. — Cf. également, séance du 29 juillet 1921.

Mais la situation se dénoua, dans les premiers jours d'août : la malade, après cinq ou six jours de torpeur et de céphalée, mourut le 10 août, au cinquante-quatrième jour de sa maladie, d'un abcès du cerveau; les symptômes de foyer (hémiplégie gauche totale) n'apparurent que quelques heures avant la mort. Une ponction lombaire, pratiquée le 9, avait montré une réaction méningée notable, surtout *lymphocytaire* (72,5 éléments par millimètre cube) 2 grammes d'albumine par litre; *pas de germes* à l'examen direct.

*
* *

L'AUTOPSIE a permis de très intéressantes constatations portant sur l'encéphale et les poumons.

1. *Encéphale.* — L'abcès cérébral occupait la région frontale droite, d'où le caractère atopique de ses symptômes; l'augmentation de son volume a déterminé tardivement l'hémiplégie gauche. Il s'était fistulisé dans les espaces sous-arachnoïdiens à travers la partie toute antérieure du lobe frontal, et les méninges molles renfermaient un exsudat séro-purulent très différent du liquide que nous avions retiré par la ponction lombaire vingt-quatre heures auparavant, et qui était très clair, amicrobien (au moins à la lecture directe) et lymphocytaire (réaction subaiguë). Cette fistulisation s'est donc produite « in extremis » après notre ponction. (L'action décompressive de cette dernière ne l'a-t-elle pas favorisée?)

Le pus ni la paroi de l'abcès ne renfermaient de bacille de Koch. Ils ne contenaient que des germes banaux et surtout du *streptocoque*. Cette prédominance est à retenir.

2. *Poumons.* — Le poumon gauche était normal, ainsi que les deux lobes inférieurs du poumon droit.

Ce dernier présentait dans son lobe supérieur une zone densifiée très adhérente à la plèvre en arrière. Le sommet proprement dit était d'apparence saine.

Mais, à deux ou trois travers de doigt au-dessous de lui, il existait une caverne déchiquetée, du volume d'un œuf de pigeon, et dans laquelle flottaient des débris parenchymateux. Le tissu pulmonaire, autour d'elle, était hépatisé, mais ne présentait à la coupe aucune lésion tuberculeuse appréciable.

Des prélèvements ont été effectués sur le liquide purulent contenu dans la cavité et sur celui qui exsudait du parenchyme à la coupe. Le streptocoque dominait nettement dans leur flore. Il faut noter que cette constatation cadavérique concorde parfaitement avec les examens pratiqués in vivo.

L'étude histologique de la pièce, enfin, a permis les constatations suivantes (prof. Massabuau) :

Dans certaines zones du tissu pulmonaire, et notamment dans les parties périphériques des préparations, la paroi des alvéoles pulmonaires est conservée; leur cavité est remplie par un exsudat constitué principalement par de nombreux leucocytes polynucléaires dont la plupart sont devenus de véritables globules de pus. Mais ce qui est remarquable, c'est la présence, dans de nombreuses alvéoles de cette zone, de *filaments de fibrine*; ces filaments, dans certaines lumières alvéolaires, sont en quantité assez considérable, bien que déjà morcelés par le processus de résorption.

Les parois des petites bronches sont peu atteintes par le processus inflammatoire. Il s'agit d'un *pro-*

cessus d'alvéolite diffuse et non de broncho-pneumonie.

A mesure qu'on avance vers les parties centrales de la lésion, l'aspect se modifie : les parois alvéolaires, épaissies par le processus inflammatoire, présentent des lésions de *nécrose*. Les tissus prennent l'aspect de masses amorphes, vaguement réfringentes, et dans lesquelles on ne reconnaît plus que de ci de là la présence de quelques débris nucléaires. A noter que dans ces zones de dégénération la plupart des vaisseaux sont thrombosés.

A cet état de nécrose massive s'ajoute au bout d'un certain temps une véritable dilacération des parois alvéolaires qui s'effritent finalement dans une cavité : cette cavité centrale est occupée par des lambeaux de tissu pulmonaire nécrosé et par des amas purulents.

Il s'agit, en somme, d'une *alvéolite diffuse primitive* qui a commencé par être une *alvéolite fibrineuse*, ainsi qu'en témoignent les lésions les plus périphériques et qui est devenue, avec une extrême rapidité, une *alvéolite suppurée* avec *nécrose aiguë et dégénération fibrinoïde des parois alvéolaires et du tissu pulmonaire ambiant*.

*
* *

Letulle et Bezançon ont observé la même dégénération fibrinoïde, développée sur des lésions de broncho-alvéolite fibrineuse, dont les traces sont nettes dans les régions périphériques; la même nécrose aiguë, sans processus banal de suppuration.

Chez leurs deux malades, la nécrose a pris des proportions plus importantes que chez la nôtre, puisque la perte de substance occupait presque tout un poumon. L'élimination d'une pareille masse de tissu de nécrose a entraîné une suppuration profuse dont les sujets n'ont fait les frais que pendant trente et un et quarante jours.

Le nôtre paraît avoir réussi à limiter le processus de nécrose et à stabiliser presque sa situation pulmonaire. Un abcès secondaire intracérébral l'a emporté; on sait que les suppurations pulmonaires engendrent avec une certaine électivité cette métastase encéphalique.

Nous sommes bien en présence d'un de ces processus de nécrose pneumonique, dont la nature a soulevé de très vives discussions, certains auteurs admettant que la pneumonie vraie puisse se terminer par sphacèle, d'autres, comme Netter, le contestant formellement.

Le nom de « pneumonie disséquante (1) » a été employé par Stokes, Rindfleisch, Hutinel et Proust, pour désigner une forme spéciale d'inflammation pulmonaire avec lymphangite péri et intralobulaire qui aboutit à des nécroses plus ou moins étendues du parenchyme. Et Hayem rappelait récemment (2) qu'il a décrit, il y a quarante-sept ans, une forme sous-pleurale de pneumonie disséquante (phlegmon diffus sous-pleural) consécutive à une infection grippale.

Toutes ces constatations méritent d'être rapprochées.

*
* *

Il faut souligner, en outre, ce fait que dans aucune des observations de Letulle et Bezançon, pas plus que dans la nôtre, il ne s'agissait d'une infection pneumococcique pure. Letulle et Bezançon ont identifié, dans un cas le *pneumobacille*, dans l'autre le *streptocoque*. C'est également le *streptocoque* qui est en cause dans notre observation.

Le caractère exceptionnel — pour ne pas dire davantage — des complications nécrosiques au cours des pneumonies pneumococciques demeure donc entier; c'est d'une infection associée, le plus souvent streptococcique, que relève en général ce processus redoutable et peu commun.

(1) Cf *Thèse* Boutry, Paris 1895.
(2) HAYEM. *Acad. de méd.*, 7 mai 1921.

ALIÉNATION MENTALE
FONCTION DE LA SITUATION FAMILIALE

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

L'aliénation mentale n'est pas de la médecine; les faits : il y a trouble mental, mais le placement à l'asile dépend, dans la très grande généralité des cas, de la situation familiale du malade. Mesure sociale. Les cas d'urgence. Aliénation mentale, modalité de la non-capacité civile.

Lorsque nous écrivons que l'aliénation mentale n'est pas de la médecine, qu'elle doit être définie du point de vue pratique social et non pas du point de vue scientifique médical, nous voulons exprimer que le fait spécial qui constitue réellement l'aliénation mentale, n'est pas de la médecine. Le sujet observé est atteint de troubles psychiques nets, précis, mais la nature, la forme, la variété de ces troubles psychiques sont totalement secondaires au point de vue de l'aliénation mentale et partant au point de vue de l'entrée à l'asile des aliénés. On pourrait, croyons-nous, démontrer l'exactitude de cette affirmation dans 80 p. 100 des cas de placement à l'asile, peut-être même dans 90 p. 100 des cas.

Quels sont donc, en fait, les éléments primordiaux et essentiels de l'état d'aliénation mentale? Avant de les rappeler, nous voulons rapporter une observation d'aliénation mentale actuelle particulièrement typique. Nous l'utiliserons ensuite pour la discussion (1).

*
* *

Résumé de l'observation. — Homme, quarante-quatre ans (1918). Tabès ayant débuté en 1913; douleurs fulgurantes, crises gastriques. Aggravation en mai 1916 : usage de la morphine; progressivement morphinomanie. En juin 1918, signes d'intoxication nets et besoin impérieux de la drogue. Crises d'agitation motivées, à base d'énervement. Colères, menaces, violences. Placement à l'asile, le 7 octobre 1918. Démorphinisation brusque. Amélioration rapide des troubles de l'émotivité. Disparition des crises gastriques en avril 1919. Retour lent de l'embonpoint, mais signes d'asthénie nerveuse. Sortie en mai 1920.

Ois..., François, camionneur, quarante-quatre ans, entre au quartier des M. M. de l'H. G. de Nantes, le 7 octobre 1918.

(1) Voir R. BENON. — 1° La Psychiatrie. *Gaz. des hôpit. de Paris*, 1913, p. 615, et Préface du *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, 1913, Paris, éditeur, Steinheil; — 2° L'aliénation mentale n'est pas de la médecine. La loi sur les aliénés. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég*, 1916, II, p. 193, oct.; — Aptitude au service militaire et psychiatrie, *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1919, II, p. 65, août.

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été fournis par l'entourage du malade.

Il n'existe aucun cas de maladie mentale ou nerveuse dans la famille; les parents du patient sont décédés à un âge avancé. Son frère, célibataire, jouit d'une excellente santé. On ne relève dans l'enfance et la jeunesse du malade aucune affection grave. Il a reçu une bonne instruction primaire; il exerçait la profession de camionneur et gagnait bien sa vie. Il ne buvait pas (ou supportait parfaitement l'alcool); il ne cherchait pas les occasions de boire, il ne rentrait jamais en état d'ivresse. Il était de caractère égal, quelquefois préoccupé de l'avenir. Durant son service militaire, il n'a souffert d'aucune maladie. Il a contracté la syphilis à vingt-sept ans; il a présenté un chancre induré qui a guéri rapidement, en quelques semaines. Il s'est marié à vingt-huit ans; sa femme n'a fait ni grossesse, ni fausse couche.

Histoire de la maladie. — Les premiers symptômes d'ordre tabétique sont apparus en 1913, à trente-neuf ans : c'étaient des douleurs fulgurantes et des crises gastriques. Ces dernières survenaient une ou deux fois par mois; elles duraient deux ou trois jours et presqu'aussitôt le malade pouvait reprendre ses occupations quotidiennes.

Mobilisé en août 1914, il a fait environ huit mois de service et a été réformé n° 2, pour son affection nerveuse organique. Plus tard, il a obtenu une pension (maladie aggravée par la guerre?).

En mai 1916, sur les conseils d'un médecin et pour calmer ses crises gastriques, O... emploie la morphine. Au début le praticien lui administre lui-même le médicament sous forme d'injections sous-cutanées. Plus tard, il se met à absorber des solutions que lui formulent divers médecins. Comme il lui semblait que la douleur cédait moins rapidement sous l'influence des solutions que par les injections, il se procure une seringue de Pravaz et se fait lui-même ses piqûres. Depuis l'hiver 1917-1918, il a le corps couvert de petits abcès.

Ajoutons que le malade, en 1916 et en 1917, a suivi un traitement intensif à l'énésol (salicylarsinate de mercure).

Les crises gastriques persistent toujours (1917-1918) et très douloureuses. On note depuis juin 1918 des symptômes d'intoxication par la morphine : diarrhée intermittente, amaigrissement, pâleur du teint, tremblement; d'autre part le besoin du médicament devient chaque jour plus impérieux. La famille, dont la situation matérielle laisse à désirer, résiste au malade; celui-ci s'agite, réclame, proteste, crie, etc. Il « prend » des colères de plus en plus violentes, brise des objets mobiliers, menace et frappe même son entourage. « Il veut se tuer, dit-il, ou tuer tout le monde. » La nuit il a des cauchemars : il appelle au secours et dit : « Pourquoi les laissez-vous entrer (des voleurs)? » Toutefois, pas d'état hallucinatoire durable.

Considéré par son médecin comme atteint de maladie mentale, il est dirigé sur un établissement spécial d'aliénés. A ce moment (octobre 1918), il absorbait, par jour, 0,35 centigr. de morphine qui coûtaient environ 3 francs.

Etat actuel, 8 octobre 1918. — Le malade est calme, docile, quoique un peu énervé. Il a passé une mauvaise nuit; il est affecté de se trouver dans un hôpital d'aliénés.

L'état somatique général est médiocre; O... est très amaigri, les conjonctives sont pâles. Le regard vif, brillant, contraste avec le teint qui est plombé. Le corps est recouvert de petites cicatrices d'anciens abcès; celles-ci prédominent au niveau des cuisses et des flancs. Quelques abcès sont en évolution.

Les signes du tabès sont nets : nous notons des douleurs fulgurantes, de l'abolition des réflexes patellaires, de l'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll-Robertson, quelques troubles sphinctériens, mais légers, un certain degré de Romberg, et très peu d'ataxie locomotrice. Le malade n'est pas en période de crise gastrique; il souffre de l'estomac; mais c'est une douleur vague, il ne vomit pas.

Au point de vue mental, nous ne constatons ni idées délirantes, ni affaiblissement des facultés intellectuelles; le malade accuse des troubles de la mémoire, mais leur cause reste imprécise. Il réclame avec insistance de la morphine, il déclare avoir beaucoup souffert la nuit dernière, du fait que tout médicament lui a été refusé (il ne présente et il n'a encore présenté à l'asile aucun symptôme de collapsus). Il donne des renseignements précis sur l'agitation à laquelle, chez lui, il était en proie : « Depuis quatre, cinq mois, je ne travaillais plus et je souffrais tout le temps, surtout quand j'avais mes crises avec vomissements. Dans les derniers temps, j'avais l'appréhension de ces crises et je prenais de plus en plus de la morphine. Ces crises d'estomac, ça me donnait des douleurs terribles dans le ventre et dans les reins; ça me tortillait les membres; je criais, je pleurais par le mal... Quand je sentais quelque douleur, et c'était presque tous les jours, je pensais tout de suite que c'était ma crise qui venait, alors j'appelais, je réclamais la drogue. On s'entêtait à ne pas m'en procurer. Ça me mettait en colère. J'aurais frappé, je me serais tué... On m'énervait aussi, ils disaient (les gens de son entourage) : « On n'a pas le temps d'aller chez le pharmacien, on part travailler, on ira une autre fois ». Ou encore : « Allons, donc, tu ne souffres pas tant que tu le dis. Tu le fais exprès. Tu te mets les doigts dans la bouche pour te faire vomir... » Ces réflexions me mortifiaient et me mettaient hors de moi. C'est cela qui me poussait à des actes violents. »

Evolution. — La suppression de la morphine a pu être faite brusquement; les troubles de l'émotivité se sont atténués petit à petit, les crises gastriques ont disparu au bout de six mois environ.

9 octobre 1918. — Le malade est un peu énervé, il demande de la morphine. La nuit dernière, il a pris une potion de 2 grammes de chloral et de 3 grammes de bromure.

14 octobre. — Crise gastrique qui dure depuis le 11. (Pas d'agitation coléreuse. Pas d'opium.) La crise cesse brusquement.

25 octobre. — Nouvelle crise gastrique, d'une durée de deux jours, à début et terminaison brusques.

Novembre. — Persistance des crises gastriques sans manifestations particulières. Pas d'énervement notable.

Janvier 1919. — Etat stationnaire. Le malade n'a pas d'affaiblissement intellectuel, mais il existe chez lui, manifestement, des symptômes d'asthénie nerveuse générale. Les crises gastriques sont moins fréquentes (une par mois) et de courte durée. L'administration du bromure et du chloral qui était intermittente est supprimée complètement.

Avril. — Les crises gastriques ont disparu. Le malade a engraissé, il dort bien. Il dit être maître de lui et demande à s'occuper dans le service.

Décembre. — Le malade travaille régulièrement. Sa femme qui a peur de lui, hésite à le faire sortir. Elle consent à l'emmener en permission tous les quinze jours. On constate toujours de la dépression (asthénie), de la fatigabilité, avec des algies variées, de la tête, des reins, de l'épigastre, etc.

Mai 1920. — Il sort par amélioration. Le tabès, semble-t-il, est arrêté dans son évolution.

*
**

1° Le cas de ce malade classé aliéné est typique. Il n'existait chez lui ni affaiblissement mental, ni idées délirantes, mais seulement des troubles du caractère ou de l'émotivité, extrêmement prononcés, il est vrai. Ces troubles se sont développés au cours de l'évolution d'une affection nerveuse organique grave, le tabès; les douleurs fulgurantes et surtout les crises gastriques avaient conduit le patient à l'intoxication morphinique chronique. Lorsque l'état de besoin était impérieux, si le malade était privé du médicament par sa famille, il s'énervait, s'agitait, et quelquefois entrait dans des colères terribles avec menaces, bris d'objets, violences contre les personnes.

2° Le malade vient à l'asile. La morphine est supprimée brusquement et sans difficulté. Les troubles de l'émotivité n'atteignent jamais l'intensité qu'ils ont eu dans la famille. Les crises gastriques disparaissent au bout de six mois environ. Le sujet présente des signes de dépression ou d'asthénie nerveuse, mais légère. La sortie aurait pu être réalisée

à ce moment; pourquoi a-t-il fallu attendre un an pour qu'elle puisse se produire? La femme, terrifiée par les scènes qui avaient eu lieu à la maison, redoutait la présence de son mari au foyer. Elle n'a repris confiance dans le malade que petit à petit; elle a d'abord consenti à l'emmener en permission une fois, puis une autre et enfin, elle a bien voulu le garder définitivement avec elle.

3° Dans un cas semblable, — et on pourrait l'établir pour le plus grand nombre des aliénés, — il est évident que c'est la situation familiale qui crée l'aliénation mentale. Dans un milieu aisé, un tel malade ne serait jamais entré dans un établissement d'aliénés. Pourquoi celui-ci a-t-il été classé aliéné? Pourquoi tel autre ne l'est-il pas? Uniquement parce que différence de situation sociale. Et cela serait de la médecine? Et l'on voudrait que le médecin décide seul des placements à l'asile des aliénés ou des sorties de ces établissements? Cela n'est pas possible. Le médecin peut dire : il y a maladie mentale. Il ne peut pas dire : il y a aliénation mentale; quand il le dit, il s'écarte de sa fonction propre, qui est la médecine, et qui n'est pas la question de savoir si l'ordre est troublé dans la famille ou la société.

4° Bien mieux, quand il y a danger social ou familial du fait d'un malade mental avéré, l'autorité ne se passe-t-elle pas du médecin pour opérer la séquestration urgente? Pourquoi ce cas particulier?

5° On dit que nous diminuons la fonction du médecin aliéniste en déclarant que l'aliénation mentale n'est pas de la médecine. La psychiatrie ne peut que gagner de l'importance et de l'influence en tendant à la clarté et à la précision.

6° Nous estimons que l'aliénation mentale est devenue, en raison de l'évolution des mœurs, une modalité de la non-capacité civile, sociale ou familiale. En conséquence, un jugement rendu par un tribunal peut seul en établir rationnellement l'existence.

Conclusions. — L'état d'aliénation mentale ne saurait être considéré comme relevant de la médecine. Cela résulte de l'examen des faits classés aliénation mentale. L'aliénation mentale est en relation avec des troubles cérébraux, mais la nature, la forme et la variété de ces troubles sont insuffisantes, parce que l'aliénation mentale est avant tout fonction de la situation familiale; il s'agit d'une hospitalisation et d'une mesure très spéciales, le malade étant dangereux ou pouvant le devenir, et la famille se trouvant dans l'impossibilité de lui donner les soins qui conviennent, etc. Au reste, dans les cas d'agitation intense, grave, par maladie mentale avérée, l'autorité administrative ne peut-elle pas se passer de l'avis médical? Ce qui est vrai de l'aliénation mentale (fait non médical) lors de l'entrée du patient à l'asile des aliénés, l'est encore à la sortie du malade, parce que la guérison complète, définitive, est exceptionnelle. En résumé, l'état d'aliénation mentale, modalité de la non-capacité civile, relève de la science juridique et non de la science médicale.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. *Tome XX :* **Syphilis**. Tome II : *Syphilis acquise de l'enfance*, par P. FERNET; *Syphilis héréditaire de l'enfance*, par Ed. FOURNIER; *Syphilis héréditaire tardive*, par P. FERNET. In-8, 66 fig., 8 pl. en coul. Prix : 18 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Non seulement la croissance des jeunes générations d'Europe a eu et a encore à souffrir des régimes alimentaires de guerre ou d'après-guerre qui ne contiennent pas en quantités suffisantes, certains principes nutritifs minéraux ou « vitaminiques », mais la natalité générale court risque d'être fortement abaissée, à moins que ces déficits du bilan d'assimilation ne soient comblés. REYNOLDS (1) (de Boston), qui, depuis de longues années, a étudié le *problème de la stérilité* sous tous ses aspects, a recherché, en collaboration avec MACOMBER, l'influence du régime alimentaire sur la reproduction de familles de rats dont la fécondité normale avait été bien déterminée par une longue observation préalable. Il a employé trois régimes où un seul élément manquait : un, pauvre en vitamine A (« facteur antirachitique », soluble dans les graisses), un, pauvre en calcium, un, pauvre en albuminoïdes; ces trois régimes représentent les déficits habituels parmi les classes aisées des Etats-Unis. Il y a ajouté un quatrième régime manquant à la fois de calcium et d'albuminoïdes, régime qui se rapproche des régimes de guerre et d'après-guerre que l'Europe a eu à subir et subit encore en certaines régions.

Ces quatre régimes réduisirent respectivement la fécondité normale de 65 p. 100 à 55, 31, 14 et 0 p. 100. La contre-épreuve fut faite. Un fait intéressant, c'est la constatation d'avortements, qui atteignirent une fréquence de 25 p. 100 chez des rats femelles qui, après avoir été soumis au régime de guerre, furent remis à un régime normal et croisés avec des rats sains. Reynolds rapporte un cas observé chez une femme où un régime pauvre en calcium avait amené des avortements à répétition (5 en six ans) lesquels cessèrent dès que le déficit fut comblé. Il relate aussi le cas d'un homme vigoureux, un athlète, qui, avant son mariage, consommait les doses formidables d'albuminoïdes que comporte le régime d'entraînement, et chez qui le passage à une vie sédentaire avec nourriture différente, entraîna une stérilité de quatre ans qui céda à un retour aux anciennes conditions. Tout cela corrobore l'opinion exprimée maintes fois par Reynolds, à savoir que la vraie stérilité anatomique ou pathologique n'existe que dans une faible proportion des unions inféconde; que, le plus souvent, l'absence de reproduction est le résultat d'une diminution de la fécondité et non pas d'une stérilité vraie. Un très grand nombre de mariages infertiles sont dus à des causes purement fonctionnelles ou à des troubles physiologiques, sous la dépendance de conditions générales ou locales. Ces troubles physiologiques, d'ailleurs, coexistent souvent avec la stérilité pathologique et si, après avoir corrigé cette dernière par des moyens appropriés, on méconnaît l'autre élément et l'on n'y porte pas remède, un échec est fatal. Reynolds n'a point encore de résultats définitifs à publier sur l'examen des ovaires et testicules des rats de ses expériences. Seuls, les organes des rats, soumis au régime doublement déficitaire, présentaient des altérations notables.

Ces résultats sont fort intéressants, lorsque l'on songe à la fréquence extraordinaire de l'aménorrhée en Allemagne et en Autriche pendant la guerre, aménorrhée due à la combinaison de privations diététiques et de facteurs psychiques. Le métabo-

lisme du calcium, ainsi que Bell l'a montré, joue certainement un rôle primordial dans la physiologie des organes de reproduction de la femme. Il n'y a rien d'étonnant à voir le manque de sels de calcium provoquer l'avortement; car, il faut à la femme enceinte un métabolisme calcique, certainement des plus actifs, pour qu'elle soit capable de fournir au fœtus de 700 à 800 grammes de calcium. Mais le point particulièrement intéressant du travail de Reynolds, c'est qu'apparemment, il ne suffit pas de surveiller le bilan calcique pendant la grossesse, ce que tout le monde sait, même si on ne le fait pas; il faut encore le surveiller avant la conception.

La considération de ces conséquences possibles de régimes insuffisants amène, assez naturellement, à parler d'une maladie assez commune dans certaines parties des Etats-Unis et que la plupart croient due aussi à une mauvaise alimentation : je veux parler de la *pellagre*. Celle-ci est endémique dans les états du Sud où le maïs constitue l'aliment principal, presque exclusif, de la population. Le Sud n'a pas été prospère cette année, tant à cause des conditions économiques mondiales qu'à cause de la chute des prix du coton, de 45 sous la livre en juillet 1920 à 12 ou 13 sous à présent, chiffre probablement inférieur au coût de production Or, le Sud agricole ne vit guère que du coton. L'on s'est inquiété, à Washington, de la possibilité d'une recrudescence de pellagre dans ces conditions. Le Sud s'est indigné très fortement de ce que l'on ait osé faire une pareille suggestion et a vigoureusement nié qu'il y ait, dans son territoire, un danger de famine. Toutefois, une conférence fut tenue à Washington entre les représentants de douze Etats, du *Public Health Service*, du Département de l'Agriculture et de la Croix-Rouge. La discussion aboutit à cette conclusion qu'il y aura plus de cas de pellagre cette année, dans certaines localités où elle a été épidémique, mais que le nombre de cas et de morts, pendant l'année 1921, restera inférieur à la moyenne pour la période 1914-1921. Le peu de netteté de cette conclusion ferait facilement penser qu'il s'agit là d'un compromis destiné à ménager les susceptibilités du Sud, tout en ne niant pas qu'il faille s'attendre à une augmentation des cas de pellagre, au moins dans certaines régions. Le seul remède proposé, c'est l'éducation du public sur la nécessité de mieux équilibrer la ration alimentaire et d'y inclure du lait, des œufs et des légumes frais, ce qui n'est point révolutionnairement nouveau en l'espèce.

Le plus grand bénéfice retiré de tout cela, c'est probablement d'avoir attiré, une fois de plus, l'attention sur un problème qu'il est facile d'oublier, parce que régional, et montré que, somme toute, on n'est guère d'accord sur l'étiologie de la pellagre. L'on a abandonné l'ancienne théorie du maïs et l'on admet aujourd'hui la carence. Mais il y a des chercheurs de valeur incontestable qui se refusent à voir là une explication adéquate; pour eux, la maladie est infectieuse, spécifique et transmissible dans des conditions non encore déterminées; la prophylaxie est à chercher dans l'amélioration des conditions sanitaires plus que dans des changements de régime; or, il faut reconnaître que ces conditions sont, en général, des plus primitives dans les régions à pellagre; et cela est vrai en Europe, aussi bien qu'en Amérique. Donc, le problème est : régime, ou sanitation, ou les deux? Cette dernière solution, dans le doute, semble la plus sûre. Il se pourrait que les deux, réunis, fissent disparaître la pellagre avant qu'on eût déterminé quelle en est vraiment la cause.

La *lèpre* est une autre de ces maladies plutôt régionales qui ne semblent plus avoir un intérêt médical universel. Cependant, il y a encore assez de lépreux et de foyers de lèpre de par le monde, et la maladie est assez terrible pour que tout progrès thérapeutique soit le bienvenu. Or, il semble que Dean (2) (d'Honolulu), dans les îles Hawaï, où la lèpre est encore endémique et où le *Public Health Service* maintient un hôpital d'observation et un lazaret, ait fait avancer l'étude chémo-thérapeutique des principes constitutifs de l'huile de chaulmoogra, jusqu'à un point où l'on puisse entrevoir une spécificité un peu comparable à celle des arsenicaux dans les infections à protozoaires. Les éléments trouvés actifs dans l'huile de chaulmoogra sont l'acide chaulmoogrique, l'acide hydnocarpique et un acide à poids moléculaire moins élevé et à saturation moins complète que les deux premiers; ce dernier principe n'a pas encore été isolé à l'état pur, mais c'est probablement le plus actif des trois. Le traitement employé par Dean et Mc Donald, à l'hôpital d'observation de Kalihi, où plus de cent lépreux sont constamment en observation pour déterminer si l'on peut arrêter, chez eux, la maladie ou s'il faut les transporter comme incurables au lazaret de l'île de Molokai, consiste en injections hebdomadaires intramusculaires d'un mélange d'éthers éthyliques des acides susnommés, auxquels on a combiné 2 p. 100 d'iode. De plus, les malades prennent trois fois par jour, en doses progressivement croissantes des capsules d'huile de chaulmoogra combinée à 2,5 p. 100 d'iode.

Les éthers employés pour les injections ont, sur l'huile elle-même, l'avantage d'être beaucoup plus fluides et, par conséquent, plus absorbables; de plus, ils ne causent pas d'abcès (Mc Donald n'a eu qu'un cas d'abcès sur près de 10.000 injections), tandis que ceux-ci sont assez ordinaires avec l'huile. Il est probable que le médicament, pris par la voie gastrique, n'a guère d'action; les injections seules font aussi bien. De même pour l'iode. Les éthers sont les principes actifs.

Les résultats publiés par Mc Donald (3) sont remarquables. 50 p. 100 des malades à Kalihi du 1er janvier 1920 au 15 mars 1921 ont été tellement améliorés qu'on a pu les rendre sous conditions à leurs familles, Pas un seul malade n'a été transféré de Kalihi à Molokai depuis juin 1919. Le traitement provoque, dans environ 10 p. 100 des cas, l'apparition de symptômes fébriles accompagnés d'une éruption papuleuse; quand les symptômes s'amendent après quelques jours, une amélioration notable et un progrès beaucoup plus rapide vers la guérison sont évidents. L'analogie avec une réaction de Herxheimer s'impose à l'esprit. La preuve histologique de l'efficacité du traitement se trouve dans l'état moniliforme de la plupart des bacilles après plusieurs mois de traitement. Ces bacilles moniliformes sont des bacilles morts; un peu plus tard, ils ne se retrouvent que sous forme de détritus granuleux. Pour qu'un malade puisse sortir de Kalihi, il faut que toutes les manifestations cliniques aient disparu, et que des biopsies répétées ne montrent que des bacilles morts. Sur tous les cas relâchés depuis le 1er octobre 1918, il n'y avait pas eu une récidive en

mai 1921, quoique les auteurs admettent que l'on doive s'attendre à en voir de temps en temps.

Les auteurs insistent sur l'impossibilité de traiter la lèpre, de façon satisfaisante, en dehors d'un hôpital spécial, d'où le malade ne peut sortir à son gré. Depuis l'ouverture de l'hôpital d'observation de Kalihi et les succès qui y ont été obtenus, les Hawaïens se sont rendu compte qu'un diagnostic de lèpre ne veut plus dire fatalement un bannissement à l'enfer de Molokai; au lieu de se cacher et de ne venir que lorsqu'ils sont incurables, ils viennent tôt, même quand ils n'ont que des soupçons et cela fait bien augurer de l'avenir.

Il semble donc que les acides gras du type chaulmoogrique et hydnocarpique aient une certaine spécificité dans la lèpre. Ces acides ont, d'ailleurs, une structure chimique tout à fait particulière, avec un noyau pentagonal fermé de carbone qui ne ressemble à rien de ce que l'on trouve dans les autres acides gras connus. Que leur administration par la bouche ne soit pas efficace s'explique facilement par les changements moléculaires que les processus digestifs entraînent nécessairement. Le progrès remarquable obtenu ne représente pas le dernier mot de l'emploi de l'huile de chaulmoogra dans la lèpre ; Mc Donald et Dean, eux-mêmes, déclarent que le problème entier du mécanisme physiologique de l'action curative reste à résoudre. Mais il y a là certainement quelque chose qui constitue un encouragement de premier ordre dans la lutte contre un des fléaux les plus anciennement connus de l'humanité.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) REYNOLDS et MACOMBER. *Journ. amer. med. Assoc.*, 16 juillet 1921, p. 169.
(2) MC DONALD et DEAN. *Ibid.*, 28 mai 1921, p. 1470.
(3) MC DONALD. *Ibid.*, 27 nov. 1920, p. 1488.

FAITS CLINIQUES

I

ABCÈS FROID KYSTIQUE DU LIGAMENT LARGE. LAPAROTOMIE, VOMITO-NEGRO ICTÉRIQUE POSTCHLOROFORMIQUE AU QUATRIÈME JOUR. MORT.

Par le Dr LOP (de Marseille).

Mme X..., âgée de vingt-neuf ans, grande et belle femme, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, m'est amenée par son mari, en mars dernier (1918).

Cette jeune femme se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre à gauche, douleurs s'exacerbant au moment des règles. Réglée à treize ans, n'ayant jamais été malade, elle est mariée depuis seulement quinze mois, pas de grossesse encore.

Je constate, dans le cul-de-sac latéral gauche, une tumeur du volume d'un petit œuf, très douloureuse au toucher. L'utérus est normal, les fonctions mensuelles n'ont subi aucune altération.

Je prescris un traitement approprié, qui est suivi rigoureusement trois semaines, la tumeur ne subit aucune régression, elle était devenue seulement un peu moins douloureuse au toucher.

A ce moment, je parlai d'une intervention possible, utile, qu'on repoussa aussitôt. J'ordonnais des bains de mer chauds, un traitement reconstituant.

Je n'entendis plus parler d'elle pendant deux mois. Je la vis revenir un peu pâlie, amaigrie, souffrant davantage, décidée à être opérée.

La tumeur avait acquis le volume d'une grosse orange, le cul-de-sac latéral gauche était presque effacé, le col utérin refoulé contre la pubis.

Le léger amaigrissement, la pâleur, ne pouvaient être mis que sur le compte de l'état local. L'appétit était conservé, l'auscultation muette.

L'opération est fixée à la quinzaine après les règles, attendues pour le surlendemain de cette visite; l'on continue le repos et le traitement reconstituant.

L'opération a eu lieu le 17 juin. Anesthèse au Schleich avec l'appareil de Gauthier (de Luxeuil), précédée d'une piqûre d'atropine-morphine-adrénaline.

Laparotomie médiane qui fait tomber sur une tumeur, grosse comme le poing, siégeant dans l'épaisseur du ligament large. Ablation entre deux clamps, hémostase et sutures.

L'opération dure à peine 40 minutes, bien que la malade ait mal dormi et qu'à différentes reprises on ait été obligé de ralentir l'anesthésie. Il a été pris en tout à peu près 35 grammes du mélange anesthésique.

La tumeur enlevée est constituée par un abcès rempli de pus verdâtre à parois très épaisses; elle est confiée au Dr Bricka, chef des travaux d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine, qui m'a remis la note ci-dessous :

« La tumeur que vous avez extraite du ligament et que vous m'avez envoyée aux fins d'analyse est une énorme nodule tuberculeuse, on y voit tous les éléments caractéristiques des follicules tuberculeux, les uns encore récents, les autres caséifiés.

Le pus ne contient comme espèce bactérienne que du bacille de Koch, mais en petite quantité.

La paroi est formée de dedans en dehors par :

a. Du tissu de bourgeon Charny, très vasculaire et infiltrée de nombreuses lymphites et plasmazellen.

b. Quelques fibres musculaires lisses, dégénérées et de gros vaisseaux (vaisseaux du ligament englobés de la tumeur).

A côté est un petit fragment de la poche kystique à paroi unie et lisse, inclusivement fibreuse. »

*
* *

Le sommeil avait été mauvais, le réveil fut détestable : pouls misérable, refroidissement; c'est à peine pourtant s'il s'est écoulé deux cuillerées à café de sang.

Malgré ce, sous l'influence de l'huile camphrée et autres stimulants, le pouls se relève, la chaleur revient. Le soir, l'état était on ne peut plus satisfaisant, jusqu'au quatrième jour à midi.

Le quatrième jour, purgation (calomel), la malade m'ayant déclaré qu'elle ne pouvait supporter autre chose.

A minuit, l'infirmière donne le calomel qui est rendu vers les 4 heures du matin, on garde ce vomissement à cause de sa couleur.

A mon arrivée à 9 heures, je constate l'existence d'un ictère assez intense et dans le vomissement du sang en partie digéré.

Vers midi survient un hématémèse qui se répète à peu près mathématiquement toutes les 2 heures, et 36 heures, à peine après le début du premier vomissement, la malade succombait sans secousses.

Tout a été mis en œuvre : glace, adrénaline, sérum gélatiné, lavages de l'estomac, mais en vain.

*
* *

La pathogénie de cette fin aussi tragique qu'inattendue est facile à établir :

Intoxication chloroformique. Le chloroforme ne saurait être incriminé comme qualité (marque Adrian), ampoule ouverte au moment même de l'anesthésie.

Ictère grave avec hémorragies rappelant le vomito-négro appendiculaire de Dieulafoy.

Je me demande si la nature de la tumeur n'avait pas prédisposé la malade à un pareil accident.

L'on sait avec quelles facilités les suppurations tuberculeuses déterminent de la stéatose viscérale et en particulier celle du foie. Je ne suis pas éloigné de croire que cette suppuration pelvienne ait joué un rôle prédisposant en diminuant la résistance de la cellule hépatique, à l'intoxication chloroformique?

Cette observation est aussi intéressante à un autre point de vue, que je crois devoir relater ici :

Comment expliquer l'apparition d'une localisation tuberculeuse dans le pelvis? Les tuberculoses génitales de la femme paraissent, peut-être, plus rares que chez l'homme, parce que moins accessibles à notre exploration, mais en réalité, parce que l'on y pense peu et bien des tumeurs néoplasiques ou inflammatoires du pelvis sont enlevées sans être examinées histologiquement et bactériologiquement.

Chez ma malade, la contagion maritale semble faire peu de doute. En effet, le mari depuis une pleurésie séreuse, qui a duré un an et qui a déterminé une scoliose assez notable, ne s'est jamais remis entièrement, bien que ne toussant pas et expectorant encore moins. L'auscultation que j'ai eu souvent l'occasion de pratiquer ces derniers temps encore, janvier 1919, est restée ce qu'elle était il y a six ans après la pleurésie que l'on devine, chez un malade ayant des adhérences pleurales assez fortes pour déterminer une scoliose prononcée chez un homme qui était droit comme un I avant sa maladie.

Quant à la nature tuberculeuse de sa pleurésie, non seulement son évolution et la persistance des signes d'auscultation en autorisent l'hypothèse, mais ce qui peut enlever toute hésitation, c'est le fait que la première femme de cet homme est morte de tuberculose pulmonaire chronique pendant laquelle le mari qui n'avait cessé de cohabiter avec elle, fit sa pleurésie.

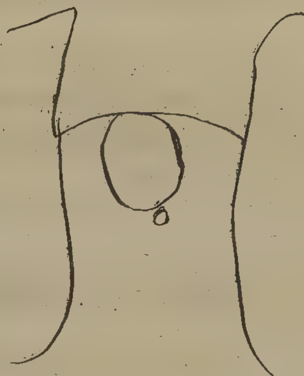
II

PÉRITONITE ENKYSTÉE, SUS-OMBILICALE, A PNEUMOCOQUES LAPAROTOMIE, GUÉRISON

Par le Dr Lop (de Marseille).

S..., dix-huit ans, nègre du Sénégal, aide-cuisinier du vapeur « Malgache » entre à ma clinique le 1er octobre dernier, se plaignant de vives douleurs dans l'hypocondre droit.

A ce que me dit son capitaine, S..., tout en continuant son service, n'a pas cessé de se plaindre depuis son départ de Dakar, éprouvant une grande difficulté à faire, malgré toute sa bonne volonté, son travail. Son capitaine qui s'intéresse à lui, m'affirme qu'il ne se souvient pas l'avoir vu malade. Il n'y a eu aucun traumatisme.



Abcès du kyste du foie. Pleurésie sous-diaphragmatique. Tumeur solide. Abcès profond de la paroi.

Le malade est assez amaigri, on constate une déformation très appréciable de la partie latérale droite sus-ombilicale de l'abdomen. Cette déformation est constituée par une tumeur solide du volume d'une tête d'enfant reposant sur le lobe gauche du foie et paraissant pendant les excursions respiratoires faire corps avec cet organe.

Cette tumeur extrêmement douloureuse à la pression, ainsi que spontanément, douleurs qui s'exagèrent pendant la réplétion de l'estomac.

L'appétit est à peu près nul, l'état général mauvais.

Glace sur l'abdomen, régime mixte. Injections sous-cutanées de sérum marin à petites doses. Pas de température, il n'y en a jamais eu.

Ce traitement est continué pendant dix jours, sans qu'il y ait la moindre amélioration locale.

Quelle pouvait être la nature de cette tumeur, en l'absence de tout antécédent appréciable (pas de dysenterie, d'infections antérieures, de traumatisme, bonne santé antérieure) et de sa localisation?

* * *

J'éliminais à peu près d'emblée les abcès et kystes du foie et les tumeurs solides de la paroi, malgré la dureté et la mobilité de la tumeur.

Je m'arrêtais au diagnostic possible de tumeur liquide intrapéritonéale d'origine parasitaire possible.

Chez un nègre du Sénégal — comme j'ai eu l'occasion d'en observer — elle est soit à ecchinocoques, soit par d'autres parasites et en particulier par la mouche « Mongo-fly » dont les manifestations morbides se rencontrent assez fréquemment chez les indigènes qui naviguent sur les rivières de la côte occidentale d'Afrique, ce qui était le cas de ce boy.

Quant à l'hypothèse d'une collection d'origine pleurétique ou d'abcès sous-phrénique, il n'y avait pas lieu de s'y arrêter en présence de l'absence de tout antécédent pouvant faire croire à la possibilité de cette origine.

En présence d'un diagnostic précis et des ponctions exploratrices différentes dont l'une d'elles faite avec un gros trocart de Potain, j'estimai que seule une intervention me fixerait et amènerait vraisemblablement la guérison.

Cette intervention s'imposait d'ailleurs par l'augmentation continue du volume de la tumeur, la persistance des douleurs et le mauvais état général.

Le 15 octobre, j'intervenais par une laparotomie latérale *in situ*. A travers l'incision péritonéale, s'écoula immédiatement près d'un litre de pus verdâtre, très épais, grumeleux; ce qui explique l'insuccès des ponctions capillaires.

Du pus recueilli dans des tubes stérilisés et confiés au Dr Lafont, donna des cultures pures de pneumocoque.

D'ailleurs ce diagnostic postopératoire n'était pas douteux par les caractères physiques du pus, l'absence d'odeur et la rapidité de la guérison après un drainage soigneux.

Le 15 novembre, S..., repartait pour le Sénégal.

Cette péritonite à pneumocoque a-t-elle été réellement primitive?

Il semble à priori qu'on peut répondre par l'affirmative, à moins que (c'est là une idée qui m'est venue en rédigeant mon observation) la porte d'entrée de cette localisation ait eu pour point de départ une infection ombilicale très fréquente chez les nègres, infection que j'ai maintes fois l'occasion d'observer parmi les nombreux équipages nègres des navires qui font le trafic de la Côte occidentale d'Afrique avec notre port.

III

PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES CHEZ UN ENFANT DE SEPT ANS, DU POIDS DE 7.900 GRAMMES. LAPAROTOMIE. GUÉRISON.

Par le Dr Lop (de Marseille).

La jeune J..., âgée de sept ans, dans la convalescence d'une broncho-pneumonie double survenue le 1er novembre 1917, qui dura près d'un mois et demi, est prise vers le 20 décembre de vives douleurs abdominales avec vomissements, élévation de la température déjà existante, tous symptômes qui font craindre un début d'appendicite, surtout à cause de la localisation de la douleur dans la fosse iliaque droite.

Sous l'influence de pansements humides très chauds, souvent renouvelés, la glace n'étant pas supportée par la malade, les douleurs se calment, les vomissements disparaissent, et la température redevient ce qu'elle était depuis six semaines, aux environs de 38 degrés le matin et de 39 degrés le soir.

Le syndrome péritonéal s'atténue peu à peu, au point de laisser espérer que rien de particulier n'apparaîtrait de ce côté.

Malgré cette accalmie trompeuse, la température continue à s'élever chaque soir et l'enfant se plaint de temps à autre d'avoir « bobo au ventre ». Celui-ci ne présentait aucun symptôme local appréciable et la fièvre ainsi que le mauvais état général, pouvaient être mis sur le compte des lésions broncho-pulmonaires des deux poumons. Il y a diarrhée, vomissements et certainement le pronostic fâcheux que l'on pouvait prévoir, tenait beaucoup plus à l'état des voies respiratoires qu'à une suppuration intrapéritonéale que rien ne pouvait laisser soupçonner.

Cet état général misérable, et les signes d'auscultation se maintinrent presque jusqu'au 6 janvier, résistant à toute médication locale et générale.

Le 10 janvier, je suis appelé de nouveau auprès de la malade, que je ne revoyais que tous les trois ou quatre jours.

J'apprenais par sa mère que depuis trois jours, du pus s'écoulait par la cicatrice ombilicale.

Il n'y avait évidemment pas de doute sur l'existence d'une suppuration intrapéritonéale et sur l'origine pneumoccoccique probable de celle-ci.

Une intervention immédiate s'imposait bien que la guérison spontanée de la péritonite à pneumocoque ait été fréquemment signalée, j'estimais qu'avec un pareil état général, les chances de mort étaient plus grandes si je me contentais de l'évacuation spontanée, par l'étroit pertuis ombilical par lequel s'écoulait le pus.

L'état de l'enfant était des plus précaires; il offrait l'aspect d'un athrepsique à la période presque agonique. Malgré ce, je ne désespérais pas et faisant partager ma confiance aux parents, je pratiquais le 12 janvier, à l'aide de l'anesthésie au Kélène (5 c. c. environ), la laparotomie sous-ombilicale qui donna issue à au moins 1 litre 1/2 de pus enfermé dans le péritoine, jaune, crémeux, fluide avec tous les caractères de la suppuration à pneumocoques. Drainage, fermeture du ventre, l'opération dura un quart d'heure.

L'enfant est recouchée et dès le lendemain, la température est tombée pour ne plus se relever.

Malgré la précarité de l'état général, et l'indocilité de l'enfant, ainsi qu'une fistule intestinale qui se produit le 15 février, la guérison pouvait être considérée comme définitive le 1er mars courant.

La santé générale devenue meilleure, les lésions broncho-pulmonaires rétrocédèrent en suivant une marche parallèle à la guérison de la péritonite.

20 avril 1914. Je viens de voir la petite malade à son départ pour l'Italie. Elle est méconnaissable, grandie, presque jolie, engraissée, elle pèse 11 kilos. La cicatrice est solide, la paroi très souple, et l'appareil respiratoire complètement débarrassé des graves lésions rapportées plus haut.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DÉCRET DU 4 JUILLET 1921 SUR LA RÉPRESSION DES FRAUDES EN CE QUI CONCERNE LES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES ET HYGIÉNIQUES (1)

TITRE III. — *Analyse des échantillons prélevés.* — L'analyse des échantillons prélevés est, aux termes de l'article 12 du décret, confiée au laboratoire central institué près la faculté de pharmacie de Paris ou aux laboratoires organisés à cet effet dans les facultés, facultés mixtes et écoles mixtes de médecine et de pharmacie, par les doyens ou directeurs de ces facultés ou écoles, en vertu de décisions prises de concert par les ministres de l'agriculture et de l'instruction publique, après avis de la section de pharmacie ou de la commission technique permanente.

Ces analyses sont, à la fois, d'ordre qualitatif et d'ordre quantitatif. L'examen comprend les recherches organoleptiques, physiques, chimiques, micrographiques, physiologiques et autres, susceptibles de fournir les indications sur la pureté des produits, leur identité, leur composition et leur conformité au codex.

Le résultat de l'analyse est consigné dans un rapport qui est adressé par le doyen ou directeur au préfet du département d'où provient l'échantillon; à Paris, et dans le ressort de la préfecture de police, au préfet de police (art. 14).

Si le rapport ne conclut pas à une présomption d'infraction, le préfet en avise sans délai l'intéressé; en ce cas, si le remboursement des échantillons est demandé, il s'effectue d'après la valeur réelle au jour du prélèvement aux frais de l'État. S'il conclut à une présomption d'infraction, le préfet transmet le rapport au procureur de la République, avec le procès-verbal et les échantillons réservés.

En vue de la statistique, l'article 17 prescrit que, tous les ans, le doyen ou le directeur adresse au ministre de l'agriculture un rapport sur le nombre des échantillons analysés et le résultat de l'analyse.

TITRE IV. — *Fonctionnement de l'expertise contradictoire.* — Si le procureur de la République estime, à la suite du procès-verbal de l'inspecteur ou du rapport du doyen ou directeur, et au besoin après enquête préalable, qu'une poursuite doit être engagée ou une information ouverte, il saisit, suivant le cas, le tribunal ou le juge d'instruction.

S'il y a lieu à expertise, les articles 19 et suivants fixent les règles à observer dont voici l'analyse :

Tout d'abord l'article 19 dispose que, dans le cas où la présomption d'infraction résulte de l'analyse faite au laboratoire, l'auteur présumé de la fraude ou de la falsification est avisé par le procureur de la République qu'il peut prendre communication du rapport du laboratoire et qu'un délai de trois jours francs lui est imparti pour présenter ses observations et pour faire connaître s'il réclame l'expertise contradictoire prévue à l'article 12 de la loi du 1er août 1905.

Si l'expertise est réclamée, deux experts sont désignés, l'un par le juge d'instruction et l'autre par l'intéressé (art. 20). Si celui-ci, sans avoir renoncé à son droit, n'a pas désigné son expert dans le délai qui lui a été imparti, cet expert est désigné d'office par le juge d'instruction.

Les experts sont choisis sur les listes spéciales de chimistes-experts dressées dans chaque ressort par les Cours d'appel ou les Tribunaux civils. L'intéressé a le droit de choisir son expert en dehors des listes officielles : mais, s'il use de cette faculté, son choix est subordonné à l'agrément du juge d'instruction.

Les experts doivent être munis du diplôme de pharmacien.

Après leur désignation, les experts sont mis en possession tant de l'échantillon remis précédemment à l'intéressé que de l'un des deux autres échantillons. Le juge d'instruction leur donne communication des procès-verbaux de prélèvement, ainsi que du rapport du laboratoire, des ordonnances médicales, des factures, lettres de voiture, pièces de régie et, d'une façon générale, de tous les documents que la personne en cause a jugé utile de produire, ou que le juge s'est fait remettre.

Aucune méthode officielle n'est imposée aux experts. Ils opèrent à leur gré, ensemble ou séparément : mais ils doivent discuter en commun et dresser un seul rapport. S'ils sont d'avis différents ou s'ils ont des réserves à formuler sur les conclusions communes, chacun d'eux indique son opinion ou ses réserves et les motifs à l'appui.

Dans le cas où ils sont en désaccord, ils désignent un tiers expert pour les départager. A défaut d'entente sur le choix de ce dernier, la désignation est faite par le président du Tribunal civil. Le tiers expert peut être choisi en dehors des listes officielles; il peut n'être pas pourvu du diplôme de pharmacien (art. 23).

S'il y a un échantillon unique, dans le cas prévu par l'article 9 du décret, le procureur de la République notifie à l'intéressé que cet échantillon unique va être soumis à l'expertise et l'informe qu'il a trois jours francs pour faire connaitre s'il entend user du droit de désigner un expert. Si ce droit est réclamé, il est procédé comme précédemment.

TITRE V. — *Dispositions diverses.* — L'article 26 décide que, lorsque des poursuites sont décidées, s'il s'agit de médicaments à base de vin ou d'alcool, soit de saccharine ou de produits saccharinés, soit d'essences ou préparations concentrées contenant de l'essence d'absinthe, soit de toute autre substance tombant sous l'application d'une loi fiscale, le procureur de la République doit faire connaître au directeur des contributions indirectes ou à son représentant et, le cas échéant, au directeur des douanes, ou à son représentant,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 72, p. 1138.

L'Anesthésie locale en ophtalmologie, par le Dr DUVERGER, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg. Un vol. de 96 pages avec 19 figures. — Prix : 6 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

dix jours au moins à l'avance, le jour et l'heure de l'audience à laquelle l'affaire sera appelée.

Aux termes de l'article 28, en cas de non-lieu ou d'acquittement, le remboursement de la valeur des échantillons s'effectue dans les conditions prévues à l'article 15, sauf quand l'existence d'une infraction est constatée par l'ordonnance de non-lieu ou par le jugement d'acquittement.

L'article 29 spécifie que les conditions d'application de la loi du 1er août 1905 à l'Algérie et aux colonies sont réglées par des décrets spéciaux.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT DES

LUXATIONS ANTÉRO-INTERNES DE L'ÉPAULE [1]

FORMES CLINIQUES. — Il existe de nombreuses variétés cliniques de luxations antérieures et internes de l'épaule : elles sont liées à la position variable de la tête humérale par rapport à l'apophyse coracoïde.

La base même de la détermination de la variété de luxations est donc la *recherche de l'apophyse coracoïde.* Si cette recherche est facile chez les sujets maigres et chez les femmes, elle peut être parfois malaisée chez l'homme adulte, et chez les obèses. Dans ce cas, on peut avoir recours à divers procédés pour déterminer sa place :

1° Procédé de Farabeuf : prendre du côté sain la distance qui sépare l'extrémité interne de la clavicule à la coracoïde et la reporter sur le côté blessé.

2° Procédé de Hennequin : faire une construction géométrique, procédé toujours plus compliqué.

A. **Luxation extracoracoïdienne** (Malgaigne). — Au point de vue anatomique, la luxation extracoracoïdienne ou incomplète se fait généralement sans déchirure de la capsule, par simple décollement capsulo-périosté. Mais en clinique, il est souvent bien difficile de différencier la luxation extracoracoïdienne de la luxation sous-coracoïdienne qui est complète et nécessite une déchirure de la capsule.

On constatera par conséquent les mêmes symptômes dans les deux variétés. Mais toutefois, il est à noter que bien souvent l'abduction est plus légère, le coude moins écarté du tronc, la dépressibilité sous-acromiale moins accentuée. Mais le bras est en revanche en *rotation externe plus marquée.* En somme, il ne s'agit que de degré.

B. **Luxation sous-coracoïdienne.** — Prise comme type de description. *L'abduction est très marquée.*

C. **Luxation intracoracoïdienne.** — Ici encore, on notera à l'examen clinique, l'aplatissement du moignon de l'épaule, la saillie de l'acromion, la dépressibilité sous-acromiale. Elle présente cependant quelques caractères particuliers : l'abduction du bras est moins marquée ou nulle, le coude est peu écarté du tronc. Il n'y a pas de rotation externe du bras, et parfois même, il y a un peu de rotation interne.

La palpation de l'aisselle ne permet de retrouver la tête humérale que si l'on a soin de mettre en même temps le bras en abduction. Si l'on trouve la tête humérale, on se rendra compte qu'elle siège en dedans de la coracoïde.

Ces déplacements se sont effectués grâce à la déchirure de la partie postérieure de la capsule articulaire au niveau de la grosse tubérosité, et à l'arrachement fréquent de la lamelle osseuse correspondante. D'où la possibilité de constater de la crépitation osseuse dans les mouvements de rotation imposés au bras.

D. **Luxation sous-claviculaire.** — Ici encore, on trouve l'aplatissement du moignon de l'épaule, la saillie de l'acromion, la dépressibilité sous-acromiale. Mais on ne trouve plus la tête humérale dans l'aisselle même si le bras est porté en abduction. La tête humérale est venue se loger sous la clavicule, en dedans de la coracoïde; d'où, la disparition du sillon delto-pectoral, et saillie de la paroi antérieure de l'aisselle. Le bras est collé au corps, *en adduction, en rotation interne* très marquée le plus souvent. Enfin, c'est surtout dans cette variété de luxation que l'on peut constater du raccourcissement du bras.

ÉVOLUTION. — Deux cas se présentent suivant qu'on a pu pratiquer une réduction précoce, ou que la réduction n'a pu être faite.

I. **La réduction est faite précocement.** — 1° En huit à dix jours, l'amélioration est très marquée. D'abord, l'immobilisation, puis le massage et la mobilisation rationnelle empêchent l'atrophie des muscles de l'épaule et l'ankylose. La guérison est rapidement obtenue.

2° Dans certains cas, même avec une bonne réduction, on signale une *incapacité temporaire prolongée* ou même *définitive.* La connaissance de ces accidents est très importante au point de vue des accidents de travail. Cette incapacité fonctionnelle relève de la diminution de la force musculaire, de la diminution de l'amplitude des mouvements d'élévation du bras et de l'épaule. La cause principale paraît devoir être l'inflammation primitive ou secondaire de la capsule articulaire et des muscles environnants. De là, la crépitation fréquemment constatée.

3° Enfin parfois, il se produit une prédisposition à de nouvelles luxations ultérieures : ainsi s'installe la *luxation récidivante de l'épaule.* Cette affection relève :

— Soit d'une non-cicatrisation de la boutonnière faite à la capsule par le passage de la tête humérale. Cette boutonnière persiste donc.

— Soit d'un élargissement, d'une distension de cette capsule articulaire.

Cette lésion anatomique secondaire paraît devoir relever soit d'une désinsertion des muscles de la grosse tubérosité, soit d'un décollement périostique antérieur (luxation extracoracoïdienne).

Cette luxation récidive alors à l'occasion du moindre effort, d'un mouvement en apparence léger, d'un faux mouvement. Ces luxations récidivantes se reproduisent tantôt très rapprochées, tantôt au contraire à plusieurs mois de distance. Certains individus ont pu en avoir jusqu'à 20 et 30 même.

II. **On ne réduit pas la luxation précocement.** — LUXATION ANCIENNE. — Il s'agit alors soit d'une luxation de l'épaule abandonnée à elle-même, soit d'une impossibilité absolue de réduire la luxation sans avoir recours à une méthode sanglante. On se trouve alors en présence d'une LUXATION ANCIENNE, c'est-à-dire une luxation consolidée avec persistance du déplacement.

ETIOLOGIE. — a. Il s'agit d'une luxation non réduite ou mal réduite.

b. Il s'agit d'une luxation irréductible d'emblée soit : 1° par une interposition capsulaire; 2° par une interposition musculo-tendineuse du sous-scapulaire ou du long biceps; 3° par lésions osseuses concomittantes (fracture de la cavité glénoïde ou de l'extrémité supérieure de l'humérus, ou l'arrachement de la grosse tubérosité formant clapet sur la glène). La tête, abandonnée à elle-même, se fixe en mauvaise attitude. La boutonnière faite dans la capsule articulaire se rétracte autour de la tête. Des modifications ultérieures se produisent au niveau des *ligaments* qui se rétractent, des *os* qui se déforment, des *muscles* qui s'atrophient, se rétractent et se trouvent raccourcis. Ainsi dans certains cas heureux, il peut se former une *néarthrose*, qui supplée dans une certaine mesure à l'articulation primitive.

SYMPTÔMES. — La constitution de cette néarthrose se fait en général en deux temps : d'abord surviennent des douleurs parfois très vives par arthrite ou par compression nerveuse. L'atrophie musculaire s'accentue. Puis, ultérieurement, dans les cas favorables, des mouvements peuvent apparaître dans le membre blessé : ces mouvements sont limités, mais suffisants.

Dans les cas défavorables, il se produit, au contraire, une impotence fonctionnelle complète : l'épaule est comme figée. Les mouvements de rotation et d'abduction sont les plus difficiles. Au contraire, un certain degré de rétropulsion et de propulsion est encore conservé. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 72, p. 1151.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuves de sélection.* — Liste des candidats admissibles (ordre alphabétique) :

1. MM. Ackermann, Agnès, Alary, Allaire, Armingeat (Jean), Arrivot, Aubry, Azerad, Banzet, Baranger (André),

11. Barbaro, Bariety, Barret, Baruk, Bascourret, Benda, Bernard (Raymond), Bersen, Berthier, Bertrand (Yvan),

21. Mme Bertrand-Fontaine, MM. Biancani Daveggio (Elie), Biar, Billard (Jean), Blanche (André), Blondin, Blum (Gaston), Blum (Jeau), Boehler, Bohn,

31. Boltanski, Bonnot, Bordas, Boudrant, Bouessée, Bouillié, Bourdon, Bouttier, Bréger, Breton (Marc),

41. Briault, Buisson, Busser, Cahen, Callegari, Cardot, Carette, Carvaillo, Cayla, Celice,

51. Cerné, Chabrun, Chabrut, Chaperon, Chauveau, Chevallier (Marc), Chevereau, Christophe, Codet, Coffin,

61. Cohen, Comet, Corby, Coudert (Emile), Couturier, Dalsace (Robert), Darquier, Decoularé-Delafontaine, Decourt, Delage,

71. Demerliac, Denis (Maurice), Denis le Sève, Denoy, Dereux, Derocque, Descharmes, Desoubry, Desprairies, Destouches,

81. Diamantberger, Digonnet, Dollfus, Dubois (Paul), Ducourtioux, Ducrohet, Dufestel, Duhamel, Dumas (Jean), Dumont (Maximilien),

91. Durand (Jean), Escalier, Férey, Ferru, Flahaut, Flipo, Mlle Fontaine, MM. Fortier, Foulon, Fremiot,

101. De Fresquet, Froyez, Fumery, Gallois, Galtier, Garcin, Garnier, Gautier, George (Paul), Girard (Raymond),

111. Gournay, Gouvenot, Guyonnaud, Mlle Guyot, MM. Hamburger, Harburger, Mlle Harmelin, MM. Haye, Héraux, Huard,

121. Huas, Hudelo, Huet (Pierre), Huguenin, Hyvert (Maurice), Isaac (Georges-Pierre), Iselin, Isnel, Jacquinet, Jany,

131. Jarrige-Lemas, Jondeau, Kalt, Kaplan, Kensinger, Kourilski, Krief, Krivine, Lacombe, Laffaille,

141. Laffitte, Lallemant, Lambling, Lamy, Lapeyre, Laplanche, Laporte, Laquière, Lebon, Le Clerc,

151. Le Conte des Floris, Le Coulm, Leibovici, Lejard, Leloup, Lemaire, Lemière, Lemonnier, Lenormand, Lepaumier,

161. Leplat (Georges), Leplat (Gabriel), Leroy, Mlle Lévy (Gabrielle), MM. Lévy (Jean), Lévy (Marcel), Lévy (Markus), Lévy (Robert), Leydet, Lieutaud,

171. Lifschitz, Longchampt, Loubeyre, Louet, Louvel, Lubin, Lumière, Luton, Machavoine, Mangini,

181. Marcel, Marchand (Joseph), Marchand (Julien), Martin (René), Marty, Mlle Mauclaire, MM. Mayer, Meillère, Ménégaux, Mérat,

191. Merklen, Meurdrac, Meyer-May, Mollaret, Monot, Morlaas, Mornet, Mounier (Roger), Mourret, Mouton,

201. Naveau, Mlle Nicolle, MM. Oberthür, Oblin, Olivier, Panis, Pasquier, Pérard, Péron, Mlle Pétot,

211. MM. Pierrot, Poinsloux, Prat-Flottes, Py, Rachet, Renard, Renault, Ribière, Rimé, Ripert,

221. Risacher, Sabadini, Sarles, Sauvage, Scemla, Seguy, Seillé, Servel, Mlle de Sèze, MM. Soulas,

231. Sureau, Surmont, Tambareau, Teurnier, Theillier, Thévenard, Thomas, Tiby, Tierny, Mlle Tisserand,

241. MM. de Vadder, Valat, Valence, Vanheuverswyn, Vassal, Vassitch, Vuillame, Wahl, Waïtz, Mlle Waynbaum,

251. MM. Weill, Wickham (Roger), Wickham (Yves), Mlle Wolff.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Composition du jury et ordre de passage des séries :

MM. Renaud et Vallery-Radot (Pasteur) : première moitié, deuxième, quatrième, première et troisième séries.

MM. Houdard et Capette : deuxième moitié, troisième, première, deuxième et quatrième séries.

Première séance le 27 septembre.

Pathologie. — Composition du jury et ordre de passage des séries :

MM. Troisier et Monod : deuxième moitié, troisième, première, deuxième et quatrième séries.

MM. Le Mée et Lemeland : première moitié, deuxième, quatrième, première et troisième séries.

Séance du 20 septembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la grossesse normale au sixième mois. »

MM. Huet, 15; Prévost, 10; Grenet, 14; Filippini, 4; Comar, 3; Lecomte (Maurice), 16; Audouin, 6; Piry, 9;

Mlle Pithon, 18; M. Sigwald, 17; Mlle Plassat, 6; M. Pinoch, 18; Mlle Roger, 15; MM. Rogier (Pierre), 7; Renard, 18; Sassier, 7; Schmite, 16; Plat (Pierre), 11; Rivière, 8.

— Les candidats militaires sont priés de se présenter à la première série d'anatomie et à la première série de pathologie.

Erratum. — M. Mariani (Joseph) appartient à la 2e moitié, 1re série, et M. Mariani (Pierre) à la 2e moitié, 2e série.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le 14 novembre 1921 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 15 décembre 1921 au 14 décembre 1922, à des places d'interne provisoire.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (bureau du personnel). Il sera clos le 15 octobre 1921, à 4 heures du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1921-1922.) — EXAMENS. — 1° *Ancien régime d'études.* — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 3 octobre 1921.

Les limites des consignations pour ces examens sont fixées ainsi qu'il suit :

Le registre sera clos : pour le 1er examen, le mardi 21 février 1922; pour le 2e examen, le 10 janvier 1922; pour le 3e examen (1re partie), 17 janvier 1922; pour le 3e examen (2e partie), le 7 mars 1922; pour le 4e examen, le 25 avril 1922; pour le 5e examen (1re partie), le 16 mai 1922; pour le 5e examen (2e partie), le 13 juin 1922; pour la thèse, le 20 juin 1922.

Avis aux candidats ajournés (ancien régime). — Epreuves pratiques : Les candidats ayant consigné dans les délais indiqués ci-dessus et ajournés à l'épreuve pratique :

Du 1er examen pourront consigner les 8, 9 et 16 mai 1922 pour renouveler l'épreuve à partir du 1er juin 1922.

Du 3e examen (1re partie) pourront consigner les 6 et 7 mars 1922 pour renouveler l'épreuve à partir du 3 avril 1922. (En cas de nouvel échec, les candidats pourront, une troisième fois, consigner les 8, 9 et 16 mai 1922 pour passer à partir du 1er juin 1922.

Du 3e examen (2e partie) pourront consigner les 8, 9 et 16 mai 1922 pour renouveler l'épreuve à partir du 1er juin 1922.

Epreuves orales : Tout candidat ayant subi sans succès, dans les délais indiqués ci-dessus, une épreuve orale entraînant un ajournement à une date antérieure au 1er juin pourra consigner les 8, 9 et 16 mai 1922 pour renouveler l'épreuve avant les vacances.

Si le délai d'ajournement expire après le 1er juin et avant le 15 août, le candidat désireux de renouveler l'épreuve avant les vacances devra solliciter de M. le Doyen une abréviation du délai d'ajournement.

Les demandes à cet effet (rédigées sur papier timbré et adressées au Doyen, avant le 1er mai 1922, dernier délai) seront examinées par la Commission scolaire qui statuera sur chaque cas particulier.

Si le délai expire postérieurement au 15 août, le candidat ne pourra consigner de nouveau pour l'examen avant le 3 octobre suivant.

2° *Nouveau régime d'études.* — *Session d'octobre 1921.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1921, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1921, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 17 octobre 1921.

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi 3, mardi 4 et mercredi 5 octobre 1921, de midi à 3 heures.

Session ordinaire 1921-1922. — Etudiants ayant pris la 2e, la 6e, la 10e, la 14e ou la 18e inscription en janvier 1922, ou ajournés aux sessions antérieures.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures : pour les élèves de 1re année, les jeudi 9, vendredi 10 et samedi 11 février 1922; pour les élèves de 2e année, les jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 février 1922; pour les élèves de 3e année, les jeudi 23 et vendredi 24 février 1922; pour les élèves de 4e année, le samedi 25 février 1922; pour les élèves de 5e année, le lundi 27 février 1922.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à l'un ou l'autre des trois examens de clinique dans l'ordre choisi par le candidat, du 3 octobre 1921 au 13 juin 1922.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur livret individuel au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consigneront pour un examen.

— EXAMENS DE CHIRURGIE DENTAIRE. — I. *Session d'octobre 1921.* — 1° Examen de validation de stage dentaire : La session s'ouvrira le lundi 17 octobre 1921.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 3, mardi 4 et mercredi 5 octobre 1921, de midi à 3 heures.

2° Premier, deuxième et troisième examens : La session s'ouvrira le lundi 17 octobre 1921.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 3, mardi 4 et mercredi 5 octobre 1921, de midi à 3 heures.

II. *Session de juin-juillet 1922.* — 1° Examen de validation de stage dentaire : La session s'ouvrira le lundi 12 juin 1922.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 29 et mardi 30 mai 1922, de midi à 3 heures.

2° Premier, deuxième et troisième examens : La session s'ouvrira le lundi 26 juin 1922.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté le lundi 12 et le mardi 13 juin 1922, de midi à 3 heures, en faveur des titulaires de quatre, huit ou douze inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

Inscriptions. — Les dates d'ouverture et de clôture du registre d'inscriptions dans les écoles dentaires sont fixées ainsi qu'il suit : 1re, 5e et 9e inscriptions, du 1er au 15 octobre; 2e, 6e et 10e, du 15 au 30 décembre; 3e, 7e et 11e, du 1er au 15 mars; 4e, 8e et 12e, du 1er au 15 juin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Jeanbrau, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1921, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à ladite Faculté.

MARINE. — M. le médecin de 1re classe Mathieu (Louis) est maintenu pour une nouvelle période d'une année, à compter du 1er novembre 1921, dans ses fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Brest.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

COMMERCE ET INDUSTRIE. — *Au grade d'officier.* — M. Couband, administrateur de la Compagnie des eaux de Vichy.

Au grade de chevalier. — M. Beder, directeur de la Compagnie des eaux de Pougues.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Paul Roux (de Montélimar).

REVUE GÉNÉRALE

LE TRACHOME

Par MM. J.-M. ARCHIMBAUD et CHAUVIN.

Le trachome est une conjonctivite granuleuse par infiltration ; elle est contagieuse et caractérisée par son siège (couche adénoïde de la conjonctive) par le développement de follicules (granulations) et la prolifération des papilles dermiques avec, comme conséquence, la formation de tissu cicatriciel.

Anatomie pathologique. — Le premier stade anatomique de l'affection est constitué par une hyperhémie de la muqueuse et par l'infiltration diffuse de leucocytes mononucléaires dans la couche adénoïde ; ces mononucléaires cheminent et se rassemblent des couches profondes dans les couches superficielles et de leur réunion naissent des follicules (analogues aux plaques de Peyer) dont la structure est celle du follicule lymphatique ordinaire : lymphocytes à la périphérie, gros mononucléaires au centre et parmi ces derniers, quelques grandes cellules dites de charpente et des phagocytes gros, aux formes variées, parsemés d'enclaves provenant des ingesta (Villard).

La réunion des follicules constitue le granulome trachomateux. La muqueuse, par suite, s'épaissit surtout dans les culs-de-sac, et la couche papillaire du derme donne à la muqueuse un aspect velvétique, d'où le nom de l'affection qui signifie rugosité. Telles sont les lésions du derme lequel est un chorion muqueux de caractère adénoïde, véritable amygdale conjonctivale (Terrien) et barrière de défense. L'épithélium conjonctival n'est pas épargné ; il épaissit par prolifération de ses couches profondes où se font de nombreuses kariokinèses, et il y a des cellules caliciformes. Le granulome trachomateux évolue diversement, soit vers la nécrose et la résorption au milieu d'un tissu cicatriciel né de l'adventice des vaisseaux voisins, soit (moins souvent) vers l'ulcération et la fonte externe, puis vient, encore ici, du tissu cicatriciel.

HISTORIQUE ET DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE. — Le trachome est connu de toute antiquité ; on sait que les Grecs et les Romains le connurent. Depuis toujours, il est endémique sur tout le littoral méditerranéen. Tous les mouvements des peuples ont favorisé son extension hors des pays d'origine, les croisades, notamment, l'ont disséminé en Europe et en France ; mais il est certain que nous le possédions déjà au moins dès l'époque romaine. C'est ainsi que Billaud, dans sa thèse (Lyon, 1915), décrit neuf cachets d'oculistes romains trouvés à Lyon qui en conserve encore quatre dans son musée. Ces cachets servaient à estampiller les pains de pommades oculaires et les pots de collyres et ils portent sur uue dé leurs faces l'indication d'un remède « ad aspiritudines », c'est-à-dire contre le trachome. Le Dr Billaud est donc fondé à conclure à la fréquence du trachome à Lyon ; il termine son travail par d'intéressantes considérations historiques qui permettent d'expliquer la fréquence du fléau dans la métropole des Gaules.

Endémique en Europe durant de longs siècles, le trachome eut (comme durant les croisades) une grande recrudescence épidémique après l'expédition d'Egypte de Bonaparte (1796) ; il se propagea rapidement comme un fléau, et durant quinze ans les vieux soldats de Napoléon le promenèrent dans les capitales.

Actuellement, il s'est largement disséminé dans le monde : dans les pays méditerranéens, en Extrême-Orient, en Chine et en Indochine où il est très ancien, en Amérique même. Dans les pays d'Islam (notamment en Palestine, en Egypte, etc.), le trachome atteint de 50 à 75 p. 100 de la population indigène. Dans un certain nombre de familles tous les membres sont borgnes ou aveugles et très souvent on peut voir ces derniers déambulant en se traînant l'un l'autre à trois ou quatre dans les rues. Ils sont considérés, par la population, comme des saints (sur eux le salam et la bénédiction d'Allah) ou au contraire comme des gens sur qui s'est appesantie la fatalité.

La *géographie européenne du trachome* est ainsi décrite par Axenfeld avant la guerre de 1914-1918. « Comme particulièrement infestés, dit-il, il faut considérer, en Europe, les contrées suivantes : Russie, Pologne, Galicie, Bohême, Hongrie, provinces d'Italie, l'Orient, l'Espagne, le Portugal, le duché de Posen, la Silésie ; dans la partie occidentale de l'Allemagne, le grand duché de Hesse-Nassau, la Westphalie, le Eichsfeld et certaines parties de la Thuringe ; puis certaines provinces du pays rhénan de Belgique et des Pays-Bas. Jusqu'ici l'Allemagne du sud est tout à fait indemne (exception faite de quelques provinces de Franconie bavaroise et du pays de Hohenzollern) et aussi une partie du Palatinat bavarois et de l'Alsace-Lorraine. La Suisse, le Tyrol et la région de Salzbourg sont indemnes. » *En France*, avant la guerre, les deux foyers principaux (on peut même dire les seuls) étaient Marseille, notre grand port méditerranéen, porte de l'Orient et la région de Lille. Cette dernière était contaminée par les relations avec les provinces belges où les trachomateux sont assez nombreux, surtout à Anvers. Dans les ateliers frontières, les ouvriers belges apportent le virus ; quant aux mineurs, il est curieux de noter, avec de Lapersonne, que le trachome chez eux est rare.

Depuis la guerre, le mal a pris beaucoup d'extension, surtout dans le Midi. Aubaret signale que la proportion du trachome s'est élevée pendant la guerre parmi les consultants de la clinique ophtalmologique de Marseille, de 9,66 p. 100 à 15 p. 100. Cet accroissement est dû surtout à la présence d'immigrants civils venus d'Afrique et d'Orient. Des observations analogues ont été faites à la clinique ophtalmologique de Montpellier, mais il faut remarquer que les cas de trachome dans la clientèle aisée et propre sont excessivement rares dans cette ville. Notons qu'à la suite de la communication du Dr Aubaret à l'Académie de médecine, le Dr Fornarier fit une communication à la séance du 20 février 1920 de la Commission scientifique du Comité médical des Bouches-du-Rhône. Il y relate que les granuleux sont nombreux à Marseille, mais que la fréquence de l'affection est très inégale, suivant les milieux observés. Se basant sur une statistique de deux ans, il arrive au chiffre moyen (dispensaire et cabinet) de 2,78 p. 100 et émet les deux opinions suivantes : l'adulte ne contracte pas le trachome à Marseille, et l'enfant ne le contracte que si les parents sont eux-mêmes trachomateux (sauf cas exceptionnels). Il indique comme pays d'origine : l'Italie, surtout méridionale, l'Espagne, le Portugal, l'Asie-Mineure,

l'Indochine, l'Afrique française du nord et la Corée. A Bordeaux, également, on signale une recrudescence du trachome. Enfin, M. le Ministre de l'Hygiène, dans sa lettre du 2 octobre 1920, à M. le Président de l'Académie de médecine, indique des chiffres de 4 p. 100 comme ayant été enregistrés après enquête prescrite dans la seule population scolaire de Marseille.

A Paris, le trachome se rencontrait, avant la guerre, dans les quartiers de débarquement et de premier séjour des émigrants, dans le Marais notamment. Le Dr de Lapersonne évalue à 1 p. 100 des consultants oculaires, le nombre des trachomateux.

Étiologie. — Le trachome est contagieux, on le sait depuis toujours, on présume naturellement qu'il est dû à un microorganisme, mais on n'a, à son sujet, aucune certitude. Koch, Muller, etc., ont décrit depuis longtemps différents microbes qui ont été reconnus sans spécificité. Haberstader et Prowzeck ont incriminé des inclusions épithéliales, soi-disant *corpuscules* parasitaires, petites masses granuleuses et juxta-nucléaires qui existent d'ailleurs dans d'autres affections, par exemple dans certaines conjonctivites des nouveau-nés. « Peut-être, dit le prof. de Lapersonne, dans son rapport au ministre (14 déc. 1920) sont-ils sous la dépendance de micro-organismes infiniment petits qui ont échappé jusqu'ici aux procédés de coloration et d'examen. Des recherches nouvelles, en particulier au moyen de l'ultramicroscope sont nécessaires pour nous fixer sur l'origine et le rôle de ces inclusions. »

Expérimentalement, des Allemands tels que Satler, Kunt, Pfeffler ont procédé à l'*inoculation* directe chez l'*homme* et il semble que ces expériences isolées ont donné des résultats positifs.

Chez les animaux, on a pu facilement reproduire le trachome chez le *singe* qui, pour Axenfeld, présente seul de la réceptivité. Nicolle, Guénot et Blanc se sont adressés au *lapin* (*Bull. et mém. de l'Acad, des sciences*, 15 mars 1920) et cet animal s'est montré sensible au virus. L'incubation est chez lui de douze à quinze jours. L'éruption se généralise de suite, sous forme de granulations disposées souvent en placard et qui persistent soixante jours, après lesquels elles tendent à la guérison naturelle. Il n'est pas possible de hâter celle-ci, même par le curettage précoce. Deux passages par lapin ont été réalisés avec deux virus différents. Le virus du deuxième passage d'un de ces lapins a infecté un magot de façon typique. La maladie expérimentale produite chez le lapin est donc bien le trachome. La sensibilité du lapin au virus trachomateux est de nature à rendre l'étude du trachome plus aisée, et pour bien réussir il faudra s'adresser au virus des cas non traités. Une autre preuve expérimentale nous est donnée par les recherches de Klekzowky et Karelus publiées dans le *Bulletin de l'Académie des sciences de Cracovie*, 1919, rapportées par Mazewky dans la *Revue générale d'ophtalmologie* et ainsi résumées par M. le prof. de Lapersonne, dans son rapport. En sensibilisant des lapins avec le sérum d'homme sain ou de malade atteint de conjonctivite granuleuse et en réinjectant le même sérum au bout de dix jours, sous la conjonctive, les auteurs pensent avoir démontré que le sérum des trachomateux manifestait une toxicité beaucoup plus forte pour le lapin. La réinjection sous la conjonctive provoque une réaction inflammatoire aiguë durant cinq à sept jours et produit de nombreux follicules. Des expériences variées, soit avec le sérum, soit avec un extrait de conjonctivite granuleuse, leur ont donné les mêmes résultats.

Chez le *cheval*, il existe une conjonctivite folliculaire qui se rapproche beaucoup du trachome humain (Eaton, *Amer. Journ. of ophtalm.*). Les chevaux et aussi le bétail et le chien sont sujets à cette affection dont l'évolution est cicatricielle avec entropion, trichiasis, pannus, ulcérations cornéennes, toute la lyre du trachome. La coexistence dans l'Illinois de cette affection des animaux et du trachome humain, a conduit l'auteur à conclure de leur connexion possible. L'agent intermédiaire pourrait être une Tabanita qui pique les chevaux au grand angle de l'œil d'où inoculation et non, pense-t-il, simple transport de germe. Cette hypothèse mérite d'être vérifiée et l'auteur préconise une enquête sur la topographie nosographique de ces deux affections dans l'Illinois et le Kentucky, la mise en observation des sujets piqués par les mouches, une étude histologique et biologique et même si possible, dit l'auteur, une inoculation à l'homme, de la maladie vétérinaire dont, en somme, l'étude est encore à faire complètement.

Causes favorisantes. — Le *rôle des mouches*, dans la propagation du trachome très important, a été mis au point par Nicolle, Guénot, G. Blanc. Les mouches sont un fléau des régions méditerranéennes. Harcelant sans cesse l'habitant, elles ne lui laissent aucun repos, à moins qu'il ait pris soin de protéger sa maison par des toiles métalliques. Or, tandis que l'Européen témoigne à l'égard de l'insecte d'une susceptibilité naturelle, qu'il réagit à son contact et le chasse aussitôt qu'il se pose sur lui, l'indigène n'oppose à son persécuteur aucune résistance. Il le laisse l'assaillir sans broncher et c'est un étonnement du voyageur que de voir, avec quelle indifférence ces gens supportent les mouches installées sur les points les plus sensibles de leur face, en particulier l'angle interne de l'œil. Cette impassiblité s'accroît encore pendant le sommeil; nul geste inconscient ne gêne l'agresseur. Ce spectacle ne semble guère avoir attiré l'attention du médecin sur le rôle des mouches dans la propagation des conjonctivites. Il est pourtant à remarquer qu'en Tunisie la saison des mouches (début de l'automne) est aussi celle où les conjonctivites sont les plus nombreuses. L'une d'entr'elles, le trachome est sans doute la pire maladie de ces pays; elle y fait beaucoup d'aveugles et un nombre immense d'estropiés de la vue; il y a des villages de la Régence, où, de son fait, pas un seul œil n'est normal.

La propagation du trachome par *contagion directe* est généralement admise. Les expériences signalées par MM. Nicolle, Cuénot et Blanc, à l'Académie des sciences (séance du 8 décembre 1919) ont prouvé qu'il suffisait du plus petit traumatisme de la conjonctive pour assurer l'infection. Néanmoins, la contagion directe ne saurait expliquer ni que toute une population puisse être frappée, ni, que dans certains milieux aussi malpropres, des cas restent isolés, ni qu'on trouve, çà et là, des Européens atteints sans qu'aucun contact ait pu se produire. C'est la mouche qu'il faut accuser dans ces cas-là. Les recherches des auteurs ont permis d'émettre les conclusions suivantes : la mouche qui a touché un œil trachomateux est capable de transmettre

l'affection pendant un délai de vingt-quatre heures au moins. Le résultat est le même, si le produit virulent a été conservé six heures (cas de linge souillé). Dans les mêmes conditions et le même délai, la mouche est capable de transmettre la conjonctivite aiguë. Sans nier la part de la contagion directe, il y a lieu d'attribuer à la mouche un rôle important dans la propagation du trachome. Ce rôle peut, seul, expliquer l'intensité de certains foyers, la fréquence de la maladie sur la race indigène et l'éclosion de cas à distance. La prophylaxie du trachome trouvera des indications utiles dans ces expériences. Il y a lieu de préconiser le grillage par toiles métalliques des salles d'hôpital où sont soignés les trachomateux et la destruction systématique des mouches.

L'*influence de la chaleur et de l'altitude* a été diversement interprétée jusqu'à ces dernières années où l'on conclut que, sans être nulle, elle est bien moindre que l'on croyait. Dans la séance du 14 juin 1917 de la Société d'ophtalmologie de Paris où cette question est agitée, le Dr Dor, seul, fait remarquer que les premières chaleurs ont provoqué un réveil des anciens trachomes. Etant donné, dit-il, que le trachome se guérit spontanément à une certaine altitude, et que les poussées et la sécrétion n'existent plus au-dessus de 1.000 mètres, il conviendrait de créer un dépôt de trachomateux dans une ville de garnison très élevée et d'envoyer sur ce dépôt, les malades atteints de poussée aiguë. M. Morax dit qu'on ne peut pas conclure de l'absence de trachome, en Suisse et dans certaines régions montagneuses à l'action thérapeutique de l'altitude.

En dehors de la Kabylie, d'autres contrées montagneuses, comme la région occidentale de la Perse, sont connues pour abriter des populations très affectées par le trachome. Cette constatation nous amène à citer l'opinion du Dr Solarés, sur l'influence de l'altitude dans le trachome. « En 1915, dit-il, lors d'un voyage professionnel que je fis dans la région des Hauts-Plateaux, je vis plusieurs cas de trachome même dans les régions minières qui sont très hautes, très froides; dans la Cordillère, à des hauteurs avoisinant ou même dépassant 4.000 mètres, les cas de trachome ne sont point rares. La maladie existe aussi, mais plus fréquente dans les contrées dont la température est ordinairement moyenne ou élevée. Il semble qu'il existe des foyers d'une certaine importance dans quelques régions de la République, dans des localités assez chaudes et humides, mais je ne suis pas exactement informé de l'importance de ces foyers, car je n'ai jamais séjourné dans ces contrées. Ce fut vers la fin de 1916 et le commencement 1917 que les cas commencèrent à devenir plus fréquents, la plupart chez les écoliers et les élèves d'enseignement secondaire, tellement que l'on dut réclamer des mesures pour enrayer la naissante épidémie. Les cas qui vinrent consulter à cette époque étaient, pour la plupart, des écoliers; il y avait pourtant quelques adultes. »

« Mon cousin le Dr Solarés Arroya publia, en mars 1917, un article dans les journaux, demandant des mesures contre la maladie. Le recteur de l'Université, sur l'ordre du ministre de l'Instruction publique et avec le concours du Conseil municipal, organisa une commission médicale, dont je fis partie, pour procéder à un examen soigneux et systématique de tous les écoliers et étudiants de la ville. Il décida la création d'une consultation publique et gratuite pour y soigner les malades, outre la consultation ophtalmologique que je dirige à la clinique de la Faculté. Le résultat de notre enquête dans les établissements sus-indiqués donna les chiffres suivants : On examina systématiquement 2.260 personnes dont : granuleux évidents, 86 cas; suspects, 218 cas. Chez ceux qui étaient venus consulter au début de l'épidémie (ces cas ne sont pas compris dans les chiffres ci-dessus), les lésions étaient très développées avec granulations grosses, succulentes, dans les deux culs-de-sac chez la plupart. Il n'y avait pas encore de lésions kératiques, pas de déviations des cils, etc. Par contre, chez la plupart de ceux que l'on découvrit dans l'inspection, les lésions étaient au début, les granulations atteignaient un volume peu considérable, le cul-de-sac inférieur était très souvent indemne et les lésions cornéennes manquaient ». Après quelques indications sur le traitement adopté par lui, le Dr Solarés concluait ainsi : « Je crois que l'*altitude*, sans être nullement suffisante pour provoquer la guérison spontanée, constitue cependant un *facteur qui retarde la marche des lésions* et en atténue l'intensité. Peut-être s'agit-il d'une influence affaiblissant la virulence du parasite probable du trachome, qui pourrait être attribuée aux rayons de courte longueur d'ondes si abondants dans l'atmosphère des pays d'altitude. On connaît bien l'action stérilisante et parasiticide de ces rayons dans le traitement des lésions tuberculeuses. Cela doit suggérer l'idée de faire des essais d'héliothérapie dans le traitement de la conjonctivite granuleuse. Le prof. Herschberg, dans le *Centralblatt für praktische Augenheilkunde* (décembre 1917) combat énergiquement la théorie de l'immunité des hautes altitudes. Il cite entre autres, comme exemple, Léadville dans le Colorado, à 3.000 mètres au-dessus de la mer où on a enregistré de nombreux cas de trachome.

L'influence de *race* n'existe pas, une série de travaux américains démontre qu'aucune race n'est immunisée contre le trachome.

L'influence de l'*âge* a été plus discutée. On a cru longtemps que les adultes ne contractaient pas la maladie. Ce n'est qu'une apparence; cette apparence ne se produit que dans le pays où le trachome est courant, car, disent MM. Morax et Lecat, en parlant de l'Egypte, si cette contamination de l'adulte ne se produit pas plus fréquemment, comme cela s'observe dans les conditions où le trachome est moins répandu, c'est que la grande majorité des adultes a été contaminée dès l'enfance (familles, nourrices, écoles), et porte des lésions actives ou cicatricielles de l'infection.

En résumé, le virus trachomateux se transmet d'un œil à l'autre par l'entremise des mouches, du linge souillé (taies, serviettes, etc.), par le contact des doigts pollués, le tout grâce à la promiscuité et l'absence complète d'hygiène corporelle. Les poussières le favorisent ainsi que certains fruits comme la figue de Barbarie dont les milliers d'épines pénètrent dans les yeux à la faveur du vent. Les infections anciennes préparent également le terrain (gonocoques, bacilles de Weeks), et leur fréquence est très grande dans les pays à trachome ainsi que le montrent les statistiques ophtalmologiques du service de santé égyptien : Les conjonctivites aiguës sont dans pour 46 p. 100 des cas gonococciques et dans 23 p. 100 à B. de Wecks.

Symptomatologie. — La description clinique du

trachome ne nous arrêtera pas longtemps, car elle est bien connue et bien faite dans la plupart des traités. La marche de la maladie est essentiellement chronique, les deux yeux sont atteints. Elle est dormante en hiver où il y a moins de mouches et de poussières, mais dès les premières chaleurs, elle reprend sa virulence et sévit en véritable épidémie dans les pays « favorisés » aveuglant un grand nombre de malades, surtout non traités.

L'élément caractéristique est la *granulation* dont le siège de prédilection est le *cul-de-sac supérieur*, souvent seul atteint; elles sont *gélatiniformes* comme du frai de grenouille, grises ou jaunâtres, plus ou moins nombreuses et parfois conglomérées en bourrelets. L'*hypertrophie papillaire* se produit surtout sur la conjonctive tarsienne qui prend un aspect *velvétique*, car ici les granulations saillent moins; la conjonctive bulbaire est seulement injectée.

Secondairement les lésions gagnent en descendant sur la cornée, d'où le *pannus*. Jusqu'à l'apparition de celui-ci, les signes fonctionnels sont légers (lourdeur des paupières) mais bientôt le pannus envahit la *partie supérieure de la cornée* qui se strie de *vaisseaux* verticaux et *s'infiltre* légèrement surtout quand ces vaisseaux ont émis des collatérales. Le champ pupillaire atteint, la cécité épaissit ses ombres et parfois toute la cornée est envahie avec accompagnement d'*iritis*. Le pannus est léger ou épais : P. *Tenuis* et P. *Grassus* ou *Vasculosus*, plus tard des *ulcères* se forment sur la cornée, alors les troubles fonctionnels de kératite sont intenses (photophobie, larmoiement).

Dès que la *cornée est envahie*, on a affaire à une forme *grave*. L'*évolution* est *très irrégulière*, tantôt l'hypertrophie minimum se résout par des cicatrices légères, tantôt l'hypertrophie très développée disparaît lentement aboutissant à la phase finale cicatricielle.

Lésions cicatricielles. — Elles sont proportionnelles à l'hypertropie antérieure. Des *traînées blanches* apparaissent, qui forme des *réseaux*, puis toute la muqueuse atteinte devient *blanche et lisse*, le cul-de-sac palpébral s'efface complètement et le *symblépharon postérieur* se constitue, qui limite beaucoup les mouvements du globe; encore un degré, c'est le *Xérosis* conjonctival : la muqueuse ne secrète plus et s'épidermise, la cornée elle-même se revêt d'un épithélium sec et opaque au-dessus de ses couches vascularisées. Le dernier degré est le *ramollissement* de la cornée qui cède à la pression intraoculaire (Kérectasie).

Formes cliniques. — La *forme papillaire* et la *forme granuleuse* n'ont pas d'existence distincte, mais sont d'ordinaire réunies sur le même œil. La *forme aiguë* débute comme une simple conjonctivité catarrhale : injection des conjonctives, œdème, sécrétions de plus en plus purulentes, autant du cul-de-sac inférieur que du cul-de-sac supérieur, et vers la troisième semaine, il y a des granulations d'abord visibles à la loupe dans le cul-de-sac supérieur lequel moins exposé à l'air et moins nettoyé par l'individu agit comme un incubateur bien fermé, humide et chaud où le virus trachomateux prolifère à son aise. Au milieu des papilles sont de petites taches rondes invasculaires et pâles, qui bientôt deviennent des élevures et ne sont autres que des follicules lymphatiques typiques. Vers la troisième semaine également, la cornée s'infiltre d'un pannus commençant visible d'abord à la loupe. Les symptômes fonctionnels (photophobies, brûlures, etc.), peuvent être très intenses. Après quelques semaines l'inflammation aiguë se calme et tarit sa sécrétion; l'affection devient chronique. Si l'évolution a été rapide, il y a peu de cicatrices. Parfois la cornée a pu se perforer (durant le stade aigu tout au moins) et il est rare qu'elle soit demeurée indemne. Cette forme aiguë n'est autre que l'*ophtalmie d'Egypte* surtout fréquente aux pays chauds, et peut être *due quelquefois à des infections secondaires.*

Les formes dites *trachome exubérant* ou *hypertrophique* offrent des granulations en masse énormes, d'aspect cerise mûre.

Le *trachome bulbaire ou bulbeux* est rare mais net. Dans cette espèce, les granulations trachomateuses hypertrophiées en volume d'une lentille, poussent dans le cul-de-sac et sur la conjonctive bulbaire avec pannus cornéen. Le *trachome à granulations calcifiées* et comme incrustées dans le tarse apparaît surtout chez les sujets âgés.

Le *trachome lymphatique* se voit chez les sujets strumeux, il est pâle et gélatineux, guérit difficilement et avec des toniques généraux. Il y a possibilité d'association du trachome et des conjonctivites phlycténulaires des sujets sympathiques; ces dernières, on le sait, peuvent aboutir par elles-mêmes au pannus scrofuleux. Le *pronostic* du trachome est *très sombre*. On sait qu'il est sujet aux *récidives les plus obstinées* après des périodes d'amélioration. Le pronostic *dépend surtout du traitement* qui doit être *précoce et sévère*, longtemps *prolongé* et qui par ces qualités peut obtenir parfois, dans les formes légères, la restitutio ad integrum ou tout au moins arrêter la marche du mal et le fixer en cicatrices inactives.

Diagnostic. — Avec la conjonctivité blennorragique autrefois confondue avec bien des épidémies de trachome, la confusion sera évitée facilement au moins par le microscope si, à première vue, le trachome aigu y faisait penser.

La conjonctivité printanière a des végétations aplaties (mosaïques de pavés) un peu pédiculées et il n'y a pas de follicules.

La conjonctive folliculaire a des follicules plus superficiels, moins nombreux, et d'ailleurs ils occupent de préférence le cul-de-sac inférieur.

Les éléments du diagnostic du trachome sont les granulations, les papilles, le pannus, les cicatrices, et l'évolution de la maladie. Les granulations ont ordinairement un aspect caractéristique par elles-mêmes et par leur siège sur les paupières supérieures. L'œdème toutefois les masque souvent et le diagnostic doit attendre les éclaircissements supportés par un premier traitement. Si la conjonctive palpébrale inférieure est seule atteinte et par des granulations très humides, on ne peut conclure au trachome, à moins qu'elle ne résiste à tout traitement ce qui est très rare.

Les papilles de la conjonctive, plissements de la muqueuse, enflammées et hypertrophiées, sont très typiques (Stuckey. *British Journal of ophtalmology*), quand elles ne s'accompagnent pas de secrétion. Quand les points en saillie sont peu nombreux et confinés aux angles, le cas est douteux, mais Stuckey et ses collaborateurs le considèrent comme du trachome au début. Le pannus, même décelé à la loupe, la vascularisation de la cornée sont un signe presque certain du trachome. Les cicatrices conjonctivales

sont d'abord longitudinales, puis en lacis avec des bourrelets de conjonctive enflammée, puis en surfaces lisses et pâles, mais avant le dernier stade il y a de nouvelles poussées aiguës. Ces quelques considérations de diagnostic, sont tirées du travail de Stuckey, Tewlin et Hughes, qui, observant de nombreux Chinois venus des pays d'endémie ne considéraient d'emblée comme granuleux que des yeux où les glandes de Meibomius et leurs conduits étaient reconnaissables sur toute la surface du tarse et où des vaisseaux nombreux pouvaient être suivis sur toute leur longueur.

Blatt emploie pour diagnostiquer le trachome le petit procédé suivant : dans les inflammations suspectes, il instille quelques gouttes de nitrate d'argent à 3 p. 100 puis couvre l'œil d'un tampon d'ouate humide sans neutraliser le nitrate par le chlorure de sodium, ce qui provoque dans les cas douteux les signes nets du trachome en 24 heures (Von Grafe. *Archives für ophtalmologia*). Linder utilise le microscope qui, dit-il, permet de lever tous les doutes. Il indique qu'une ophtalmie ne produisant que des granulations sans intéresser la conjonctive ne constitue pas un cas de trachome, cette affection provoque des modifications de la conjonctive elle-même.

Mais *le meilleur indice dans les cas douteux*, c'est que les uns guérissent rapidement par traitement, mais les cas vrais de trachome sont, hélas autrement résistants et sujets à récidive.

Prophylaxie. — La prophylaxie individuelle, c'est l'amélioration de l'hygiène générale du sujet, la propreté; c'est éviter les contacts suspects, se préserver des mouches, n'user que d'objets personnels de toilette ou de travail et parfois (à certaines époques de l'année surtout) pour les sujets exposés des collyres préventifs au sulfate de zinc. La prophylaxie sociale, la seule efficace pour limiter puis éteindre les foyers du mal, doit être mise en œuvre par les pouvoirs publics. *En France*, l'alarme a été donnée pendant la guerre, le trachome commençant à se disséminer par la venue des travailleurs jaunes et par l'immigration des Levantins. Des cas de contagion furent constatés chez les soldats métropolitains. A sa séance du 14 juin 1917, la Société d'ophtalmologie de Paris, s'entretint de la question. Le Dr Chappé note l'accroissement des trachomateux (à peu près tous coloniaux) soignés depuis 1916, dans les formations ophtalmologiques, et le peu de services qu'ils rendent par leur séjour prolongé dans les hôpitaux. Morax lit un rapport dont les conclusions suivantes sont adoptées par la Société : Importance des travaux des commissions d'hygiène pour les travailleurs tant avant le recrutement qu'à l'arrivée en France; il y aurait lieu de s'opposer à l'embarquement des trachomateux; quant aux soldats coloniaux atteints de trachome, il y a lieu, avant de les renvoyer dans leur pays d'origine, de les traiter dans des centres spéciaux.

Un mois après d'ailleurs, en juillet 1917, le sous-secrétaire d'état du service de santé décidait d'isoler les trachomateux à Briançon et au Mont-Dauphin dont l'altitude dépassant 1.000 mètres paraissait favorable. Plus tard, le 2 octobre 1920, ému des statistiques de Marseille, M. le ministre d'hygiène consulte l'Académie de médecine, sur l'opportunité de la déclaration obligatoire du trachome et le professeur de Lapersonne lui répond par un rapport favorable dont les conclusions que nous verrons plus loin sont adoptées par l'Académie. La déclaration du trachome sera prochainement obligatoire en France, ce qui permettra d'organiser et d'appliquer les mesures actives de prophylaxie sociale.

En Amérique du Nord, le trachome est connu dans les divers états, surtout dans l'ouest, battu par les vagues de l'immigration jaune. A New-York même, en 1886, il y eut une épidémie dans les écoles (peut être bien à bacilles de Weeck) dont la contagion se faisait par l'absence de mesures d'isolement des écoliers contaminés et par l'usage en commun des linges de toilette. Les Etats de l'Union ont pris des mesures draconiennes dont la principale est de renvoyer de suite, aux frais des compagnies d'embarquement, tous les trachomateux immigrants simplement suspects. Il en résulte que ceux-ci sont examinés puis refusés pour l'embarquement par les compagnies intéressées, et ceux refusés au Havre par exemple, refluent immédiatement sur Paris hospitalier.

Dans l'armée anglaise et américaine, la surveillance porte sur les travailleurs chinois et les mesures prises sont décrites par MM. les Drs Stuckey, Tomlin et Hughes (*British Journal of ophtalmology*). Les Chinois furent groupés en trois équipes, les hommes exempts de trachome, les suspects, et les trachomateux certains. Ces derniers furent soignés. Il y avait au début 10 à 15 p. 100 de trachomateux et 20 à 25 p. 100 de douteux. Des ordres furent donnés pour que l'examen fût des plus sévères au départ des coolies et l'on instilla chaque jour à chaque homme, dès la traversée, une goutte de collyre au sulfate de zinc. Le pourcentage des granuleux tomba d'abord à 3 p. 100, puis à 1,60 p. 100 et celui des conjonctivites à 10 p. 100 et 10 hommes seulement sur 8.000 durent être rapatriés pour incapacité de travail causée par le trachome. Ces mêmes mesures de division par équipes avec traitement prophylactique et curatif furent appliquées avec succès dans le corps anglo-hindou de Mésopotamie.

En Egypte, le corps médical lutte énergiquement contre la maladie. Mac-Callum signale que l'inspection ophtalmologique (aboutissant au traitement) des écoles primaires, suspendu en 1915, avait repris en 1916. La population scolaire est atteinte de trachome dans la proportion de 80 à 100 p. 100. Par le traitement, les cas graves sont passés de 62 p. 100 en 1917, à 21 p. 100 en 1916, puis à 3 p. 100.

En Italie, Angelucci signale en janvier 1917, que les hôpitaux du front et de l'arrière sont encombrés par des trachomateux chroniques et ses observations aboutissent à un décret royal (28 juillet 1917), qui institue sévèrement la lutte dans les écoles, les ateliers et surtout l'armée. De même en *Pologne*, pays des plus infestés d'Europe, une organisation antitrachomateuse est préconisée par le médecin principal Battaban.

C'est donc dans tous les pays atteints que la lutte s'organise au moins depuis la guerre. Voici les mesures préconisées par le professeur de Lapersonne, dans son rapport du 14 décembre 1920, adopté par l'Académie. Les émigrants, s'il n'est pas possible de les traiter aussi sévèrement qu'aux Etats-Unis, devront être examinés au moment de l'embarquement et de l'embauchage comme pendant la guerre. Mêmes précautions devront être prises aux frontières terrestres. A l'arrivée dans les ports, la visite comprendra un examen oculaire avec certificat consécutif. Si l'immigrant est atteint, il sera traité dans des dispensaires spéciaux. Il y aura des dispensaires, et

des visites seront faites dans les centres ouvriers contaminés. Dans les écoles la surveillance sera rigoureuse, par des inspections multiples et exclusion de l'école jusqu'à guérison, et fondation, si besoin, d'écoles de trachomateux comme il y a des écoles de teigneux. Dans nos colonies, la lutte devra être rigoureuse; hôpitaux, dispensaires, écoles protégées des mouches, lavages et collyres antiseptique, etc. Ces moyens pourront être mis en œuvre grâce à la déclaration obligatoire à laquelle l'Académie de médecine est favorable à condition qu'elle soit vraiment le point de départ de cette prophylaxie sociale active.

Traitement. — La base du traitement est l'emploi de procédés mécaniques ou chirurgicaux, puissamment aidés mais non remplacés par les traitements médicamenteux avec lesquels ils peuvent être combinés suivant les méthodes les plus variées.

Les *procédés mécaniques ou chirurgicaux* sont nombreux et divers : brossage, massage, expression, excision, galvanocaustique, aspiration.

Le *brossage* est ainsi décrit par le prof. Lagrange pour qui il est le meilleur traitement. Très douloureux, il doit être fait sous chloroforme. Les paupières supérieures et inférieures successivement retournées, on saisit tour à tour les culs-de-sac au moyen de la pince de Galezowski. Raclage après lavage préparatoire à l'aide de la herse-curette et aussitôt après, en évitant de toucher à la cornée, brossage avec brosse à dents, imbibée de sublimé à 2 p. 1.000, compresses au sublimé chaudes, sur les paupières et pommade à l'iodoforme ou à l'orthoforme sous les paupières; pour éviter le symblépharon, il est nécessaire de panser l'œil brossé tous les jours en retournant les paupières et en libérant toutes les adhérences anormales. Le traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse est très recommandable. Dans les cas graves ou simplement sérieux il doit être mis en œuvre, mais après la disparition de la période aiguë où la suppuration est plus abondante. Il faut brosser les cas chroniques ou subaigus. C'est Abadie et Darier qui ont vulgarisé le traitement chirurgical du brossage il y a plus de vingt ans. Leur procédé est décrit dans la *Clinique ophtalmologique* de novembre 1919.

Certains ont pratiqué le brossage à l'aide d'un tour de dentiste muni de brosses spéciales interchangeables. Ce procédé plus rapide pourrait rendre des services dans les policliniques très fréquentées.

Le massage. — Le massage précédé de scarifications superficielles de la muqueuse afin d'obtenir une action plus énergique consiste à frotter la conjonctive, préalablement cocaïnée, pendant quelques secondes avec un petit coton imbibé, soit d'acide borique et de sulfate de cuivre, soit de sublimé ou d'oxycyanure à 1 p. 1.000 jusqu'à ce que le sang apparaisse. On lave le cul-de-sac avec une solution antiseptique et on répète l'opération tous les deux ou trois jours.

L'expression. — Après l'instillation de cocaïne à 2 ou 4 p. 100 et injection d'un peu de cocaïne à 2 p. 100 additionnée d'adrénaline sous le cul-de-sac, on passe une branche de la pince à rouleaux sous la paupière mise en ectropion; l'autre branche repose sur la conjonctive tarsienne. On exécute alors le mouvement de roulement. A la paupière inférieure il vaut mieux pincer quelques plis de la muqueuse, les granulations qui ne peuvent être saisies par les rouleaux pourront être évacuées isolément avec une pince ordinaire au besoin, après les avoir piquées avec une aiguille. Si besoin en est, on pourra répéter de temps en temps l'opération du rouleau. Entre temps, il sera utile d'appliquer des compresses froides ou la vessie de glace, ou même encore le massage.

L'excision. — L'excision de la conjonctive trachomateuse (au besoin avec une portion du tarse) qui présente déjà par elle-même de la tendance à la rétraction cicatricielle n'est indiquée que dans le cas où il existe un fort épaississement du tarse et de la muqueuse. Cependant, dans les pays où les cas graves de trachome se rencontrent en masse et où, pour des raisons extrinsèques, il n'est pas toujours possible de mettre en pratique les méthodes les plus bénignes mais aussi plus lentes, il est compréhensible qu'on fasse fréquemment les excisions car on obtient ainsi avec une rapidité relative du soulagement et même un meilleur soulèvement de la paupière supérieure pendante (Axenfeld).

La galvanocaustique. — Signalons, enfin, comme traitement chirurgical, la galvanocaustique. Des oculistes se servent du galvanocautère pour détruire isolément des granulations. La méthode d'Abadie au galvanocautère réservée par lui aux cas qui résistent au brossage, a été décrite dans la *Clinique ophtalmologique* de décembre 1919. Avec un galvanocautère assez fort, ayant 2 centimètres et demi de longueur, dont la pointe est à la fois aiguë et rigide (car elle est constituée par les deux fils conducteurs aplatis, accolés ensemble à la pointe dans l'étendue de 1 centimètre), on pratique une série de perforations d'une profondeur de 1 centimètre dans le tissu cellulaire rétro-muqueux.

La méthode d'Abadie a été appliquée par Armbruster, médecin du centre ophtalmologique à Casablanca. Le professeur de Peyrelongue a également obtenu de bons résultats à Beyrouth en appliquant la galvanocaustique.

L'aspiration. — Dans un article intitulé : Nouvelle méthode de traitement mécanique du trachome paru en 1918 (Wiener Klinische Wochenschrift), Blatt indique qu'il emploie la méthode d'aspiration avec succès. La méthode est basée sur le principe d'aspiration avec stase de Bier (emploi des ventouses). Blatt emploie dans ce but des pipettes à bord mousses sur lesquelles le petit tube de caoutchouc est monté. Il l'utilise aussi dans le but de soumettre le repli conjonctival supérieur et l'inférieur à l'action aspirante des petites ventouses de Bier.

Hewley qui utilise aussi cette méthode se sert d'une petite pompe aspiratrice (analogue à celles des dentistes et des laryngologistes).

Diverses interventions chirurgicales sont applicables aux complications cicatricielles du trachome contre l'entropion et le trichiasis (procédé de Panas, etc.); cautérisations, sutures de Gaillard, etc.; opérations de cauthoplastie dont Wiler préconise un procédé utilisant un lambeau interne interposé entre les lèvres de la plaie opératoire, procédé applicable quand la conjonctive est rétractée et atrophiée. La péritomie sorte de circoncision de la conjonctive autour de la cornée a été préconisée pour diminuer la vascularisation de celle-ci. Ces diverses opérations sont décrites dans les traités spéciaux.

Médicaments utilisés contre le trachome. — Le *groupe du cuivre* est le plus important. Hippocrate a pour le cuivre, remarque Descola dans le *Médecin français*, une prédilection spéciale qui s'explique

facilement quand on pense que le trachome devait être très répandu en Grèce.

Le sulfate de cuivre, très anciennement employé dans le trachome sous forme de collyre, de crayon, de poudre ou de pommade, est efficace mais douloureux et s'emploie en pommades : 0g50 p. 100 seul ou avec cocaïne, en crayon, en collyres, en glycerolés à 0g50 p. 100.

Le sulfate ammoniacal est actif mais trop douloureux. En collyres ou en pommades, il a le même dosage que le sulfate de cuivre. L'acétate de cuivre (mêmes indications et même dosage que le sulfate de cuivre) est presque inusité actuellement.

Le citrate de cuivre est utilisé sous forme de pommades et sous forme de crayons, dosage moyen des pommades 3 p. 100. Cette pommade est délicate à faire, car le citrate de cuivre se décompose rapidement s'il est mal préparé. Le citrate de cuivre soluble est plus efficace que l'insoluble et peut s'employer à des doses plus élevés parce qu'il est moins douloureux.

L'albuminate de cuivre (nucléinate de cuivre) est utilisé par quelques oculistes, en pommade à 3 p. 100 de préférence.

Le camphorate double de cuivre et de méthylpirocatéchine (campho-cuivre) est un sel d'une efficacité au moins égale à celle de n'importe quel autre sel de cuivre et beaucoup mieux toléré. Son dosage habituel est de 1 p. 100 et jusqu'à 2 p. 100. Il doit son efficacité et son pouvoir antiseptique à sa triple combinaison d'éléments : 1° à son cuivre dont le pourcentage est très élevé; 2° à son acide camphorique combiné (cet acide est un acide bibasique contenant deux groupements, ce qui a permis d'obtenir un camphorate double par combinaison d'un premier groupement avec le cuivre et d'un second groupement avec le pirocatéchine méthylé); 3° à sa méthylpirocatéchine qui contribue par elle-même et par sa combinaison avec l'acide camphorique à rendre indolore son emploi.

Groupe de l'argent. — Le sel d'argent le plus anciennement employé contre le trachome est le nitrate. Il est utilisé en solution et en pommades. Les pommades étaient généralement utilisées à la dose de 0 g. p. 100. Grâce à sa plus grande causticité, il s'est montré dans le trachome plus actif que l'argent colloïdal et que les sels organiques d'argent expérimentés, tels que le proteinate ou vitellinate d'argent qui sont d'effets médiocres.

Groupe du zinc. — Le zinc métallique employé comme topique est abandonné depuis longtemps. Le chlorure d'argent est un bon topique pour renforcer l'action du naphtol-camphre oxydé pendant les jours intercalaires des attouchements en dosage de début de 0g50 p. 1000. Le sulfate de zinc aux doses habituelles de 0g50 et de 1 g. p. 100 est insuffisamment actif. Dans le trachome, il est préférable d'employer le dosage de 2 1/2 mais alors avec association de cocaïne. Préférable est le sulfo-gaïacolate double de calcium et de zinc qui est très utile surtout lors des poussées de larmoiement en dosage habituel de 1 p. 100.

Groupe de l'iode. — L'iode métalloïdique est employé sous forme de solution iodée et particulièrement sous forme de pommade, à l'iode iodurée. On l'a utilisé quelquefois comme topique à l'état de teinture d'iode. On a aussi expérimenté l'enfumage iodé selon le procédé chirurgical habituel de décomposition d'iodoforme dans un tube d'iode. L'iodoforme a été préconisé, associé à la cocaïne, lorsque l'inflammation était trop intense. Comme l'iodoforme est soluble dans le naphtol camphre oxydé et dans le naphtol gaïocalé, il peut être avantageusement associé.

L'iodol a été préconisé dans le trachome par Trousseau au dosage de 5 p. 100. L'iodure d'amidon stabilisé est une préparation de choix. L'iode combiné à l'amidon lorsqu'il est stabilisé est d'un effet constamment égal.

Groupe de l'aluminium. — L'alun est utilisé sous forme de crayon. Il est bien toleré mais plus efficace que le cuivre en pommade à 1 p. 100. L'acétate d'alumine a été essayé à l'état liquide, puis à l'état sec mais n'a pas donné de résultats suffisants, son action étant de trop courte durée. Il était nécessaire pour obtenir l'effet curatif maximum de l'acétate d'aluminium, d'en obtenir à l'état naissant. L'aluminigène remplit ces conditions.

L'aluminigène, au contact des tissus et des sécrétions, dégage constamment de l'acétate d'alumine. Son action est supérieure dans le trachome aux composés du bore, de l'iode et du plomb. Il a été expérimenté avec succès dans l'archipel de la Sonde et plus particulièrement dans l'ile de Java lors d'une épidémie, utilisé dans ce cas à 5 p. 100. On emploie en outre le dosage de 1 p. 100 pour la nuit comme succédané du biborate de soude pour empêcher que les paupières ne se collent.

Le groupe des *matières colorantes* donne de bons médicaments adjuvants et le rouge écarlate aux doses de 1 à 5 p. 100 ont été expérimentés avec succès par plusieurs oculistes.

Le violet de méthyle a également une action favorable mais beaucoup plus caustique aux doses de 1 et 2 p. 1000 : dosage habituel : 1 p. 1000, de même le jaune de méthyle.

L'*acide borique* est surtout employé sous forme de poudre seul ou mélangé au sulfate de cuivre. Le biborate de soude est parfois employé pour la nuit chez les trachomateux pour empêcher que les paupières ne se collent.

Groupe du mercure et du mercure-arsenic. — Sublimé. Employé en collyres ou en solution pour lavages et en pommades. Dosages demi p. 100. En Espagne, les oculistes emploient le dosage moyen de 0g50 p. 100. Le cyanure de mercure est employé également comme le sublimé.

L'hermophényl donne de bons résultats, dit Terrien, soit en solutions fortes 1 p. 10, soit en pommades. L'arsenobenzol est préconisé par le Dr de Maele, à la dose de 1 p. 100. Le salicylarcynate Hg a été expérimenté à la dose de 1 p. 100. L'oxyarsine a eu quelques succès dans le trachome sous forme de pommade.

Le salicylate de soude — S'emploie surtout en pommades aux doses de 3 et 5 p. 100. Le *tannin* n'est à utiliser que lorsque l'œil n'est pas très irrité et s'emploie seul ou avec cocaïne. L'*acétate de plomb* est utilisé pour son pouvoir astringent, mais il est bon de veiller à ce qu'il n'y ait pas de lésions cornéennes, car ce médicament occasionnerait des incrustations indélébiles. L'*huile de cade* est un remplaçant de nitrate d'argent, en pommades et en glycérolé (5 p. 100).

Le *naphtol-camphre oxydé* est le topique utilisé par le professeur Gérard. Ce médicament ne doit jamais être laissé entre les mains du malade. Pour le rendre moins douloureux, on doit l'utiliser sous forme de naphtol-camphre gaïacolé. On peut, en outre, y ajouter de l'iodoforme qui augmenterait

l'action du médicament. L'action topique du naphtol-camphre oxydé doit être complétée par l'action du chlorure de zinc. Il est, en outre, indispensable de donner aux malades un médicament adjuvant, tel que le camphre-cuivre qu'il utilisera lui-même les jours intercalaires de l'emploi du naphtol-camphre oxydé.

Les *méthodes de traitement* combinant les procédés mécaniques et les moyens médicamenteux, sont aussi nombreuses que variées. On pourrait presque dire qu'il y a autant de méthodes que d'oculistes. Solarès, trouvant le sulfate de cuivre douloureux et d'action lente, lui préfère le citrate de cuivre qui fut introduit par Arlt dans la pratique ophtalmologique et il l'emploie avec un tour de main spécial. Le cupro-citrol est également le produit de prédilection de Bock, de Cerviceck qui l'emploient en pommade. Kuhnt décrit longuement sa méthode qui, analysée par le Dr Ferlinck (de Bruxelles), comprend une association de collyres, de pommades, et de procédés mécaniques ou opératoires. Son procédé a suggéré à Kazno Hiwatari (*Amer. Journ. of ophtal.*) son traitement du pannus trachomateux par décollement de la conjonctive bulbaire.

Konkroff emploie (après anesthésie cocaïnique par injection) des injections infiltrantes sous-conjonctivales de sulfate de cuivre à 0g25 ou 0g50 p. 100. Le professeur Gérard (de Lille) décrit longuement l'usage du naphtol-camphre oxydé dont il use depuis longtemps et qui est pour lui sans conteste, dit-il, le caustique de choix par l'étendue et la rapidité de l'action ainsi que par l'innocuité. Ce caustique est appliqué par l'oculiste lui-même, qui confie au malade le soin d'un traitement intercalaire basé sur l'emploi d'une solution iodée et d'un collyre au chlorure de zinc.

Le professeur de Waele utilise l'action de l'arsenobenzol ; sa méthode a paru dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*; les résultats en sont nouveaux et très intéressants.

Roseinstein traite les complications du trachome par des injections parentérales de lait. Hippel touche les granulations avec du coton trempé dans une solution de sublimé à 1 p. 100. Darier conseille, pour hâter la disparition des ecchymoses sous-conjonctivales, d'appliquer, le lendemain de leur apparition, un peu de dionine dans le sac conjonctival. La résorption de l'hémorragie serait hâtée par le chémosis qui se produit. Contre le pannus, on a cherché le résultat clarifiant d'une conjonctivite artificielle par le Jéquirity, l'abrine et le jéquiritol (de Lapersonne, Calmette, Terson). Likiernik (de Varsovie) recommande du massage précoce et fréquent avec un bâton de verre en cas de trachome et de pannus. Ascher recommande également le traitement mécanique par massage à l'aide d'une petite tige de verre, lisse et stérilisée par immersion dans l'oxyanure Hg à 1 p. 5.000. Nicolas Sculco utilise, dit-il, un ferment chimique de la nepeta citriodora associé à des résines et à des glucosides du Thymum serpillum et de la Salvia officinalis. Rössler utilise un crayon de collargol qu'il emploie conjointement avec la pommade du même médicament.

F. R. Fernandez utilise le salicylate de soude en applications locales. Guiral utilise l'iodure de potassium à l'intérieur. J. M. Pénichet (de la Havane) a essayé, mais, dit-il, sans résultats, le traitement par l'auto-vaccination.

La *conclusion* de ce long exposé thérapeutique ne peut être bien optimiste. Richesse de médicaments, pénurie de moyens efficaces.

Sans vouloir faire preuve de pessimisme, et admettre nettement que le trachome vrai ne guérit pas, l'on doit cependant dire qu'il est des cas nombreux où l'on ne peut obtenir la guérison, même relative, du trachomateux. Cette maladie ne pourra disparaître complètement qu'à la longue, grâce à des mesures préventives énergiques. Certes, petit à petit, à la suite de patientes recherches et expériences, on peut remplacer un médicament utilisé jusqu'alors par un médicament plus actif, et c'est déjà un progrès, mais toutes ces recherches thérapeutiques prouvent que l'on n'a pas encore découvert la combinaison chimique, nettement curative, pouvant être appliquée à tous les cas et permettant d'affirmer la guérison à priori.

CONGRÈS DE MÉDECINE FRANCO-POLONAIS DE VARSOVIE

AUTOUR DU CONGRÈS

Notre collaborateur, M. André Lemierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, nous adresse une première lettre sur le Congrès de Varsovie :

Varsovie, le 17 septembre 1921.

Mon cher ami,

Les Français ignorent et nous ignorions comme les autres, en partant pour le Congrès médical de Varsovie, que, s'il est aisé, muni d'un passeport, de pénétrer en Allemagne, il est moins facile d'en sortir, surtout lorsqu'on veut se rendre en Pologne. La République impériale allemande a ressuscité pour les voyageurs qui tentent de franchir légalement et pacifiquement la frontière prusso-polonaise, les mesures d'inquisition instituées jadis par les tsars de Russie et les sultans de Constantinople, à l'usage de leurs sujets qu'une curiosité indiscrète poussait à aller comparer eux-mêmes les mœurs de l'étranger avec celles de leur pays natal.

De plus, il est permis d'entrer en Allemagne muni de bonne monnaie française; personne n'a la curiosité de vous demander à l'entrée ce que contient votre portefeuille; mais à la sortie, pour aller en Pologne, et partout ailleurs j'aime à le croire, on vous déclare qu'on ne peut emporter d'Allemagne plus de 3.000 marks, ce qui, au taux actuel du change, n'est pas grand'chose, et l'on vous invite poliment à déposer le reste, généralement contre reçu, entre les mains des agents prussiens qui vous le rendront à la sortie. Je pense que cette petite manœuvre facilitera à l'Allemagne le versement des milliards qu'elle n'a pas l'intention de nous payer.

Bref, en pleine nuit, la gare frontière de Stensch a été pour nous le théâtre d'une visite minutieuse et prolongée de nos bagages, d'un interrogatoire sur les sommes dont nous étions porteurs, d'une vérification attentive de nos passeports par des policiers à faces patibulaires; quelques dames ont été fouillées, quelques-uns d'entres nous invités à se déshabiller. Toutes ces formalités, aussi inutiles que vexatoires, n'apparaissent, nous a-t-on dit, qu'à certaines périodes. Nous nous demandons si les congressistes, dont la mission pacifique a sans doute été interprétée par les dirigeants de Berlin comme une sorte de conspiration anti-allemande, n'ont pas été, en vertu d'instructions venues d'en haut, l'objet d'une mesure spéciale. Est-ce vraiment la peine d'être sur le Rhin pour être traités impunément comme l'étaient et le sont sans doute encore les esclaves du roi de Prusse? Et les Allemands pensent-ils, en brimant ainsi les intellectuels d'une nation étrangère, se rendre dignes d'être appelés à prendre place parmi les peuples civilisés?

Les persécutions des Allemands nous ont fait apprécier d'autant plus l'accueil cordial et hospitalier que nous avons

trouvé à Zbazyn, la station frontière polonaise. Ici plus de visite de douane, vérification discrète des passeports dont nous n'avons pas eu à nous occuper personnellement. Un train sanitaire américain, qui doit être le nôtre pendant tout notre voyage en Pologne, nous attendait pour nous conduire à Poznan. Nous nous sommes installés gaîment dans les wagons, divisés par des rideaux, en petites chambres à deux lits; l'initiative d'organiser ainsi notre voyage revient au directeur du service sanitaire de la mission militaire française, le médecin principal Gauthier; nous n'aurons pas ainsi à nous confier aux trains commerciaux qui, dans ce pays, sont, paraît-il, encore assez défectueux. Les médecins-majors Roudouly et Baron nous attendaient à Zbazyn et ont présidé avec une activité et une bonne grâce à laquelle nous nous plaisons tous à rendre hommage à notre installation dans les wagons sanitaires.

Notre arrivée à Poznan, dans la matinée du 12 septembre, a été triomphale et le comité local présidé par le sympathique recteur de l'Université M. Swiecicki a fait, pendant les deux jours que nous sommes restés à Poznan, tout ce qu'il est possible pour nous intéresser et nous rendre la vie agréable. Nos amis polonais semblent avoir adopté pour eux la maxime de Brillat-Savarin : « Convier quelqu'un, c'est se charger de son bonheur pendant tout le temps qu'il est sous notre toit. » Sous la direction de notre confrère Karwoski, le plus aimable et le plus fin des hommes, nous avons, partout où nous avons été, constaté l'ardeur avec laquelle les Poznaniens libérés maintenant du joug pesant, mais organisateur de la Prusse, ont repris en main les soins de leur existence nationale. Installations scientifiques et hospitalières, musées, établissement d'éducation intellectuelle et sportive, tout cela existe, tout cela fonctionne (1). Tout ce que la Prusse avait pris soin d'étouffer comme capable d'éveiller l'âme polonaise, les bonnes volontés locales ont eu le souci de le créer ou de le développer depuis la libération. Une jeunesse nombreuse et ardente se presse dans les écoles et se prépare sur les stades d'entraînement aux luttes qu'il faudra sans doute soutenir un jour pour conserver l'indépendance reconquise.

Il serait trop long de raconter tout ce que nous avons vu et d'énumérer les attentions sans nombre dont nous avons été l'objet. Je mentionnerai seulement deux des points qui nous ont le plus frappés. Le Dr Trzcinski, ministre de Poznanie, nous a conviés à un banquet qui a eu lieu dans la salle du trône du château. Ce château a été bâti pour Guillaume II et venait d'être terminé quand la guerre a éclaté; jamais l'empereur n'a pu l'habiter; ce monument de l'orgueil impérial a passé intact, prêt à recevoir son hôte auguste, entre les mains des Poznaniens libérés; et les premiers hôtes qui en ont foulé les tapis, qui se sont assis à la table du festin, qui ont bu dans les verres du souverain le vin qu'il réservait aux princes, ses vassaux et aux maréchaux de son empire, ont été des Français, sur l'invitation des Polonais, de ces Polonais que lui-même et ses ancêtres avaient écrasés et dépouillés.

Cette soirée a été, pour nous, mémorable : les toasts portés nous ont dit la joie de la délivrance, la reconnaissance pour la France et la résolution de maintenir, contre les anciens maîtres, la frontière reconquise et la liberté de la pensée polonaise.

A ces paroles, notre doyen, le professeur Roger a su répondre avec les mots que nous avions tous sur les lèvres et avec l'émotion qui nous étreignait le cœur.

Le lendemain, les organisateurs du congrès ont eu l'heureuse inspiration de nous conduire à quelques lieues de Poznan, au château de Kornik, chez la générale Zamoyska. Nous y avons été accueillis par le fils de la comtesse, le comte Zamoyski, une des figures les plus belles et les plus populaires de la Pologne. Exilé pendant trente-cinq ans de son pays natal par Bismarck, réduit à y revenir à de longs intervalles en déjouant la surveillance de la police prussienne, le comte Zamoyski et sa famille incarnent toutes les souffrances, mais aussi tout l'héroïsme de la Pologne, au temps du démembrement et de l'oppression. A chacune des insurrections polonaises, en 1792, en 1830, en 1863, un de ses ancêtres a participé au premier rang, et aux jours de défaite a été condamné à mort par les Russes. En nous montrant les nombreux souvenirs artistiques accumulés dans son château, réduits pourtant par les pillages successifs des conquérants brutaux et rapaces, le comte Zamoyski a fait revivre devant nous les jours de deuil et d'esclavage, les actes de persécution inique, les tentatives cruelles, mais toujours inutiles, pour tuer dans l'âme des Polonais le souvenir de l'indépendance passée et pour les contraindre à oublier leur langue. Il nous a dépeint comment la foi dans la résurrection de la Pologne s'est maintenue dans toutes les classes de la société, chez le grand seigneur comme chez le paysan; il nous a raconté la résistance héroïque d'humbles héros aux séductions comme aux tortures; et, de temps en temps, au milieu de ces récits d'infortune, sa voix s'égayait, pendant qu'il nous confiait les bons tours que les proscrits polonais et que lui-même avaient joués parfois à la police.

Nous avons quitté le château de Kornik profondément émus, car nous venions d'y comprendre l'âme de la Pologne.

Je m'aperçois que je suis bien loin du Congrès médical franco-polonais; mais j'ai l'impression que, dans ce Congrès, les préoccupations d'ordre médical ne sont pour nous, comme pour ceux qui nous reçoivent que tout à fait secondaires. Le rapprochement qui nous a mis en contact, Polonais et Français, est plus qu'un rapprochement de savants et de médecins; des hommes de deux nations amies, unies par des affinités intellectuelles et, par des sympathies anciennes, mais longtemps séparés par des événements cruels dont les uns et les autres ont souffert, se sont enfin retrouvés. Sans doute, ils causeront aussi médecine, puisqu'il est impossible que deux médecins se rencontrent sans aborder ce sujet; mais ils ont aussi beaucoup d'autres choses à dire, et beaucoup d'heures à consacrer à la seule joie de vivre ensemble.

C'est pourquoi, dans une prochaine lettre où je te parlerai de notre séjour à Varsovie, je n'omettrai pas de consacrer quelques lignes aux travaux scientifiques, du reste très intéressants et très dignes d'illustrer le premier Congrès franco-polonais.

Cordialement à toi. A. LEMIERRE.

(1) Cf. « Lettre de Pologne », par le Dr ROUDOULY, *Gaz. des hôpit.*, sept. 1921, n° 72, p. 1147.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1921)

Sur les rapports du choc anaphylactique avec l'introduction de précipités dans la circulation. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIET.

Sur une réaction colorée commune aux extraits antiscorbutique et à l'hydroquinone. — M. N. BEZSSONOFF.

(SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1921)

Influence de la température sur l'utilisation du glucose dans le développement de l'aspergillus niger. — MM. Emile F. TERROINE et René WURMSER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vingt régimes alimentaires en clientèle, par le Dr Ch. FIESSINGER. — Un vol. Prix : 10 fr. — Paris 1921, A. Maloine et fils.

Le traitement actuel de la syphilis, par le docteur E. EMERY, médecin de Saint-Lazare, avec la collaboration du docteur A. MORIN, ancien interne de Saint-Lazare. 1 vol. in-8 de 229 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 76. — MARDI 27 & JEUDI 29 SEPT. 1921. 94e ANNÉE. MARDI 27 & JEUDI 29 SEPT. 1921. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 22 septembre. — Question donnée : « Symptômes et complications de l'appendicite aiguë. »

MM. Rouquès (Pierre), 4; Quenée, 12; Rivierez, 17; Roy, 14; Renoux (Georges), 10; Richier, 14; Mlle Rosenbaum, 18; MM. Rousseau (Jean), 10; Rouart, 5; Rivoire, 10; Rouquès (Lucien), 18; Saingery, 11; Porgès, 16; Redon, 15; Pouillot et Mlle Ronget, 16; MM. Saint-Pierre, 4; Schmidl, 11.

Séance du 24 septembre. — Question donnée : « Indications et technique de la saignée générale par phlébotomie. »

Mlles Scherrer, 13; Pomierski, 14; MM. Samitca, 10; Quenza et Rappoport, 14; Renoult (Jean), 3; Poisson, 8; Querneau, 9; Servy, 6; Serre et Rollet, 14; Rochefrette, 6; Robin (Maurice), 10; Robert (Henri) et Puech, 17; Sallé, 4; Poumier, 17; Richard (Louis), 8.

Anatomie. — Séance du 24 septembre. — Question donnée : « Artère fémorale. »

MM. Grenet, 13; Audouin, 14; Leconte (Maurice) et Huet, 16; Prévost (André), 15; Piry, 10; Casas dit Cazès, 13; Brion, 14; Chevallier (Jean), 10; Cros, 13; Bruyère et Bureau (Jean), 16; Mlle Conil, 17; M. Brico, 15; Mlle Bucsan, 18; MM. Croll et Capitaine, 12; Coudrain, 18; Mlle Corbillon, 19; M. Camps, 15.

Les séances auront lieu, en principe, les lundis, mercredis, vendredis, à 17 heures, 1re moitié, 2e série.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Etienne. — La Commission administrative des Hospices civils de Saint-Etienne, donne avis de l'ouverture à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 5 décembre 1921 à 8 h. 1/2, d'un concours public pour la nomination d'un médecin chef de laboratoire de bactériologie des hospices.

Ce concours aura lieu devant un Jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des hospices; il se composera de six épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Badouillère, 15 *bis*, à Saint-Etienne.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Sont promus dans le cadre du service de santé militaire et par décision ministérielle du même jour sont, sauf indication contraire, maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Lascoutx, Saint-Paul, Job, Bailby.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Foley, Guitard, Gorisse, Idrac, Trassagnac, Perrin, Rubenthaler.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Paître, Mathieu, Rolin, Marvy, Laloy, Dargein, Worms, Egmann, Paloque, Lannaux, Corbel, Malard, Baron.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Prix a décerner en 1921. — En décembre 1921, dans sa dernière séance, la Société de médecine de Paris décernera le *Prix Duparcque* (3.000 fr.) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur le sujet suivant : « Des moyens d'apprécier l'activité fonctionnelle du foie. Leur application à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique. »

Les mémoires inédits et anonymes porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur; ils devront être déposés avant le 15 octobre 1921, dernier délai, au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le secrétaire général, M. le Dr P. Blondin, 3, rue Cernuschi (XVIIe).

Le *Prix Alfred Guillon* (300 fr.), sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les maladies des voies urinaires (sujet au choix des auteurs).

Seuls les membres titulaires et honoraires de la Société ne sont pas admis à concourir.

FRANCE-CUBA. — Dans le numéro du 2 juin 1921 de la *Gazette des hôpitaux* nous annoncions que deux pays d'Europe, l'Espagne et la France, avaient été invités à se faire représenter au Congrès de médecine de Cuba, en décembre prochain.

Le prof. Presno, président du Congrès, vient d'arriver à Paris officiellement chargé par son gouvernement d'inviter la Faculté de médecine, la Société de chirurgie et la Société médicale des hôpitaux, à envoyer un représentant au Congrès médical cubain. Marié à une nièce du prof. Albarran, le prof. Presno a mis son habileté chirurgicale au service de la France pendant la guerre. Il vient à Paris accompagné du prof. Alberdi, vice-président du Congrès, des Drs Cuervo, Cartaya et du prof. Dominguez Arostegui, l'ancien ministre de l'Instruction publique, qui, en 1918, lança cette vibrante allocution aux enfants des écoles : « Une heure pour la France », que nous avons fait connaître en son temps. Il n'échappera à personne combien il importe que la France réponde à cette flatteuse invitation et soit dignement représentée.

Avant la guerre, l'influence latine seule avait droit de cité à Cuba : l'Espagne dirigeait le mouvement intellectuel et la France le mouvement scientifique. Profitant du prestige de la victoire commune, l'Amérique fait des efforts suivis et persévérants pour imposer ses procédés scientifiques.

A la France de saisir l'occasion qui lui est offerte de défendre l'esprit scientifique latin, la méthode française, dont la clarté, le sentiment du réel, la logique raisonnée, les applications pratiques sont les mérites essentiels et les caractéristiques du génie latin. MATHÉ.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Gaucherand, ancien médecin consultant à Vals-les-Bains.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DU DROIT DE L'ÉDITEUR SUR L'OUVRAGE QU'ON LUI PROPOSE DE FAIRE ÉDITER

L'auteur d'un ouvrage scientifique ou littéraire porte chez un éditeur le manuscrit de cet ouvrage qu'il vient d'écrire, et lui propose d'en faire l'édition. La question se pose de savoir quel est le droit de l'éditeur, lorsqu'il se livre à l'examen de l'ouvrage : peut-il examiner la production de l'édition, non seulement au point de vue commercial, mais aussi au point de vue de la valeur intrinsèque, de la valeur technique de l'ouvrage? En se plaçant à ce dernier point de vue et en admettant l'affirmative sur cette première question, l'éditeur peut-il s'adresser à un spécialiste pour avoir un avis motivé.

Cette double question intéresse les médecins et les chirurgiens qui entrent en rapport avec des éditeurs pour la publication de leurs manuscrits.

Le point délicat est la communication à un spécialiste : si, en effet, à la suite de l'avis donné par ce dernier, l'éditeur rend le manuscrit à l'auteur en lui disant qu'il ne veut pas se charger de l'édition, on peut craindre que ce spécialiste n'abuse de la communication à lui faite et ne se serve dans un intérêt personnel des découvertes, des observations, des calculs contenus dans l'ouvrage rendu. On peut craindre qu'il ne s'approprie l'idée maîtresse de l'œuvre, l'originalité de la conception de l'auteur. Il faut considérer qu'en remettant son ouvrage à l'éditeur, l'auteur en conserve la propriété exclusive, tant qu'un contrat n'est pas intervenu entre eux.

Le tribunal de Commerce de la Seine a rendu, le 11 mai 1921, un jugement reconnaissant un droit d'examen très large à l'éditeur. Il est utile de le connaître :

« Attendu que la demande tend au paiement par G. V. et Cie d'une somme de 10.000 fr. à titre de dommages-intérêts (demande originaire en 100.000 fr. provisoirement réduite et reprise à la barre sur opposition);

Attendu que, des débats et documents soumis, il appert qu'en décembre 1919, S... a confié à G. V. et Cie un manuscrit intitulé « Leçons de nomographie » qu'il se proposait de faire éditer;

Attendu que ce dernier, ayant appris que G. V. et Cie avaient communiqué, pour avis, à un tiers, le manuscrit à eux confié, prétend et fait plaider qu'ils auraient commis une faute lourde;

Qu'ayant reçu en dépôt ce manuscrit, sa propriété exclusive, G. V. et Cie auraient dû ne jamais s'en dessaisir sans autorisation;

Que leur faute serait d'autant plus grave, au point de vue des conséquences dommageables, que le tiers consulté était un savant qui s'était déjà occupé des mêmes questions;

Mais attendu que, conformément aux conclusions d'opposition de G. V. et Cie, il échet de reconnaître que *le commerce de l'édition, qui touche à des ouvrages de natures très variées et de genres très différents, a le droit indiscutable, lors de l'examen d'une affaire, d'examiner la production de l'édition qui lui est proposée non seulement au point de vue commercial sur les chances de succès de librairie ou sur les risques de mévente, mais aussi au point de vue de la valeur intrinsèque de l'ouvrage : qualités de nouveauté, de présentation, d'utilité, d'intérêt plus ou moins général, cette appréciation technique ayant d'ailleurs une importance primordiale pour la décision d'ordre commercial;*

Et attendu qu'il est impossible d'admettre qu'un éditeur puisse personnellement examiner, au point de vue scientifique ou littéraire, tous les ouvrages qui lui sont proposés;

Qu'il est donc dans la nécessité de s'adresser à des spécialistes pour avoir des avis motivés et devient alors seulement fautif si les conseils dont il s'entoure et dont il a le choix exclusif ne présentent pas pour l'auteur toutes les garanties de discrétion qu'il est en droit d'exiger.

Attendu qu'en l'espèce actuelle, G. V. et Cie ont choisi une personnalité qualifiée par de précédents travaux sur une science encore relativement peu connue;

Que S... reconnaît lui-même, en la correspondance versée aux débats, que le tiers consulté a fait l'éloge de son manuscrit;

Qu'il ne prouve pas et d'ailleurs n'allègue même pas que le tiers consulté ait commis la moindre indiscrétion pouvant lui être préjudiciable ou que la communication faite pour avis l'ait gêné le moindrement pour la recherche d'un autre éditeur;

Qu'ainsi S... n'établit ni la faute de G. V. et Cie, ni l'existence d'un préjudice matériel ou moral qui lui aurait été causé même indirectement;

Qu'il échet en conséquence de rejeter sa demande comme mal fondée... »

On peut se rendre compte par la lecture du jugement que si, en principe, l'éditeur a un droit d'examen important, c'est à la condition que la discrétion la plus absolue soit observée par ceux qui ont eu connaissance de l'ouvrage : s'il était démontré, en fait, que ces derniers ont abusé de la communication qui leur a été faite par l'éditeur, le droit à des dommages-intérêts serait incontestablement ouvert; car l'ouvrage demeure la propriété exclusive de l'auteur. Mais, du moment que celui-ci vient demander qu'on lui fasse l'édition, il n'est pas contraire à ce droit de propriété de permettre à l'éditeur, qui va exposer des frais souvent très élevés, de se rendre compte s'il a des chances sérieuses de les récupérer et s'il peut espérer un certain bénéfice résultant de la vente de l'ouvrage qui lui est présenté.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

L'EXAMEN SANITAIRE

RÉGULIER ET SYSTÉMATIQUE

DANS LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

Par M. Louis RÉNON,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

On peut prévoir le jour où les progrès de l'hygiène privée et de l'hygiène sociale acquerront tout leur développement et mettront l'homme à l'abri de la plupart des infections et des pestilences. Les maladies réellement évitables seront évitées. La dernière guerre, malgré sa durée, malgré le nombre énorme de soldats ayant combattu sous les divers climats, a donné, à ce point de vue, les espérances les plus grandes. Les maladies qui décimaient les troupes en campagne, la fièvre typhoïde, le typhus, le choléra, le paludisme, ont presque entièrement disparu des armées belligérantes. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans la vie civile normale?

Dans la prévention des maladies, l'hygiène, encore que prépondérante, ne peut se séparer de la pathologie, car nombre d'affections organiques ne ressortissent pas à l'hygiène, du moins pour le moment. Beaucoup d'affections chroniques à début insidieux, lent ou progressif, ne sont souvent reconnues qu'à une période de leur évolution où la thérapeutique demeure impuissante. C'est généralement la négligence des malades, parfois celle des médecins, qu'il faut incriminer; quelquefois aussi, c'est la nature du mal qui est responsable de cette connaissance tardive. Pour faire cesser un tel état de choses, tous les procédés les plus récents de diagnostic précoce, toute la sémiologie occulte si bien esquissée par les derniers travaux de Widal, les moindres troubles physico-chimiques des humeurs et des fonctions doivent être connus et largement utilisés. Ils ne le seront complètement que lorsque l'examen sanitaire, régulier et systématique, sera entré dans la pratique courante.

Sous ce nom, il faut entendre un inventaire sanitaire complet de l'homme bien portant, fait régulièrement de sa naissance à sa mort. L'inventaire comprendrait l'examen du sang (hématologie, sérodiagnostics, hémocultures, réactions de fixation, crises hémoclasiques, etc.), les cuti et les intradermoréactions, la bactériologie des expectorations, la radioscopie et la radiographie des poumons, du cœur, des gros vaisseaux, de l'appareil urinaire, du tube digestif, l'urinologie et l'examen clinique complet (système nerveux, viscères, nez, oreilles, yeux). Le nombre des recherches à effectuer suivrait les progrès des découvertes scientifiques. De cette manière, on aurait des notions précises sur le début des maladies à évolution lente ou intermittente qui, comme quelques formes de tuberculose, comme certains cancers, comme des affections sanguines, s'étendent sur un grand nombre d'années. Traitées dès leur début, ces maladies pourraient bénéficier d'une thérapeutique efficace.

Pour prendre toute sa valeur, un tel examen devrait être répété à intervalles réguliers, tous les deux ou trois ans par exemple, et comparé aux précédents.

Dans l'état actuel des choses, un pareil examen peut sembler illusoire et chimérique, car on a déjà, dans notre pays, les plus grandes difficultés à obtenir l'application des lois d'hygiène existantes. Sauf dans les classes sociales éclairées, on peut craindre que la population, surtout dans les campagnes, ne veuille pas se soumettre à un examen qui heurtera beaucoup de ses idées. L'objection est sérieuse. Mais on peut espérer que l'éducation viendra progressivement à bout de cette résistance, quand les notions sur l'hygiène et sur les maladies évitables auront, dans un certain nombre d'années, pénétré les masses populaires.

Le moment semble venu d'envisager le projet pour l'avenir. A une époque où la préparation d'une loi sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-invalidité ne cesse d'occuper et de préoccuper le monde administratif et le monde médical, l'examen sanitaire régulier et systématique peut trouver place dans un système d'assurances sociales. Les moyens pratiques de le réaliser seront envisagés ultérieurement, si le principe en est admis par tous.

LA CAUSE ET LE TRAITEMENT PRÉVENTIF

DU

SPHACÈLE POSTOPÉRATOIRE

DANS LES GANGRÈNES SÉNILES (1)

Par M. CHASTENET DE GÉRY,
Chirurgien de l'hospice départemental Paul Brousse.

Ayant eu à traiter, à la fin de 1919, deux cas de gangrène sénile, j'avoue que j'ai été très indécis sur la conduite à tenir. J'avais, en effet, le souvenir d'un cas personnel qui m'avait parfaitement montré tous les aléas de l'amputation. J'ai alors cherché à à quoi tenaient ces aléas pour essayer de les éviter et je dirai tout à l'heure en rapportant les observations de mes malades, l'explication que je me suis donnée à cet égard, ainsi que les déductions pratiques auxquelles j'ai abouti. Auparavant, je voudrais préciser un peu le sujet.

Le problème que pose au chirurgien le traitement des gangrènes sèches par artérite n'a pas changé depuis des temps fort lointains. Il s'agit toujours de savoir ce qui est le mieux, de l'expectative, de l'amputation basse ou de l'amputation haute, car depuis quarante ans, cette question à triple détente n'a reçu que des réponses hésitantes ou contradictoires.

Attendre la chute spontanée des parties mortes, c'est permettre à la nature économe de limiter au mieux la mutilation, mais c'est retarder indéfiniment la guérison en laissant le patient soumis à des douleurs et à une toxi-infection qui n'est pas sans danger.

Amputant près des lésions, on agit presque aussi parcimonieusement que la nature, plus vite qu'elle et dans de meilleures conditions anatomiques, mais trop souvent le sphacèle des lambeaux supprime le bénéfice escompté.

Avec l'amputation haute, un pareil risque diminue sans d'ailleurs disparaître tout à fait, mais quelle longueur utile du membre n'a-t-on pas sacrifiée?

---

(1) Cet article aurait dû paraître l'an dernier; j'en avais écrit la plus grande partie quand une maladie qui a été très longue m'a contraint à en ajourner jusqu'aujourd'hui l'achèvement et la publication. Ceci dit simplement pour qu'on sache que je n'ai puisé aucune inspiration dans les travaux qui ont vu le jour depuis octobre 1920. D'ailleurs, les dates de mes observations qui sont celles de mes essais pathogéniques et thérapeutiques ne prêtent à aucun doute.

Tels sont les principaux arguments pour et contre chacun des partis à prendre, entre lesquels il est difficile, quelles que soient les indications variables selon les cas, de choisir avec assurance.

Dans la période moderne, on s'est peut être plus souvent et plus ouvertement déclaré pour l'amputation basse, mais cela semble dû moins à une supériorité évidente de la méthode qu'à ses affinités avec les tendances générales de la chirurgie conservatrice dont le principe est rarement enfreint ou contredit. Une discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie de Paris, en avril 1914, laisse bien voir quelle incertitude régnait naguère encore dans la thérapeutique des gangrènes.

Mon Maître Quénu, qui ouvrit cette discussion, apporta en faveur de l'amputation économique, six faits positifs et des raisonnements fort persuasifs, parmi lesquels celui-ci : « Il me paraît difficile de soutenir que la non-certitude de conserver une jambe doive déterminer, d'emblée, au sacrifice de cette jambe, d'autant que la tentative de conservation dans les conditions précises où je me suis placé — gangrènes sèches sans complications lymphangitiques et dont la limitation semble être acquise — ne fait, en somme, courir aucun danger au malade et qu'elle l'expose seulement à une double opération. » — Mais Lejars fit entendre un autre son de cloche : « Le péril du sphacèle secondaire et de ses conséquences est loin d'être illusoire, et pour dire toute ma pensée, si je tiens pour désirables les amputations basses, je ne crois pas qu'on puisse, en règle, leur donner le pas sur l'amputation haute, et j'estime que, dans certaines conditions, le grand sacrifice consenti et pratiqué de bonne heure reste encore la méthode la plus sûre. » A l'appui de quoi vint ensuite l'observation d'une gangrène sèche des deux premiers orteils qui se termina par la mort du sujet, malgré trois amputations successives médio-tarsienne, tibio-tarsienne et crurale, le sphacèle des lambeaux survenant après chaque opération (1). — Enfin, Girou se montra résolument abstentionniste : « Ce que nous avons observé, dit-il, paraît en faveur de la non-intervention dans le cas de gangrène sèche, ou, du moins, en faveur d'une intervention limitée au détachement à froid des parties condamnées. »

En somme, ce qui rend obscur et malaisé à résoudre le problème thérapeutique des gangrènes, c'est l'inconnue que représente le sphacèle secondaire post-opératoire. A quoi est due cette complication singulière à la fois par sa fréquence et son inconstance ? On s'est borné, en général, jusqu'ici à la considérer comme un phénomène de même ordre que la gangrène primitive, c'est-à-dire, comme un simple effet des lésions vasculaires dans la région du membre sur laquelle a porté l'amputation.

Partant de là, on a été naturellement conduit à chercher les moyens de déterminer cliniquement l'étendue des lésions vasculaires, afin d'opérer sûrement au-dessus de cette zone dangereuse. De tels moyens d'exploration — mis à part les renseignements un peu grossiers que donne la simple palpation du pouls — ont manqué longtemps. Mais Moskowicz, en 1907, imagina son procédé excellent d'hyperhémie active et, en 1912, à la suite d'une publication de Cawadias, l'oscillométrie devint le moyen courant d'explorer la perméabilité artérielle des membres que des chirurgiens comme Guyot et Jeanneney, Balard employèrent et préconisèrent sans retard pour arrêter le niveau auquel il convient d'amputer dans les gangrènes. Ainsi semble-t-il qu'on puisse désormais sans regret couper haut, très haut, c'est-à-dire, très loin de la lésion, si le Moskowicz ou l'oscillomètre le veulent ainsi, qu'on puisse désarticuler le genou, au besoin amputer la cuisse pour une gangrène d'orteils si, comme il est hélas ! le plus habituel, l'indice oscillométrique est nul ou infime à la partie supérieure de la jambe, ou bien si l'hyperhémie après la bande marque dans sa descente un temps d'arrêt notable, au-dessous de genou.

Cette idée que l'exérèse doit nécessairement emporter toute la partie du membre dans laquelle se révèlent de graves lésions artérielles tend à devenir, pour certains chirurgiens, indiscutable. Elle les entraîne logiquement à des excès opératoires difficiles à imaginer et à approuver. Sans revenir aux exemples anciens que pourraient fournir Von Zaege Manteuffel, Riedel, etc., on peut en juger par un article récent d'Eisendrath et Bettman (1) dont voici une brève analyse : La « méthode idéale » pour fixer la place de l'amputation dans les gangrènes par artériosclérose est la mise à nu de l'artère fémorale, d'abord à la partie moyenne de la cuisse, puis de proche en proche jusqu'au point où l'artère redevient saine et bat nettement. C'est là alors qu'on lie le vaisseau et qu'on ampute. Les deux auteurs ont mis leur méthode en pratique chez un homme de cinquante-six ans qui présentait une plaque de gangrène intéressant la face dorsale du pied. Il fallut remonter jusqu'au ligament de Poupart pour percevoir les battements de la fémorale. L'amputation faite à la partie toute supérieure de la cuisse n'en fut pas moins suivie d'une mortification des lambeaux cutanés.

On voit quelles conséquences découlent de la pathogénie au moins implicitement admise au sujet du sphacèle secondaire. Pourtant que d'objections se présentent à l'encontre de cette pathogénie. Un des arguments que formulaient déjà contre l'amputation haute les partisans de l'exérèse économique a gardé toute sa valeur et repose sur des faits qui restent inexplicables si l'on persiste à admettre que le sphacèle des lambeaux n'a pas d'autre cause que l'endartérite. Reprenons cet argument : « Rien n'est plus faux, disait Quénu dans la communication précitée, que de déduire de l'absence de jet artériel une condamnation des lambeaux au sphacèle. » Il n'est pas rare, en effet, qu'une amputation pratiquée dans une zone si mal irriguée qu'aucune ligature n'est nécessaire, soit suivie d'une cicatrisation parfaite.

Dans un cas de gangrène du pied et d'une partie de la jambe, Lejars « amputa la cuisse au tiers inférieur : les lambeaux saignaient à peine et la fémorale était oblitérée. Malgré cela, la réunion se fit par première intention et l'opéré survécut cinq ans sans autre accident du même genre ». On pourrait multiplier les constatations analogues faites par divers chirurgiens dans les mêmes conditions.

(1) Dans une communication récente à l'Académie de médecine (séance du 14 décembre 1920) et qui a pour titre : « L'amputation de cuisse, d'emblée, dans les gangrènes spontanées du membre inférieur », Lejars accentue encore son opinion : « Si dans les formes limitées, sèches, les exérèses basses du pied et de la jambe m'ont donné aussi des succès, je crois de plus en plus qu'il y a lieu d'en restreindre l'emploi et que l'exérèse au-dessus du genou doit être tenue pour la pratique d'élection. »

(1) « The right level for amputation in arteriosclerotic gangrene. » *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 6 déc. 1919.

Par contre, l'amputation haute, à la limite des lésions artérielles, ne met pas sûrement à l'abri du sphacèle secondaire dont fut atteint, par exemple, le malade pourtant si largement opéré d'Eisendrath et Bettman.

Mais un autre fait qui n'a peut-être pas assez attiré l'attention, doit être mis en évidence. Voici un sujet atteint de gangrène sèche de l'avant-pied; la lésion n'est pas extensive, elle s'est limitée, le sillon d'élimination s'approfondit, le contraste est énorme entre les tissus morts et les tissus vivants que sépare ce sillon. Parce que le malade souffre ou que l'on veut hâter sa guérison, on désarticule le pied; c'est-à-dire qu'on tranche dans une partie du membre dont la vitalité est sans doute amoindrie mais qui vit cependant. Or, l'opération est suivie de sphacèle des lambeaux. Le régime circulatoire est devenu brusquement insuffisant là même où jusqu'avant le passage du bistouri, il avait suffi à assurer la nutrition des tissus. Il est clair que ce changement n'a pu être causé que par le traumatisme opératoire. Remarquons encore ceci : la mortification des lambeaux tend habituellement à se limiter d'elle-même, mais si l'on pratique une nouvelle et plus haute amputation, le phénomène peut fort bien se reproduire une deuxième et même une troisième fois. Le rôle que joue l'opération est donc essentiel. L'endartérite n'avait que diminué l'apport sanguin dans la région considérée, c'est l'opération qui le supprime, amenant la mort des éléments anatomiques.

Par suite, une pathogénie du sphacèle secondaire doit non seulement permettre de comprendre les cas négatifs qui sont les cicatrisations régulières, obtenues en pleine zone d'oblitération artérielle mais, dans les cas positifs, montrer comment agit le traumatisme opératoire.

Ce lien qui existe entre l'amputation et la mortification consécutive des lambeaux, peu d'auteurs ont essayé de le définir. Dans une clinique de mon Maître Delbet, une théorie mécanique est exposée en quelques lignes : « On comprend que des tissus suffisamment viables lorsqu'ils sont en place aient leur circulation assez troublée pour se sphacéler, lorsqu'on les courbe sur les os. » Cette théorie contient certainement une part de vérité et peut s'appliquer à quelques cas dans lesquels un lambeau unique et long s'est trouvé très infléchi. Mais elle ne saurait être généralisée. Il n'y a pas en effet de rapport constant ou habituel entre la forme, l'étendue et même l'apparition du sphacèle d'une part et la technique employée dans l'amputation d'autre part. Le sphacèle serait facilement évitable s'il suffisait de laisser les lambeaux étalés et libres. Surtout il ne devrait pas manquer dans les mauvais cas où l'on suture des lambeaux qui ne saignent pas sur une artère oblitérée.

Jeanneney dans sa thèse (Bordeaux, 1919) expose une théorie toute différente, basée sur des considérations anatomiques qui opposent symétriquement et un peu artificiellement aussi sans doute, les gangrènes par artérite et les gangrènes par gelure. Voici ce que dit l'auteur au sujet des premières : « C'est le tronc nourricier qui est atteint; l'ischémie porte sur tout le territoire irrigué par les branches nées au-dessous de la lésion; la partie gangrénée a donc une forme de coin ou de cône s'enfonçant dans la profondeur du membre et tandis que la peau paraît encore saine, les oscillations sont abolies et traduisent les minuscules pulsations des collatérales nées plus haut. Ce fait explique pourquoi l'amputation faite en tissu apparemment sain est souvent suivi de récidive; pourquoi au cours de cette amputation, les gros vaisseaux saignent moins que la périphérie... » La thèse de Jeanneney est par ailleurs excellente, mais sa conception anatomique de la gangrène sénile — c'est le type choisi dans le schéma joint au texte — et du sphacèle secondaire, me semble doublement erronée. Si la gangrène primitive était réellement cunéiforme, cette disposition ne pourrait qu'être favorable à l'amputation dans laquelle la section de l'os et des tissus profonds est faite beaucoup plus haut que celle des tissus superficiels. Or, ce sont justement ces tissus superficiels, c'est-à-dire les lambeaux et même souvent l'extrémité seule des lambeaux, qui se sphacèlent après l'opération. Mais, en outre, la gangrène primitive n'est presque jamais cunéiforme : quand on attend la séparation spontanée du mort et du vif, on peut constater que la zone d'élimination, si elle a quelque régularité, correspond sensiblement à un plan et non à un cône et, si elle est irrégulière, remonte souvent plus haut à la surface du membre que dans sa profondeur. Il n'est pas rare qu'on observe des lésions constituées uniquement par des plaques de gangrène peu épaisses, n'intéressant que les plans superficiels.

J'en arrive à la théorie — physiologique celle-ci et nouvelle, je crois, — qui m'a paru le mieux et le plus complètement élucider la genèse du sphacèle secondaire : l'extrémité du membre qu'on vient d'amputer se mortifie parce que, dans cette région, un spasme vasculaire déclanché par le traumatisme opératoire a subitement arrêté le courant sanguin déjà amoindri par les lésions artérielles. Quels arguments peut-on faire valoir en faveur de cette hypothèse?

Tout d'abord, on sait la place de plus en plus importante qu'occupe le spasme artériel dans la physio-pathologie des accidents de l'artério-sclérose. Un de ces accidents, la claudication intermittente, sera utilement rappelé ici. Charcot n'y voyait qu'une manifestation ischémique de l'endartérite. Il a fallu remplacer ou tout au moins compléter cette pathogénie par celle du spasme artériel que Bouley autrefois semble avoir soupçonnée, que Hunt a nettement indiquée, mais dont la preuve n'a été fournie que récemment, grâce à l'oscillométrie, par Heitz et par A. Thomas et Levy-Valensi. L'exemple de la claudication intermittente qui n'est souvent qu'un trouble prémonitoire de la gangrène, montre la part qu'on peut être amené à faire au spasme dans le mécanisme d'un phénomène ne relevant à première vue que de la lésion artérielle. Chez l'artério-scléreux, le sympathique vasculaire réagit sans doute avec une intensité anormale vis-à-vis de certaines excitations, et les effets de la réaction sont d'autant plus marqués qu'elle s'exerce sur des artères à débit déjà fortement réduit.

Il serait intéressant de pénétrer la cause intime des spasmes dont les considérations précédentes établissent seulement la fréquence dans certaines conditions. Celui de la claudication intermittente s'explique malaisément car il représente une véritable inversion du reflexe normal vasodilatateur que fait naître tout travail musculaire. Et l'on trouvera dans l'article d'A. Thomas et Levy-Valensi d'ingénieuses hypothèses pour vaincre cette difficulté pathogénique. Au contraire, le spasme du sphacèle secondaire ne comporte nul imprévu; ce n'est que l'amplification d'une réaction physiologique banale et connue depuis bien longtemps qui

est la mise en jeu de la contractilité artérielle sous l'effet du traumatisme — plaie ou contusion — atteignant le vaisseau. C'est ce phénomène qu'on a retrouvé pendant la guerre, sous une forme un peu singulière il est vrai, dans ce qu'on a appelé la stupeur ou l'inhibition artérielle traumatique et c'est lui encore qui intervient dans l'hémostase spontanée de certaines plaies artérielles. Cette contraction vasculaire habituellement assez limitée, n'a pas besoin de remonter haut pour ischémier le territoire des collatérales les plus proches. Puis, outre le spasme localisé que provoque directement le traumatisme, Babinski et Heitz signalent une vaso-constriction d'origine réflexe qui se rencontre parfois assez loin au-dessus de la blessure. Ainsi, l'amputation pratiquée pour gangrène apparaît-elle comme un traumatisme capable de provoquer le spasme des artères et artérioles sectionnées et d'arrêter le cours du sang au moins dans les tissus voisins de la section.

Mais pour que le sphacèle en résulte, il faut évidemment que le spasme ait une certaine durée. Et c'est un point qui peut être discuté, ne serait-ce que, sur le terrain de la terminologie. Le mot spasme évoque à juste titre l'idée d'une contraction intense et brève, bien qu'il soit souvent employé, particulièrement en pathologie viscérale, pour désigner des contractions persistantes, véritables contractures. Si je m'en suis servi à propos du sphacèle secondaire, c'est surtout pour des raisons d'analogie. Quel que soit le terme adopté, la longue durée des troubles vaso-moteurs en certains cas — et dans le sens de la constriction ou celui de la dilatation — est trop connue pour qu'il faille y insister. Je me contenterai de citer la maladie de Raynaud dans laquelle on ne peut nier la persistance de la vaso-constriction qui — seule ou associée à des lésions d'artérite, peu importe pour la présente démonstration — aboutit à la gangrène. Enfin il est probable que l'ischémie est beaucoup plus rapidement funeste à des tissus déjà mis en état d'instabilité vitale par une nutrition insuffisante.

Il reste à se demander comment cette pathogénie s'accorde avec les faits négatifs, ceux où le sphacèle pour ainsi dire attendu ne se produit pas. L'inconstance de l'accident paraîtra, je pense, assez simple et naturelle si l'on veut bien considérer que la vaso-constriction est avant tout un trouble fonctionnel, par suite contingent et variable dans certaines limites, qui peut, sinon manquer, du moins être faible ou fugace; si l'on veut bien de plus se souvenir que le sympathique vasculaire présente, selon les individus, des différences de sensibilité très nette ainsi que l'ont constaté Leriche opératoirement, Roussy, Boisseau et d'Œlnitz à l'aide de l'oscillomètre et que ces différences existent chez les artério-scléreux eux-mêmes très inégalement affectés d'accidents vaso-moteurs.

De la théorie vaso-motrice du sphacèle secondaire une indication thérapeutique se déduit qui est l'emploi de tous moyens propres à prévenir la vaso-constriction et à déterminer dans la mesure du possible une réaction inverse vaso-dilatatrice. S'il est vraiment possible d'agir ainsi, le bénéfice sera considérable car, la menace du sphacèle secondaire étant écartée, l'amputation basse reprend tous ses droits et tous ses avantages. Parmi les procédés déjà en usage dans le traitement de la gangrène, il en est un, l'air chaud, qui possède à un certain degré la qualité requise et son efficacité relative peut encore servir d'argument pour la théorie physiologique du sphacèle. Mais nous disposons actuellement d'un procédé opératoire capable d'intervenir dans le sens voulu d'une façon beaucoup plus énergique et plus sûre, c'est la sympathectomie péri-artérielle de Jaboulay-Leriche. Bien que cette opération comporte dans ses effets une courte phase initiale de vaso-constriction, la vaso-dilatation intense et prolongée qui suit doit pouvoir empêcher ou arrêter le spasme déclanché par l'amputation.

Ce sont ces raisonnements qui m'ont conduit à pratiquer la sympathectomie dans deux cas de gangrène sénile avec les résultats intéressants que je commente ici. On trouvera à la fin de cet article les observations détaillées.

Dans un cas, la sympathectomie au niveau de la poplitée a suivi immédiatement une amputation basse de jambe pour gangrène du pied. Dans l'autre la sympathectomie a précédé de longtemps toute autre opération portant sur l'extrémité gangrénée et je l'ai faite ainsi pour voir si la résection du sympathique artériel pouvait, en améliorant le régime circulatoire, prévenir l'extension de la gangrène. Chez les deux malades les choses se sont passées comme je le souhaitais. Mais dans quelle mesure est-on en droit d'attribuer à la sympathectomie le mérite de ces résultats?

Au sujet du premier cas voici ce qu'on peut dire : la gangrène d'abord limitée aux quatre derniers orteils et à la région métatarsienne correspondante paraissait devoir s'étendre à tout le pied qui se cyanosait. L'indice oscillométrique était nul et par conséquent l'oblitération des troncs artériels complète, à la partie inférieure de la jambe. Pour amputer dans une région sûrement bien irriguée, il eût fallu au moins amputer la jambe au lieu d'élection et même plutôt, étant donné la faiblesse relative de l'Io à ce niveau, désarticuler le genou. L'opération a montré l'exactitude des renseignements fournis par l'oscillométrie. Amputant la jambe à l'union des trois quarts supérieurs et du quart inférieur, j'ai trouvé les artères tibiales antérieure et postérieure pratiquement supprimées au point de vue fonctionnel. L'une saignait goutte à goutte et l'autre n'a donné quelques gouttes de sang qu'au moment de la section. J'ajoute que j'ai complètement suturé les lambeaux, par suite légèrement infléchis sur les extrémités osseuses. Ainsi se trouvaient réunies les circonstances les plus propices à l'apparition du sphacèle secondaire. Cependant il n'y en a pas eu, car je ne pense pas qu'on considère comme tel la mortification d'un liséré cutané de quelques millimètres qui n'a même pas amené la désunion de la plaie ni sensiblement retardé la cicatrisation. Bref si une pareille observation ne constitue pas une preuve absolue — et il ne saurait y en avoir — de l'efficacité de la sympathectomie contre le sphacèle secondaire, du moins apporte-t-elle des éléments d'information très favorables à ma thèse et montre-t-elle à l'évidence que les renseignements fournis par l'oscillométrie, si exacts qu'ils soient, sur les limites de la lésion artérielle ne sauraient avoir la valeur d'un commandement au sujet du lieu de l'amputation.

Le cas du second malade est peut-être plus démonstratif encore pour les raisons suivantes : ici aussi il s'agissait d'une gangrène d'orteils avec troubles circulatoires, cyanose et œdème, du pied faisant craindre une extension de la gangrène. Mais les lésions artérielles étaient beaucoup plus éten-

dues; l'indice oscillométrique nul dans toute la jambe était encore très insuffisant à la partie inférieure de la cuisse. Je fis la sympathectomie de la fémorale à sa partie moyenne sans amputer. Dans les jours suivants, les troubles circulatoires du pied diminuèrent, la gangrène resta limitée et je pus secondairement, après avoir détaché les parties mortifiées faire sur l'extrémité du moignon de petites opérations plastiques qui non seulement ne causèrent pas d'accident mais donnèrent finalement un bon résultat quoique lentement acquis. La perte de substance fut ainsi réduite au minimum, alors que, acceptant les idées en cours sur les indications chirurgicales tirées de l'oscillométrie, j'aurais dû pratiquer d'emblée une amputation haute de cuisse.

Il faut noter qu'actuellement — août 1921, soit vingt mois environ après l'opération — les deux malades sont en excellent état et n'ont montré jusqu'à présent ni l'un ni l'autre, aucun trouble pouvant faire redouter une récidive.

Enfin les deux observations mettent encore en évidence un fait de grand intérêt qui est la disparition définitive des douleurs suivant de près la résection du sympathique. C'est là un effet de l'opération que je n'avais pas prévu mais qui m'a vivement frappé. Chez le malade qui a subi simultanément amputation et sympathectomie, l'amputation seule aurait peut-être supprimé la douleur, mais la sympathectomie pure a agi aussi heureusement sur le deuxième malade (1). Malgré les beaux travaux de Quénu, nous ne connaissons pas encore parfaitement sans doute la cause des douleurs que présentent de façon d'ailleurs fort irrégulière les malades atteints de gangrène. Le sympathique joue là un rôle difficile à préciser dès maintenant, mais dont l'importance probable doit retenir l'attention et s'ajoute aux autres raisons, précédemment examinées, qu'il y a de réséquer le sympathique péri-artériel des gangréneux.

Observation I. — G..., soixante-trois ans, autrefois chapelier, puis garçon de bureau, est entré à l'hospice Paul Brousse en décembre 1913.

Sa santé bonne jusqu'en 1909 s'est alors altérée à la suite d'une chute, paraît-il. Au moment de son entrée, il présentait les signes d'une maladie de Paget : déformation et hyperostose du squelette des membres inférieurs, surtout des tibias; cyphose; déformation thoracique avec épaississement des côtes ; déformation cranienne et prognathisme; céphalée continuelle; diminution de l'acuité visuelle; bruits subjectifs du côté de l'oreille gauche. Réflexes normaux. Pas de troubles cardiaques, pulmonaires ni rénaux.

Le malade a eu un ictus le 5 avril 1919. Hémiplégie gauche atteignant la face et les membres, mais à prédominance brachiale. Amélioration rapide. Dès le lendemain, les mouvements sont redevenus possibles, quoique diminués d'amplitude et pénibles. Pas de troubles de la sensibilité superficielle ou profonde. Dysarthrie. Pas de troubles psychiques. Les troubles résultant de l'ictus disparaissent progressivement. Le Wassermann est négatif.

Le 25 octobre 1919, le malade est envoyé de l'infirmerie médicale en chirurgie pour une gangrène du pied droit. Il s'agit d'une gangrène sèche du type sénile qui porte sur les quatre derniers orteils et la face dorsale du pied dans une étendue correspondant transversalement aux quatre derniers orteils et d'avant en arrière à toute la région métatarsienne, un examen sphygmo-manométrique, il y a près de deux ans, le 14 janvier 1918, avait donné, paraît-il : Avant-bras droit Mx 18, Mn 8, Io 4. — Jambe droite Mx 30, Mn 10, Io 8. — Jambe gauche Mx 28, Mn 10, Io 9.

Le 1er novembre 1919, l'exploration artérielle du membre inférieur droit avec l'oscillomètre de Pachon fournit les résultats suivants : tiers inférieur de la cuisse : oscillations perçues entre 30 et 1, Mx 17, Mn 8, Io 22. — Tiers supérieur de la jambe : oscillations entre 23 et 1, Mx 16, Mn10, Io 2,5. — Tiers inférieur de la jambe : oscillations nulles (1).

Le malade est mis en observation pendant quelques jours. On panse avec un mélange de formol et d'eau oxygénée la gangrène qui paraît devoir se limiter. Cependant, le 10 novembre, on remarque que la plante jusqu'à la partie postérieure du talon se cyanose par plaques ; d'autre part, du côté dorsal, la zone sphacélée est entourée d'un halo violacé, large de deux doigts environ ; enfin, le malade souffre, ses douleurs spontanées sont exagérées par un contact léger, comme celui des draps, aussi bien que par une pression profonde, elles présentent leur maximum au niveau du pied, mais existent aussi au mollet et à la cuisse.

Une exérèse paraît dès maintenant indiquée et quoique l'Io soit nul à la partie inférieure de la jambe, c'est une amputation économique qui est pratiquée. L'opération a lieu le 12 novembre sous anesthésie à l'éther, bien entendu sans hémostase préventive, L'amputation à deux lambeaux, un grand postérieur, est faite à l'union des trois quarts supérieurs et du quart inférieur de la jambe. L'artère tibiale antérieure très mince, irrégulière, blanchâtre, avec une paroi épaisse et dure par places, ne saigne pas, il n'en sort quelques gouttes qu'au moment de la section. La tibiale postérieure, qui a les mêmes caractères que la précédente, saigne goutte à goutte. Le suintement des tranches musculaires est très modéré. Fermeture en deux plans musculaire et cutané sur un drain transversal.

Pour essayer d'éviter le sphacèle secondaire, que l'insuffisance circulatoire au niveau de l'amputation rend probable, je pratique, séance tenante, une sympathectomie du réseau périartériel de la poplitée, afin de provoquer une vaso-dilatation périphérique. La poplitée découverte a une apparence et des battements normaux. La gaine est dissociée et dilacérée plutôt que réséquée dans l'étendue de 3 centimètres. Aucune contraction du vaisseau ne s'ensuit visiblement.

Le 12 novembre, à six heures du soir, soit sept heures environ après l'opération, l'examen oscillométrique au tiers supérieur de la jambe droite donne : oscillations perçues de 21 à 7, Mx 17, Mn 10, Io 3,5.

Le 14 novembre, la plaie a très bonne apparence, sauf en un point entre deux agrafes où existe un liseré violacé de quelques millimètres. Pansement à l'alcool.

Le 17 novembre, sur les deux lèvres de la plaie, liseré violacé discontinu dont la largeur ne dépasse pas 5 millimètres, et qui n'a nullement empêché la réunion des tissus sous-jacents. Le moignon est légèrement rouge, surtout en avant, dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt ; on enlève les agrafes.

La cicatrisation se complète rapidement malgré l'élimination de quelques parcelles cutanées. A aucun moment, il n'y a eu de désunion.

Après l'opération, les douleurs ont totalement et définitivement disparu.

Oscillométrie le 8 décembre, tiers supérieur de la jambe : oscillations perçues de 20 à 1, Mx 16, Mn 9, Io 5,5.

Le malade pourvu d'une jambe artificielle s'est remis à marcher. Actuellement, août 1921, son état reste aussi bon que possible.

Obs. II. — B..., soixante-sept ans, marchand de poissons, entré à l'hospice P. Brousse le 18 octobre 1919 est envoyé dans le service de chirurgie le 19 novembre suivant pour une gangrène du pied.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires.

(1) A la séance de la Société de chirurgie du 20 août 1921, Leriche a fait une très intéressante communication sur « Le traitement par la sympathectomie périartérielle de la douleur prémonitoire de la gangrène dans l'endartérite chronique oblitérante. »

(1) Les examens oscillométriques de ce malade et du suivant ont été faits par le même observateur L. Cornil. Les courbes qu'il a tracées ne figurent pas ici faute de place, mais paraîtront dans la thèse de mon interne Dariau consacrée à l'étude du sphacèle secondaire.

Il a eu la rougeole enfant, une blennorragie à dix-huit ans, la fièvre typhoïde et la grippe vers la trente-deuxième année.

Il nie l'alcoolisme et la syphilis ; pourtant il buvait quotidiennement deux litres de vin et plusieurs apéritifs ; d'autre part, la réaction de Wassermann est faiblement, mais nettement positive.

La maladie actuelle aurait, pour origine, un traumatisme qui remonte à douze ans : un poids de 20 kilogrammes tombant sur son gros orteil gauche y détermina alors une contusion assez sérieuse avec hématome. Sept ans plus tard, des douleurs apparaissent dans l'orteil blessé et s'accompagnent d'engourdissement de la jambe survenant au cours de la marche et cessant par le repos — phénomène de claudication intermittente probable. — Une vie assez active reste cependant possible jusqu'en juin 1919. Le gros orteil gauche est alors le siège d'un abcès qui est ouvert par un médecin. Mais, dès le lendemain de cette petite opération, tout le gros orteil est devenu noir. Le sphacèle s'étend progressivement et d'autres orteils sont atteints.

Au moment où j'observe le malade, la gangrène occupe le 1er, le 4e et le 5e orteil, ainsi que des parties de l'avant-pied attenant à ces orteils. Elle n'a pas, paraît-il, sensiblement progressé depuis un mois. La jambe est fléchie sur la cuisse à angle droit par suite d'une contracture ou plutôt d'une rétraction des fléchisseurs qui semble être de nature antalgique. Cette flexion a débuté au moment de l'abcès en juin 1919. Il existe des douleurs permanentes et très vives à forme de brûlure au niveau du pied et de la jambe. Ces douleurs spontanées sont exagérées par le plus léger contact et par la chaleur. Les deux membres inférieurs sont atrophiés, le gauche plus que le droit. A gauche, l'atrophie semble prédominer au niveau du quadriceps. Les réflexes sont plus faibles à gauche qu'à droite. La sensibilité est normale. Ni d'un côté, ni de l'autre on ne peut sentir les battements des troncs artériels, sauf ceux de la fémorale à la base du triangle de Scarpa. Un examen oscillométrique pratiqué en médecine le 31 octobre, a donné : jambe gauche, tiers supérieur : pas d'oscillations. — Cuisse gauche, tiers inférieur : oscillations de 11 à 2, Io 1. — Jambe droite, tiers supérieur : oscillations de 25 à 1, Io 5.

En outre, le malade est atteint d'ichthyose généralisée ; il a une double hernie inguinale et un tremblement étylique des doigts. Les urines sont normales, qualitativement et quantitativement.

Quoique la gangrène soit sèche, sans phénomènes très apparents d'infection locale ni générale, il existe des troubles circulatoires inquiétants, cyanose et œdème du pied jusqu'au talon. Et malgré un sillon d'élimination bien marqué par places, la gangrène semble destinée à s'étendre. Pour prévenir, s'il se peut, cette extension, je décide de pratiquer immédiatement — 19 novembre — et avant toute exérèse, une sympathectomie de la fémorale.

L'artère est mise à nu à la pointe du triangle de Scarpa. Elle est de volume normal, mais blanche, dure, analogue à un nerf, d'ailleurs enlacée d'un réseau très important d'artérioles et de veinules. Elle ne présente aucun battement perceptible à la vue ou au palper ; cependant, elle s'aplatit légèrement quand on la soulève. La gaine disséquée un peu péniblement est réséquée dans l'étendue de 3 centimètres environ. Une artériole ayant été arrachée à son émergence du vaisseau donne un petit jet de sang animé de pulsations.

Oscillométrie, une demi-heure après l'opération : tiers supérieur de la jambe : oscillations nulles. — Tiers inférieur de la cuisse : oscillations de 15 à 3, Io, 1,1.

Cinq heures environ après l'opération : tiers inférieur de la cuisse : oscillations de 13 à 2, Io 1,4.

L'état local s'améliore lentement, mais nettement, à la suite de la sympathectomie. Les troubles circulatoires regressent sinon au niveau des orteils encore indemnes de gangrène, du moins au niveau du pied lui-même et les douleurs qu'aucune thérapeutique médicale n'avait pu atténuer, disparaissent totalement.

Oscillométrie le 8 décembre : Tiers supérieur de la jambe : quelques oscillations ébauchées. — Tiers inférieur de la cuisse : oscillations de 14 à 1, Io 1,5.

Le 9 janvier 1920, toute menace d'extension de la gangrène a disparu. Les parties mortes se sont bien desséchées et se séparent de plus en plus des tissus sains. Cependant, elles tardent à se détacher et, malgré les pansements restent très malodorantes. Un léger œdème persiste. Je procède à l'ablation de ces parties mortes qui comprennent les deux premiers orteils avec les têtes métatarsiennes correspondantes, le 4e orteil en totalité et la moitié du 5e. Ablation très facile sans aucune anesthésie. Le 3e orteil subsiste seul ; encore porte-t-il sur son côté interne une petite plaque de sphacèle de 1 centimètre de diamètre.

Le 21 mai, il n'y a plus qu'une plaie terminale interne, grande comme une pièce de 2 francs, mais dont la cicatrisation ne fait plus aucun progrès. Pour recouvrir cette plaie, j'utilise, sous anesthésie locale, l'enveloppe cutanée du seul orteil restant, le 3e. Il a fallu, pour nettoyer et préparer la plaie, l'agrandir. Je n'arrive pas à la fermer tout à fait, malgré la résection d'un segment du 1er métatarsien.

Le lambeau autoplastique s'est sphacélé au niveau de sa pointe. Mais il reste bien vivant et adhérent dans les parties correspondant aux deux premières phalanges de l'orteil dont il est fait et son utilisation a été, en somme, heureuse.

Cependant, une petite plaie subsiste indéfiniment. Une greffe d'Ollier-Thiersch appliquée le 23 juillet 1920, me fait gagner encore quelques millimètres. Puis, la plaie se recouvre d'une croûte épidermique épaisse, sous laquelle, très lentement se fait la cicatrisation.

Actuellement, août 1921, le moignon est régulier, la cicatrice est bonne, les douleurs n'ont jamais reparu.

SUR LA POSSIBILITÉ DE FAIRE CESSER

L'ÉTAT DE MAL JACKSONIEN

PAR UNE PONCTION LOMBAIRE OU PAR UNE INJECTION INTRAVEINEUSE D'EAU DISTILLÉE

Par RENÉ LERICHE (de Lyon).

Dans une récente communication à la Société de chirurgie (1) qui a suscité un grand nombre d'oppositions, j'ai développé cette idée que l'état de mal chez les jacksonniens était un état dont il fallait s'efforcer de faire sortir les malades avant de les opérer; il me paraissait que l'on pouvait vraisemblablement y parvenir en suivant les indications de la ponction lombaire et de la mesure de la tension liquidienne au manomètre. Pour cela, je proposais, dans le cas d'hypertension d'évacuer du liquide jusqu'à ce que la pression soit redevenue normale, et dans le cas d'hypotension de relever la tension en injectant du sérum sous la peau (2).

Je puis aujourd'hui apporter deux faits qui montrent la justesse de cette suggestion.

Dans un premier qui m'a été communiqué par mon ami Pierre Convert, chirurgien à Bourg, deux ponctions lombaires ont suffi pour tirer d'un état de mal avec hypertension un blessé du crâne jusque-là indemne de tout accident.

Dans le second, que mon ami Gravier m'a donné l'occasion d'observer dans son service, nous avons pu tous deux par une injection intraveineuse d'eau distillée faire cesser en moins de 30 minutes les crises d'une malade qui était depuis quatre heures en état de mal.

(1) R. LERICHE. Faut-il opérer les jacksonniens en état de mal ? *Soc. de chir.*, séance du 24 nov. 1920.

(2) Pour le détail de ces questions, voir in *Lyon chir.*, n° 4, juillet 1921 : LERICHE et WERTHEIMER. Sur la possibilité de faire apparaître ou disparaître les crises dans l'épilepsie jacksonnienne traumatique en modifiant par voie circulatoire la pression du liquide céphalo-rachidien.

Voici les observations :

1° Cessation d'un état de mal avec hypertension sous l'effet de la ponction lombaire (1).

G. L..., blessé en novembre 1918, par balle dans la région frontale droite a été opéré, a guéri simplement en deux mois et a été réformé avec 30 p. 100 en 1919.

Il n'a eu depuis aucun malaise, sauf un peu de céphalée.

Le 5 juin 1920, il est amené à la clinique de M. Convert à Bourg en état de mal, depuis 24 heures.

Deux jours auparavant, il s'est alité avec une violente céphalée puis brusquement les crises se sont montrées de façon subintrante sans que le malade reprenne connaissance dans l'intervalle.

A l'entrée, Convert note que les crises paraissent débuter au membre supérieur gauche, par une flexion des doigts dans la paume de la main. Elles se généralisent rapidement à tout le côté.

Il y a morsure de la langue et émission d'urine.

L'examen révèle au centre d'une cicatrice de réunion sa première intention, une perte de substance osseuse ovalaire de 3 centimètres sur 2. Cette cicatrice n'est pas dépressible; elle ne bat pas.

Il y a de la raideur de la nuque, du Kernig; un réflexe plantaire en flexion à gauche, en extension à droite.

Le pouls est à 88.

La température de 39°2.

Le 6 juin : ponction lombaire, le liquide coule limpide.

L'examen cytologique fait par le Dr Duby donne 30 éléments environ par millimètre cube, presque tous polynucléaires très altérés; il n'y a que de très rares lymphocytes et quelques globules rouges.

Hyperalbuminose moyenne.

Pas de microbes.

Le 7 juin, l'état s'étant peu modifié, nouvelle ponction.

Le 8 juin, le malade se calme, les crises s'espacent régulièrement; le malade commence à répondre aux questions.

La température tombe.

L'examen radiographique ne montre rien d'intéressant.

Dès lors amélioration progressive.

Le 25 juin, il quitte la clinique guéri, se sentant revenu à son état antérieur, n'ayant plus de céphalée sauf au gros soleil.

Deux mois plus tard, le malade est revu, n'ayant pas repris de crises.

Fin juillet 1921, il n'en a toujours pas repris, soit 13 mois plus tard.

2° Cessation d'un état de mal avec hypotension sous l'effet d'une injection intraveineuse d'eau distillée.

L. A..., âgée de cinquante-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 16 août 1921, dans le service de M. Cade, suppléé par M. Gravier, pour des malaises digestifs assez mal précisés, ayant un peu l'allure migraineuse. A l'examen somatique complet, M Gravier ne trouve rien d'organique. Au point de vue nerveux, l'examen resté négatif, est très complet, la malade racontant qu'elle aurait eu, trois mois auparavant, une paralysie passagère du bras gauche, ayant débuté brusquement, ayant duré quelques heures et ayant disparu sans laisser de traces.

Six jours après l'entrée et l'examen de M. Gravier, à sept heures et quart du matin, après quelques contractions spasmodiques des deux paupières et de la face, brusquement, apparaissent des secousses convulsives débutant par le membre supérieur gauche et se généralisant rapidement à tout le côté correspondant.

Bientôt la malade est en état de mal : les crises se succèdent sans laisser le temps à une reprise. Leur description sera rapportée ultérieuremsnt.

A dix heures quarante-cinq environ, M. Gravier me montre la malade. Nous faisons immédiatement une ponction lombaire ; la mensuration de la pression est difficile, peut-être y a-t-il 20 en position assise, mais l'état des crises, un mauvais ajustage de l'aiguille et du manomètre ne permet pas d'être sûr du chiffre. Toujours est-il qu'on ne peut obtenir que quelques gouttes de liquide pour l'examen cytologique : ces gouttes bavent sans pression, l'hypotension est manifeste.

Nous décidons, comme unique traitement, d'essayer de relever la tension par une injection intraveineuse de 40 centimètres cubes d'eau distillée, suivie à quinze minutes d'une injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum isotonique.

L'injection intraveineuse est faite vers onze heures, l'autre vers onze heures et quart; entre onze heures quinze et onze heures trente, les crises cessent ; cinq minutes plus tard, il se produit une petite crise de deux à trois minutes, puis plus rien.

L'après-midi, la malade lasse, se plaint de souffrir du bras et de la jambe, mais elle a sa pleine connaissance et ne présente plus le moindre mouvement convulsif. Il persiste, par contre, une parésie marquée du membre inférieur.

Dès le lendemain, amélioration progressive, si bien qu'une dizaine de jours après, la malade quitte l'hôpital, n'ayant pas eu de nouvelle crise.

L'examen cytologique du liquide n'a montré aucun élément cellulaire anormal. La réaction de Wassermann y est négative. Le fond de l'œil est normal.

Il s'agit vraisemblablement d'une tumeur au début ou d'une gomme.

Conclusion. — Ces deux observations se passent de commentaires.

Elles montrent :

1° Que l'état de mal, dont nous ignorons complètement la cause et le mécanisme, correspond à deux états inverses du liquide céphalo-rachidien, hypo- et hypertension, marquant tous deux une rupture d'équilibre.

2° Qu'en ramenant la tension du liquide céphalo-rachidien au voisinage de l'état normal, on fait cesser l'état de mal. Pour cela, je pense que l'injection intraveineuse de solution hypotonique hypertensive (1) ou hypertonique hypotensive (2) suivant le cas, est le procédé actuellement le meilleur.

3° Que l'état de mal ne doit pas être considéré comme indiquant une opération de toute urgence. Il paraît préférable d'opérer les jacksonniens à froid dans les meilleures conditions physiologiques et techniques possibles. Et c'est possible.

(1) Je n'ai pas l'illusion de croire que c'est là un fait nouveau : dans la communication plus haut citée, j'ai cité des auteurs partisans de la ponction dans l'état de mal comitial. Mais comme à la Société de chirurgie on a généralement paru croire que seule l'intervention chirurgicale pouvait sauver ces malades d'une mort imminente, j'ai cru devoir rapporter cette observation.

(1) 40 centimètres cubes d'eau distillée.

(2) 60 centimètres cubes d'une solution de chlorure de sodium à 30 p. 100.

ACTUALITÉS

LA FLOCULATION DANS LES MALADIES

Puisque toutes les matières vivantes sont des colloïdes, l'état physique particulier, désigné sous le nom d'état colloïdal, doit jouer un rôle fondamental dans les phénomènes de la vie et, par suite, dans la maladie et la mort. Malgré l'évidence, depuis Graham, de cette notion, ce n'est que dans ces dernières années qu'ont été commencées des recherches précises sur l'action biologique des colloïdes. Jusqu'alors, on ramenait tout à des réactions chimiques dont les diastases, alexines, sensibilisatrices, lysines, agglutinines, apotoxines, etc., rappellent encore le souvenir. Dans un livre qui vient de paraître (1), M. A. Lumière a condensé le résultat des

(1) *Rôle des colloïdes chez les êtres vivants* (Paris, Masson 1921).

travaux antérieurs (1) et de ses propres travaux sur cette importante question, et en a déduit d'intéressantes hypothèses. Je me propose de les indiquer aussi brièvement que possible.

*
* *

Auparavant, il convient de rappeler et d'expliquer la définition des colloïdes. Tout colloïde est formé de micelles en suspension dans un liquide. Ces micelles sont constituées par un granule ou grain (groupe de molécules d'un corps insoluble dans le véhicule), entouré d'une couche d'un corps soluble dans le liquide, mais retenu par adsorption à la surface du grain. Ce corps adsorbé, longtemps considéré comme une simple impureté que la dialyse est incapable de séparer complètement du grain sans détruire le colloïde et dont la quantité, sous le rapport pondéral, est presque infime relativement à celle de la matière adsorbante, est cependant la partie *active* de la micelle, car c'est elle seule qui intervient dans les réactions. En outre, le grain a une charge électrique inverse de celle de la couche périgranulaire, et enfin les micelles sont animées d'un mouvement brownien, irrégulier, dont l'activité est proportionnelle à l'énergie moléculaire et inversement proportionnelle à la viscosité et à la grosseur des grains (PERRIN). Il s'ensuit que, plus les grains sont petits, plus la surface de contact est grande et plus, en fin de compte, les réactions sont intenses.

La suspension colloïdale est, par définition, stable, mais en réalité, abandonnée à elle-même ou soumise à la dialyse prolongée, elle subit lentement une modification. Sous l'influence de cette dialyse, qui élimine peu à peu le corps adsorbé (l'impureté), on voit la grosseur des micelles augmenter (maturation) en même temps que change la composition du liquide intermicellaire et que diminue la viscosité et le mouvement brownien. Peu à peu, par suite de la perte de la charge électrique de la couche périphérique qui maintenait la dispersion micellaire, la cohésion entre en jeu, les granules s'agglomèrent, s'immobilisent et précipitent; c'est la *floculation*, ou la *coagulation* quand les grains se prennent en masse emprisonnant dans leurs mailles le liquide intermicellaire : le colloïde est détruit; il a perdu son état et ses propriétés physiques pour redevenir un corps chimique ordinaire.

*
* *

C'est de la connaissance de la maturation (ou mûrissement) et de la floculation que M. A. LUMIÈRE a cherché à tirer une explication de la maladie, car les réactions normales et morbides des organismes se passent entre colloïdes et doivent nécessairement obéir aux lois qui régissent ceux-ci. Or, les colloïdes se détruisent par floculation; on peut donc admettre que les phénomènes pathologiques sont déterminés par une floculation, parfois locale, ou retentissant sur le fonctionnement d'ensemble et déterminant la mort quand elle se généralise et atteint des organes essentiels.

L'expérience tend, de mieux en mieux, à confirmer cette opinion. Aussi bien dans les maladies infectieuses que dans l'anaphylaxie, il y a floculation, de laquelle dépendent les accidents constatés. Mais cette floculation peut ne pas porter sur tous les colloïdes, dont il existe un très grand nombre dans le corps des animaux et de l'homme. Les uns constituent le milieu dans lequel baignent les cellules, et ce milieu est à peu près en tous les points composé d'un mélange des mêmes colloïdes synergiques; les autres diffèrent suivant les tissus et forment le contenu de chaque cellule, séparé du milieu intérieur par une condensation de la périphérie qui représente une membrane semi-perméable. Supposons qu'on introduise dans la circulation une substance floculante pour un ou plusieurs des colloïdes du sang; il va se produire une floculation qui, entraînée rapidement par le torrent circulatoire, déterminera l'oblitération de certains capillaires et par là un syndrome toujours semblable à lui-même, choc peptonique, choc des métaux colloïdaux, des venins, choc des injections intraveineuses de cristalloïdes ou même de substances inertes, bref hémoclasie. Comme les chirurgiens l'ont constaté, un traumatisme, dilacérant et écrasant les cellules, mettant ainsi en contact avec le sang des colloïdes cytoplasmiques qui ne sont pas normalement destinés à se mélanger à lui, détermine également le phénomène du choc. Toutefois, il peut se faire que la substance floculante ne produise tout d'abord qu'une simple maturation, c'est-à-dire le grossissement progressif des micelles, qui deviennent par suite de moins en moins stables, jusqu'à ce que l'adjonction suffisante de la substance détermine la floculation : c'est la période d'incubation des infections et de sensibilisation de l'anaphylaxie, suivie des accidents aigus, représentés par l'acmé des infections ou le choc anaphylactique. La différence de durée entre ces deux crises paraît tenir à la nature de la matière floculante, plus éloignée de nos propres colloïdes avec les toxines bactériennes qu'avec les colloïdes du sérum, de l'œuf, etc. Enfin, quand interviennent à titre d'agents de maturation et de floculation, soit des substances alimentaires mal élaborées, soit une altération du foie et des sécrétions endocrines, soit une modification de la réaction humorale augmentant ou diminuant trop la dispersion micellaire, on a la maladie chronique, avec ses crises et ses rémissions qui répondent, les premières à la floculation aiguë, et les secondes à la période de résorption momentanée des floculats par les leucocytes, enfin avec ses localisations viscérales, nerveuses, articulaires, cutanées, qui désignent l'espèce des colloïdes floculés. On voit combien la conception de la goutte de GUELPA, que j'ai exposée dans un précédent article (1) est en accord avec la théorie de M. A. LUMIÈRE, laquelle, à son tour, rend compte de la diminution de solubilité de l'acide urique des goutteux, qui se dépose dans les tissus sensibilisés et y transforme peu à peu les colloïdes en concrétions minéralisées.

*
* *

Cohérente et séduisante, riche de conséquences, la théorie de M. A. LUMIÈRE apparaît cependant un peu hâtive et soulève d'ailleurs quelques objections. Pour ne pas allonger cet article, je me bornerai à en signaler deux.

Le rôle de la floculation n'est pas admis par tout

(2) Il est regrettable que M. A. Lumière n'ait pas cité Félix Le Dantec, qui, le premier, a montré que les phénomènes de la vie se passent à l'échelle granulaire ou molaire alors que les phénomènes chimiques s'accomplissent à l'échelle moléculaire.

(1) J. LAUMONIER. Nouvelle conception de la goutte, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 65, p. 1036.

le monde. M. Arthus le nie absolument dans la séro-anaphylaxie; M. A. Lumière reconnaît lui-même qu'il ne peut pas toujours être rendu évident. Dans les maladies chroniques, en particulier, l'examen ultramicroscopique ne permet d'ordinaire de distinguer ni la maturation, ni la floculation. Or, toute la théorie est fondée sur la constance et l'obligation de la floculation, puisque l'auteur conclut que « la floculation détermine la maladie et la mort ».

En second lieu, attribuer tous les accidents pathologiques à l'oblitération primitive des capillaires semble une simplification pathogénique excessive. Si l'état colloïdal est un état physique, cependant les réactions qui se passent entre certains éléments du milieu intermicellaire et la couche périgranulaire sont finalement d'ordre purement chimique et l'on peut, en conséquence, très bien concevoir une action toxique telle que le grain lui-même soit attaqué et rendu soluble, sans floculation vraie. C'est là l'origine, en partie, des phénomènes de lyse et du pouvoir chimiothérapique des colloïdes minéraux en particulier, que j'ai été le premier, je crois, à signaler (1).

Quoi qu'il en soit de ces critiques, elles ne diminuent pas le mérite fondamental, la portée biologique et pathologique de l'hypothèse que propose M. A. Lumière. Mais il appartient à l'auteur, qui a dressé un plan des expériences qu'il convient d'instituer pour en vérifier la valeur, de persévérer dans cette entreprise, car elle ne peut manquer, quelle qu'en soit l'issue, d'exercer la plus féconde influence sur l'évolution des sciences de la vie.

J. LAUMONIER.

CONGRÈS

IIe CONGRÈS PROFESSIONNEL DE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES DES HOPITAUX CIVILS DE FRANCE (Strasbourg, 3, 4, 5 octobre 1921, salle Faculté des lettres, à 17 h. 30. — *Ordre du jour*. — 1. Compte rendu du bureau : Président, secrétaire général, trésorier.

2. Nouveaux statuts hospitaliers : Délibération du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; délibérations administratives.
3. L'hôpital gratuit aux indigents : Majoration des indemnités pour ces services.
4. Honoraires des malades aisés et petits payants admis dans les hôpitaux.
5. Les accidents du travail ; Décision définitive pour règlement d'honoraires.
6. Pensionnés de la guerre.
7. Assurance. Invalidité. Maladie. Loi Grinda.
8. Médecins des hôpitaux dans les Commissions administratives.
9. Assurances du Corps médical des hôpitaux : Rapporteur : prof. Rocher (de Bordeaux).
10. Élection du Conseil annuel.

Les convocateurs, membres du Conseil de l'Association, élus au 1er Congrès de Paris, octobre 1920 : Président : Dr H. Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, professeur à l'Ecole de médecine ; vice-présidents : Drs M. Savariaud, chirurgien des hôpitaux de Paris et Le Nouene, chirurgien des hôpitaux du Havre; trésorier : Dr M. Patel, chirurgien des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine; secrétaire général : Dr L. Rocher, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine; conseiller médico-juridique : Dr Paul Boudin (de Paris), docteur en droit, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Nommés ou non au concours, les médecins et chirurgiens des hôpitaux peuvent assister au Congrès, de même les universitaires tenant des services de clinique dans les hôpitaux.

COURS ET CONFÉRENCES

CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (M. le prof. Marfan.) — Le Dr H. Dorlencourt, chef de laboratoire, commencera le lundi 26 septembre 1921, à 5 heures, à l'Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, une série de leçons sur les « Médicaments et les principales médications chez les enfants ».

Le cours comprendra 20 leçons et 4 séances de démonstrations pratiques.

Le programme détaillé sera affiché au laboratoire de la clinique.

Prix du cours : 100 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

(1) *La colloïdothérapie*, Paris, Alcan, 1920, p. 127, 169, 224, et conclusions.

La Croissance, par le Dr L. DUFESTEL, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris, In-18 gr. jésus de 300 p. avec 20 fig. dans le texte. (Encyclop. scient. Bibliot. de physiol.) — Prix : broché, 7 fr. 50; cart. toile, 8 fr. 50. — Paris, G. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT DES

LUXATIONS ANTÉRO-INTERNES DE L'ÉPAULE [1]

COMPLICATIONS. — 1° **Nerveuses.** — On peut observer la paralysie du nerf circonflexe qui peut être comprimé par la tête humérale. D'où le précepte d'examiner la sensibilité de la région deltoïdienne, même avant de réduire la luxation.

Dans quelques cas, on observe des tiraillements du plexus brachial, par élongation des troncs, avec névrite consécutive et très tenace.

2° **Vasculaires.** — Les lésions vasculaires sont assez rares. Il s'agit de rupture des vaisseaux axillaires, artère ou veine. Parfois la compression existe seule, occasionnée par la tête humérale déplacée. On prendra le pouls pour s'assurer de l'intégrité de l'artère.

3° **Fractures.** — Les fractures peuvent porter, soit sur l'omoplate, soit sur l'extrémité supérieure de l'humérus.

On peut noter des fractures de l'acromion, de la coracoïde, du col de l'omoplate.

Les fractures concomitantes du col chirurgical de l'humérus s'accompagnent de déplacement. Le coude est rapproché du tronc; il y a de la crépitation au niveau du foyer de fracture; la tête déplacée ne suit pas les mouvements de rotation et d'abduction de la diaphyse humérale.

Les fractures du col anatomique peuvent aussi se voir : la crépitation très haute, le coude rapproché du tronc, le point douloureux haut placé y feront penser.

Mais on ne saurait trop répéter que, seule, la *radiographie* éclaircira beaucoup ces dernières complications. Dans les cas où il y a un volumineux épanchement, du gonflement avec hématome, et chez les sujets fortement musclés, seule la radiographie précisera toutes les lésions anatomiques concomitantes.

L'échec de la réduction doit faire penser à une fracture concomitante.

4° **Arrachement.** — L'arrachement tubérositaire est assez fréquent. Il peut donner lieu à la constitution d'une péri-arthrite traumatique avec douleur vive, gêne dans l'abduction, limitation de tous les mouvements.

5° **Tardivement**, on peut voir survenir certaines périostoses et de l'arthrite sèche de l'épaule, intra- et extra-articulaire, et pouvant entraîner, comme nous l'avons déjà signalé, une impotence prolongée.

PRONOSTIC. — On doit toujours faire des réserves. De nombreux auteurs, Gœbel, Schulz, Imbert, Dugas, Schmidt, Mauclaire ont attiré l'attention sur la gravité des luxations de l'épaule. Ils ont noté combien était fréquente l'impotence consécutive, ce qui est d'une très grande importance à propos des accidents du travail.

La luxation non compliquée, d'après Gœbel, est d'une grande rareté. Sur 43 cas, 21 fois il existait un arrachement tubérositaire, soit 46 p. 100 des cas. Les muscles sus- et sous-épineux, petit rond, peuvent être traumatisés, d'où atrophie rapide.

Il paraît impossible, dans la majorité des cas, par l'examen d'un blessé de porter un pronostic sur le fonctionnement ultérieur du membre blessé. Il faut donc tenir compte de l'incapacité temporaire prolongée qui, d'ailleurs, peut se transformer en incapacité définitive, et cela sans qu'on puisse indiquer les éléments d'un pronostic précoce. On sait toute la gravité de la péri-arthrite scapulo-humérale.

DIAGNOSTIC. — I. **Positif.** — 1° Le diagnostic est *facile*, si l'on a affaire à un sujet maigre, peu musclé, si la luxation est récente, s'il y a peu de gonflement et peu d'hématome.

2° Le diagnostic est *difficile* si la contusion de l'épaule s'accompagne d'un gonflement considérable, d'ecchymoses diffuses, d'un gros hématome. On se trouve en présence d'une épaule fortement tuméfiée, douloureuse à examiner. Il faut avoir recours à la radiographie.

3° Enfin, parfois, le diagnostic rétrospectif se pose en présence d'un traumatisme ancien de l'épaule; la luxation ancienne peut s'être accompagnée de la constitution d'une néarthrose secondaire.

Dans tous les cas difficiles, si le diagnostic ne peut être posé, il faut avoir recours à la *radiographie*, et, dans le cas où l'on n'a pas de rayons X à sa disposition, il ne faut pas hésiter à endormir le blessé au *chloroforme* pour poser le diagnostic et prendre les mesures chirurgicales qui en découlent.

II. **Diagnostic différentiel.** — LUXATION RÉCENTE. — Le diagnostic se pose avec toutes les affections traumatiques de l'épaule :

a. La *simple contusion* se reconnaît à l'absence de déplacement, aux ecchymoses locales concomitantes.

b. L'*arthrite traumatique* se reconnaît aux douleurs, à l'absence de déplacement du membre qui reste en bonne attitude. La tête humérale est bien en place et il n'y a pas de dépression sous-acromiale.

c. Dans l'*entorse*, la douleur est limitée, passagère, sans déviation du membre, ni déplacement de la tête humérale.

d. L'*arrachement tubérositaire*, qui caractérise ce que l'on appelle la péri-arthrite scapulo-humérale, s'accompagne d'une crépitation douloureuse, limitée à la face externe du moignon de l'épaule. Il n'y a pas de déviation de l'axe propre du bras, pas d'abduction, pas de dépression sous-acromiale.

e. Dans le *décollement épiphysaire*, la tête reste en place. On sent une crépitation cartilagineuse qui répond au col anatomique.

f. Dans la *fracture du col anatomique*, la douleur est localisée en un point fixe, à 3-4 centimètres au plus, au-dessous de l'acromion. La crépitation existe ou non, suivant qu'il y a pénétration des fragments ou pas.

g. Dans la *fracture du col chirurgical*, s'il n'y a pas pénétration des fragments, la crépitation existe; le fragment supérieur pointe en haut et en dehors, en abduction et rotation externe, alors que le coude est près du corps, et le fragment inférieur pointe en dedans, en adduction. Le membre est raccourci. Le point douloureux maximum siège à 5 centimètres au-dessous de l'acromion.

h. La *fracture du col anatomique avec déplacement extra-capsulaire de la tête* : l'axe de l'humérus est normal, mais on sent dans le creux de l'aisselle un corps arrondi qui ne remue pas lorsqu'on déplace le coude du côté blessé.

i. Dans la *fracture du col de l'omoplate*, le moignon de l'épaule est abaissé, la crépitation est tout à fait interne, il y a une mobilité anormale du bras verticalement et dans le sens antéropostérieur.

j. Dans la *luxation acromio-claviculaire*, on note la saillie que forme la clavicule en dehors, véritable touche de piano. Tout le bras est abaissé, il y a une dépression sous-acromiale, mais on voit que la tête est restée dans la cavité glénoïde.

k. Dans la *paralysie du deltoïde*, on sent facilement la tête en place, à travers le muscle atrophié. *(A suivre.)*

(1). Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 72, p. 1151, et n° 74, p. 1183.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. *Tomes V et VI* : **Neurologie**. Tome V, par Pr MARIE, FOIX, REGNARD, André THOMAS, SÉZARY, Mme DÉJERINE, GAUCKLER, Stéphen CHAUVET, GUILLAIN, BABONNEIX, R. VOISIN, LAIGNEL-LAVASTINE. In-8, 1921, 93 fig. Prix : 30 fr.; — Tome VI, par FROMENT, SICARD, TINEL, LHERMITTE, CROUZON, G.-A. WEILL, SOUQUES, CHATELIN, R. VOISIN, Clovis VINCENT, ROUSSY, DE MARTEL. In-8, 1921, 115 fig., 3 pl. en noir, 1 pl. couleurs. Prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des fractures de la rotule. »

MM. Quivy, 8; Pradier, 14; Segrestaa, 17; Schechter, 9; Mme Reymond, 12; MM. Rudolf, 8; Rabinovitch, 13; Saron, 9; Roux (Jean), 15; Signeux, 13; Seidmann, 18; Sarfati, 2; Poret, 18; Mlle Saint-Laurent, 17; MM. Rousseau (Silvain), 11; Roussel (Edmond), 9; Rouchaud, 16; Ranglaret, 13.

Anatomie. — Séance du 26 septembre. — Question donnée : « Crosse de l'aorte. »

MM. Bureau (Robert), 18; Constantoulakis, 13; Mlles Choquart, 14; Croisier, 15; MM. Cougnot, 11; Capart, 15; Carbillet, 16; Cabrol, 12; Chlyvitch et Couperot, 11; Costes (Léon), 14; Chatelain, 5; Chartol, 17; Chavanon, 15; Chatelot, 9.

Séance du 28 septembre. — Question donnée : « Ligaments de l'articulation du genou. »

Mlle Cordier, 17; MM. Buisson, 13; Chaignon, 10; Chapaut (Georges), 14; Bucquoy, 18; Brunier, 11; Cofino, 16; Camac, 10; Courland, 16 1/2; Chabaud, 16; Calmels, 15; Cadilhac, 12; Cavalier et Mlle Chatenet, 15; MM. Chapard (Aristide), 12; Cnudde, 13; MM. Coignet et Cassaigneau, 12.

— *Erratum.* — Lire comme suit la composition du jury et l'ordre de passage des séries :

Anatomie. — MM. Renaud, Vallery-Radot (Pasteur), Houdard et Capette : première moitié, deuxième, quatrième, première et troisième séries; — deuxième moitié, troisième, première, deuxième et quatrième séries.

Pathologie. — MM. Troisier, Monod, Le Mée et Lemeland : deuxième moitié, troisième, première, deuxième et quatrième séries; — première moitié, deuxième, quatrième, première et troisième séries.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE. — Composition du jury : MM. Sebileau, Toupet, Moure, Caussade et un professeur de la Faculté non désigné.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, le 5 décembre 1921, à 9 heures du matin, pour cinq places d'internes en pharmacie.

Les épreuves comportent la reconnaissance de trente produits de matière médicale et de pharmacie, une épreuve écrite de pharmacie, de chimie minérale et de matière médicale, une épreuve orale de pharmacie et de chimie biologique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — IMMATRICULATION, INSCRIPTIONS. — I. *Immatriculation.* (L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers. Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.) — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.) s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office : L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande : Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue; 3° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 30 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 heures.

II. *Inscriptions.* — Première inscription : la première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 heures.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire : 1° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, institué par décrets des 31 mai 1902 et 22 juillet 1912, et certificat d'études P. C. N; 2° acte de naissance sur timbre; 3° consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement

(établi sur papier timbré à 2 francs) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée. (La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur); 4° un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu en outre de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles : pendant l'année scolaire 1921-1922, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au secrétariat (guichet n° 3) :

1er trimestre, du 12 au 29 octobre 1921 (excepté les lundis et mardis);

2e trimestre, du 6 au 26 janvier 1922 (excepté les lundis et mardis);

3e trimestre, du 22 mars au 8 avril 1922 (excepté les lundis et mardis).

4e trimestre, du 7 au 22 juillet 1922.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, en prenant leur inscription, leur livret individuel qui leur sera restitué avec le bulletin de versement correspondant à l'inscription prise.

Le livret individuel tiendra lieu dorénavant de carte d'immatriculation et de relevé d'inscriptions.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur livret un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours pour un emploi de chef des travaux de pharmacie et de chimie biologique s'ouvrira devant l'Ecole de médecine et de pharmacie le lundi 24 octobre 1921. Les épreuves comportent une composition écrite sur un sujet de pharmacie, une leçon orale de trois quarts d'heure sur une question de chimie pharmaceutique, l'essai d'un médicament, une recherche toxicologique.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus dans le cadre du service de santé militaire et par décision ministérielle du même jour sont, sauf indication contraire, maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1r classe Lassave, Berho, Jobelin, Musso, Morand, Maniguet, Millet, Zoeller, Poirot, Bézy, Fleurant, Charbardès, Lapierre, Froment, Gabillon, Giraud, Didier, Richard, Jonquères, Bruas, Segala, Surreau.

— Un décret en date du 17 septembre 1921 décide que les élèves de l'Ecole du service de santé militaire admis à cette école postérieurement au 11 novembre 1918, ayant obtenu le diplôme de docteur en médecine au cours de l'année 1920 ou, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, au cours du premier trimestre 1921, accompliront à l'Ecole d'application du service de santé militaire, leur stage de neuf mois à partir du 2 novembre 1921.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales:

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Cavaud, Besse, Garrot.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Mury, Puel, Souchard, Laurency, Ponsan.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE. — La 24e réunion annuelle de la Société de psychothérapie aura lieu le mardi 18 octobre, à 4 h. et le mercredi 19, à 10 h., 49, rue Saint-André-des-Arts.

L'ordre du jour comporte :

1° L'œuvre psychologique du Dr Jules Voisin, président perpétuel de la Société;

2° L'éloge des membres morts pendant la guerre;

3° Questions générales : 1° la psychothérapie, ses progrès et son orientation actuelle; 2° le rôle de la race en pathologie nerveuse et mentale;

4° Communications individuelles.

Les médecins psychothérapeutes de l'étranger et de la province sont particulièrement invités à prendre part à la séance annuelle et à s'y faire inscrire pour des communications.

Adresser les adhésions et les titres de communication à M. le Dr Bérillon, secrétaire général, 4, rue de Castellane, Paris (VIIIe).

La séance du mardi 18 octobre, sera suivie du banquet annuel.

LEÇONS SUR LA SYPHILIS. — M. le Dr Leredde, commencera le dimanche, 23 octobre à 10 h. 30, au Dispensaire de syphiligraphie du XVIIe arrondissement, 54, rue Saussure (métro Villiers), une série de leçons sur la syphilis et son traitement et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

CHAMBRE DE COMMERCE DE LYON. — ENSEIGNEMENT COLONIAL (23e année, 1921-1922) et ENSEIGNEMENT DE LA LANGUE RUSSE (6e année, 1921-1922), Palais du commerce, place des Cordeliers, à droite. Ouverture des cours publics : jeudi 3 novembre 1921.

Cours d'hygiène coloniale et de prophylaxie des maladies exotiques. — M. le Dr Ch. Garin, agrégé à la Faculté de médecine, professeur : le lundi, à 8 heures du soir. (Des projections accompagnent certaines leçons. Les élèves suivront après les vacances de Pâques deux ou trois séances pratiques à la Faculté. Les principales espèces pathogènes aux colonies seront montrées au cours de ces séances.)

Programme. — Les climats tropicaux, où sont situées nos principales colonies, nécessitent une hygiène spéciale. Il n'est pas de question plus importante pour le colonial que celle de sa santé et des moyens permettant de la conserver.

Le programme du cours d'hygiène coloniale est complet en deux années.

Dans la première année, le professeur donne aux élèves des moyens simples et pratiques d'entretenir les défenses naturelles de l'organisme, de conserver la santé par une entente rationnelle du régime alimentaire et de celui des boissons, de l'habitation, du vêtement. des soins de la peau et des divers organes.

Dans le cours de la deuxième année, l'élève apprend à se préserver des maladies exotiques. L'hygiène prophylactique est nécessairement basée sur la connaissance des causes de ces maladies. Cette partie très moderne de l'hygiène a acquis, en ces dernières années, une précision inconnue aux anciens, et de la notion des germes animés se déduisent des précautions et des prescriptions presque mathématiques. Connaître les germes et le mode de propagation du paludisme, du choléra, de la peste, c'est savoir en même temps, presque à coup sûr, les éviter.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des Drs Jacques Dupuy, directeur de la VIe circonscription sanitaire maritime à Marseille; Albert de Parrel, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital de Dieppe, père de notre confrère le Dr Gérard de Parrel, auquel nous adressons nos bien sincères condoléances.

REVUE GÉNÉRALE

LA STÉNOSE DU PYLORE PAR HYPERTROPHIE MUSCULAIRE CHEZ LE NOURRISSON

Par M. Henri GODARD,
Interne à l'hôpital des Enfants-Assistés.

La sténose hypertrophique du pylore est une maladie encore peu connue en France en raison de sa rareté relative et des difficultés diagnostiques qu'elle comporte. Caractérisée anatomiquement par une hypertrophie de la couche circulaire du sphincter pylorique, son organicité est actuellement admise sans conteste en dépit des doutes émis par Pfaundler, Richard, Duval. Dans ces dernières années, la terminologie s'enrichit; nous la voyons décrire sous des noms divers : maladie pylorique (Génévrier), maladie spasmodique (Lesage). Mais en réalité ces affections sont vraisemblablement différentes de la sténose hypertrophique, bien que par certains côtés elles puissent s'en rapprocher, à tel point que quelques auteurs semblent vouloir reculer un peu loin les limites de la maladie, et englober dans les sténoses dites infantiles la sténose hypertrophique vraie et les sténoses spasmodiques.

Historique. — L'histoire clinique est relativement récente, les premières observations sont de Beardly (1788), Williamson, Dawosky, Landerer et Maier (1885). Mais le premier mémoire important fut celui de Hirschsprung (1888), rapportant deux cas observés chez le nourrisson avec pièces anatomiques à l'appui.

L'attention est dès lors attirée sur cette affection et les publications innombrables à l'étranger deviennent plus fréquentes en France.

Une étude déjà ancienne de E. Weil et Péhu (*Gaz. des hôpit.*, 1901, nos 112 et 115), met au point la bibliographie et rapporte 48 cas. Puis les travaux de Dufour et Fredet, Fredet et Guillemot (1908-1910), la thèse de Lefebvre, 1914 (25 cas français), d'Epstein, de Voisin, donnent un élan nouveau à la question.

L'histoire chirurgicale amorcée dès 1892 par Grissou et Cardua, s'enrichit rapidement grâce aux publications d'Abel (1890), de Schmidt, d'Ibrahim (1905), de Rammstedt, de Weber, de Fredet (1907). Ce sont surtout les pays anglo-américains qui ont fourni le plus vaste champ d'expérience. Richter, Scudder, publient les premières statistiques de gastro-entérostomie; en France, les communications de Nové-Josserand, Weil, Fredet, Grenet, Sédillot et Veau, Hallopeau, Dujarier, précisent les indications opératoires, mais ce sont les statistiques récentes de Downes, Holt, Strauss, etc., qui ont définitivement mis en honneur la pylorotomie longitudinale extra-muqueuse. (Opération de Fredet.)

Etiologie. — FRÉQUENCE. — La sténose hypertrophique est très fréquente dans les races anglo-saxonnes; elle a une prédilection marquée pour les enfants du sexe masculin, Thompson sur 100 cas relève seulement 17 filles. Hill se basant sur les naissances d'un hôpital de St-Louis, estime sa fréquence à 5 p. 1000; c'est là un pourcentage singulièrement élevé qui de ce fait nous permet d'entrevoir le nombre considérable de cas publiés dans ces vingt dernières années en Amérique. On est surpris tout d'abord de cette fréquence à l'étranger et de sa rareté en France, mais il est permis de penser que cette disproportion est plus apparente que réelle; il est probable que beaucoup de cas non reconnus sont morts, soit directement par inanition, soit indirectement parce que l'obstacle pylorique produit une dénutrition favorable au développement des maladies intercurrentes.

INFLUENCES FAMILIALES. — Elles sont habituellement peu marquées, toutefois la coexistence de signes analogues a été noté chez le père ou chez un frère. Dans un cas, le frère avait été atteint de maladie des vomissements habituels. Dans un autre cas de gemellarité, un des enfants restait indemne (Thompson).

Dans une observation publiée par Ganjoux, la syphilis a joué un rôle déterminant. L'hérédité nerveuse ou arthritique a été invoquée (Heubner, Simon, Jobin), du fait qu'elle prédispose aux spasmes contractures de toute nature (pylore grêle, gros intestin). La naissance avant terme, la débilité congénitale semblent n'avoir aucune influence prédisposante; seule, la plus grande fréquence chez les enfants de primipare est expressément notée par beaucoup d'auteurs (Scudder, Fredet).

Anatomie pathologique. — La lésion fondamentale est l'hypertrophie de la musculature du pylore. Le canal pylorique est transformé en une véritable tumeur allongée olivaire, blanchâtre, souvent de consistance dure cartilagineuse. Elle fait contraste par sa coloration avec les parties avoisinantes; la palpation indique un ressaut net à l'extrémité duodénale de la tumeur.

Sur une coupe sagittale, le défilé pylorique est obstrué presque entièrement par les « plis d'une muqueuse exubérante » (Fredet). Jamais on n'a observé une atrésie complète de l'orifice.

Les recherches de G. H. Hill ont montré qu'il y a une variabilité assez grande dans l'épaisseur normale de la paroi pylorique chez l'enfant au-dessous d'un an.

A cinq mois elle varie de 1mm7 à 2mm6 (1mm05 à 1mm30 pour la couche musculaire seule), le diamètre de la lumière de 3mm5 à 4 millimètres. Il devient dès lors très difficile d'apprécier les hypertrophies légères dans lesquelles un spasme surajouté à un gonflement muqueux conditionne la sténose hypertrophique.

Les dimensions du canal tumoral varient en longueur de 20 à 25 millimètres, en épaisseur de 4 à 7 millimètres (5mm c. circul., 1mm c. longit. et séreuse, 1mm pour la muqueuse) (Fredet).

La paroi gastrique est épaissie surtout au niveau de l'antre pylorique qui prend parfois une forme conique, cette hypertrophie pariétale s'atténue progressivement à mesure que l'on s'éloigne du pylore.

La muqueuse est normale, parfois rouge, érodée, formant de nombreux replis en « rosette » (Fredet), ceci témoigne de l'apparition relativement tardive de la tumeur, le canal muqueux apparaissant au troisième mois de la vie intra-utérine est étranglé et plissé par le sphincter tumoral.

Sur une coupe frontale, la diminution de l'épaisseur pariétale apparaît nettement vers le côté gastrique, tandis que vers le duodénum la tumeur se termine brusquement formant une falaise à pic, qui vue par le côté duodénal ressemble assez au museau

de tanche dans le vagin; de ce fait, le versant duodénal de la tumeur est entouré à sa base par un cul-de-sac muqueux circulaire qui peut être lésé très facilement au cours de la pylorotomie (fig. 2, *a*).

La rétrodilatation gastrique peut être accentuée et remonter même jusqu'à l'œsophage; c'est d'ailleurs une lésion inconstante (Finkelstein, Hirschsprung, Henschel), récemment Rohmer estimait sa fréquence à 10 p. 100 des cas vus à la deuxième période de la maladie.

L'intestin grêle est atrophié « intestin de poulet ».

L'examen microscopique décèle une hyperplasie des fibres de la couche circulaire, parfois de la couche longitudinale (Finkelstein, Cunningham), sans néoformations de fibres; dans un cas, Scudder a trouvé des glandes de Brunner aberrantes.

La muqueuse est peu modifiée; exceptionnellement, elle présente une infiltration leucocytaire avec gonflement, ce caractère négatif basé sur de nombreux examens histologiques, est un argument contre la théorie inflammatoire.

On a observé une hypertrophie de la muscularis mucosœ; la muqueuse apparait encore très plissée, obstruant presque complètement la lumière pylorique.

Dans quelques cas, l'hypertrophie musculaire était associée à une prolifération conjonctive des plus nettes (Mixter, Hipsley), Meltzer a observé une tumeur fibreuse qui rappelait assez bien la limite plastique de l'adulte.

L'hyperplasie vraie portant sur les noyaux et les fibres musculaires aurait été observée par Bernheim et Karrer.

Ce sont là les caractères de la tumeur musculaire dans la forme aiguë précoce, mais d'après Fredet, il convient de décrire une deuxième forme anatomique dans laquelle la tumeur est moins volumineuse (cerise), arrondie et moins dure et qui caractériserait la forme chronique.

Pathogénie. — 1. Théorie du spasme pur (Hutchinson, Pfaundler). — Il s'agirait d'une maladie nerveuse, d'un spasme du pylore, dû à une irritabilité de l'appareil sensitivomoteur du nourrisson ou d'un spasme réflexe par irritation gastrique due à la suralimentation (Pritchard).

2. Théorie du spasme hypertrophiant (Spill, Thomson, Fischer, Sturmdarff, Strauss, Rachford). — D'après ces auteurs, il y aurait chez le fœtus, une sorte de spasme et d'incoordination du sphincter (névrose spasmodique) avec contractions incessantes déterminant, à la longue, l'hypertrophie musculaire. Cette dernière commencerait in utero par déglutition du liquide amniotique.

Tout en admettant ce début congénital, Strauss défend l'hypothèse de l'augmentation de la tumeur proportionnellement à l'âge.

D'après Rachford, le spasme conditionnant vraisemblablement l'hyperthrophie musculaire, pourquoi, dans ces conditions, séparer nettement le pylorospasme de la sténose hypertrophique vraie et ne pas considérer les deux affections comme constituant une entité, la sténose infantile, sans préjuger de sa nature.

Holt s'élève vivement contre cette manière de voir et affirme qu'une étude soigneuse du malade permet de distinguer les deux affections. La tendance n'en est pas moins très grande à l'étranger et même en France de considérer les deux maladies comme très voisines (Genevrier, Pehu).

3. Théorie de l'hypersécrétion surrénale (surrénalisme, Tyrrell, Gray et Pirie). — La cause primaire de la sténose hypertrophique serait due à l'hypertrophie surrénale, ou à l'hypersécrétion avec action sympathique anormale. Malheureusement, les constatations anatomiques et microscopiques de Ramsay ne permettent pas de soutenir cette opinion, aussi Gray et Pirie ont-ils invoqué une irritation sympathique à distance (phimosis)!

4. Théorie congénitale (Hischsprung, Finkelstein, Grau, Wall, Fredet). — Admise par la majorité des auteurs et considérée par les uns comme un gigantisme local (Cautley), par les autres comme une malformation.

Les arguments, en faveur de cette théorie, sont nombreux, le début de la maladie dès les premiers jours de la vie, 53 fois sur 266 cas (Ibrahim), la constatation de la lésion typique sur un fœtus de sept mois (Dent), chez un enfant de trente-six heures (Grawitz), la coexistence d'autres malformations, kyste cérébral (Cautley); imperforation anale, hydronéphrose, hernies, tubercule de Darwin, anus vulvaire (Fredet).

L'hyperthrophie du thymus (Palmer, 5 cas; Allen, 2 cas; Wall, 1 cas) soulève les rapports possibles de ces deux affections.

Fredet et Guillemot admettent l'origine congénitale de la tumeur, tout en rapportant les accidents ultérieurs à un mélange en proportion variable de spasme et d'inflammation.

5. Théorie de l'anomalie réversive (Murray et Flynn). — Retour au type pylorique des édentés, chez lesquels le pylore est très développé.

6. Théorie inflammatoire (Weil et Péhu). — D'après ces auteurs, il s'agit d'une néoformation inflammatoire secondaire à une gastrite totale plus intense au pylore. Cette théorie semble en contradiction avec la grande majorité des examens histologiques qui font ressortir l'absence complète de lésions inflammatoires. De plus, l'existence de la sténose hypertrophique chez des fœtus et des mort-nés rend cette théorie difficilement soutenable.

7. Théorie vagotonique (Hass). — L'hypervagotonie expliquerait l'hypertrophie musculaire, mais des expériences physiologiques, avec excitation prolongée du vague, n'ont pu reproduire la tumeur pylorique. L'auteur s'appuie surtout sur l'influence favorable de l'atropine (inhibiteur du vague), sur les symptômes de la maladie.

Toutes ces théories, séduisantes par certains côtés, montrent que nous connaissons peu de chose à ce sujet, d'ailleurs n'est-il pas surprenant de voir une affection bien voisine décrite chez l'enfant et chez l'adulte même.

Chez l'enfant, la maladie a été observée à six mois (Sowsuchy), seize mois, deux ans (Henschel, Barling), à vingt-sept mois, six ans et demi (Rosenheim), à l'opération, sténose hypertrophique, début des symptômes à cinq ans.

Holt rapporte le cas d'une fillette de quatre ans et demi, diagnostic fait à l'opération, début des symptômes à trois ans. Un cas de onze ans (Hansy); dix-sept ans (Barling).

Chez l'adulte, Paul Broca rapporte l'observation

d'une sténose hypertrophique du pylore, chez une femme de cinquante ans, dont l'histoire pathologique remontait à l'enfance. Plus récemment, Hartmann rapporte l'observation d'un homme de cinquante-sept ans, n'ayant jamais souffert de l'estomac, présentant une lésion absolumentcomparable à la sténose hypertrophique du nourrisson, sauf cependant à l'examen microscopique, où l'on constatait une petite zone cicatricielle, passée inaperçue à l'œil nu. Histologiquement, lésion scléro-hypertrophique. Maylard rapporte un cas de trente-sept ans, Félix Rammond et Clément ont publié une observation de sténose hypertrophique, chez un adulte porteur d'un ulcère cicatrisé de la petite courbure. A cette occasion, les auteurs invoquent un réflexe, ayant comme point de départ la lésion et déterminant un spasme continu avec hypertrophie secondaire.

Recherches expérimentales. — Toutes les tentatives de reproduction de la tumeur chez l'animal, ont été négatives (excitation électrique du vague, dénudation de la muqueuse, plissement secondaire par une ligature, isolement d'un anneau musculaire du sphincter pylorique (Strauss).

Clinique. — Nous étudierons, tout d'abord, la sténose serrée à début précoce dont la symptomatologie est typique.

Début. — Il s'agit habituellement d'un nourrisson ayant toutes les apparences d'une santé parfaite, chez lequel le méconium a été expulsé normalement et qui, nourri au sein, se développe bien.

Tous les auteurs (Scudder, Strauss, Fredet) font remarquer qu'on est souvent en présence d'un enfant premier né.

Après un « intervalle libre », variant d'une à quatre semaines, brusquement, sans cause appréciable, parfois à l'occasion d'un changement de régime (lait de la mère insuffisant, etc.), le nourrisson commence à vomir.

L'époque à laquelle apparaissent ces vomissements est assez variable, on s'accorde généralement, pour fixer ce début, entre la deuxième et la quatrième semaine, quelquefois plus tard, sixième semaine; toutefois, Ibrahim note, dans un certain nombre de cas, le début entre le premier et le quatrième jour après la naissance.

Pendant tout cet intervalle libre, le nourrisson n'a présenté aucun symptôme anormal. Exceptionnellement, on a noté quelques troubles dyspeptiques ou de véritables prodromes, tels que prolongation de la période d'expulsion du méconium, arrêt de l'accroissement pondéral (Fredet et Alary).

Ces vomissements s'accompagnent d'une perte de poids marquée, avec constipation, mais quelques jours peuvent s'écouler sans que l'on ait l'attention attirée sur ces phénomène, qualifiés parfois de régurgitations banales.

Cependant, la violence des vomissements, survenant après chaque tétée, le caractère explosif, sont des signes de présomptions précoces et importants.

Etat. — Nous distinguerons, avec quelques auteurs (Bloch, Fredet), deux phases évolutives, peut-être schématiques, mais destinées à montrer les modifications importantes qui surviennent à une période avancée de la maladie.

Première période. — Vomissements fréquents et peu abondants, avec perte de poids massive (Fredet).

Vomissements. — Ils peuvent survenir après chaque tétée, soit immédiatement, soit au bout d'un quart d'heure, une demi-heure, une heure, et sont parfois précédés de cris.

Ces vomissements se font avec force, ils sont explosifs (geyser vomiting), caractère essentiel sur lequel on ne saurait trop insister.

Les matières vomies sont projetées à distance et sont plus abondantes que la tétée ; elles sont constituées par de la salive, du suc gastrique, des mucosités, du lait. Caractère important, ils ne contiennent jamais de bile; très rarement, ils présentent une coloration jaunâtre (Guinon, Simonsohn, Fredet), due à la présence d'un peu de sang.

Les vomissements ont généralement tendance à s'atténuer le soir, et les tétées de la nuit sont souvent mieux gardées (Marfan).

Immédiatement après le vomissement, l'enfant a faim et reprend un repas complet.

Le changement d'alimentation peut modifier les vomissements, pendant un jour ou deux, puis ils reprennent plus aigus que jamais. Ces vomissements, à type explosif, sont si caractéristiques, par le moment de leur apparition, par les matières vomies, que l'on pourrait souvent reconnaître la maladie sur ces seuls signes (Holt).

Constipation. — Elle est opiniâtre, les selles sont rares, réduites, muqueuses, parfois bilieuses, les matières sont dures, jaunes, sans grumeaux de lait, leur apparition suffirait à faire douter de l'existence d'une sténose serrée.

Dans les cas les plus typiques, les selles ont *repris le caractère méconial*, c'est un signe très important, le seul « pathognomonique d'un obstacle siégeant au-dessus de l'abouchement des voies biliaires dans le duodénum (Fredet et Alary) ». C'est une fausse constipation, à type méconial, par nutrition insuffisante.

On peut observer chez certains sténosés, privés du sein maternel, des phases de diarrhée (Henschel, Hirschsprung, Marfan).

Perte de poids. — Pendant cette courte période de vomissements fréquents et peu abondants, la perte de poids est massive et l'étude du diagramme de poids est très précieuse pour apprécier la sévérité de l'affection et l'évolution de la sténose.

Fredet a insisté longuement sur cette étude. Après une perte de poids dite physiologique, la courbe se relève pendant tout l'intervalle libre qui correspond à la période latente de la sténose et dès l'apparition des vomissements, la courbe subit une inflexion rapide de 30 à 100 grammes par jour, le déchet pouvant atteindre 20 p. 100 sur le poids de naissance (Downes).

Oligurie. — Une autre conséquence de la sténose est la diminution de la sécrétion urinaire par absence d'absorption liquide ; elle peut, lorsqu'elle est intense, simuler l'anurie.

Hypothrepsie. — La dénutrition entraîne bientôt la disparition du panicule graisseux sous-cutané, les rides apparaissent, le nourrisson prend un air vieillot. Mais, ainsi que le fait remarquer Fredet, il y a un « contraste frappant entre cet état et une certaine conservation de l'énergie vitale, ces enfants

ont l'œil vif, ils ont faim, se précipitent sur le sein, mais le rejettent après deux ou trois tentatives de déglutition et se mettent à crier abondamment ».

Cet ensemble symptomatique, vomissements explosifs, constipation à type méconial, perte de poids, hypothrepsie, déjà si caractéristique en lui-même, doit inciter à rechercher les autres manifestations physiques de la sténose hypertrophique.

Signes physiques. — Inspection. — Au premier plan, nous placerons le péristaltisme, signe d'importance capitale, excellent à la seule condition de retenir des ondes nettes intenses (péristaltisme profond).

Un certain nombre de précautions doivent être observées dans leur recherche, elles sont mieux visibles lorsque l'enfant tète, ou après le repas, lorsqu'il est calme ou endormi; il faut également examiner le nourrisson à plusieurs reprises, et il est rare que l'on n'observe pas de péristaltisme spontané ou provoqué.

Typiquement, ce sont des ondes sous-pariétales, se dirigeant de l'épigastre vers l'hypocondre droit, quelquefois en sens inverse antipéristaltiques et suivies de vomissements explosifs.

Le péristaltisme léger peut, bien entendu, être observé dans une foule d'affections bien différentes. Mais des ondes péristaltiques profondes, lorsqu'elles sont suivies de vomissements sont démonstratives.

Ce péristaltisme apparaît entre le septième et le quinzième jour, parfois plus tard, il est rarement absent (Downes). Il est fonction de la tonicité gastrique, de l'inanition et semble décroître suivant le volume de l'estomac et le degré de l'obstruction.

Tension épigastrique. — Le soulèvement épigastrique souvent marqué et comparable à la tension intermittente de l'épigastre de Bouveret est un signe excellent, mais déjà tardif. Cette voussure épigastrique fait contraste avec l'affaissement de l'hypogastre.

Palpation. — Tumeur pylorique. — Elle constitue un signe de quasi-certitude. Malheureusement, elle est de constatation difficile, souvent tardive, inconstante et parfois trompeuse.

La majorité des auteurs français l'ont trouvée de façon exceptionnelle et sa valeur pratique est considérée, par beaucoup, comme presque nulle.

Les auteurs anglo-américains insistent, au contraire sur sa fréquence, Scudder (6 fois sur 8), Richter (18 fois sur 19), Downes (99 fois sur 100; 2 erreurs sur 217 cas) et ils décrivent minutieusement ses caractères et la façon de procéder.

Avant de palper l'abdomen, il convient de vider l'estomac par tubage et d'obtenir un relâchement des muscles abdominaux en permettant au nourrisson de téter pendant l'examen. A la rigueur, il peut être nécessaire de donner quelques bouffées de chloroforme pour avoir un relâchement musculaire suffisant.

Dans les cas positifs, par une palpation douce et profonde, on perçoit un noyau dur, mobile, arrondi, donnant la sensation cartilagineuse, siégeant au-dessus et à droite de l'ombilic, parfois haut sous le foie, quelquefois sur la ligne médiane; le volume varie de la phalange du petit doigt à celle du pouce.

La tumeur sera perçue facilement, si l'enfant est amaigri, mais il faut toujours se rappeler que le pylore de l'enfant est profond et recouvert par le foie, que, d'autre part, la tumeur pylorique apparaît assez tard, dix-huitième jour, souvent, après le péristaltisme; enfin, il y a des causes d'erreur (une fois il s'agissait d'un ganglion, une fois d'un rein droit mobile). Les auteurs américains ne sont pas tous du même avis et si, pour Downes la tumeur est toujours sentie, si l'on sait s'y prendre, pour Strauss il faut lui accorder une importance secondaire du fait du tour de main qu'il faut acquérir et du facteur personnel qui entre en jeu.

Il semble donc qu'il y ait toujours un certain degré d'incertitude concernant la tumeur pylorique et l'on voit des auteurs, également avertis, différer sur ce point. De ce fait, il ne faut, en aucun cas, baser son diagnostic sur la tumeur pylorique, perçue, le diagnostic est certain ou presque, son absence n'infirmant nullement la sténose hypertrophique.

Recherche de l'imperméabilité pylorique (Dufour). — Faire ingérer des poudres colorées dont on recherche l'apparition dans les selles.

Epreuve du sous-nitrate de bismuth (Talbot). — C'est un sel cristallisé que l'on recherche par l'examen microscopique dans les matières.

Deuxième période de la maladie. — C'est celle des vomissements rares et abondants avec poids stationnaire, dilatation gastrique, athrepsie.

Après une évolution de quelques semaines, les vomissements se modifient, ils deviennent peu fréquents (2-3 fois par 24 heures) et très abondants, ce sont les vomissements de stase représentant la valeur de plusieurs tétées.

Les matières vomies contiennent des caillots de lait (signe important de stase, Péhu), provenant de tétées précédentes, elles ont une odeur aigre, souvent butyrique putride, parfois de levure de bière.

Les phénomènes gastro-intestinaux (constipation) et urinaires (oligurie) ne se modifient guère; par contre, le diagramme du poids montre un état stationnaire. « La chute du poids se ralentit, la cascade s'étale (Fredet). »

Tubage. — Le tubage pratiqué avec une sonde de Nélaton permet de constater une augmentation de la durée de digestion, un chimisme variable, quelquefois hyperacidité due aux acides de fermentation (Fredet et Guillemot).

Pratiqué deux ou trois heures après un repas de quantité donnée (lait de femme, 50-60 gr.), il ramène la même quantité et démontre la rétention gastrique (Holt).

Clapotage. — La recherche est exceptionnellement positive, la percussion peut parfois permettre de délimiter un estomac volumineux.

Signes généraux. — Pendant cette période, l'amaigrissement est presque stationnaire. Mais, l'état général s'altère, et de l'hypothrepsie l'enfant tombe dans l'athrepsie. L'émaciation est extrême, les yeux sont enfoncés, la fontanelle antérieure déprimée, l'aspect est vieillot. L'hypothermie est la règle.

Evolution. — Cette forme de sténose serrée évolue fatalement vers la mort en trois ou quatre mois, par cachexie et inanition, car les observations de guérisons médicales ont trait surtout aux formes chroniques à évolution lente.

Il est assez fréquent d'observer des phases d'amélioration trompeuses qui, non seulement, laissent

passer la période favorable à l'intervention, mais aussi peuvent se compliquer de diarrhée à type cholériforme.

Complications. — Les plus redoutables de ces complications sont la diarrhée infectieuse aiguë cholériforme, les convulsions, la *tétanie* est signalée par Marfan et Baudoin, Fredet et Tixier.

On a observé la rigidité des muscles, de la nuque et du tronc.

Enfin la mort peut survenir par broncho-pneumonie, par hématémèse (Hougardy).

Formes cliniques. — Le degré de sténose peut varier de la sténose serrée fatale sans intervention chirurgicale à la sténose légère compatible avec la vie.

Avec Fredet et Alary nous distinguerons deux formes. Nous y ajouterons une forme lente et une forme fruste.

I. UNE FORME AIGUË. — Celle que nous venons de décrire qui comprend elle-même deux variétés : 1° *une forme précoce* débutant la première semaine qui suit la naissance; 2° *une forme tardive* débutant vers la quatrième semaine, les deux s'accompagnant d'une chute de poids marquée avec inanition.

II. UNE FORME CHRONIQUE. — Ce serait de beaucoup la forme la plus fréquente (Fredet), le début est plus tardif du 21e au 90e jour, l'évacuation méconiale a été prolongée, les selles rares, la perte de poids et l'oligurie sont moins intenses.

Elle comprend deux variétés : une forme légère et une forme grave.

Cette forme est souvent compatible avec la vie, mais l'insuffisance de nutrition entraîne à la longue des troubles du développement (poids insuffisant, etc.).

III. UNE FORME LENTE qui après un début méconnu dans l'enfance, continue à évoluer pendant l'adolescence et même jusqu'à l'âge adulte.

IV. UNE FORME FRUSTE. — Considérée par beaucoup d'auteurs comme un spasme pylorique, elle constitue vraisemblablement un des nombreux intermédiaires cliniques entre le spasme pur et la sténose par hypertrophie musculaire.

Evolution. — Elle est entrecoupée de périodes d'accalmie et la guérison peut survenir (cas vérifiés par des autopsies fortuites); dans quelques cas la maladie se prolonge pendant des années (2-3-11 ans), mais les enfants restent atrophiques (Péhu). Ce sont ces formes chroniques qui sont les plus favorables à l'action chirurgicale (Fredet). *(A suivre.)*

CONGRÈS DE MÉDECINE FRANCO-POLONAIS DE VARSOVIE (1)

SÉANCE SCIENTIFIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE POZNAN

Cette séance solennelle a eu lieu le 12 septembre dans la salle Lubianski.

La séance fut ouverte par M. le prof. Swiecicki, recteur de l'Université de Poznan, qui prononça une allocution de bienvenue dans laquelle il exprima de la façon la plus heureuse et la plus vibrante ses sentiments envers ses confrères français.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 75, p. 1196.

A la suite de son allocution très applaudie, M. le Recteur offrit la présidence de la séance à M. le prof. Roger, assisté d'un comité d'honneur ainsi constitué : MM. les prof. Guermonprez (de Lille), Danysz (de Paris), Swiecicki et Wrzosek (de Poznan) ; secrétaire général : M. le Dr Roudouly, de la mission militaire française en Pologne.

Grâce aux notes recueillies par notre excellent confrère et ami le médecin-major Roudouly, nous pouvons donner un aperçu de cette séance.

M. le président Roger, en ouvrant la séance, remercia les congressistes de l'avoir élu président, honorant en sa personne l'Université de Paris et l'Institut Pasteur. Il continua en montrant la pénétration réciproque de la civilisation française et polonaise ; il cita les noms de Mickiewicz, de Stanislas Leczinski. Le premier reçut, exilé par les oppresseurs, une chaire au Collège de France, le second avait créé le collège de médecine de Nancy. Il rappela le souvenir émouvant des soldats polonais tombés pour la France au cours de l'Epopée napoléonienne et dont les noms sont inscrits sur l'Arc de Triomphe. Napoléon fut l'ouvrier d'une rénovation de la Pologne. Mais l'élément prussien, en 1812, détruisit son œuvre. C'est la Prusse qui eut cette idée du partage de la Pologne, c'est elle qui prit cette sinistre initiative. « Vous et nous, conclut le président, fûmes victimes de la Prusse, nous avons appris à mieux vous connaître, et mieux vous connaître c'est mieux vous aimer. »

Cette allocution fut vivement applaudie.

Le Président donna la parole au prof. DEBINSKI, président de la section de médecine de la Société des Amis des sciences, qui salua à son tour ses collègues français, et fut l'objet d'une ovation.

Le Congrès commença ensuite ses travaux scientifiques.

La fausse pneumonie tuberculeuse du vieillard. — M. le prof. TURLAIS (d'Angers). La pneumonie du vieillard est-elle la pneumonie franche? Non, dans 60 p. 100 des cas. L'évolution se fait la plupart du temps sans foyer. Les malades ne guérissent pas, ils font de nouvelles poussées, s'accompagnant d'expectoration, de mouvements fébriles. A l'autopsie, on trouve des lésions de tuberculose.

Pendant les poussées évolutives, on trouve du bacille de Koch dans les crachats.

Il s'agit donc d'une pseudo-pneumonie qui n'est qu'une forme de tuberculose et qui est justiciable, au point de vue épidémiologique, de la prophylaxie antituberculeuse. Ce sont souvent les grands-pères qui contagionnent leurs petits enfants. Il est donc du devoir du médecin de veiller à la contagion et de mettre en garde les familles contre ses risques.

Séquelles des blessures du crâne et du cerveau. — M. le prof. BILLET (du Val-de-Grâce). Des nombreuses séquelles des blessures de guerre, celles consécutives aux blessures du crâne et du cerveau sont parmi les plus troublantes.

L'épilepsie traumatique est peut-être la plus redoutable parce que nous ne possédons pas encore tous les éléments concernant son étiologie, sa pathogénie, et que, par conséquent, il n'est pas possible encore de poser les règles fixes d'une thérapeutique. Faut-il instituer un traitement médical ou un traitement chirurgical? Nous sommes encore insuffisamment documentés à cet égard, et les faits pourtant nombreux observés au cours et à la suite de la guerre ne nous permettent pas encore d'apporter la lumière complète sur cette question.

Au Val-de-Grâce, nous voyons beaucoup de ces anciens blessés du crâne venus, soit pour des expertises, soit pour recevoir des soins. De mes recherches personnelles faites sur environ 300 blessés que j'ai trépanés au cours de la guerre, il ressort que 15 p. 100 d'entre eux présentent, par la suite, un syndrome épileptique. Cette proportion ne s'écarte pas de celle constatée par les autres auteurs Un fait qui mérite d'être signalé c'est que, lorsqu'on consulte les statistiques, on constate que l'épilepsie augmente de fréquence à mesure que l'on s'éloigne dans le temps de l'époque de la blessure; c'est ainsi que la proportion s'élève de 5 à 6 p. 100 dans la première année jusqu'à 15 p. 100 par la suite. On a cité des cas d'apparition d'accidents comitiaux dix-huit et vingt ans après la blessure initiale.

Un autre point à signaler, c'est que les formes de l'épilepsie

sont très diverses; il n'y a pas longtemps encore l'épilepsie traumatique se réduisait au syndrome décrit par Bravais-Jackson. (Ici l'orateur fait la description rapide de cette forme.)

On sait actuellement que le domaine de l'épilepsie traumatique est singulièrement plus étendu et qu'il englobe un territoire beaucoup plus important; l'épilepsie essentielle ou épilepsie-névrose qu'on lui opposait jadis a vécu; l'épilepsie traumatique empiète largement sur le domaine de l'épilepsie-névrose, et l'on sait qu'il en existe des formes généralisées et graves, à côté de formes plus frustes et de formes larvées connues sous le nom d'équivalents épileptiques.

Indications du traitement. — C'est le point sur lequel l'orateur veut insister à l'exclusion de la technique opératoire. On constate des divergences assez grandes, suivant les milieux, quant à l'opportunité du traitement médical ou chirurgical Les neurologistes et les psychiatres ont tendance à préconiser le traitement médical et l'abstention opératoire. Certains chirurgiens, de même, manifestent un certain pessimisme et une certaine répugnance à l'intervention car ils constatent que les guérisons sont peu fréquentes et surtout peu durables. Cependant, cette année même, au cours d'une discussion à la Société de chirurgie, un revirement s'est produit. L'opinion est devenue plus favorable à l'acte chirurgical et nombre d'observations publiées sont probantes à cet égard Certes, il ne faut pas parler de guérison en matière d'épilepsie traumatique, car il est fréquent d'observer des récidives tardives.

En présence d'un épileptique, que faut-il donc faire? Le traitement médical soulage parfois; il ne guérit jamais. Bromure, luminol, tartrate borico-potassique et autres médications diminuent la fréquence et la gravité des crises mais laissent persister l'état épileptique.

Le traitement chirurgical ne guérit pas toujours. Beaucoup d'opérations sont vouées à un échec absolu ou relatif. Après quelques mois, survient la récidive. Cependant, au cours de l'intervention, on constate souvent des lésions nettes qu'on peut supprimer opératoirement. Dans ces cas, on est en droit d'espérer un résultat efficace.

Le syndrome épileptique peut relever de lésions périphériques ou de lésions centrales et diffuses. Les premières intéressent, soit le squelette au niveau des bords de la trépanation, soit la dure-mère et la corticalité du cerveau sous forme d'épaississements ou de cicatrices irritantes. On constate parfois la présence de kystes, de projectiles qui sont autant de causes définies dont on peut se débarrasser. Mais il existe des cas où l'on ne découvre rien de précis; on se trouve en présence de lésions diffuses histologiquement décelées à l'autopsie; ces lésions pénètrent profondément la substance cérébrale, allant même jusqu'au voisinage des ventricules. Dans ces cas, l'intervention est évidemment discutable. Il importe donc de procéder toujours à un examen clinique approfondi des malades, aidé des moyens de radiologie et de laboratoire. S'il y a une raison d'ordre périphérique d'intervenir on ne doit pas hésiter, car on possède de sérieuses chances d'amélioration.

Dans les autres cas, dans les cas douteux qui ne relèvent pas d'une cause nettement définie, je crois encore qu'une exploration chirurgicale est indiquée. Les interventions répétées ne sont pas des facteurs d'aggravation. Les blessés les supportent parfaitement, on en a signalé qui avaient été opérés jusqu'à dix et douze fois. Par contre, nous savons que le syndrome épileptique a toujours tendance à s'aggraver, à se généraliser; les crises deviennent de plus en plus fréquentes et souvent aboutissent à l'état du mal. Il y a donc, croyons-nous intérêt à opérer même dans les cas douteux. Notre action est encore un peu d'ordre empirique, en raison de cet élément mystérieux qui plane sur la pathogénie de l'épilepsie traumatique et qui fait que des traumatismes légers sont compliqués parfois d'épilepsie, alors que des lésions cranio-cérébrales beaucoup plus graves évoluent sans séquelles. Quand au cours d'une intervention, nous avons supprimé une cause irritative, nous ne sommes pas sûrs d'avoir supprimé ses conséquences; mais nous n'avons pas aggravé l'état de notre malade et l'avenir très sombre de cette affection donne au chirurgien le droit de tout tenter.

Discussion. — M. MILLIAN (de Paris). J'ai été vivement intéressé, quoique médecin, par la communication de M. Billet. Au sujet de cet élément mystérieux de l'évolution épileptique, je voudrais faire un rapprochement avec des troubles que nous constatons dans le domaine cutané.

Une cicatrice consécutive à une plaie reste normale pendant trois mois, par exemple; puis elle devient le siège d'un processus pathologique, s'hypertrophie et devient une chéloïde, c'est-à-dire que la tuberculose s'est localisée sur elle, produisant ces phénomènes qui ont, eux aussi, quelque chose de mystérieux. Si nous plaçons cette cicatrice sur la dure-mère, nous voyons très bien le mécanisme de la séquelle.

Nous voyons aussi parfois, dans le même ordre d'idées, la syphilis se greffer secondairement sur une plaie non d'emblée spécifique et la rendre atone et incapable de guérir spontanément.

A la lumière de ces deux processus, qui ont quelque analogie avec la question qui nous occupe, il y aurait peut-être lieu de pousser dans ce sens l'étude approfondie de la pathogénie des épilepsies traumatiques. Ainsi, peut-être aboutirait-on à réhabiliter la thérapeutique médicale, qui agit si bien dans les deux cas dont je viens de parler : les rayons X contre la chéloïde, le traitement spécifique par les arsenicaux dans la syphilis.

Les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires. — M. A. LEMIERRE. La forme d'arthropathie tabétique dont je veux vous entretenir, diffère de la forme classique, indolore et torpide. Elle est à début brusque, à grand fracas.

Un homme en pleine santé est pris subitement, debout, dans la rue, d'une douleur extraordinairement vive au niveau de la jambe. On le rapporte chez lui. Il se couche, continuant à souffrir atrocement. Son état général, sans être inquiétant, est sérieux. Sa température monte rapidement à 39-40 degrés. Localement, on ne décèle rien, qui puisse expliquer la violente douleur qui fait le symptôme principal du tableau clinique.

Au bout de quelques jours de souffrance, une tuméfaction inflammatoire s'établit dans la région du genou, augmentant rapidement et prenant bientôt des allures phlegmoneuses. On apporte le malade à l'hôpital sans renseignements. Sa température atteint 40 degrés avec de grandes oscillations; l'état général est grave. Cependant on ne note pas d'adénopathie inguinale. L'articulation du genou n'est pas distendue. La mobilisation est possible et n'augmente pas la douleur. Soudain, après huit jours de pansements humides et d'observation, on trouve l'articulation disloquée en jambe de Polichinelle; le diagnostic s'impose : il s'agit d'une arthropathie tabétique.

Après quelques jours, parfois dans des cas de ce genre, la fièvre tombe; l'œdème disparaît. L'articulation reste disloquée, faisant du malade un infirme définitif.

Dans le cas qui m'occupe, la température persista à osciller autour de 38°5-39 degrés. Tandis que les phénomènes locaux s'atténuaient, l'état général baissait. L'amaigrissement augmentait. Des troubles mentaux apparurent avec de la rétention d'urine et le malade mourut dans le marasme et la cachexie, au bout de sept semaines. Il s'agit là de cas exceptionnels; Ball, Bourceret, Raymond en ont pourtant rapporté quelques cas.

En présence de ce tableau clinique, peut-on penser que l'arthropathie tabétique soit seulement un trouble trophique? je ne le crois pas. Si les examens de laboratoire sont restés négatifs dans le cas de mon malade, ainsi que dans tous les cas où ils ont été pratiqués, si les inoculations et les ensemencements n'ont donné aucun résultat, il n'en est pas moins vrai que l'examen du sang décelait une leucocytose marquée à prédominance neutrophile; ce renseignement, rapproché du tableau clinique, éveille forcément l'idée d'infection.

Mais comment expliquer que bactériologiquement le laboratoire ne décèle aucun microorganisme même lorsqu'il y a évolution suppurative de l'affection. Cette suppuration n'est donc pas due à une infection secondaire.

Le malade dont je viens de vous entretenir est mort sept semaines après le début de son affection. A l'autopsie, on n'a pas trouvé de pus de son articulation; seulement quelques érosions du squelette, et surtout une dislocation complète de l'article, une destruction absolue de tout élément de contention articulaire.

L'examen histologique a montré dans notre cas des lésions

de nécrose aiguë à point de départ articulaire; à côté de ces lésions, nous avons constaté une infiltration périvasculaire à plasmazellen, ainsi que des placards plus ou moins considérables formés par des amas de ces cellules. Bref, ces lésions étaient très analogues à celles qu'engendre la syphilis. Il s'agit d'une sorte de syphilome aigu articulaire.

La thérapeutique, d'ailleurs, peut nous éclairer sur ce point : dans le cas de mon malade traité par le néo-arsenobenzol à doses massives, le professeur Letulle a constaté histologiquement un processus évident de réparation ; et, cependant mon malade est mort dans la cachexie. Ménétrier a vu guérir rapidement un cas traité par le 914. C'est bien une confirmation de la nature syphilitique de l'affection. Le traitement découle de cette notion. Il devra être précoce, énergique et prolongé.

Mais ces éléments fébriles si graves, qui déterminent parfois la mort, à quoi sont-ils dus? C'est vraisemblablement la nécrose si rapide des tissus articulaires qui provoque une résorption massive de toxalbumines, extrêmement nocives et qui infectent profondément l'organisme.

Il y aurait peut-être là une indication chirurgicale. Je n'en ai pas encore l'expérience, mais les chirurgiens doivent avoir l'attention attirée vers ce cas. Je crois que souvent il y aurait intérêt à vider et cureter le foyer.

Conclusions. — 1° Nécessité d'avoir l'attention attirée vers cette forme d'arthropathie, de nature véritablement syphilitique.

2° Nécessité du traitement spécifique rigoureusement appliqué. Possibilité éventuelle d'un traitement chirurgical.

Discussion. — M. le professeur Guermonprez (de Lille). Je crois, moi aussi, au rôle du chirurgien qui apportera à ces malades dont l'état est pitoyable, une amélioration sensible en leur permettant de quitter le lit et de sortir. Mais je limiterais volontiers l'indication chirurgicale aux cas moyens ; je ne crois pas que dans des formes si aiguës que celle décrite par notre confrère Lemierre dans son tableau si saisissant, il y ait place pour l'acte opératoire. L'arthrotomie suivie de mobilisation précoce mérite d'être tentée. Je remercie notre confrère d'avoir attiré notre attention sur ce point, et je souhaite que les esprits attentifs que sont nos amis polonais s'attachent à suivre cette question pour le grand but de notre profession : soulager l'humanité souffrante.

M. Milian (de Paris). La résorption des albumines nécrotiques n'explique pas tout. Il existe une fièvre syphilitique, accompagnée de phénomènes généraux graves, et qui traduit une véritable septicémie syphilitique que l'on peut rencontrer même au cours de la période tertiaire D'autre part, les figures radiographiques des arthropathies tabétiques sont caractéristiques des lésions osseuses de la syphilis.

Syphilis congénitale. — Le prof. Ehlers (de Copenhague). Je vous parlerai d'un sujet un peu particulier à la Scandinavie. Nous possédons au Danemark des instituts imités de ceux de la Suède qui est seule avec la Norwège à en être dotée, et qui sont destinés à abriter des enfants atteints d'hérédo-syphilis congénitale. Les médecins français de l'ancienne école de Vaugirard nous ont appris à connaître la syphilis congénitale, un des pires ennemis de l'enfance.

La syphilis tue avant la naissance, à la naissance et dans l'enfance. Les 9/10e des enfants nés de parents récemment atteints meurent à la naissance. Le reste donne encore après 90 p. 100 de mortalité.

Vellander se demanda en Suède s'il pouvait être essayé quelque chose pour sauver ces enfants. Les rendre à leurs parents, pauvres ou négligents, après leur avoir fait subir un simple blanchiment est insuffisant. Il fut ainsi amené à les grouper dans un asile spécial ou il les gardait quatre ou cinq ans après les avoir hospitalisés quatre ou cinq mois pour traitement actif. Après ces quelques années, la syphilis était éteinte, le Wassermann négatif.

Dans toutes ses publications, Vellander affirme la curabilité absolue de la syphilis congénitale.

Depuis vingt ans, je m'occupe de cette question. Il y a sept ans nous avons ouvert sept asiles. Un autre va s'ouvrir incessamment au Sleswig, dans cette contrée qui nous a été rendue récemment par la victoire de la France et de ses alliés. (Applaudissements.) Dans ces asiles, nous avons obtenue les meilleurs résultats et je ne puis qu'engager les puissances centrales et occidentales à organiser la lutte contre la syphilis congénitale, qui doit être entreprise dès la naissance des malades, alors que jusqu'ici, on ne s'en occupait que plus tard, quand ils avaient déjà présenté des accidents graves.

Voici comment nous procédons :

Un enfant est reconnu syphilitique à sa naissance dans un service de maternité (la réaction de Wassermann est pratiquée systématiquement dans le cordon ombilical). Il est d'abord traité par le calomel et la poudre grise anglaise, pendant six mois. Puis, on institue une médication par frictions mercurielles ou par 914, qui donnent d'excellents résultats, quelque fois après un an seulement; pour d'autres cas, ce traitement doit être continué plus longtemps.

Discussion. — M. Comby (de Paris). Ayant traité pendant vingt-cinq ans dans mon service des enfants malades de syphilitiques congénitaux, j'ai eu des succès qui ne se sont pas maintenus par suite de la négligence des parents ou de leur pauvreté. Quand Balzer fit à l'Académie de médecine une communication sur les maisons Vellander, j'appuyai cette idée d'une propagande énergique dans la presse médicale. La communication du prof. Ehlers est très importante, et il faut lui accorder un grand retentissement. Il faut préconiser la création de ces asiles Vellander et leur multiplication. Je remercie le prof. Ehlers de sa belle communication.

M. le Président. — M. le recteur Swiecicki veut bien offrir aux congressistes un album-souvenir de leur voyage à Poznan.

Je me fais votre interprète en lui adressant nos remerciements pour son aimable attention.

Histoire de l'Université de Paris. — M. le Président. A la demande de la mission militaire française, je veux vous dire quelques mots de l'histoire de l'Université de Paris.

Chose singulière, nous ne savons pas exactement à quelle date remontent ses débuts. Autour de la cathédrale, et sous les auspices de l'évêque, représenté par un chancelier, se forma jadis un embryon d'Université, sans grand succès d'ailleurs.

Au xiie siècle, un homme très disert qui attira sur lui l'attention du monde lettré de l'époque, Abélard, vint professer à Paris et y attira un nombre immense d'élèves; ses disciples et lui ouvrirent des cours; la foule des étudiants déborda bientôt de l'île Saint-Louis où elle était cantonnée jusque sur la montagne de Sainte-Geneviève. Ce furent les débuts du quartier latin. A cette époque, les professeurs recevaient chez eux leurs élèves. Quand ces derniers furent devenus trop nombreux, on forma des collèges toujours soumis à l'autorité ecclésiastique, mais qui tendirent bientôt à s'en affranchir.

Les étudiants se groupèrent en 4 « nations » : Les Collèges de France, de Normandie, de Picardie et d'Angleterre. L'Université fut créée vers le milieu du xiiie siècle par le groupement des Collèges et s'affranchit alors presque complètement de la tutelle du clergé L'Université de Paris servit de modèle à toutes les autres Universités du monde.

Sous la Renaissance, l'Université de Paris ne suivit que d'assez loin le grand essor du progrès. Elle avait peu à peu perdu de son prestige. Elle continua à végéter et quand la Révolution la supprima, on s'en aperçut à peine. A sa place, furent créées des Écoles spéciales : Polytechnique, Normale supérieure, Langues Orientales, Collège de France, Muséum, etc.

Napoléon ne changea rien à cet état de choses, mais changea le nom des Ecoles de Santé et de Droit, qui devinrent les Facultés de médecine et de droit. Il créa aussi une Faculté des sciences et une Faculté des lettres. Mais le rôle de ces dernières, pourvues des élèves était surtout à faire passer des examens.

Au cours du xixe siècle, la Faculté des lettres institua une sorte d'enseignements mondains. Les bas-bleus de l'époque et les gens de qualité allèrent écouter les conférenciers diserts qu'ils ne comprenaient pas toujours, et essuyèrent maintes fois la verve des feuilletonistes et des caricaturistes.

La réorganisation des Universités françaises fut l'œuvre de la 3e République. Liard, vice-recteur de Paris, groupa les quatres grandes Facultés en une Université où il fit aussitôt

rentrer l'Ecole normale supérieure. Le Collège de France et le Muséum en restèrent séparés. Cet ordre établi persiste encore.

A côté de l'Université existe un enseignement libre représenté par l'Institut Pasteur et la Faculté libre des médecins de Lille.

L'enseignement dentaire ne fait pas partie à Paris de l'Université, alors que dans les Universités de province, l'enseignement dentaire est donné à la Faculté de médecine.

L'administration de l'Université est assurée par le Conseil de l'Université. Le Conseil comprend pour chaque Faculté le doyen et deux professeurs choisis par leurs collègues et quatre membres étrangers à l'Université; élus par les professeurs, ces quatre membres externes sont actuellement pour Paris : le président de la Chambre de commerce, le président de la Chambre des notaires, un conseiller municipal, M. Raymond Poincaré.

Les décisions du Conseil de l'Université sont ratifiées par le recteur, puis, par le conseil supérieur de l'Instruction publique. Ce conseil se réunit rarement, mais possède une section permanente qui prend des décisions irrévocables. Les Facultés y délèguent chacune un représentant; la Faculté de médecine seule a deux voix.

Histoire de la Faculté de médecine. — Sous Charlemagne fut créé pour la première fois un petit enseignement médical.

L'an 1270 vit le début de la Faculté de médecine dépendant de la Faculté des arts. Les maîtres et les élèves devaient être ordonnés prêtres. Mais peu à peu, la Faculté se sépara de l'Eglise. Cependant c'est seulement en 1452 que le Cardinal Archevêque de Paris autorisa les médecins à se marier.

Le local était très exigu. Il ne comprenait qu'une chambre sommairement meublée d'une table, de deux chaises et de deux chandelles. Les élèves s'asseyaient par terre, sur des bottes de paille qu'ils avaient apportées et écoutaient leurs maîtres discourir sur Hippocrate et Gallien. Les réunions plénières du Conseil de la Faculté se tenaient autour du grand bénitier de Notre-Dame.

Au XVIIIe siècle, se forma le Collège des chirurgiens, bien supérieur à la Faculté de médecine qui n'abritait que des rhéteurs. Une lutte terrible s'engagea entre les deux institutions. Le Roi prit un arrêté qui interdit aux professeurs de l'Ecole de chirurgie le port de la robe et ne leur laissa que le titre de démonstrateurs. Cette décision ne releva pas le niveau de la Faculté de médecine qui fut supprimée avec son antagoniste par l'Assemblée nationale en 1792, en même temps que les anciennes corporations.

En 1794, la Constituante créa l'Ecole de Santé, sur l'ancien emplacement du Collège de chirurgie, qui, dans les dernières années de son existence s'était étendu malgré la défaveur officielle et par la valeur de son enseignement avait attiré un grand nombre d'élèves. Cet emplacement abrita l'actuelle Faculté de médecine. L'Ecole de Santé réunit l'ancienne Faculté de médecine et le Collège de chirurgie.

Napoléon en 1808 dota la Faculté de médecine de 12 chaires. Elle en compte aujourd'hui 42.

La période récente de l'existence de la Faculté de médecine a été marquée par l'extension des cliniques qui vont disposer de deux cents lits d'hôpital pour chacune. L'École pratique va s'installer rue de Vaugirard dans des terrains donnés par la Ville. On prépare un Institut d'hygiène et un Institut de médecine expérimentale qui seront bientôt prêts à recevoir des élèves.

J'espère que ceux d'entre vous qui viendront nous rendre à Paris notre visite d'aujourd'hui trouveront dans nos cliniques et nos laboratoires tous les matériaux utiles à leurs recherches.

Les jeunes étrangers qui viendront nous demander des diplômes, peuvent choisir entre le diplôme universitaire qui ne donne pas le droit d'exercer la médecine en France et le diplôme d'Etat qui confère ce droit, mais ne peut s'obtenir qu'à la condition d'avoir passé avec succès notre baccalauréat. Les Roumains seuls sont exemptés de cette formalité parce que leur Université a adopté tous les programmes français et est calquée sur la nôtre.

En outre de ces diplômes de doctorat, la Faculté de médecine de Paris délivre des diplômes spéciaux : médecine légale, hygiène, médecine coloniale, radiologie, puériculture. L'Ecole de puériculture ne dépend pas de l'Université, mais est placée dans la surveillance technique de la Faculté de médecine. Les concours d'internat et d'externat sont accessibles à tous les étrangers.

Un nouveau titre vient d'être créé : celui d'assistant étranger dans le but de faire connaître et de propager nos méthodes. Pour obtenir ce titre le candidat doit être pourvu d'une attestation du recteur de l'Université qui l'envoie, garantissant ses qualités professionnelles, car nous lui confions la vie et le traitement de nos malades. Dans sept ou huit ans nous aurons à Paris une grande cité universitaire, destinée aux étudiants, comprenant des villas avec jardins, des terrains de sport, et où seront admis les jeunes gens des nations alliées de la France. L'emplacement en a été choisi sur la zone militaire de l'enceinte de Paris.

La conférence de M. le prof. Roger fut accueillie par des applaudissements prolongés.

La séance fut ensuite levée.

AUTOUR DU CONGRÈS

Varsovie, le dimanche 18 septembre 1921.

Nous avons quitté Poznan mardi soir après une journée bien remplie : visite des musées et des institutions scientifiques le matin, lunch extrêmement gai, gracieusement offert aux congressistes par le recteur de l'Université dans la salle de réunion de l'Université, excursion au château de Kornik, soirée à l'Hôtel de Ville. De la soirée nous avons gagné directement notre train sanitaire, et, quand les dernières acclamations en l'honneur de la France qui saluaient notre départ se sont éteintes dans le lointain, chacun a gagné sa couchette et la plupart ne se sont éveillés qu'aux approches de Varsovie. Nous y avons été accueillis par le recteur de l'Université, le prof. Mazurkiewicz, entouré de nombreux confrères polonais, d'une foule de dames charmantes et d'officiers de la mission française.

D'emblée, nous avons retrouvé à Varsovie la même atmosphère de chaude sympathie qui nous avait enveloppés à Poznan. Les discours de réception n'ont pas été moins enthousiastes, les paroles de bienvenue moins empreintes d'une aimable sollicitude pour les hôtes venus de si loin.

Comme à Poznan, tout avait été prévu, grâce au zèle du comité d'organisation et particulièrement du Dr Polak, président de la Société d'hygiène, qui, depuis la frontière, ne nous a pas quittés, n'a cessé, avec une discrétion et une sollicitude parfaite, de veiller sur nous et a été notre ange gardien dans notre voyage à travers la Pologne.

Après les premières effusions, chacun a gagné le gîte qui lui était assigné, quelques-uns dans les hôtels de la ville, la plupart chez les médecins polonais qui avaient tenu à héberger dans leur propre maison les confrères français pendant leur séjour à Varsovie. Ce qu'a été cette hospitalité, les mots manquent pour le dire ; tout a été fait avec un tact, une délicatesse, une générosité qui laisseraient confus et embarrassé si l'on n'avait senti, chez ceux qui nous ont ainsi ouvert leur demeure, une joie sincère et une amitié vraiment fraternelle.

Voici le cinquième jour que nous sommes à Varsovie. Le temps y a été partagé entre les séances du Congrès, les réceptions, la visite de la ville. Des réunions médicales, je ne parlerai pas ; les comptes rendus en seront publiés et témoigneront de l'activité scientifique qui règne actuellement en Pologne. Je mentionnerai seulement la première séance, du jeudi 15 septembre, qui a donné lieu à des manifestations émouvantes : le maréchal Pilsudski, chef de l'Etat polonais, dont nous avions admiré la belle figure grave et énergique, à Paris, il y a quelques mois, dans une mémorable fête à la Sorbonne, avait tenu à être présent au milieu de nous.

Aux discours de M. Chodzko, ministre de la santé publique et du prof. Mazurkiewicz, le prof. Roger, acclamé par toute l'assemblée, a répondu en apportant à la Pologne le salut de la France entière, le prof. Achard, celui de l'Académie de médecine, notre confrère Bellencontre, celui des médecins de France; mais c'est à M. Babinski qu'a appartenu de faire



naître la plus profonde émotion, lorsqu'il nous a dit sa joie d'appartenir à deux patries également aimées, actuellement rapprochées et presque confondues en une seule par un idéal commun de liberté, de justice et de tolérance.

Le rapprochement des congressistes français et des Varsoviens, commencé le jour de notre arrivée, à une brillante réception à l'Hôtel-de-Ville a été scellé le lendemain soir au banquet offert par les médecins polonais. Comment répéter les paroles touchantes qui nous ont été dites par le ministre des Affaires étrangères et par d'autres encore? et l'improvisation très écoutée de M. Bienaimé, président du Comité France-Pologne, qui a évoqué devant nous le rôle historique de la Pologne en face de la barbarie asiatique? Tous les Français ont été comme moi, je pense, particulièrement impressionnés par le discours d'un remarquable orateur et d'un apôtre ardent de l'idée polonaise, l'abbé Casimir Lutowslawski, un médecin entré dans les ordres, actuellement président de la Commission d'hygiène de la Diète.

Sa facilité à manier notre langue nous avait déjà surpris à la première séance du Congrès. Servi par une voix puissante et chaude et par une facilité étonnante à trouver l'expression juste, à formuler les idées dans un style presque classique, il a traité devant nous, ce soir-là, avec une rare élévation de pensée, de l'internationalisme de la science, de ses nécessités et de ses limites Ce beau morceau d'éloquence a été pour nous un vrai régal. Le banquet a été marqué aussi par une manifestation en l'honneur du général Haller, dont les divisions formées en France et transportées en Pologne après l'armistice de 1918, ont puissamment contribué à refouler les anciens oppresseurs hors du sol national et à fonder la jeune République. Le général Haller, qui est actuellement une des figures les plus populaires de Pologne, si populaire que certains, dit-on, en prennent ombrage, est ici l'un des plus grands amis de notre pays.

Des acclamations unanimes l'ont salué de toutes parts, les dames lui ont jeté des fleurs; il a pu sentir que nous n'ignorions rien de lui et qu'il a à ses côtés l'élite intellectuelle de la Pologne.

On a eu la charmante idée de nous convier, pour notre troisième soirée à Varsovie, à la représentation, au grand Théâtre, d'un merveilleux ballet, Pan Twardowski, dont le sujet est emprunté à une vieille légende nationale, et la dernière soirée a été marquée par un bal offert par le professeur Roger. Cette soirée n'a pas eu, en quoi que ce fût, l'allure guindée d'une solennité officielle. Depuis trois jours, Français et Varsoviens avaient fait ample connaissance. Aussi quelle gaîté, quel entrain, quelle absence de contrainte! Avec quel enthousiasme nous avons applaudi la danse nationale, la mazour, que nos amis polonais, jeunes et vieux, nous ont fait le plaisir de danser devant nous et pour nous. Cette danse fougueuse, rythmée par une musique étrange et presque guerrière est un peu du patrimoine national, transmis à travers les années d'oppression; on y sent vibrer l'âme polonaise, héroïque et joyeuse même dans le malheur Vers la fin de la soirée, le professeur Roger a été porté en triomphe, honneur insigne, que, suivant les mœurs d'ici, on réserve aux seules personnalités éminemment sympathiques.

Entre les réceptions et les séances scientifiques, beaucoup, il faut le dire, pendant les séances scientifiques, nous avons pu visiter la ville à notre guise. Un seul mot sur les institutions hospitalières de Varsovie. Elles n'ont rien à envier aux plus modernes des nôtres, et, sur certains points nous pourrions y puiser des perfectionnements uti es.

Quant à la ville elle-même, j'avoue qu'elle m'a plu infiniment. Non pas qu'on y trouve de monuments très remarquables, mais elle abonde en coins pittoresques tels que la place du vieux marché, le quartier juif, les bords de la Vistule, aussi bien qu'en larges avenues d'un bel aspect. Ce qui est plaisant à Varsovie, c'est la foule; la population s'est accrue considérablement pendant la guerre et les rues sont aussi vivantes et aussi animées qu'à Paris. Et quelle diversité de types : soldats vêtus des uniformes les plus divers, mendiants et artisans en haillons, enfants dépenaillés, juifs en longues lévites et à petites casquettes, paysans sur de petites charrettes longues et de temps à autre une paysanne de Lowicz en jupe rayée aux couleurs vives, tout cela se pressant dans les quartiers pauvres et s'infiltrant jusque dans les rues plus élégantes où les passants prennent un aspect moins étrange pour nous. Ce qui frappe alors, c'est qu'on ne voit à Varsovie, pas plus que là où nous avons déjà passé en Pologne aucune de ces tournures féminimes grotesques qui, en Allemagne, nous obligent à nous retenir de rire, et que j'ai retrouvées dans les gares, l'autre jour, entre la France et la Pologne. Les Polonaises ressemblent beaucoup aux Françaises, je dirai même aux Parisiennes par leur aspect et leur façon de s'habiller. On est frappé, dans les rues, du nombre de silhouettes gracieuses et élancées. Les robes sont bien et sobrement coupées, les chapeaux coquets bien posés sur de jolies têtes intelligentes, où l'on ne retrouve aucune trace de la passivité germanique. On comprend que ces femmes aient pu jouer un rôle essentiel dans le maintien de la langue et de la nationalité polonaises et dans la résistance implacable aux violences comme aux séductions des maîtres prussiens, autrichiens ou russes.

Je m'aperçois que je suis bien loin du Congrès; de plus, nous partons tout à l heure pour une excursion au château de Wilanow qui fut celui de Jean Sobieski et je ne veux pas manquer ce pèlerinage au héros polonais. Ce soir enfin nous remontons dans notre train sanitaire qui nous déposera demain à Cracovie, troisième étape de notre séjour en Pologne.

A. LEMIERRE.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. *Tome XX :* **Syphilis.** Tome II : *Syphilis acquise de l'enfance*, par P. FERNET; *Syphilis héréditaire de l'enfance*, par Ed. FOURNIER; *Syphilis héréditaire tardive*, par P. FERNET (1).

Ce nouveau volume du *Traité* Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix fait suite au tome XIX, *Syphilis acquise de l'adulte*. Il est écrit par deux spécialistes particulièrement qualifiés pour traiter le sujet de la syphilis de l'enfance et de la syphilis héréditaire.

Le Dr Edmond Fournier, dont le nom fait autorité en la matière, a bien voulu donner une étude d'ensemble de la *syphilis héréditaire de l'enfance*. Désigné par ses recherches personnelles et par ses publications antérieures, autant que par la riche documentation qu'il a puisée dans les observations recueillies par son illustre père, il a écrit un article qui est une mise au point remarquable, enrichie de nombreuses figures particulièrement démonstratives et de quelques planches en couleurs, choisies parmi les plus belles de sa collection. A les contempler, on se prend à regretter que les difficultés matérielles de l'heure présente n'aient pas permis de les réunir en plus grand nombre. Ecrit dans une langue claire et sobre, cet article, tout en restant empreint du meilleur esprit didactique, sait demeurer original et ce n'est point là son moindre mérite.

Le Dr Pierre Fernet a tracé, en quelques pages aussi précises qu'intéressantes, une description de la *syphilis acquise de l'enfance*, qui sera, pour le praticien, un guide précieux. Le même auteur nous donne un exposé didactique, sûr et méthodique, des caractères cliniques, aujourd'hui classiques et pourtant trop souvent ignorés, de la *syphilis héréditaire tardive*. Là encore l'étudiant et le médecin trouveront un enseignement solidement documenté et des indications précises pour le diagnostic et le traitement.

Ce volume, s'ajoutant à ceux qui l'ont précédé, ne fera qu'accréditer davantage la faveur dont jouit déjà le *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*.

L. G.

(1) In-8, 66 fig., 8 pl. en coul. Prix : 18 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


40
35
30
25
20
15
10
5
René
Vincent

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Roger, Jeanselme, Coyon, Aubertin, Queyrat, Aviragnet, Léon Bernard, Comte, Rénon, Claude, Grégoire.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Armand-Delille, Courtois-Suffit, Ménétrier, Castaigne, Dufour, Claude, Baumgartner, Rochon-Duvigneaud, Roux-Berger, Lejars, Potherat, Rudaux.

— Concours du prosectorat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sebileau, Heitz-Boyer, Chevrier, Arrou, Sainton, Papillon et un professeur de la Faculté non encore désigné.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 29 septembre. — Question donnée : « Examen clinique d'un malade atteint du cancer du pylore. »

MM. Rousseau (Pierre), 12 ; Redaud, 11 ; Préaut et Pottier (Claude), 13 ; Lassays, 9 ; Larroumets, 16 ; Laredo, 4 ; Lemariey, 15 ; Lersch, 6 ; Lagarrigue, 15 ; Laverdet, 13 ; Layani, 18 ; Lafond, 15 ; Laffaille, 16 ; Lazerat, 9 ; Lacurte, 11 ; Le Baron, 15 ; Magnan (Jean), 10.

Séance du 1er octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la coxalgie. »

M. Lelièvre (Jean), 9 ; Mlle Kouindjy, 11 ; MM. Markovitch, 12 ; Marcotte, 14 ; Le Guillant, 15 ; Lefrançois, 13 ; Levaxilaire, 17 ; Loup, 15 ; Lemarchand, 13 ; Lefranc, 5 ; Mariani (Joseph), 13 ; Leconte (Henri), 18 ; Maillet, 13 ; Lelong, 15 ; Lehmans, 12 ; Lair, 14 ; Leleu, 15 ; Levêque, 16 ; Jullien, 14 ; Loussot, 13.

Anatomie. — Séance du 30 septembre. — Question donnée : « Muscle sterno-cléido-mastoïdien. »

MM. Coquelin, 10 ; Caplain (Maurice), 19 ; Chabrol, 10 ; Coupeau, 17 ; Carle, 15 ; Courtois et Brongniart, 16 ; Cossa, 15 ; Chauveau (H.), 14 ; Capelin (Albert), 15 ; Chureau, 18 ; Corbier, 12 ; Champenois, 16 ; Cousty, 12 ; Cattan et Coffin, 16 ; Couturat, 15 ; Corman, 16.

— Un concours pour la nomination à la place de chef du laboratoire des produits galéniques de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 21 novembre 1921, à midi, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, n° 47.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration (service du personnel, bureau du personnel médical), depuis le lundi 24 octobre jusqu'au samedi 5 novembre 1921 inclusivement, de 14 heures à 17 heures.

ASSOCIATION NÉERLANDAISE D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE. — Sur l'initiative du professeur Scheltema, professeur de clinique pédiatrique à l'Université de Groningue, l'Association a organisé une série de conférences. Elles seront données par le professeur Nobécourt, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris, du 23 au 30 octobre, à Groningue, Utrecht, Amsterdam, Leyde, Rotterdam, La Haye. Elles sont destinées, d'une part, aux membres de l'Association et à ses invités, d'autre part, aux autorités universitaires et aux étudiants en médecine des quatre Universités.

Le but de l'Association est d'attirer l'attention des étudiants et des médecins sur l'importance de l'hygiène sociale de l'enfance et de provoquer dans le public un mouvement en sa faveur.

LABORATOIRE DE SÉROLOGIE (direction scientifique, M. Rubinstein, 54, rue Saussure, 17e arr., métro Monceau). — M. Rubinstein fera un cours de sérologie appliquée à la clinique, du 8 novembre au 8 décembre, les mardis, jeudis et samedis à 14 heures. Les cours suivis de travaux pratiques (de 14 heures à 18 heures) traiteront les propriétés biochimiques des sérums, le sérodiagnostic de la syphilis et de la tuberculose et d'autres affections.

Le but de cet enseignement est de former des sérologistes et de les initier aux recherches de laboratoire.

Le nombre des élèves est limité. Le droit d'inscription est de 150 francs. Pour tous renseignements s'adresser au laboratoire de 15 à 17 heures.

CONGRÈS DE MÉDECINE FRANCO-POLONAIS DE VARSOVIE (1)

AUTOUR DU CONGRÈS

Zakopane, le 23 septembre 1921.

En une nuit notre train sanitaire nous a conduit de Varsovie à Cracovie. Au petit jour la température s'était singulièrement rafraîchie et, en arrivant beaucoup d'entre nous étaient transis de froid. Nos hôtes de Cracovie semblaient avoir prévu la chose; ils étaient nombreux à nous attendre sur le quai de la gare; mais il n'y a pas eu de longs discours, pas de musique, pas de « Marseillaise ». Après quelques brèves et cordiales paroles de bienvenue, le recteur de l'Université, M. Novak, nous a priés de nous rendre immédiatement à la maison de la Société médicale, où les femmes et les filles des médecins de Cracovie nous avaient préparé de quoi nous réconforter, après notre long voyage, et désiraient nous servir elles-mêmes. Ces femmes charmantes, qui parlent le français comme nous-mêmes, nous ont entourés des soins les plus attentifs. Leur hospitalité ne s'est pas bornée là : nous avons été invités, pendant notre séjour à Cracovie, à prendre tous nos repas à la maison de la Société médicale, où nous a de plus été offerte, le soir de notre arrivée, une fête des plus réussies. Malgré la discrétion exquise dont elles ont fait preuve, nous avons su que les femmes et les filles des médecins de Cracovie ont veillé elles-mêmes à la préparation et à l'ordonnance des repas, qu'elles se sont minutieusement préoccupées de ce que nous ne manquions de rien, que la soirée charmante que nous avons passée à la maison de la Société médicale a été le fruit de leurs efforts et de leur initiative intelligente. Nous désirons qu'elles sachent bien que, tous, nous avons compris celà, que nous leur en sommes profondément reconnaissants et que nous n'oublierons jamais les heures passées au milieu d'elles à Cracovie.

Par une matinée splendide à travers cette belle cité de Cracovie, le joyau de la Pologne, nous nous sommes dirigés vers l'Université, où, par une pensée pleine d'à-propos, l'on nous a fait assister à une cérémonie de réception au doctorat. Devant les professeurs, revêtus de robes qui ressemblent singulièrement aux nôtres, le candidat a prononcé le serment qui se prêtait jadis chez nous aux soutenances de thèses. A l'autre bout de l'Europe nous avons retrouvé une coutume qui fut la nôtre et qui établit un rapprochement de plus entre nos mœurs universitaires et celles de la Pologne. De là nous avons vu la bibliothèque de l'Université, l'Eglise Sainte-Marie d'où partit jadis la résistance contre les Suédois, alors que la Pologne, submergée par l'invasion semblait près de succomber; la couronne dorée qui orne la flèche de l'église transmet à travers les générations le souvenir de ce fait glorieux; nous nous sommes attardés à la visite du Wawel, ce château historique, dont Cracovie s'enorgueillit si justement. Dans sa cathédrale, sanctuaire de la Pologne, reposent les princes et les héros dont la renommée est aussi vivante chez nous en France qu'ici même : Casimir le Grand, les Jagellons, Jean III Sobieski, Kosciusko, Joseph Poniatowski. Nous avons eu le bonheur d'être guidés, au milieu de ces beautés et de ces souvenirs par le plus courtois et le plus spirituel des hommes, qui n'a pas été seulement, aux heures graves, un vaillant soldat, mais s'est révélé devant nous comme un artiste délicat et compétent, le comte Puslowski. Qu'il soit remercié de nous avoir fait ainsi comprendre et aimer Cracovie.

Cracovie n'est pas seulement la ville riche en monuments que l'on parcourt sans se lasser et où la rigueur d'un programme ne nous a pas permis de séjourner assez longtemps; c'est la cité savante et policée, fière de son Université fondée au XIVe siècle, une des plus anciennes d'Europe. Son Académie des sciences est justement réputée ; ses installations hospitalières sont parmi les plus belles; son institut bactériologique laisse bien loin derrière lui ce que nous avons en France ; son théâtre où l'on nous a fait entendre une comédie de Fredro, le Molière polonais, peut rivaliser avec nos plus somptueuses salles de spectacle. Le monde universitaire, avec lequel il nous a été donné d'entrer en contact à la soirée de la Société médicale et au banquet offert le lendemain soir par la ville de Cracovie, est un des plus intéressants et des plus cultivés qu'on puisse fréquenter. Hommes et femmes ont une bonne grâce souriante, une tournure d'esprit vive et enjouée, une courtoisie sans affectation qui nous séduisent immédiatement et nous mettent en confiance, d'autant plus que tous ont de notre langue et de notre littérature une remarquable expérience. Cette mentalité et ce genre d'éducation sont inséparables d'une grande sympathie pour notre pays et pour notre propre culture : eussions-nous pu conserver le moindre doute à ce sujet que le discours prononcé au banquet par un savant philologue, M. Morawski, président de l'Académie des sciences et porte-parole de l'élite intellectuelle de Cracovie, eût suffi pour le dissiper.

Pendant le deuxième après-midi de notre séjour à Cracovie, nous avons été reçus et fêtés aux mines de sel de Wieliczka, situées à quelques kilomètres de là. Elles sont célèbres et bien des Français ont eu déjà l'occasion de les admirer. Seulement, on a pris soin de nous montrer que l'on ne nous considérait pas comme des touristes ordinaires et l'hospitalité polonaise a été pour nous, dans les profondeurs de la terre, aussi généreuse que dans les villes.

Après deux trop brèves journées passées à Cracovie, notre train sanitaire, sous un soleil radieux, nous a entraînés vers Zakopane, au pied des monts Tatra, dont le profil dentelé s'est montré brusquement à nos yeux, après une rude montée et le passage d'un col. Pour le Polonais, habitant de la plaine immense, Zakopane représente l'unique région montagneuse, centre animé d'excursion pendant l'été et station de sports d'hiver. A nous qui connaissons les Alpes, les Pyrénées, l'Auvergne, les Vosges, Zakopane est apparu comme un lieu charmant, dont nous avons apprécié immédiatement l'air vif et pur, et où nous avons trouvé, il faut le dire, le même accueil enthousiaste de la part de la municipalité et des médecins, que dans les autres points de Pologne déjà visités. Nous y avons été hébergés comme des amis ; pour nous, on a organisé d'admirables excursions au lac de Morskié Oko et à la vallée Koscieliska.

Je voudrais citer les noms de tous ceux qui, ici, nous ont entourés de prévenances ; mais je pense ne blesser personne en disant que nous gardons une particulière reconnaissance à M. Morawski qui, avec une activité et une bonne grâce inlassables, n'a cessé de nous guider et nous a permis de ne rien perdre des beautés du pays. Je n'aurai garde non plus d'oublier notre visite au sanatorium du Dr Dluski, un modèle du genre, construit dans un site merveilleux, où un déjeuner plein d'entrain nous avait tous réunis.

Dans une heure nous allons quitter Zakopane, bien à regret. Un certain nombre d'entre nous continuent leur voyage jusqu'à Lvov, où on les attend pour fêter la France. Je déplore que des obligations impérieuses m'obligent, comme la plupart d'ailleurs, à regagner Varsovie, puis de là Paris. Notre merveilleux voyage en Pologne est terminé et il s'est terminé en beauté. La relation rapide et trop sèche que j'en ai faite ne donne qu'une idée imparfaite de ce qu'il a été. Je tâcherai, dans une dernière lettre, d'en dégager l'impression générale que nous en avons eu et les enseignements qu'il comporte pour nous médecins et intellectuels français.

A. LEMIERRE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 75, p. 1196, et n° 77, p. 1225.

ÉLIMINATION DE L'ARSENIC

Par M. Amédée-Joseph DEBON,
Docteur en médecine de Columbia University de New-York
et de l'Université de Paris.

Comme nous l'avons prouvé (1) chez les malades sans tares organiques, les arsenos ne sont pas toxiques, en tant qu'arsenos, aux doses thérapeutiques.

Cependant, suivant Meillère, un certain nombre des phénomènes cutanés de l'arsenothérapie seraient imputables à la décomposition des arsenos dans l'organisme en des corps très toxiques. Des faits, qui semblent supporter cette théorie, ont été observés dans l'administration de l'arrhénal et du cacodylate de soude, mais, en fin de compte, le mécanisme de cette transformation reste inconnu.

D'après tout ce que nous avons dit, nous pouvons conclure, en dehors toutefois des arsenoxys, que, dans la presque totalité des cas, trois facteurs surtout sont à considérer dans la production des accidents : le foie, le rein et la peau.

***

Nous nous occuperons d'abord du foie.

Nous savons que le foie est le grand entrepôt, le grand fixateur, le grand dispensateur des poisons ou toxines, exogènes ou endogènes, et nous savons également que les poisons ou toxines sont incorporés dans la cellule, dans le laboratoire unitaire du tissu hépatique.

En réalité, le *rôle antitoxique* du foie est plus considérable qu'on ne le pense généralement : transformation de certains déchets toxiques provenant de la désassimilation des albuminoïdes, d'intoxications endogènes, d'intoxications exogènes, de toxi-infections microbiennes, etc.

Ce rôle antitoxique est d'ailleurs démontré expérimentalement. Nous savons, en effet, qu'un très grand nombre de poisons, notamment les alcaloïdes, sont beaucoup moins actifs quand on les injecte dans la veine porte que lorsqu'on les introduit directement dans la circulation générale.

D'autre part, la thérapeutique nous enseigne que la plupart des médicaments administrés par voie digestive, et par conséquent traversant le foie avant de se répandre dans tous les tissus, sont moins toxiques, pour une même dose, que lorsqu'on les injecte directement dans le sang ou même dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Mais comment le foie sain exerce-t-il donc sa fonction antitoxique ?

Par un mécanisme très complexe : *Il retient, il emmagasine les produits toxiques, ne les laissant passer qu'à petites doses dans la circulation générale*, réglant en quelque sorte son débit sur la rapidité de l'élimination — ou plutôt sur la disparition de ces toxiques dans les humeurs qui viennent en contact avec lui.

Il détruit lui-même certains toxiques et enfin il peut en éliminer par sa sécrétion biliaire.

Ceci dit, et pour la clarté de la compréhension des accidents provoqués par les arsenos, nous pouvons comparer la cellule hépatique à un récipient dans lequel se déverse la plus grande partie des poisons ou toxines contenues dans l'organisme humain.

Il est évident que si ce récipient — cette bouteille disons — est déjà à moitié remplie, la quantité complémentaire que l'on pourra y déverser pour la remplir entièrement sera moins grande que si elle était complètement vide, ou préalablement remplie au tiers par exemple.

Nous n'avons qu'une substitution de mots à faire. Nous n'avons qu'à mettre au pluriel, et nous pouvons dire :

Si la capacité toxique des cellules hèpatiques est déjà partiellement remplie, la quantité de toxine ou de poison introduite dans l'organisme, qui remplira les cellules hépatiques (le foie) à pleine capacité toxique, sera d'autant moins grande que ces cellules seront déjà plus intoxiquées pour quelque cause et par quelque produit que ce soit.

Ceci revient à dire que la capacité toxique de la cellule hépatique n'est certainement pas infinie.

D'un autre côté, il nous faut mentionner ici les cas où la bouteille n'est pas de capacité normale comme nous la concevons dans le foie sain et en bon fonctionnement.

Il est possible, en effet, de penser que, dans certaines occasions, la bouteille sera de capacité plus ou moins diminuée — elle représentera alors le foie malade ou à mauvais fonctionnement — et ne pourra contenir, par conséquent, qu'une quantité également diminuée de toxines ou de poisons.

Une comparaison semblable peut s'appliquer à tous les tissus qui fixent, qui désintègrent, qui éliminent les toxines et les poisons de notre organisme.

Ainsi éclairés par cette simple comparaison, nous pouvons comprendre, dès lors, un mécanisme — dont nous avons commencé l'expérimentation — qui explique la production de certains accidents provoqués par les arsenos.

Ou la bouteille est vide ou presque vide, les cellules hépatiques normales et fonctionnant bien : dans ce cas, l'arseno est, après son introduction dans l'organisme, retenu, emmagasiné, et ainsi, mis hors d'état de nuire.

La bouteille est-elle pleine ou presque pleine, ou bien est-elle de capacité diminuée ? Les cellules hépatiques sont-elles intoxiquées par les poisons ou toxines qu'elles ont déjà fixé sur elles-mêmes, comme cela pourrait être le cas dans les constipations chroniques, dans les fermentations intestinales, dans les troubles gastro-intestinaux en général, l'alcoolisme, la morphinomanie, le plombisme, la goutte, les suppurations prolongées, etc. ?

Ou bien, ces cellules hépathiques — « locus minoris resistantiæ » — sont-elles de capacité toxique diminuée par prédisposition naturelle ou par maladie antérieure ?

Dans tous ces cas, l'introduction d'un toxique quelconque, l'introduction d'une dose d'arseno par exemple, remplira la bouteille d'abord, puis la bouteille débordera.

L'arseno débordera donc dans tous les parenchymes, dans tous les tissus interstitiels.

Alors, et ceci a une importance extrême, un tissu n'ayant pas au même titre que le foie la puissance de fixation et de désintégration des poisons et toxines en général, *mais ayant une tendance chimique particulière vers l'arseno*, l'adaptera sur sa molécule. Et si ce tissu se trouve dans l'impossibilité de l'éliminer : *c'est sa mort.* Il est tué par l'arseno : Voila l'accident.

---

(1) A.-J. Debon. Les accidents cutanés de l'arsenothérapie antisyphilitique, *Th. de Paris*, Grenoble, 1920, Imprimerie nouvelle. — (Extrait du chapitre sur la « Pathogénie »

Voilà l'accident qui se déclare, peut-être brusquement, peut-être après un temps plus ou moins long suivant la dose à éliminer, suivant l'état des cellules qui, se substituant au tissu hépatique, vont s'adapter à une fonction nouvelle pour laquelle elles n'étaient point faites.

Les tissus sur lesquels se fixent les arsenos qui ont ainsi débordé du récipient hépatique sont d'origine ectodermique. Ils sont deux : le tissu nerveux et *surtout* le tissu épidermique.

Ainsi, les accidents dus aux arsenos sont presque toujours des accidents cutanés, rarement des accidents nerveux, et, de par le raisonnement que nous venons de tenir, ils semblent surtout dépendre de l'intoxication arsenicale.

Ces accidents paraissent, en effet, parfaitement superposables aux rares cas d'arsénicisme aigu rapportés dans la littérature scientifique.

* * *

Mais ce n'est pas tout.

Si nos expériences semblent jusqu'ici autoriser les hypothèses que nous venons d'exposer, nous voulons encore faire une comparaison qui fera comprendre le processus des accidents ayant à leur origine la déchéance grave de la cellule hépatique.

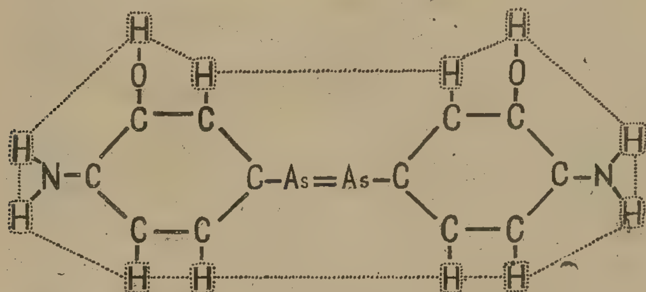
Dans la chimie minérale, nous savons qu'une molécule peut, suivant les corps considérés, présenter de une à cinq valences.

Ainsi l'hydrogène a une valence ; — l'oxygène en a deux ; — l'azote en a trois ; — le carbone en a quatre ; — le phosphore en a cinq.



FORMULE 1.

Reportons-nous, maintenant, à la formule 4 et transcrivons, en modifiant son arrangement pour notre raisonnement, la formule du dioxydiaminoarsenobenzène.



FORMULE 2.
Dioxydiaminoarsenobenzène.

Au premier regard, nous voyons que cette molécule organique est assez complexe ; mais, ce qui nous frappe le plus, et ce que montre bien notre arrangement, c'est qu'au point de vue abstrait, on peut la comprendre comme formée de deux parties : une partie centrale, le noyau en quelque sorte, qui présente douze valences à satisfaire, et une partie périphérique composée de douze molécules d'hydrogène satisfaisant, saturant, pour ainsi dire, les douze valences du noyau.

Et, concevons maintenant la molécule de tissu hépatique ou plutôt, concevons l'unité physiologique du foie, la cellule hépatique, comme une « chaîne » sphérique à valences indéfinies mais très nombreuses, que nous pouvons projeter sur un plan, suivant cette figure :



FIGURE 1.

Un noyau central donc, et, à la périphérie, des valences « ouvertes » ou « non satisfaites » — quelque chose de semblable, mais de plus schématique que la formule du dioxydiaminoarsenobenzène que nous avons représentée ci-dessus.

Nous devons, tout d'abord, dire que nous ne nous occupons ici que des relations qui existent entre la cellule hépatique et les toxines ou poisons contenus ou introduits dans l'organisme.

Il est absolument démontré, et, universellement admis aujourd'hui, comme nous l'avons dit au début de cet article, que la cellule du foie préside à la désintoxication de l'organisme.

Nous devons donc nous représenter cette « nappe » de valences qui hérissent la sphéricité schématique de notre cellule hépatique comme ayant un sens électif très spécialisé, une tendance toute particulière à la fixation des toxines ou poisons.

Et, nous l'avons également mentionné, pour disposer d'un poison, pour transformer une toxine en ses éléments éliminables les moins toxiques, la cellule hépatique est obligée de s'incorporer cette substance.

Mais quelle est donc la nature et l'origine de ces toxines et de ces poisons qui peuvent ainsi venir mettre à contribution l'activité si spécialisée de la cellule du foie?

Ils sont infiniment nombreux et nous n'en citerons ici que quelques-uns, nécessaires à cette discussion théorique.

D'abord les aliments, viandes riches en nucléoprotéines, viandes marinées ou faisandées, etc.

Puis, les intoxications par le plomb, la morphine, l'alcool, etc.

Mais, les plus importants de tous, non pas parce qu'ils sont plus toxiques ou plus poisons, mais parce que ce sont ceux que l'on rencontrera *le plus souvent*, ceux que l'on pourra ne pas soupçonner, ceux contre lesquels notre bonne volonté trébuchera faute d'avoir été suffisamment consciencieuse ou perspicace. Ce sont les intoxications endogènes par diathèse ou maladie.

Nommons d'abord : la syphilis elle-même ; puis le paludisme ; puis la tuberculose, la goutte, les suppurations prolongées, les troubles gastro-intestinaux, *mais surtout les fermentations intestinales avec auto-intoxication du type qui dure toujours...*

Toutes ces affections nous semblent si graves dans l'intoxication de la cellule hépatique que nous n'oserions essayer de les faire se succéder par ordre d'importance.

Et, maintenant que nous avons mentionné quelques-unes des causes de la présence des toxines ou poisons dans l'organisme, reportons-nous à la cellule sphérique, hérissée de valences ouvertes, que nous avons projetée sur le plan d'une page précédente (figure 1).

I. Admettons que cette cellule a cent valences ouvertes et supposons un premier cas.

La cellule hépatique est saine, aucune ou très peu de ses valences toxiques sont occupées par les toxines métaboliques ou autres poisons.

Son fonctionnement est normal.

Elle supportera vaillamment une dose thérapeutique d'arseno. Cette dose, elle la fixe, la désintègre, la combine, s'en décharge dans le sang et la confie aux divers tissus et organes chargés de son élimination.

Pas d'accidents.

II. Supposons, maintenant, qu'une dose thérapeutique moyenne, correspondant à 0gr60 d'arseno, occupe cinquante des valences de notre cellule hypothétique à cent valences ouvertes.

La cellule hépatique est saine, mais un certain nombre de ses valences toxiques sont déjà occupées par des poisons renfermés dans l'organisme.

Ainsi, disons que, sur les 100 valences de notre cellule, vingt sont déjà occupées par des composés plombiques chez un ouvrier peintre.

Soudainement, une dose moyenne d'arseno est introduite dans la circulation et, d'après ce que nous venons de dire, cette dose occupera cinquante des valences restées libres de la cellule hépatique : $20 + 50 = 70$.

La cellule ne sera donc pas saturée. Elle pourra vivre. Elle sortira, chancelante peut-être, mais victorieuse quand même, surtout si des émonctoires diligents et vigoureux contribuent à assurer une élimination rapide.

III. La cellule hépatique est encore saine, mais un nombre considérable de ses valences toxiques sont occupées — disons quarante — par des toxines d'origines intestinales, provenant, par exemple, de fermentations saprophytiques.

On connaît très bien, et depuis fort longtemps, la formation de ces substances : indol, scatol, etc. On connaît toute leur nocivité et l'on sait toute l'importance de leur action dans la pathogénie des troubles hépatiques.

Comment va se comporter la cellule si une petite dose d'arseno qui occupera vingt-cinq de ses valences toxiques ouvertes est jetée sur elle : $40 + 25 = 65$.

La cellule n'est pas saturée et, en raisonnant *seulement* (1) avec les facteurs que nous avons déjà mentionnés, la cellule doit vivre et aucun accident ne doit survenir.

Supposons maintenant qu'une dose moyenne d'arseno vient se fixer sur cinquante des soixante valences toxiques qui restent ouvertes à notre cellule hépatique : $40 + 50 = 90$.

Ici encore, la cellule n'est pas saturée ; ici encore, elle pourra, temporairement affaiblie, survivre quand même.

IV. Enfin, supposons une dernière fois, que la dose forte d'arseno occupe quatre-vingt valences et concentrons toute notre attention, car ici, commence une série de phénomènes que nous allons discuter de notre mieux.

Notre cellule hépatique, avons-nous dit (III), est hérissée de cent valences ouvertes dont quarante sont occupées déjà par des corps aromatiques, provenant de fermentations intestinales, et en voie de sulfoconjugaison.

Que la dose forte d'arseno soit maintenant introduite dans l'organisme.

Cette cellule qui n'a plus que soixante valences libres, va finir de se saturer avec le composé arsenical.

Elle sera donc intoxiquée à pleine capacité : *Elle va mourir.*

Et non seulement la cellule hépatique sera saturée mais encore elle sera incapable de fixer sur elle-même une quantité d'arseno correspondant à quatre-vingt de ses valences toxiques alors qu'elle n'en a plus que soixante de libres.

Pour rappeler notre comparaison précédente, nous dirons qu'ici encore c'est le récipient qui déborde.

Une certaine quantité d'arseno restera, en effet, libre dans l'organisme à la charge principale des tissus ectodermiques pour lesquels il semble avoir une affinité chimique particulière.

Les tissus épidermiques, comme nous l'avons déjà dit, sont ceux qui supporteront presque seuls le poids de ce travail d'élimination pour lesquels ils n'étaient point faits.

Et, ici encore, si les cellules épidermiques ne peuvent éliminer l'arseno qui s'est fixé sur elles ou qu'elles ont fixé sur elles-mêmes, *elles seront tuées et ce sera l'accident cutané.*

Nous arrivons donc, une fois encore, aux mêmes conclusions par des chemins absolument différents et nous devons dire ici que ce sont ces raisonnements qui nous ont fait concevoir les expériences que nous n'avons pas encore achevées mais qui nous permettront bientôt, nous l'espérons, de parler non pas de présomptions mais de certitudes scientifiques.

Mais là ne sont pas toutes les possibilités que nous ont suggéré nos expériences.

Ici, nous avons seulement essayé de voir et de comprendre ce drame cellulaire dans lequel la cellule épidermique se suicide en s'emparant elle-même de l'arseno, ou se trouve assassinée en quelque sorte par l'arseno qui s'implante sur elle.

Il nous semble superflu de dire que plus la cellule hépatique sera déjà intoxiquée ou héréditairement malade, plus l'accident sera violent et plus il surviendra facilement.

*
* *

La voie rénale est, de beaucoup, la plus importante dans l'élimination de l'arsenic. C'est pour cela que les diminutions, même légères, de la perméabilité du rein et les lésions de la cellule hépatique se disputent la première place dans la pathogénie des accidents consécutifs à l'emploi des arsenos.

C'est d'ailleurs l'opinion de Lacapère, et les recherches de Bongrand semblent la soutenir.

La rapidité de l'élimination par le rein est assez variable. C'est ainsi que, sur huit malades, six ont éliminé presque entièrement leur arsenic du troisième au sixième jour, et les deux autres ne l'ont éliminé que beaucoup plus tardivement et d'une manière intermittente. L'un de ces derniers fit un léger érythème papulo-squameux et l'autre, qui n'avait pas encore révélé de traces d'arsenic dans l'urine au dixième jour, présenta, dès le lendemain de l'injection d'arseno, un érythème généralisé, persistant et accompagné de signes généraux graves.

Mais, l'élimination de l'arsenic, comme l'ont vu

(1) Il est, en effet, très probable que les déchets aromatiques (indol, scatol, etc.), provenant de la décomposition des albuminoïdes dans l'intestin forment avec les arsenos des combinaisons intracellulaires d'une grande toxicité pour le tissu hépatique. C'est notre conviction, mais elle reste encore à démontrer.

Bar et Hudelo, peut se faire d'une manière encore beaucoup plus lente et plus irrégulière dans les cas qui ont présenté des accidents.

C'est ainsi que Frenkel, Heiden et Navassart, cités par Galonnier, ont pu en trouver dans l'urine huit mois (!) après une injection intraveineuse de $0^{g}50$ de salvarsan.

Il ne faut pas croire, cependant, que la cause de ces différences dans le rythme de l'élimination soit le médicament lui-même. Les arsenos semblent, en effet, n'avoir que peu d'influence sur l'épithélium rénal, et, il faut chercher l'explication de ces phénomènes, non pas dans la toxicité des arsenos, mais dans les lésions déjà existantes de l'organe.

Schreiber, Duhot, Stuhmer déclarent que les arsenos n'ont jamais déterminé d'albuminurie. C'est, d'ailleurs, l'opinion de Nicolas et Moutot qui vont même jusqu'à prétendre que l'albuminurie n'est pas une contre-indication.

Ces variations, si importantes, dans la rapidité de l'élimination de l'arsenic par le rein ont attiré notre attention et nous en avons tiré certaines conclusions que nous voulons exposer ici.

On admet généralement aujourd'hui que les injections doivent être d'autant plus rapprochées que les doses sont plus faibles; et, d'autre part, il est évident que la technique parfaite de l'administration des arsenos doit varier avec chaque patient.

L'idéal serait évidemment de construire, pour chaque malade, une courbe d'élimination de l'arsenic.

Mouneyrat a calculé que l'élimination moyenne de novarsenobenzène et de galyl s'élevait à $0^{g}10$ par jour environ (1). Ce qui fait qu'un malade recevant $0^{g}30$ de novarsenobenzène éliminera approximativement en trois jours; tel autre, recevant $0^{g}60$, éliminera approximativement en cinq ou six jours; tel autre, enfin, recevant $0^{g}90$, ce qui représente la dose maximum habituelle, éliminera en sept, huit ou neuf jours.

Pendant le cours d'une série d'injections d'arseno, les cliniciens obéissent, empiriquement peut-être, à la loi de l'élimination que nous venons de mentionner, en faisant leurs injections à huit jours d'intervalle, ce qui laisse, d'après ce que nous avons dit, une marge considérable pendant laquelle, dans la majorité des cas, les tréponèmes ne sont pas soumis à l'action destructive de l'arseno.

Nous avons dit que l'élimination moyenne de novarsenobenzène et de galyl était environ de $0^{g}10$ par jour. Mais, si nous parlons de *moyenne*, cela veut dire que quelques malades élimineront beaucoup plus vite et d'autres beaucoup plus lentement. Ce sont ces variations qui nous ont fait concevoir la nécessité d'une courbe d'élimination.

Nécessité pour le traitement idéal évidemment que permettrait, sitôt la première dose éliminée, d'injecter la seconde; sitôt la seconde éliminée, d'injecter la troisième, etc.

Ainsi, nos malades ne seraient jamais vides d'arseno, et, d'autre part, fait tout aussi important, une injection intempestive ne viendrait jamais, d'une manière insoupçonnée, surajouter sa toxicité à une dose précédente qui n'aurait pas encore été complètement éliminée.

(1) Les analyses de Aloy, cité par Galonnier, arrivent, d'ailleurs, aux mêmes conclusions.

Il devient évident que cette courbe d'élimination jetterait une vive lumière sur la méthode à suivre dans le dosage.

Ainsi, prenons un malade qui élimine moyennement.

Ce malade reçoit, disons, $0^{g}30$ de novarsenobenzène, un certain jour : figure 2.

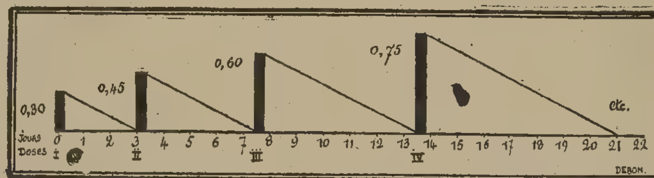


Figure 2.

Au bout de trois jours, il a éliminé ses 30 centigrammes d'arseno : le troisième jour, on lui fait sa deuxième injection et l'on porte la dose à $0^{g}45$.

Cette deuxième dose est éliminée en cinq jours : le huitième jour on lui fait sa troisième injection et l'on porte la dose à $0^{g}60$.

Cette troisième dose est éliminée en six jours : le quatorzième jour on lui fait sa quatrième injection de $0^{g}75$ d'arseno qu'il éliminera en sept jours... et ainsi de suite jusqu'à ce qu'un symptôme avertisseur apparaisse ou jusqu'à ce que la dose maximum que l'on se proposait soit atteinte.

On comprend facilement l'avantage que présente un traitement suivi de la sorte sur un traitement administré selon la méthode habituelle suivante :

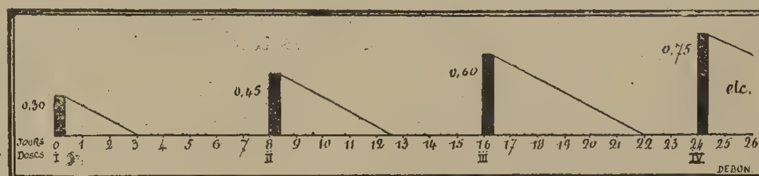


Figure 3.

En effet, on remarquera que, dans la manière courante d'administrer les arsenos (fig. 3), le malade que nous avons choisi d'élimination moyenne reste vide d'arseno du troisième au huitième jour. Il reste encore vide d'arseno du douzième au seizième et encore du vingt-deuxième au vingt-quatrième jour.

Notre raison souligne ceci comme un désavantage considérable.

On pourrait encore améliorer la méthode des injections si l'on opérait comme en donne une idée la figure 4.

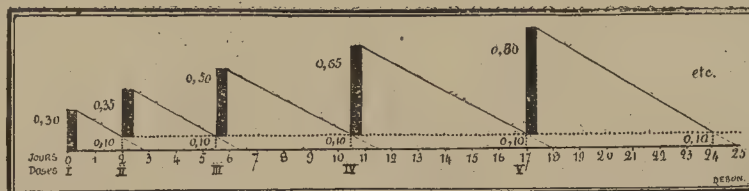


Figure 4.

Dans ce cas, en effet, l'injection serait toujours faite avant l'élimination complète de la dose précédente. En sorte que le malade contiendrait toujours une quantité appréciable d'arseno et qu'une action continue serait ainsi agissante sur l'agent infectieux.

On pourrait, par exemple, faire chaque injection alors que la courbe d'élimination indiquerait qu'il

reste encore dans l'organisme une quantité donnée d'arseno.

Ainsi, si la constante d'arseno était, disons, de $0^{g}10$ comme le montre très nettement la figure 4, la progression des doses à injecter serait : 0,30, 0,35, 0,50, 0,65 et 0,80, et non plus, comme il est maintenant d'usage presque courant : 0,30, 0,45, 0,60, 0,75 et 0,90.

D'autres perfectionnements apportés à cette méthode idéale de traitement par l'étude des courbes d'élimination, nous amèneraient encore à la conception d'un autre moyen d'agir : figure 5.

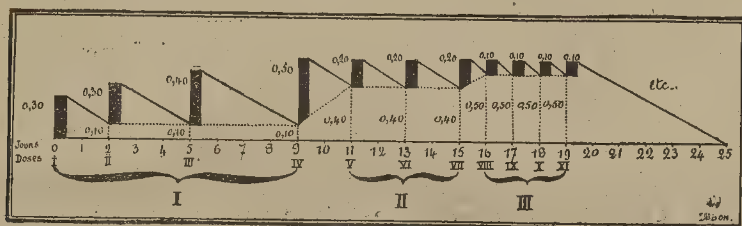


FIGURE 5.

Voici comment doit s'interpréter cette figure :

I. On essaie la tolérance du malade pour l'arseno comme dans la figure 4 : tolérance aux doses progressives, successives et séparées, avec une constante d'arseno de $0^{g}10$.

II. On rapproche les injections, une tous les deux jours par exemple : on essaie ainsi la tolérance aux doses rapprochées et, en même temps, à une constante modérée.

Le malade reçoit tous les deux jours ce qu'il a éliminé pendant les deux jours précédents, soit $0^{g}20$ d'arseno.

Dans ce cas, figure 5 — II, le malade aura accepté, sans accident, une injection de $0^{g}20$ d'arseno tous les deux jours, surajoutée à une constante de $0^{g}40$.

III. Ici, les injections sont quotidiennes et toujours égales à l'élimination moyenne du malade que nous avons supposé, soit $0^{g}10$ d'arseno par vingt-quatre heures.

Le patient supporte donc une injection journalière de $0^{g}10$ d'arseno surajoutée à une constante de $0^{g}50$.

*
* *

Tournons-nous maintenant vers le malade qui a fait un accident postarsenoïque quelconque.

L'étude de la courbe d'élimination, en admettant que l'on puisse arriver à la dessiner avec une exactitude relative, nous permettra d'expliquer avec clarté ce qui a dû se passer.

Supposons un malade dont l'élimination journalière défectueuse n'est que de $0^{g}025$, au lieu de $0^{g}10$, par jour.

Ce malade, se présente à nous, comme cela est très fréquent, sans aucun signe particulier indicateur de cette élimination défectueuse; aussi, nous lui donnons le traitement moyen, en débutant par $0^{g}30$ et en renouvelant l'injection, augmentée de $0^{g}15$, tous les huit jours : figure 6.

Cette figure nous semble particulièrement facile à comprendre.

Au lieu d'éliminer les $0^{g}30$ d'arseno en trois jours, comme le faisait le malade à élimination moyenne que nous avons considéré dans les figures précédentes, celui dont nous nous occupons maintenant, avec une puissance d'élimination réduite, va mettre douze jours pour éliminer ces $0^{g}30$ d'arseno.

Aucun accident n'étant survenu, le huitième jour on fera une deuxième injection d'arseno de $0^{g}45$ qui vont s'ajouter aux $0^{g}10$ encore présents dans l'organisme et qui représentent la partie restante de la première dose de $0^{g}30$:

$$0,10 + 0,45 = 0,55$$

qui demanderont, au taux de $0^{g}025$ par jour, vingt-deux jours pour être éliminés complètement.

Si, encore une fois, aucun accident ne s'est manifesté, on pratique, le seizième jour, une troisième injection, celle-ci de $0^{g}60$, qui s'ajouteront aux $0^{g}35$ restants des deux injections précédentes, soit :

$$0,35 + 0,60 = 0,95$$

qui demanderont, toujours au même taux, trente-huit jours pour leur complète élimination.

L'accident va peut-être survenir ici.

Mais, supposons qu'il ne survienne pas encore, et que, non avertis, nous injections une nouvelle dose de $0^{g}75$ le vingt-quatrième jour.

Comme pour les deux injections précédentes, cette dose de $0^{g}75$ s'ajoutera au reliquat des trois premières injections qui s'élève lui-même à $0^{g}75$:

$$0,75 + 0,75 = 1^{g}50$$

Etc...

L'accident est arrivé ! Il est arrivé entre le seizième et le vingt-quatrième jour. C'est l'accident tardif.

C'est celui que nous rencontrons après la troisième ou la quatrième injection et notre raisonnement concorde parfaitement avec les enseignements de la clinique.

Nous expliquons autre part, l'accident rapide, dramatique, qui survient après la première ou la deuxième dose par un mécanisme plus aigu et qui semble tout à fait différent.

Toutes ces discussions sont spéculatives évidemment ; néanmoins, elles lèvent le voile sur l'avenir possible d'une administration moins empirique, plus rationnelle des arsenos, et ceci, grâce à la connaissance et à l'établissement possible de la courbe d'élimination dont nous parlerons plus loin.

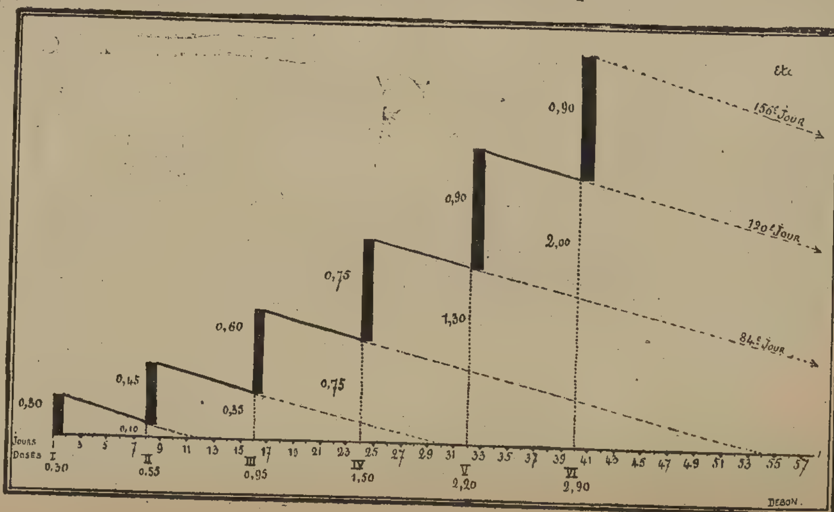


FIGURE 6.

Ainsi, non seulement l'administration du médicament deviendra plus scientifique, ce qui sera intéressant pour le médecin, mais elle deviendra surtout sans danger, ce qui sera un avantage pour le malade.

*
**

En dernière analyse, on doit considérer la peau comme éliminateur d'un composé toxique d'arsenic.

Comme nous l'avons exposé longuement, le foie préside aux transformations que doivent subir les arsenos pour être éliminables et, nous avons vu que les lésions de cet organe se traduisent par une diminution de sa fonction antitoxique et par une déficience de sa fonction d'emmagasinement.

Dans ces cas, l'arseno introduit se trouve donc rejeté en masse, brutalement, dans l'organisme du malade.

Plusieurs voies s'offrent alors à lui pour en sortir : la peau, l'intestin et le rein sont les plus importantes.

Nous venons de souligner l'inconstance de la voie rénale chez certains malades. Il se produit, dans ces cas, une mise à contribution des voies restées libres : peau et intestin, et c'est l'établissement d'une voie de dérivation qui explique les diarrhées si fréquentes et les accidents cutanés.

Un autre facteur doit être, également, considéré.

Nous avons déjà dit, en effet, que les arsenos ont une tendance marquée à se fixer sur les tissus d'origine ectodermique : le tissu nerveux et *surtout* le tissu épidermique.

Il y a, entre l'arseno et ces tissus, une affinité chimique indéniable qui fait que l'épiderme supportera presque seul le poids de ce travail d'élimination pour lequel il n'était point fait.

Et, si les cellules épidermiques ne peuvent éliminer l'arseno qui s'est fixé sur elles ou qu'elles ont fixé sur elles-mêmes, ou bien ces cellules répondront par une réaction inflammatoire plus ou moins violente, ou bien elles seront tuées, et, dans ces deux cas, surviendra l'accident cutané.

Ce rôle de la peau dans l'élimination des arsenos, a, d'ailleurs, été invoqué par Goubeau, qui a fait des expériences pour démontrer son importance dans les cas d'érythrodermie.

En résumé, il semble bien que, dans la majorité des cas, l'on doit considérer la peau comme un organe émonctorial complémentaire chargé de l'élimination d'un corps toxique qui se trouve avoir une affinité chimique particulière pour sa substance propre.

Cette affinité chimique entrave la fonction émonctoriale et la toxicité se manifeste par l'inflammation ou par la destruction du tissu épidermique.

Pour démontrer ce fait, nous avons prélevé des squames sur différents malades et nous allons entreprendre le dosage de l'arsenic dans ces spécimens.

La quantité d'arsenic contenue dans la peau des malades qui présentent des accidents cutanés post-arsenoïques, nous semble, en effet, utile et intéressante à connaître.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 30 centimes par numéro.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HYDRAMNIOS

Par M. le docteur Bourret,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

On désigne sous le nom d'hydramnios, de polyhydramnie, ou encore d'hydropisie de l'amnios, quelquefois d'ascite extrafœtale, une exagération notable de la quantité du liquide amniotique accompagnée d'une hypertension manifeste.

Remarquez que, au point de vue clinique, l'hydramnios est un syndrome, syndrome de différentes maladies fœtales ou maternelles, plutôt qu'une entité morbide.

Symptomes. — Les uns sont communs à toutes les variétés d'hydramnios, ce sont surtout des symptômes physiques; les autres sont fonctionnels et ce sont eux qui modifient l'allure clinique des différents cas que vous pourrez rencontrer dans la pratique.

I. Symptômes physiques. — Ce sont : 1. le volume exagéré de l'utérus pour l'âge de la grossesse, avec ses conséquences sur les modifications d'aspect de la paroi abdominale : vergetures, œdème sus-pubien, etc. ; 2. l'hypertension permanente de l'œuf, symptôme caractéristique de l'hydramnios pour beaucoup d'auteurs; 3. la mobilité et le ballottement exagéré du fœtus, rendant la palpation difficile; 4. l'assourdissement des bruits du cœur; 5. la sensation de flot lorsque la tension du liquide n'est pas trop marquée; 6. enfin, au toucher, dans la deuxième moitié de la grossesse, la distension du segment inférieur, la perception, à travers ce segment, du flot et d'un ballottement fœtal exagéré, enfin, dans quelques cas, la diminution de longueur du col qui peut être plus ou moins effacé et même entr'ouvert par la tension du liquide.

II. Symptômes fonctionnels. — Leur intensité variable permet de distinguer les types cliniques suivants :

1. L'*hydramnios à marche lente* de la fin de la grossesse qui ne s'accompagne que de quelques troubles à peine marqués : douleurs lombaires, sensation de tension abdominale, pesanteur, constipation, dyspnée d'effort.

2. L'*hydramnios à marche rapide* dans laquelle vous pourrez rencontrer deux formes :

a. Celle qui débute dans la première moitié de la grossesse, qui est liée au développement d'une grossesse gémellaire en général univitelline, et qui se termine toujours par une interruption spontanée vers le cinquième ou le sixième mois. Cette forme, quoique à marche aiguë, ne s'accompagne pas de troubles fonctionnels très marqués, l'utérus à cette période ayant suffisamment de place pour se développer.

b. Celle à marche rapide encore, évoluant ou apparaissant dans les derniers mois, au cours d'une grossesse jusque-là normale ou au cours d'une hydramnios à marche plus ou moins chronique. Cette forme mérite parfois le qualificatif de suraiguë tellement sont graves et à marche rapide les troubles fonctionnels qu'elle détermine. Ces troubles sont naturellement des troubles de compression de

tous les organes abdominaux : compression des nerfs donnant lieu à des douleurs intenses, persistantes, dans les régions lombaire, abdominale, crurale; compression des vaisseaux, d'où œdèmes des membres inférieurs, de la vulve, des régions abdominale et lombaire; compression du tube digestif entraînant une constipation opiniâtre, des vomissements, souvent une intolérance gastrique absolue; compression des reins et des uretères amenant de l'oligurie, de l'anurie, quelquefois de l'éclampsie; compression du diaphragme et gêne de la circulation avec, comme conséquences, de la dyspnée, de la cyanose et même de l'asystolie. Tous ces troubles s'accompagnent, bien entendu, d'un développement utérin énorme et d'une exagération de la tension amniotique qui rend toute palpation impossible.

Diagnostic. — Vous pouvez avoir à poser le diagnostic d'hydramnios dans deux circonstances différentes.

I. Dans certains cas, ce sera chez une gestante que vous suivez depuis le début et chez laquelle, par conséquent, le diagnostic de grossesse est déjà établi; vous n'aurez alors en somme qu'à diagnostiquer la cause de l'hypertrophie utérine ou abdominale que vous observez.

Dans les premiers mois, vous aurez à éliminer :

a. Une grossesse gémellaire, en vous rappelant cependant que l'hydramnios à marche aiguë, à cette période, est un signe certain de grossesse gémellaire univitelline.

b. Un môle hydatiforme dont les hémorragies sont en général suffisamment caractéristiques.

c. Un kyste de l'ovaire accompagnant une grossesse : c'est l'examen soigneux par le palper et le toucher qui montreront l'indépendance des deux tumeurs.

Dans les derniers mois vous aurez à penser :

a. A un gros œuf simple, le volume de l'enfant, et l'absence d'hypertension sont assez caractéristiques.

b. A une grossesse gémellaire, simple ou parfois compliquée d'hydramnios.

c. A un kyste de l'ovaire, ou à une ascite compliquant la grossesse.

II. Dans d'autres cas, vous ne verrez la malade qu'à l'occasion du développement d'une tumeur abdominale liquide : le diagnostic de grossesse auquel est naturellement subordonné celui d'hydramnios n'est pas toujours facile, car le fœtus peut être petit, difficile à palper parce que trop facilement refoulable; le palper est rendu difficile par la tension des parois abdominale et utérine, enfin il n'est pas rare que le fœtus soit mort, ce qui complique encore le diagnostic. C'est dans ces cas que des erreurs multiples ont pu être commises : on a pu ainsi prendre pour de l'hydramnios une vessie distendue soit par une cause banale, soit par un utérus gravide en rétroversion; aussi, en présence de toute tumeur abdominale liquide, prenez toujours la sage précaution de commencer votre examen par un cathétérisme évacuateur, celui-ci vous donnera quelquefois la clé du diagnostic, dans tous les cas il ne pourra que faciliter et rendre plus précise la palpation abdominale. Le diagnostic avec l'ascite, avec une tumeur kystique, avec un utérus fibromateux ramolli par la gravidité, doit être établi par un examen attentif. Bar a signalé une cause d'erreur tenant à une distension exagérée de l'une des cornes utérines par le liquide amniotique, au point qu'il semble s'agir d'une tumeur indépendante de l'utérus gravide : la perception de contractions intermittentes au niveau de cette pseudo-tumeur, la possibilité de refouler à son intérieur les parties fœtales, vous montreront qu'il s'agit non d'un kyste compliquant une grossesse, mais d'une grossesse utérine simple ou accompagnée d'hydramnios.

Après avoir établi le diagnostic de l'hydramnios, vous aurez dans la mesure du possible à en fixer sa nature et sa cause. En présence d'une hydramnios à marche aiguë, il faut toujours penser à la grossesse gémellaire dans la première moitié de la gravidité, et à la syphilis aussi bien dans la première que dans la seconde moitié.

En présence de l'hydramnios à marche lente vous invoquerez aussi volontiers la spécificité et vous en rechercherez soigneusement les différents signes, mais vous ne serez pas très étonné de ne trouver souvent rien de précis, vous rappelant que d'après Bar dans 44 p. 100 des cas de ce genre, on ne trouve aucune cause nette.

Au cours de vos recherches pour établir le diagnostic, n'oubliez pas qu'avec l'hydramnios coexistent fréquemment des malformations fœtales dont certaines, telle l'hydrocéphalie, sont diagnostiquables pendant la grossesse, à condition que l'on y pense, et que l'on procède à un examen précis.

Traitement. — La conduite que vous aurez à tenir vis-à-vis des cas d'hydramnios que vous pourrez rencontrer est essentiellement subordonnée aux accidents qui peuvent résulter de cette complication soit au cours de la grossesse, soit au cours de l'accouchement.

Au cours de la grossesse. — 1° Dans l'hydramnios à marche lente ou chronique, les accidents qui peuvent survenir sont l'interruption prématurée de la grossesse, la mort du fœtus (25 p. 100 d'après Bar), le passage de la forme lente à la forme aiguë ou suraiguë; pour prévenir, dans quelques cas, ces différentes éventualités nous n'avons guère à notre disposition que le traitement spécifique, le régime diurétique et le régime déchloruré donnant fort peu de résultats; c'est pourquoi, même dans les cas où l'origine syphilitique n'est pas nettement établie, il est classique de traiter les malades présentant de l'hydramnios par l'iodure et le mercure. Le repos et l'opium vous permettront aussi, tant qu'il n'y a pas de signes de compression marquée et tant que l'enfant est vivant, d'éviter une interruption trop prématurée de la grossesse.

Une autre précaution que vous aurez à prendre au cours d'une grossesse avec hydramnios, sera la surveillance répétée de la présentation, l'abondance du liquide facilitant, vous le comprenez, les présentations vicieuses et les mutations de présentations.

2° L'hydramnios à marche aiguë sera traitée médicalement, c'est-à-dire le plus souvent par le traitement spécifique tant qu'il n'y aura pas de symptômes de compressions inquiétants.

Lorsque ceux-ci existent, il faut évacuer, au moins partiellement, le contenu liquide de l'utérus; cette intervention aboutissant neuf fois sur dix à l'interruption de la grossesse, vous ne la pratiquerez, bien entendu, qu'en présence d'accidents suffisamment graves pour menacer la vie de la mère. L'évacuation peut se faire, soit par voie abdominale, en ponctionnant la paroi abdominale et la paroi utérine avec un fin trocart, soit par voie vaginale, au moyen d'un trocart ou d'un instrument quelconque permet-

tant de faire une petite déchirure sur les membranes à travers le col. Il faut avoir soin de ponctionner les membranes un peu haut et de modérer l'issue du liquide par la main guide qui, suivant le conseil de Tarnier, doit obturer autant que possible l'orifice vulvaire pour régler l'écoulement.

La ponction réalisée, soit par voie haute, soit par voie basse, amène un soulagement immédiat de la malade et la décompression de tous les organes abdominaux et thoraciques; cette décompression ne doit être ni trop brusque, ni trop complète, par crainte de la voir se produire, chez la mère, des troubles cardio-pulmonaires qui peuvent être graves.

Après l'intervention, la malade sera laissée au repos, dans de bonnes conditions d'asepsie, et vous pourrez, si le fœtus n'est pas encore viable, lui administrer des opiacés pour retarder l'apparition du travail, difficile à éviter du reste, malgré toutes les précautions.

Au cours de l'accouchement, soit que celui-ci survienne spontanément, soit qu'il succède à une ou plusieurs ponctions des membranes, vous devrez, tout d'abord, vous assurer de l'existence d'une présentation régulière, sommet ou siège, puis vous n'aurez qu'à parer aux incidents ou accidents qui peuvent résulter de l'hydramnios. Comme incident, le principal est l'inertie; aussi, en présence d'un travail à marche irrégulière, à douleurs peu efficaces, n'hésitez pas à évacuer par ponction et non par rupture de la poche des eaux, une certaine quantité du liquide. Comme accident, celui auquel vous devez surtout veiller, en dehors des présentations vicieuses, ce sont les procidences, particulièrement celle du cordon. Pour les prévenir, conseillez à vos malades hydramniotiques de se coucher, le siège surélevé, dès le début du travail, et vous-même, lorsque vous évacuez le liquide amniotique, ne le faites que dans cette position et surtout lentement par ponction haute et non par rupture brusque des membranes; enfin, au fur et à mesure que l'utérus se vide, conduisez avec une main abdominale la tête fœtale ou le siège sur l'entrée du détroit supérieur. Si, malgré cette précaution, la procidence du cordon se produit, ne comptez pas trop, pour la traiter, sur la reposition rendue bien aléatoire par la quantité du liquide restant, mais utilisez la version par manœuvres mixtes, en général, facile à réaliser pour un fœtus évoluant très au large dans une cavité qui vient d'être prédistendue.

L'accouchement réalisé, vous aurez encore à vous préoccuper de la délivrance, en vous rappelant que tout utérus surdistendu se contracte mal, et en redoutant, par conséquent, les hémorragies qui sont loin d'être rares, mais auxquelles vous saurez rapidement porter remède, si vous avez su en prévoir l'éventualité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Evolution de l'organisme et la maladie (*Pathologie générale évolutive*), par M. Klippel, médecin des hôpitaux de Paris. Un vol. grand in-8 raisin de 480 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

Annuaire général des officiers du service de santé (arrêté au 1er mai 1921). Un vol. in-8 de 350 pages. — Prix : 7 fr. 50. — En vente chez les éditeurs militaires Charles-Lavauzelle et Cie, Paris, et Limoges, et dans toutes les bonnes libraires.

Le XVe V. É. M.

(4-15 septembre 1921)

Le Voyage d'études médicales aux stations thermales, qui était organisé chaque année au moment des vacances par le regretté doyen Landouzy et Caron de la Carrière, a eu lieu cette année, pour la première fois depuis la guerre, et sous la direction scientifique du prof. Carnot.

Au départ de Pougues où avaient été réunis les 150 adhérents du voyage (chiffre non encore égalé), on visite les petites stations de la Nièvre et de l'Allier : Saint-Honoré, Bourbon-Lancy et Bourbon-l'Archambault. On gagne par train spécial Vichy où un accueil somptueux était préparé : au grand banquet offert par la Compagnie fermière, des toasts émouvants furent portés à la France par les participants étrangers. En auto-cars, à travers une route superbe, on alla visiter Sail-les-Bains. Après Vichy, Châtel-Guyon, où l'on fut reçu par M. Clémentel ; Royat, en plein essor; Saint-Nectaire, en voie de réorganisation sur des bases nouvelles; le Mont-Dore et La Bourboule, enfin, où les honneurs furent faits par le maire, M. Lequim et le Dr Moncorgé, président de la Fédération thermale d'Auvergne, et qui l'un et l'autre avaient pris une grande part à la renaissance du V. E. M. On termine par Evaux, Néris, La Motte-Beuvron et son sanatorium.

A chaque étape des conférences furent faites alternativement par le prof. Carnot et le prof. agrégé Rathery, ainsi que par un des médecins de la station, donnant aux voyageurs des indications précises et insistant sur la spécialisation nécessaire des différentes villes d'eaux. Les visites, par petits groupes, étaient conduites par les médecins de la station qui donnaient des explications fort intéressantes.

Le côté touristique du voyage avait été soigneusement envisagé en lui-même, et ce fut là une innovation. Pour étudier sur place les ressources climatiques et touristiques à la fois, on fit en auto-cars un circuit de plus de 400 kilomètres à travers les monts d'Auvergne : le Puy-de-Dôme, le Col de la Moreno, le Col de Dyanne et les lacs, Chambon, la vallée de Chaudefour; Besse, Murat, Condat, Le Lioran et Vic-sur-Cère; les routes en corniche du Falgou et du Puy Mary; Salers (où une réception toute couleur locale avec danses du pays avait été préparée), Mauriac, Bort.

La caravane comportait 75 étrangers comprenant surtout des Danois, des Hollandais, des Belges avec des représentants roumains, suisses, italiens, anglais, grecs. De plus, un groupe de 18 Espagnols, conduits par le Dr Mathé, se joignit à la caravane à Vichy, à Durtol, à Châtel-Guyon et à Royat, et repartit ensuite pour les Pyrénées, le chiffre considérable des voyageurs ne permettant pas aux retardataires de faire la randonnée d'Auvergne. De solides amitiés furent scellées avec nos amis du dehors, favorisant la propagande à venir, non seulement médicale et intellectuelle, mais touristique en France.

L'organisation du voyage fut réalisée de main de maître par le Dr Gerst.

L'Office national de tourisme, les sociétés thermales, les municipalités et les syndicats hôteliers intéressés, les Compagnies de chemin de fer ont contribué puissamment par leur appui matériel et moral au succès du voyage.

Le XVe V. E. M. a montré, aux 150 médecins français et étrangers qui le composaient, des stations hydrominérales en pleine activité et en pleine croissance. La plupart sont actuellement outillées de façon remarquable; d'autres complètent et transforment leur outillage, quelques-unes seulement ont besoin de se moderniser. L'impression d'ensemble exprimée par nos amis étrangers, notamment après leur visite à Vichy, à Châtel-Guyon, au Mont-Dore, à la Bourboule, est particulièrement réconfortante. Ils rendent pleinement justice à l'effort français réalisé dans ce domaine, comme dans tant d'autres; ils nous gourmandent affectueusement de nos perpétuels sentiments de dénigrement envers nous-mêmes et n'hésitent pas à placer nos stations au premier rang de toutes, tant par la nature de leurs eaux que par leurs installations balnéaires et par leurs ressources touristiques.

Le XVe V. E. M. a donc, comme les précédents voyages, contribué à faire connaître et apprécier nos stations et servi par là même la cause de l'expansion française.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT

DES

LUXATIONS ANTÉRO-INTERNES DE L'ÉPAULE [1]

III. **Diagnostic de la variété.** — Nous avons étudié, en détail, les diverses variétés des luxations antéro-internes de l'épaule, à propos des formes cliniques.

Rappelons que dans la luxation extracoracoïdienne, il y a souvent décollement du cartilage et du périoste. La tête est en dehors de la coracoïde. Le bras est en abduction légère et rotation externe.

Dans la luxation sous-coracoïdienne, la tête est nettement absente de la cavité glénoïde, elle est enclavée sous la coracoïde ; de là, l'abduction très marquée avec rotation externe et allongement léger du bras.

Dans l'intracoracoïdienne, la saillie acromiale est plus marquée, le moignon de l'épaule plus élargi ; l'abduction est moins nette, et le bras est en rotation interne, alors que l'épitrochlée regarde en arrière.

Enfin, dans la sous-claviculaire, le sillon delto-pectoral a disparu, le bras est raccourci, en adduction et rotation interne, collé au corps.

IV. **Diagnostic des complications.** — On devra toujours les rechercher avec soin, avant même de réduire la luxation. On prendra le pouls pour déceler la compression de l'artère axillaire ; on recherchera la sensibilité du territoire du nerf circonflexe. La radiographie, dans les cas douteux, montrera s'il y a des fractures concomitantes.

V. **Diagnostic de la luxation ancienne.** — On posera, dans certains cas, le diagnostic rétrospectif de luxation de l'épaule.

1. Périostoses de la tête humérale : saillies osseuses irrégulières, révélées et précisées par la radiographie.
2. Hématomes tardifs : saillies régulières allongées dans le creux de l'aisselle, et n'ayant pas la forme de la tête humérale déplacée.
3. Périarthrite sèche : impotence fonctionnelle, mais la tête est en place.
4. Arthrite sèche ou arthrite tabétique avec hydarthrose et ostéophytes. La tête se déplace légèrement en avant, mais n'est jamais luxée véritablement.
5. Consolidation vicieuse d'une fracture du col chirurgical.

VI. **Diagnostic de la nature de la luxation.** — En présence d'une luxation ancienne, on peut discuter s'il s'agit, suivant l'âge, de :

1. Luxation congénitale. — Très rare ; s'observe chez les jeunes sujets. Le plus souvent, il s'agit d'une luxation en arrière.
2. Luxation paralytique. — Le sujet, qui en est atteint, a eu, précédemment, une paralysie infantile ou une maladie du type Heine-Médin. La tête humérale est, en général, atrophiée ou s'est arrêtée dans son développement.
3. Luxation pathologique. — Elles surviennent au cours de tabes, syringomyélies ; on recherche les symptômes de l'affection causale ; il y a une mobilité avec atrophie nette de la tête humérale qui joue librement dans l'articulation et est folle.
4. Enfin, il faut aussi songer à certaines caries sèches de l'épaule avec subluxation de la tête humérale. Il y a alors une atrophie extrême de la tête humérale avec décalcification visible aux rayons X.

TRAITEMENT. — Nous schématiserons, ainsi, le traitement des luxations antéro-internes de l'épaule, renvoyant aux traités spéciaux pour le mécanisme de la réduction. Le traitement varie suivant que la luxation est récente, ancienne, récidivante.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 72, p. 1151 ; n° 74, p. 1183, et n° 76, p. 1199.

I. **Luxations récentes.** — Deux cas peuvent se présenter :

1. Ou bien la luxation se réduit facilement. — Et pour cela, on peut employer un des procédés suivants :

a. Simple procédé de la traction élastique en abduction (Tuffier) :

b. Pour les variétés extra et sous-coracoïdienne, on peut avoir recours au procédé de Kocher avec ses quatre temps :

— Le coude est rapproché du tronc, ce qui rapproche la tête humérale du rebord glénoïdien antérieur.

— Rotation externe et prolongée de l'avant-bras et du bras.

— Le coude est porté en avant vers la ligne médiane jusqu'au sternum.

— Rotation interne en rabattant la main vers l'épaule saine.

c. Pour les intracoracoïdiennes, on a recours au procédé de Mothe. C'est la méthode de l'élévation en abduction du bras luxé, que l'on laisse retomber ensuite.

Dans tous ces procédés, ne pas oublier d'agir prudemment et avec douceur, pour éviter des déchirures, des tiraillements de nerfs et de vaisseaux.

2. Ou bien la luxation est irréductible d'emblée. — *a.* Chez un individu musclé par suite de contraction musculaire.

Quénu recommande, dans ce cas, de réduire la luxation après avoir injecté, dans l'articulation, de la stovaïne.

b. Irréductibilité *par interposition d'un fragment osseux, ligamenteux, musculaire.*

Dans tous ces cas, l'*arthrotomie* s'impose.

De même, s'il y a fracture du col anatomique ou interposition de débris extraarticulaires.

II. **Luxations anciennes.** — *a.* Ou bien l'individu garde un *fonctionnement suffisant* de son membre, et l'on se gardera bien, alors, d'y toucher.

b. Ou bien le *fonctionnement est insuffisant*, on peut alors faire :

Soit une arthrotomie avec reposition de la tête.

Soit une résection de la partie supérieure de l'humérus.

— On a abandonné les anciennes méthodes des forces aveugles ou mesurées (traction brutale ou avec le moufle) qui entraînaient de fréquentes complications au cours même de la réduction.

Morestin conseille de pratiquer du massage de l'épaule luxée pendant plusieurs jours avec des séances d'extension continue. Puis, lorsque l'articulation est ainsi préparée, on aura recours à l'intervention et à la réduction sous anesthésie générale.

c. Résultats opératoires. — Même après une opération bien faite, on doit redouter l'ankylose ultérieure de l'épaule par immobilisation prolongée et atrophie musculaire.

Dans les cas où l'on a pratiqué la résection de la tête humérale, il faut redouter une mobilité ultérieure trop grande de l'articulation. Ce qui entraîne une diminution de la valeur fonctionnelle de l'épaule.

III. **Luxations récidivantes.** — Dans certains cas, on peut être amené à proposer une intervention chirurgicale : on s'adressera, soit à la capsulorraphie, soit à l'excision d'un lambeau de la capsule avec suture ensuite de la capsule articulaire.

Dans tous les cas, on se souviendra que le traitement kinésithérapique est de la plus haute importance, et que la mobilisation précoce, le massage, l'électrothérapie sont indispensables pour conserver un fonctionnement suffisant à l'articulation lésée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 79. — SAMEDI 8 OCT. 1921. · 94e ANNÉE. SAMEDI 8 OCT. 1921. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Roger, Jeanselme, Coyon, Aubertin, Queyrat, Aviragnet, Léon Bernard, Comte, Rénon, Claude, Grégoire.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Armand-Delille, Courtois-Suffit, Ménétrier, Castaigne, Dufour, Claude, Baumgartner, Magitot, Roux-Berger, Lejars, Potherat, Rudaux.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sebileau, Faure, Heitz-Boyer, Chevrier, Arrou, Sainton, Papillon.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sebileau, A. Broca, Toupet, Moure, Caussade.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 4 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique. »

MM. Lapalle et Landel, 15; Maestracci, 13; Mahieu, 16; Maizilly, 12; Laborde, 17; Lebecq, 10; Mlle Lebourlier, 19; M. Mahé, 16; Mlle Lacascade, 14; M. Lelièvre (André), 19.

MARINE. — A été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Henault.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — Les récompenses suivantes ont été décernées au personnel médical et infirmier ci-après désigné qui s'est signalé à la suite de l'épidémie de peste survenue sur le navire russe *Cronstadt*, à Bizerte, en juillet 1921 :

Médailles de vermeil. — MM. les médecins en chef de 1re classe Vallot, Negrié et Bastide.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Villeurbanne (Rhône).

Le traitement alloué est fixé à 12.000 francs par an avec interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la Commission du Conseil supérieur d'hygiène.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La prochaine séance aura lieu mardi prochain 11 octobre, à 4 h. 3/4 à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

— La *séance solennelle annuelle de 1921* aura lieu le mardi 13 décembre à 4 h. 1/2, Hôtel des Sociétés savantes, et sera suivie d'un banquet. Elle aura, comme toutes les précédentes, une importance particulière en raison des personnalités qui la présideront et des communications qui y seront faites.

Prière de se faire inscrire pour les communications et le banquet.

En raison des exigences des imprimeurs, nos collègues sont priés : 1° de rédiger leurs communications sur le recto seulement du papier et très lisiblement, si ce n'est à la machine à écrire; 2° de remettre leur manuscrit au secrétaire dès la fin de la séance; 3° d'y joindre un résumé succinct.

UN VOYAGE MÉDICAL FRANCO-BELGE AU MAROC FRANÇAIS. — Sur l'initiative de notre confrère, le *Bruxelles médical*, la Compagnie générale transatlantique qui a prodigieusement organisé le tourisme dans ce pays neuf, hier

encore si agité, aujourd'hui si pacifique parce que sous le drapeau de la France et sous l'égide d'un chef, prépare un circuit médical à travers l'empire marocain. Le confort le plus grand sera assuré : bateaux, hôtels, autos, chemins de fer; les services du Protectorat français et en particulier le service de la santé et de l'hygiène du Maroc donneront le concours le plus complet.

Les médecins français qui voudront se joindre au Circuit médical franco-belge peuvent s'adresser, pour plus de détails, au *Bruxelles médical*, 168, chaussée d'Etterbeek, à Bruxelles.

CONGRÈS DE STRASBOURG

Depuis le retour de l'Alsace à la France, nous avons souvent assisté, à Strasbourg, à de belles fêtes. Fêtes grandioses, inoubliables, où l'on sentait palpiter l'âme alsacienne si fidèle et si éprise de liberté. Mais jusqu'ici les médecins français n'avaient eu que de rares occasions de se rencontrer avec leurs confrères retrouvés.

La réunion simultanée à Strasbourg de quatre Congrès médicaux vient de permettre aux médecins venus, en foule, de toutes les parties de la France et des pays de langue française, de vivre pendant quelques jours dans l'intimité charmante de leurs confrères de Strasbourg et de retrouver cette hospitalité alsacienne si simple et si généreuse dans sa cordialité.

L'ouverture des Congrès a eu lieu lundi matin, 3 octobre, dans la belle salle des fêtes du Palais de l'Université, sous la présidence de M. Alapetite, commissaire général. La salle, qui est immense, était comble. Sur l'estrade, aux côtés de M. Alapetite, étaient assis MM. les professeurs Richelot, président de l'Académie de médecine; Jules Boeckel, président du Congrès de chirurgie; Bard, président du Congrès de médecine, et Jeanbrau (de Montpellier), président du Congrès d'urologie; le général de Boissieu, représentant le gouverneur militaire; Mgr Ruch, évêque de Strasbourg; M. Charléty, recteur de l'Université; M. le doyen Weiss; tous les professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg, en particulier MM. Sencert et Vaucher, auxquels les journalistes présents doivent une particulière gratitude pour leur aimable obligeance; les inspecteurs généraux Chavasse, Sieur et Vincent; les professeurs Widal, Rénon, Hartmann, J.-L. Faure, P. Teissier (de Paris), les professeurs Teissier, Lépine, Bérard (de Lyon), Forgue (de Montpellier), Imbert (de Marseille), Roch (de Genève), Henrijean (de Liége), Lemaire (de Louvain), Mayer (de Bruxelles), Holmgren (de Stockholm), Lignières (de Buenos-Ayres), Lesage (de Montréal). Nous nous excusons de ne citer que ces quelques noms auxquels il faudrait ajouter ceux de presque tous les membres des associations françaises de chirurgie, de médecine et d'urologie.

Après un discours d'une belle tenue du commissaire général, le professeur Jules Boeckel se leva à son tour et fut l'objet d'une véritable ovation. Par sa noble carrière chirurgicale, par ses vertus civiques, par son patriotisme indéfectible, M. Jules Boeckel s'est acquis des droits impérissables à l'affection, au respect et à l'admiration de tous ses confrères. C'est avec une véritable émotion que nous avons entendu le grand patriote alsacien célébrer le retour de Strasbourg à la France et à la liberté, et saluer nos frères de Belgique qui eurent, comme l'Alsace, à subir le martyre de la domination germanique. Il rappela aussi le souvenir de J.-L. Petit, Lauth, Sédillot, Stolz, Hergott, Koeberlé, tous ces grands noms de l'Ecole de Strasbourg dont il a été le digne continuateur.

M. le professeur Bard lut ensuite un discours d'une haute portée, véritable programme de l'enseignement médical.

Enfin, notre ami, M. le professeur Jeanbrau (de Montpellier), président du Congrès d'urologie, prononça un beau discours malheureusement troublé par la sortie un peu bruyante de quelques congressistes trop pressés d'aller respirer un peu d'air frais.

La séance terminée, on se dirigea vers les expositions. C'est d'abord, dans le grand hall, l'exposition de chirurgie installée dans la perfection par l'aimable M. Mouly et qui remporta un vif succès.

L'exposition de journaux médicaux organisée par l'Association de la presse médicale française a paru intéresser vivement les congressistes. En un quart d'heure tous les journaux exposés ont disparu.

A onze heures, les congressistes, grâce à un service d'autos militaires très bien organisé, se rendent à l'inauguration de l'exposition du Service de santé militaire, à l'Esplanade. Cette exposition est remarquable et prouve que le Service de santé ne s'endort pas. A côté des documents envoyés par le musée du Val-de-Grâce, signalons la nouvelle autochir et les deux avions sanitaires pour le transport des blessés.

Dans l'après-midi, les travaux, dont nous publierons le compte rendu dans quelques jours, ont commencé simultanément à l'Université où siègent les Congrès de chirurgie et d'urologie et à l'hôpital civil où a lieu le Congrès de médecine et où va s'ouvrir le Congrès d'orthopédie.

A l'ouverture du Congrès de chirurgie, M. le professeur Richelot remit à M. Bœckel, au nom de ses amis, de ses élèves et de ses admirateurs, une splendide médaille. Et ce fut l'occasion d'une nouvelle manifestation d'affection et de respect envers le grand chirurgien patriote.

Nous ne pouvons clore cette lettre sans remercier nos amis de Strasbourg pour la bonne grâce charmante avec laquelle ils s'efforcent de rendre le séjour de leur belle ville agréable aux congressistes.

Ce ne sont que banquets, dîners intimes, réceptions, excursions organisées d'une façon parfaite. L'hospitalité alsacienne n'a pas usurpé sa réputation.

Lundi à midi a eu lieu un banquet militaire à l'Orangerie. Le soir M. Bœckel a reçu les chirurgiens, tandis que l'Association des étudiants recevait les médecins. Dans l'après-midi avait eu lieu une réception chez Mme Charléty.

Mardi, visites de musées, thé pour les dames à la maison alsacienne de l'Orangerie. Mercredi, enfin, une réception chez Mme la marquise de Loÿs Chandieu dans son beau château de la Robertsau et une soirée au commissariat général clôtureront brillamment la série des fêtes. F. L. S.

CORRESPONDANCE

L'EXAMEN SANITAIRE RÉGULIER ET SYSTÉMATIQUE DANS LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

Paris, le 1er octobre 1921.

Monsieur le Directeur,

A propos de l'article que j'ai publié dans le numéro 76 de la *Gazette des hôpitaux* sur l'*Examen sanitaire régulier et systématique dans la médecine préventive*, je reçois une lettre du Dr Barès (de Saint-Gaudens) m'informant qu'il avait fait au VIe Congrès français de médecine (Toulouse, avril 1902) une communication sur l'*Utilité d'un examen périodique des individus sains.*

Je regrette de ne point avoir connu le travail de mon confrère; sinon, je n'aurais pas manqué de le citer, ainsi que d'autres auteurs que j'ignore et qui ont peut-être traité le même sujet. Plus cette idée aura rallié de suffrages, plus elle aura de chances d'aboutir.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr L. RÉNON,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

RENSEIGNEMENTS

A VENDRE : Appareil d'Albee, instr chir. excel. état, ayant appart. Dr Dauriac. — 24, Bd des Batignolles, Paris (de 1 à 2 h).

REVUE GÉNÉRALE

LA

STÉNOSE DU PYLORE PAR HYPERTROPHIE MUSCULAIRE CHEZ LE NOURRISSON (1)

Par M. Henri GODARD,
Interne à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Diagnostic. — Le diagnostic de la sténose hypertrophique est toujours difficile, car si dans les cas aigus il est fait de façon satisfaisante, dans beaucoup d'autres la part du doute est considérable. Dans la forme aiguë précoce (sténose serrée) il sera basé sur la date d'apparition des vomissements, leur caractère explosif et persistant, le fait qu'ils surviennent chez un enfant nourri au sein, qu'ils s'accompagnent de fausse constipation à type méconial et de perte de poids marquée. Tous ces symptômes cardinaux évoluant malgré une diététique sévère constituent des signes de présomption très sérieux en faveur d'une sténose hypertrophique. On recherchera alors soigneusement le péristaltisme profond (signe de premier ordre) la tumeur pylorique, mais surtout on pratiquera un examen radioscopique.

Radioscopie. — Pratiquée en France par Barret, Delherm, Vigniole, Belot, elle est également d'un usage courant dans les pays anglo-saxons.

La radioscopie fournit un élément de valeur diagnostique considérable.

L'enfant est examiné en position verticale (Barret). On commence l'examen, le nourrisson tétant encore le lait bismuthé pour observer le passage dans l'œsophage.

L'évacuation gastrique commence normalement au bout d'une à deux minutes, parfois quelques minutes (Devé, Pisek et Lewald), et se poursuit de telle sorte que l'estomac est vide ou a peu près en un temps qui varie de une heure et demie à deux heures et demie.

Dans le cas de sténose serrée (forme aiguë de Fredet), à la première période de la maladie « l'examen radiologique montre des phases d'hyperkinésie violente (vomissements explosifs), alternant avec des phases de fatigue une imperméabilité pylorique totale, un estomac non encore dilaté » (Fredet et Devé).

L'extrémité pylorique de l'estomac prend parfois la forme d'une proue de navire (Mixter).

D'après Strauss et Arren dans la sténose hypertrophique serrée, on voit apparaître au bout de peu de temps des contractions péristaltiques reptiliformes (snake like) siégeant sur le pylore et indépendantes de celles de l'estomac. Ces auteurs pratiquent un nouvel examen au bout de deux ou trois heures pour voir si quelque chose a passé, les mêmes phénomènes sont notés régulièrement, puis un dernier examen à la quatrième heure; les faits essentiels sur lesquels ils insistent sont les contractions de l'antre pylorique et du pylore absolument caractéristiques.

De leurs nombreux examens, Strauss et Arren ont déduit outre le diagnostic radiologique des règles de conduite thérapeutique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 77, p. 1221.

I. Lorsque la moitié ou plus du bismuth reste à la fin de la quatrième heure, la sténose hypertrophique est certaine et l'intervention chirurgicale décidée.

II. Les cas dans lesquels 70 ou 80 p. 100 du lait bismuthé a passé à la fin de la quatrième heure, peuvent être traités médicalement.

Ils apportent à l'appui de ces opinions 55 cas traités médicalement; dans 21 de ces cas, les vagues péristaltiques étaient notées aux rayons, le temps d'évacuation était normal, on constatait un hyperpéristaltisme sur tout le tractus digestif. Sur les 34 cas restant, trois quarts du bismuth était passé avant la fin de la quatrième heure, bien que les contractions reptiliformes fussent apparues. Guérison de tous ces cas.

Dans 3 cas opérés, on ne notait pas de vomissements en fusée, pas de péristaltisme, l'examen radioscopique montra les contractions et une obstruction presque complète, une tumeur fut trouvée à l'opération.

A la deuxième période de la maladie, l'estomac s'est laissé dilater. Dans deux cas observés par Marfan et Veau, l'examen radioscopique pratiqué par Barret concluait à l'existence d'un « estomac volumineux contenant un liquide résiduel dépassant certainement la quantité prise à la tétée précédente (dans un cas une partie du bismuth prise trois jours avant, fut retrouvée dans l'estomac).

Aucune évacuation visible ondes péristaltiques de grande amplitude sur la grande courbure, exagérées, inefficaces, suivies de phases d'épuisement. »

En somme, retard d'évacuation, 3 jours (Barret), 6-10 h. (Péhu), indéfiniment (Guido Squarti), avec dilatation, la grande courbure coupant la ligne médiane à l'ombilic (Rohmer).

L'examen radioscopique est quelques fois choquant, un cas de mort sur l'écran (Holt), mais malgré tout, c'est un procédé simple, précis, qui permet d'arriver à des conclusions définitives (Le Wald).

La radioscopie dans la forme chronique, montre un retard très marqué de l'évacuation et souvent un estomac dilaté.

Diagnostic différentiel. — De nombreuses affections peuvent prêter à confusion chez les nourrissons vomisseurs.

A. Il convient d'éliminer les *régurgitations* banales survenant, avec ou sans efforts, après la tétée et suivies de rejet de lait non modifié.

Les *gastro-entérites* seront, en général, assez facilement reconnues, il n'en est pas de même des affections suivantes.

I. *Mérycisme ou rumination.* — Survient vers le sixième-septième mois chez un enfant nerveux, irritable, souvent arriéré. L'évolution est longue, elle n'est pas sensiblement améliorée par les antispasmodiques.

La radioscopie montre un pylore perméable, l'estomac souvent dilaté, surtout dans la région du cardia (Marfan).

Palmer a opéré, sans succès, un cas de mérycisme et il considère le diagnostic comme très difficile.

II. *Aérophagie* (Lesage et Leven, Barret). — A la radioscopie, exagération de la chambre à air avec surélévation de la moitié gauche du diaphragme, c'est un diagnostic souvent délicat chez l'enfant.

III. *Cardiospasme* (Méry et Guillemot). — Rejet

du lait avant la fin du repas. Vérifier par l'examen aux rayons. (Un cas détaillé est rapporté par Pisek et Bradew.)

IV. *Erreurs d'alimentation* (Variot). — Qu'il s'agisse d'hyper- ou d'hypoalimentation seront éliminées par l'essai d'une diététique judicieuse ou l'épreuve de la diète hydrique (Tixier et Devé).

V. *Etats d'intolérance pour le lait de femme* (Weil). — Ils peuvent guérir par injection sous-cutanée de lait ou prise d'une demi-cuillerée à café de lait avant chaque tétée, ou encore changement d'alimentation.

VI. Les *méningites subaiguës tuberculeuses ou syphilitiques à forme émétisante* s'accompagnant de vomissements en fusée, seront parfois difficiles à diagnostiquer. On s'aidera de la ponction lombaire, du Wassermann, de l'étude des antécédents héréditaires et de l'épreuve du traitement en cas de spécificité.

VII. La *maladie des vomissements habituels* (Marfan) est un point important du diagnostic. Dans cette affection, les vomissements sont répétés, prolongés, il s'agit d'une véritable gastro-névrose émétisante, en rapport avec l'hérédosyphilis. Elle apparaît vers le deuxième ou troisième mois, rarement après six mois; l'évolution est entrecoupée de période de calme et d'aggravation avec vomissements incoercibles, constipation opiniâtre.

La radioscopie montre un spasme cédant brusquement pour laisser passer le lait bismuthé dans le duodénum.

Le diagnostic sera surtout basé sur l'épreuve du traitement qui fournit, en quinze jours, une amélioration rapide.

VIII. *Maladie spasmodique* (Lesage). — Elle est caractérisée par des vomissementsincoercibles dus à un spasme des muscles lisses de l'estomac, œsophage, intestin, puis extension aux muscles du dos de la nuque. Apparition avant le cinquième mois, bile dans les vomissements, évolution entrecoupée de périodes de cédation.

Toutes ces affections sont fréquentes chez le nourrisson et ce sont celles avec lesquelles on doit compter d'une façon habituelle ; mais, cependant, il existe des phénomènes de sténose vraie, soit organique par vice de développement, soit fonctionnelle par spasme persistant dont le diagnostic est souvent très ardu.

B. *Sténose par vice congénital de développement.* — *a.* Atrésie (pylore grêle, gros intestin) se manifeste par des vomissements fréquents et graves survenant immédiatement après la naissance, s'accompagnant de convulsions, de constipation absolue, dès que le méconium a été rejeté, la mort survient en une semaine.

b. Rétrécissement congénital de l'œsophage, lait rejeté immédiatement sans caillots, régurgitations plutôt que vomissements, parfois cyanose par compression bronchique (Weil et Péhu). Radioscopie.

c. Méga-œsophage. Glou-glou, rejet du lait non modifié, la radiographie montre fréquemment une fistule œsobronchique, la mort survient rapidement.

d. Rétrécissement congénital du duodénum (48 cas). Vomissements bilieux non explosifs, hématémèse fréquente, constipation, péristaltisme. L'enfant est chétif, n'allant pas bien dès la première semaine. La radiographie montre une dilatation de l'estomac et du duodénum. L'évolution est fatale si l'on n'intervient pas.

e. Tumeurs pyloriques. Très rares, un épithélioma (Cullingworth), deux adénomes (Bruynkop, Downes), un sarcome duodénal (Stern), un pancréas aberrant (Dent).

C. Ces affections sont exceptionnelles et constituent, dans la majorité des cas, des surprises nécropsiques, elles sont loin d'avoir l'importance des sténoses spasmodiques que nous allons maintenant décrire.

En effet, lorsque la sténose du pylore a une évolution plus lente, on peut se demander s'il ne s'agit pas du pylorospasme essentiel décrit par Weil et Péhu.

Pylorospasme. — Le spasme du pylore est l'objet des erreurs les plus fréquentes, son diagnostic est un point d'importance primordiale.

Il n'est pas douteux qu'il existe un grand nombre de maladies dans lesquelles on peut l'observer plus ou moins associé occasionnellement au péristaltisme abdominal léger; toutefois, nous pensons qu'il faut séparer nettement ces affections de la sténose hypertrophique, et jusqu'à plus ample informé, établir, avec précision, les limites des unes et des autres.

Dans certains cas de sténose hypertrophique légère sans péristaltisme, sans tumeur pylorique, cas à la limite, le diagnostic différentiel peut être très délicat.

Le pylorospasme essentiel de la première enfance de Weil et Péhu survient habituellement chez des filles qui vomissent presque depuis la naissance. Ce sont les enfants nourris au biberon, irritables, nerveux, souvent aérophages (Leven et Barret) qui sont particulièrement atteints.

Les vomissements sont rarement explosifs ou tardivement, quatrième-sixième semaine, ils sont faciles, sans odeur, sans signes de fermentation.

Le péristaltisme est absent ou, s'il existe, il est léger (Méry et Guillemot, Grulee et Lewis, Dunn et Howel), les selles sont fécales, les urines diminuées, la diarrhée fréquente.

Scudder a pu sentir une tumeur au moment du péristaltisme, laquelle disparaissait après le vomissement.

Radioscopie. — L'estomac apparaît souvent comme un globe (Murphy), il y a presque toujours un retard d'évacuation, pas de dilatation gastrique. Des examens de Pisek et Le Wald, de Dunn et Howel, on peut conclure qu'il y a un certain retard au début, puis, brusquement, le pylore s'ouvre et le contenu gastrique s'évacue très vite dans le duodénum, l'estomac est vide en trois heures.

Dans un cas exceptionnel, rapporté par Grulee et Lewis et vérifié à l'autopsie, le retard était si considérable que, sept heures après, la moitié du bismuth restait encore dans l'estomac.

Evolution. — Les symptômes cèdent, en général, assez vite au traitement médical, sauf quelques cas où leur persistance (Richter, 3 cas; Fredet, 1 cas) a fait tenter, avec succès d'ailleurs, la pylorotomie.

L'évolution du pylorospasme est capricieuse, mais bénigne et la guérison est la règle.

Le diagnostic entre le pylorospasme sévère et la forme de sténose hypertrophique légère est très difficile, l'examen radioscopique peut, lui-même, être imprécis. On se basera alors sur l'étude chimique, le tubage; dans le doute, il faudra éviter

de prolonger le traitement médical, et de perdre ainsi un temps précieux.

Spasme du pylore secondaire à un ulcus duodénal. — Soixante-cinq cas colligés par Palmer.

Début : deuxième-sixième mois.

Signes de sténose pylorique par spasme réflexe.

Vomissement avec sang, péristaltisme. Les selles sont rares, souvent sanglantes. Association dans quelques cas avec la sténose hypertrophique. Plusieurs cas furent opérés comme tels. On trouva un pylore normal, un ulcère à 1 centimètre au-dessous.

Traitement. — Le choix du traitement sera subordonné à la gravité des cas et surtout à l'influence de la diététique sur l'état général.

a. Médical. — Ce traitement vise l'élément spasmodique, son action est quelque fois surprenante dans les sténoses légères, mais il est en général insuffisant dans les sténoses serrées où l'élément anatomique n'est pas médicalement modifiable.

Nous envisagerons un certain nombre de cas dans lesquels on peut espérer beaucoup de ce traitement.

Cas légers. — La diététique a une énorme importance, il faut régulariser l'alimentation toutes les 2-3 heures, donner du lait écrémé, du babeurre, de l'eau sucrée, de l'eau d'orge, bouillon, kéfir.

Il peut être utile de supprimer le sein ou le biberon et de donner le lait à la cuillère.

Le changement d'alimentation produit une sédation de quelques jours. Les bouillies épaisses (Sauer, Langley, Porter, Jobin), produisent parfois des améliorations remarquables et même des guérisons. (Mac Clanahan, sur 6 cas a eu 4 guérisons.)

Certains auteurs (Thompson, Péhu), associent à ce traitement les lavages gastriques à l'eau de Vichy, deux ou trois fois par jour, ce traitement est parfois mal supporté (collapsus, hémorragie gastrique).

Les médicaments employés sont nombreux, le bicarbonate de soude, le citrate de soude en faible quantité après chaque tétée; les antispasmodiques les plus usités sont la teinture d'opium, la teinture de Belladone (Marfan), le sulfate neutre d'atropine en solution au millième, II à X gouttes par jour (Fredet), surveiller attentivement l'apparition des signes d'intolérance.

Le traitement mercuriel (calomel, etc.) donne peu de résultats et permet d'éliminer certaines affections.

Localement les applications sur l'épigastre de compresses chaudes avec quelques gouttes d'opium ou de belladone peuvent rendre des services. Lavements huileux contre la constipation.

Cette forme légère guérit assez souvent par le seul traitement médical, mais il ne faut pas méconnaître les insuccès, un certain nombre d'enfants ont un développement insuffisant et l'évolution est sujette à des périodes d'aggravation qui peuvent mettre la vie du malade en danger.

Cas moyens. — Ce sont ceux dans lesquels la perte de poids est peu marquée, l'état général stationnaire. Il convient d'instituer un traitement pendant une ou deux semaines, mais il serait déraisonnable de le prolonger si l'amélioration ne se produisait pas de façon sensible. D'ailleurs dans ces formes, les rechutes sont toujours possibles et soudaines et il ne faut pas différer trop longtemps l'intervention.

Quels sont les résultats du traitement médical? — L'appréciation est difficile, car les auteurs ne précisent généralement pas la forme qu'ils ont traitée et la pauvreté des observations est souvent remarquable. Ces statistiques médicales sont variables.

Hutchinson dans sa pratique privée a eu 20 cas avec 17 guérisons, mais à l'hôpital 78 p. 100 de mortalité. Still a traité 36 cas avec 17 p. 100 de mortalité, Péhu 2 cas, 2 guérisons datant de 7 et 12 ans, Heubner, Stark, Bloch et Beudia, rapportent une série heureuse de 79 cas avec 66 guérisons. Par contre récemment, des chirurgiens, Monier, Walton, Scudder, estiment la mortalité par le traitement médical à 90-95 p. 100 : ce dernier auteur rapporte quelques résultats éloignés, un rachitisme (poids 10k5 à 2 ans 1/2), un vomisseur pendant l'enfance, un enfant ne pouvant être nourri que de liquides.

On peut donc conclure que le traitement médical donne des résultats immédiats peu encourageants et des résultats éloignés souvent médiocres.

Cas graves. — Ce sont ceux dans lesquels les vomissements sont incoercibles, la perte de poids considérable, l'inanition très accusée.

Ces cas ne relèvent aucunement du traitement médical et il est inutile de temporiser, car dès que l'enfant a perdu 20 p. 100 de son poids de naissance, il est à la limite de l'opérabilité (Downes, Fredet); dès lors, le diagnostic fait précocement doit déterminer immédiatement l'intervention chirurgicale, on évite ainsi l'affaiblissement excessif du malade et l'inanition qui sont les principaux facteurs de l'insuccès opératoire. Quelques auteurs américains (Palmer, Downes), vont plus loin et pensent que certains cas ressortissent à la chirurgie d'urgence du fait de l'acuité des symptômes et de l'obstruction presque complète.

b. Chirurgical. — *Indications.* — Le traitement chirurgical est indiqué toutes les fois que l'on constate l'inefficacité du traitement médical sur les vomissements et sur la perte de poids. Bien que dans ces dernières années le diagnostic soit fait fréquemment, l'intervention est différée trop longtemps. *La détermination chirurgicale doit être précoce, c'est là le seul secret du succès*; dans la majorité des cas en effet, le traitement chirurgical sera la règle, car actuellement en face de la bénignité de la pylorotomie (3 p. 100 de mortalité), il n'est pas permis de méconnaître la valeur de ce traitement.

Quelle est la meilleure opération? — Nous éliminerons rapidement l'opération de Loreta (divulsion du pylore), qui semble universellement abandonnée, nous retiendrons seulement la gastro-entérostomie et la pylorotomie, cette dernière par les résultats brillants qu'elle peut donner tend à prendre le premier rang.

Gastro-entérostomie. — Cette opération est indiquée dans les cas aigus à début précoce (Fredet), car elle permet un rétablissement immédiat du transit gastro-intestinal et un relèvement rapide de la courbe de poids.

En réalité, c'est une opération souvent difficile (intestin gros comme un crayon), longue, exigeant l'exposition du contenu abdominal, grave par l'éviscération (Veau).

On pratiquera la gastro-entérostomie postérieure, la gastro-entérostomie antérieure exposant davantage aux coudures intestinales.

Complications. — Plusieurs cas de circulus viticosus, un volvulus au septième jour (Richter).

Résultats. — Dufour et Fredet en 1908 estimaient

la mortalité à 57 p. 100, récemment Langley, Porter l'évaluait à 50 p. 100 avec des extrêmes variant suivant les opérateurs de 7 p. 100, Scudder 10 p. 100, Richter, Lewis, 13 p. 100, Thompson, 75 p. 100, Veau, 66,6 p. 100 et 75 p. 100 (Burets). Tout récemment sur 370 gastro-entérostomies colligées par Fredet dans ces huit dernières années, la mortalité était de 17,5 p. 100.

Avenir des gastro-entérostomisés. — L'état général plusieurs années après est excellent, le développement est normal.

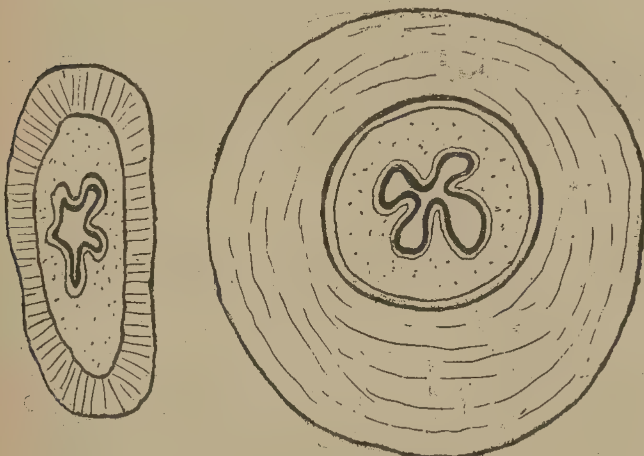
L'examen radioscopique et radiographique pratiqué plusieurs années après (Scudder, Holt, Fredet), montre un estomac se vidant très vite par la bouche gastrique (1 heure, Mixter), rien ne passe par le pylore, la tumeur persiste (autopsies tardives de Morse, Murphy et Wohlback, Walton).

L'étude de la nutrition faite par Talbot n'a pas montré de troubles du métabolisme digestif, mais il est permis cependant de penser que les relations physiologiques entre l'estomac, le pylore, le duodénum sont profondément troublées, et que la bile et le suc pancréatique sont mélangés moins intimement au chyme gastrique dont la neutralisation est au surplus incomplète.

Les résultats sont donc satisfaisants à condition d'opérer tôt (cas aigus avec grosse tumeur pylorique) et de s'attacher à des soins postopératoires minutieux.

Pylorotomie longitudinale extramuqueuse (opér. de Fredet). — Ce sont les mémoires de Dufour et Fredet (1908), le rapport de Fredet et Guillemot (1910) qui ont fait connaître cette opération; en effet dès 1907, Fredet écrivait : « si l'on se promet de ne pas ouvrir la muqueuse, la section limitée à la musculeuse n'offre pas de risques. On peut même ne pas suturer la plaie si elle ne saigne pas comme c'est la règle. »

Le succès mondial dont elle a été l'objet suffirait à lui seul pour convaincre de sa valeur; elle a successivement tenté Rammstedt, Weber, Coombe, Downes, et ce n'est qu'en 1919 que Langley Porter rend hommage à l'auteur premier de la méthode en l'appelant l'opération de Fredet. Mais récemment (1920), Fredet est revenu de sa première impression et « en rentrant au bercail, la fugitive (la pylorotomie) trouve la place prise ». En effet pour Fredet, la pylorotomie doit être surtout réservée aux cas à évolution chronique, cette opinion est d'ailleurs très discutée et actuellement dans les pays anglo-saxons, ce procédé opératoire est appliqué indistinctement à tous les cas.



Normal. Hypertrophie pylorique.

Fig. 1. — *Section transversale du pylore près du duodénum.* Grt 4 D. Enfant de quatre semaines. (D'après Thompson légèrement modifié.)

Avantages. — Rapidité (quinze minutes), simplicité, pas de shock, opération idéale qui remplit entièrement son but.

Préparer le malade, tubage, lavage d'estomac, injection de sérum. Anesthésie au chloroforme. L'acte essentiel est la section de l'anneau musculaire sténosant, complété par la libération de la muqueuse qui se déplisse et fait hernie dans la plaie.

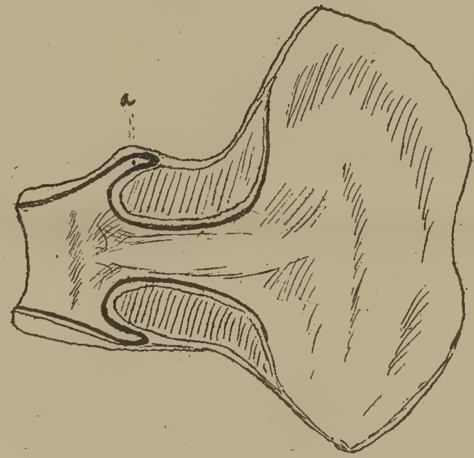


Fig. 2. — *Reproduction schématique de la pièce de Cautley et Dent (Med. chir. Trans., 1903).* Pylore sectionné longitudinalement, sujet onze semaines. Grandeur naturelle. En *a*, remarquer le cul de sac muqueux.

Incidents : Ouverture du duodénum au niveau du cul-de sac muqueux (*a*), 3 cas. C'est le point dangereux de l'opération.

Un cas d'hémophilie familiale.

Hémorragie de la paroi.

Hémorragie de la tranche tumorale, 3 cas terminés par la mort (Allen, Ransohoff, Péhu).

Hémorragie par piqûre du ligament rond.

A la suite de l'opération, la réaction thermique est vive, les vomissements cessent rapidement dans la majorité des cas, si l'opération a été complète. Commencer l'alimentation trois ou quatre heures après, eau sucrée, puis progressivement eau et lait.

Donner le sein à la soixante-douzième heure, et éviter la diarrhée de suralimentation.

Au bout de quelques jours, l'état général s'améliore, la courbe du poids remonte rapidement.

Enlever les fils très tard, dix-huitième-vingtième jour (Veau, Fredet).

Tardivement, on a observé une occlusion par adhérence, une réouverture de la paroi (Lewis), une éventration secondaire (Hans Holt).

Résultats. — Sur une série de 51 cas, Downes a eu 2 p. 100 de mortalité, et pour lui, à condition d'opérer avant la quatrième semaine, la mortalité est inférieure à 8 p. 100.

La mortalité moyenne basée sur les statistiques de Hill, Strauss, Goldblum et Spence, Langley Porter, Dives, Kerly est de 10 p. 100. D'après Downes, la mortalité chez des enfants nourris au sein, ayant vomi moins de quatre semaines et perdu moins de 20 p. 100 de leur poids, est à peu près nulle.

Les facteurs de mortalité sont, par ordre de fréquence, le collapsus, l'état d'inanition, les hémorra-

gies, les péritonites généralisées, atypiques, latentes, enfin les gastro-entérites aiguës et la diarrhée infectieuse.

Résultats fonctionnels éloignés. — Le développement est normal, la santé excellente. La radioscopie montre un estomac se vidant normalement à travers le pylore et des autopsies fortuites ont montré la disparition de la tumeur pylorique (cas de Rausohoff et Wooley, Downes) : le muscle est rétracté, l'espace compris entre les lèvres de l'incision se comble de tissu fibreux, cicatriciel, l'orifice pylorique s'était dilaté.

C'est donc une opération qui remplit tous ses buts (rétablissement du transit physiologique, disparition de la tumeur). Devant l'excellence des résultats opératoires et fonctionnels, on est obligé de conclure à la supériorité incontestable de la pylorotomie, d'ailleurs pour Fredet et Alary (1921), « la gastro-entérostomie ne doit plus vivre que des contre-indications de la pylorotomie ».

Pylorotomie avec pyloroplastie (opérat. de Strauss). (fig. 3). — L'auteur se propose de déplisser complètement la muqueuse et de reconstituer le sphincter pylorique. Les résultats sont excellents, 123 cas avec 3 morts. Morts dues à l'inanition, à une malformation de la valvule iléo-cæcale, à une embolie pulmonaire au huitième jour.

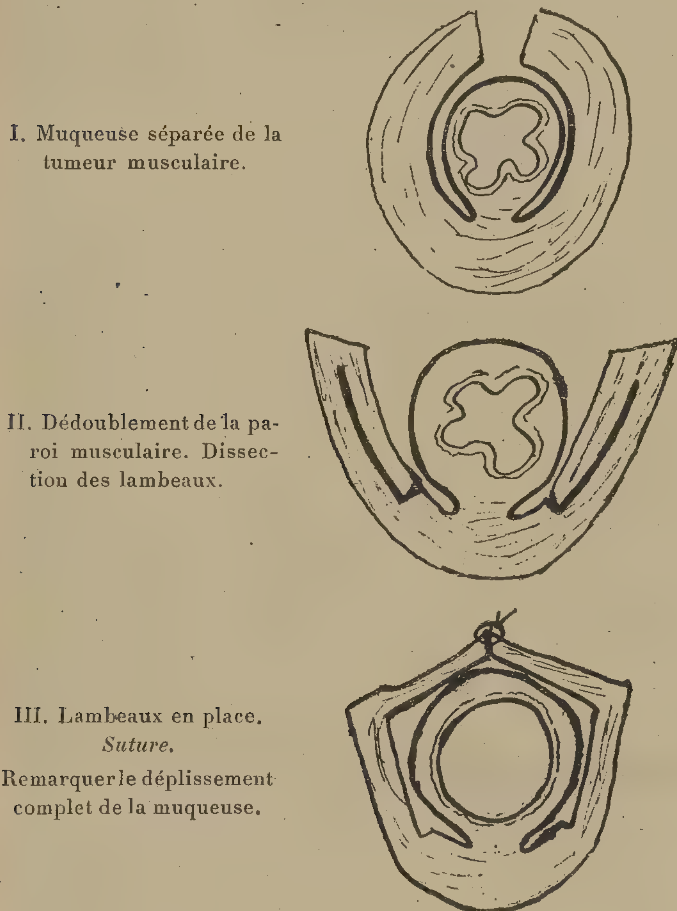


Fig. 3. — *Procédé de* Strauss.

Qu'il s'agisse de pylorotomie simple ou complétée par plastie comme dans la technique de Strauss, les résultats au moins comparables, sinon supérieurs, à ceux de la gastro-entérostomie, tendent de plus en plus à faire considérer la pylorotomie comme l'opération destinée, du fait de sa simplicité et de son efficacité, à se généraliser.

BIBLIOGRAPHIE

Dufour et Fredet. *Revue de chir.*, 1908.
Fredet et Guillemot. Rapport au *Congrès de gynécologie et d'obstétrique*, 1910.
Fredet. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1921.
Veau, Hallopeau, Dujarier. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1921.
Péhu. La maladie pylorique du nourrisson, *Journ. de méd. de Lyon*, 1921.
Pinel. *Th. de Lyon*, 1921 contient la bibliographie des trente dernières années.
Palmer. Ulcère du duodénum chez l'enfant, *Ann. of Surg.*, 1921.
Pisek et Bradew. Cardiospasme, *Arch. of Pédiat.*, 1921.
Dawis. Résultats comparatifs de la pyloroplastie et de la gastro-entérostomie, *Ann. of Surg.*, 1921.
Mac Clanaham. Hypertrophie du pylore, *Arch. of pédiat.*, 1921.
Rohnier. Hypertrophie du pylore, *Le Nourrisson*, 1921.
Thompson. Hypertrophie du pylore, *Edimburg med. Journ.*, 1921.
Ramsay. Hypertrophie du pylore, *British med. Journ. of Surg.*, 1920.
Strauss. *Surg. clin. of Chicago*, 1920.
Ramond et Clément. *Bull. Soc. méd. hôpit.*, 1920.
Downes. Hypertrophie du pylore, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1920.
Guido Squarti. Contribution clinique et anatomique, *Riv. di clin. pedriatica*, 1920.
Goldblum et Spence. Pronostic. *Amer. Journ. of Chil. des.*, 1920.
Albert Jobin. Sténose du pylore chez l'enfant, *Bull. méd. de Québec*, 1920.
Allen. *Ann. surg.*, 1919.
Green Sidburry. *Soc. gyn. obst.*, 1919.
Hass. *New-York state Journ. of med.*, 1919.
Wall. *Arch. of Pediat.*, 1919.
Tyrrel, Gray et Pirie. *Lancet*, 1919.
Langley Porter. *Arch. of Pédiat.*, 1919.
Cantley. *British. Journ. of Chil. des.*, 1919.
Hartmann. *Bull. Acad. méd.*, 1914.
P. Broca. *Soc. anat.*, 1850.
Srauss. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1918.
Haggard. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1918.
Scott. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1918.
Sauer. *Arch. of pediat.*, 1918.
Palmer. *Ann. of Surg.*, 1917.
Grulee. *Cleveland med. Journ.*, 1917.
Holt. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1917.
Ransohoff et Wooley. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1917.

— La bibliographie complète est rapportée dans une série de thèses, Richard (1905), Duval (1905), Epstein (1911) Lefebvre (1914), enfin, récemment dans la thèse de notre collègue Alary, élève de Fredet, où l'on trouvera les références les plus importantes.

IIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS

DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 29-30 septembre - 1er octobre 1921)

Ce Congrès s'est ouvert, jeudi 29 septembre, à la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

M. le Président, après avoir souhaité la bienvenue aux congressistes étrangers, met au point, dans un remarquable discours, la question pendante sur le *traitement des fibromes et des cancers utérins par la radiumthérapie.* Voici les parties principales de ce discours :

« Travaillons donc de notre mieux ! Travaillons à cette reconstruction du monde ! Nous pouvons quelque chose, nous

pouvons même beaucoup dans le champ naturel de notre activité! Nous rendrons un grand service aux générations médicales qui montent derrière nous en apportant dans la science que nous servons la clarté de l'esprit latin et en la débarrassant du fatras et de l'obscurité germaniques! Certes, loin de moi la pensée de méconnaître le labeur accompli depuis un demi-siècle de l'autre côté du Rhin. Une légion de travailleurs obstinés s'est penchée depuis des années sur les tables des laboratoires : des matériaux immenses ont été accumulés. Mais qu'en est-il sorti de grand? D'innombrables lueurs confuses courent de toutes parts au ras des terres allemandes. Mais tous les grands éclairs qui ont illuminé le ciel viennent de l'Occident.

En obstétrique, je ne vois guère que des recherches biologiques, intéressantes sans doute, mais qui ne sont rien à nos yeux à côté de l'œuvre de Tarnier, et moins encore peut-être à côté du fameux mouvement qui emporte les accoucheurs actuels vers cette œuvre de salut des mères et des enfants, pure et noble création de l'esprit français et plus encore de l'âme française, et qui sauvera plus de mères et plus d'enfants que les plus belles conceptions opératoires de l'obstétrique et de la gynécologie associées dans un effort commun!

En gynécologie, dans cette chirurgie miraculeuse qui nous a la première révélé notre puissance, j'ai dit ailleurs quelle avait été notre part, et quelle avait été celle des Allemands. C'est en Amérique, c'est en Angleterre, c'est en France qu'elle est née, qu'elle s'est développée et qu'elle a atteint la merveilleuse perfection que nous lui voyons aujourd'hui! C'est ici qu'a vécu le maître des maîtres, celui qui a vraiment révélé au monde la grande chirurgie abdominale — je veux dire Péan — celui dont il faut prononcer le nom si l'on n'en veut citer qu'un seul! La part des Allemands, qui n'ont été pour rien ni dans la découverte de l'anesthésie, ni dans celle de l'antisepsie et de l'asepsie, ni dans notre initiation à la chirurgie abdominale, a été minime dans cette révolution prodigieuse. Elle aurait même été presque nulle si le grand nom de Trendelenburg, d'ailleurs presque inconnu dans sa patrie, qu'il a honorée cependant quand tant de ses compatriotes lui apportaient le déshonneur, n'était pas là, comme un de ces phares rayonnants que le temps ne saurait ternir.

Oui, notre tâche principale doit être d'apporter la clarté, la simplicité dans ce qu'il peut y avoir encore d'obscur ou de confus dans notre art difficile, de rechercher, dans les faits qui se déroulent chaque jour autour de nous, cette vérité que si peu connaissent et qui apporte de si hautes satisfactions de conscience à celui qui en découvre un lambeau.

Et voici que de grands problèmes se posent devant nous. La thérapeutique par les rayons X et par le radium, la radiothérapie et la curiethérapie, livrent en ce moment à la grande gynécologie opératoire l'assaut le plus terrible qu'elle ait jamais reçu! Jusqu'ici, ces opérations magnifiques dans lesquelles toutes les ressources de la chirurgie moderne se déploient dans toute leur majesté, marchaient de victoire en victoire, et ceux qui, comme nous, ont depuis une trentaine d'années contemplé cette ascension prodigieuse de l'hystérectomie vers une puissance et, nous pouvons bien le dire, vers une perfection qui ne sera sans doute jamais dépassée, avaient bien le droit de penser qu'ils assistaient à son triomphe définitif!

Et tout à coup, dans l'espace de quelques années, voici que des chirurgiens illustres, voici que des opérateurs éminents se demandent s'il ne va pas falloir déposer leur bistouri et renoncer à combattre le cancer utérin par ces hystérectomies larges, qui donnent cependant de si beaux succès... Voici même qu'ils s'interrogent avec anxiété pour savoir s'ils ne vont pas abandonner tous ces fibromes utérins dont l'extirpation constitue l'opération qui est à mes yeux la plus parfaite et la plus saisissante de la chirurgie, à l'action des rayons X, dont personne ne saurait contester l'efficacité, ou à celle du radium, plus efficace peut-être et plus merveilleuse encore...

Nous vivons une heure grave, une heure profondément troublante pour ceux qui ont au cœur l'amour de cette chirurgie à laquelle, depuis que nous avons l'âge d'homme, nous avons vu accomplir de si grandes choses! Le radium est venu, plus encore peut-être que dans les pures abstractions des théories sur la constitution de la matière, bouleverser dans les sciences médicales, et en gynécologie plus que partout ailleurs, les faits qui nous paraissaient, il y a quelques années à peine, le plus solidement établis. Il suffit de lire le programme de notre congrès pour voir la place que tient, dans nos préoccupations, ce corps qui mériterait d'être appelé miraculeux si le temps des miracles n'était à jamais disparu.

Mais, avant tout, gardons-nous aussi bien des entraînements irréfléchis que d'un scepticisme obstiné. Rappelons-nous que l'expérience la plus simple vaut mieux que tous les raisonnements et même que la raison. Ce que nous voyons chaque jour suffit à nous montrer l'infirmité de notre esprit et nous invite à la modestie. N'avançons donc qu'avec une extrême prudence parce que ce n'est pas, parce que ce ne peut pas être avant de longues années que nous pourrons enfin connaître ici la vérité — si nous la connaissons jamais!

Allons-nous donc, à l'aurore de ce XXe siècle, qui a déjà vu de si grandes choses — et de si terribles — allons-nous, nous, chirurgiens, qui avons contemplé le développement presque miraculeux de la chirurgie, allons-nous, nous qui ressentons pour elle cette passion que seules peuvent inspirer les choses vraiment grandes — allons-nous assister maintenant, non pas à sa décadence, mais à sa régression? Cela est possible! Cela est même certain! Je ne sais ce que verront ni ce que feront nos successeurs. Ils ne verront certainement pas de plus grandes choses que celles que nous avons vues. Ils ne feront pas de plus belles choses que celles que nous avons faites. Mais ils verront sans doute les méthodes médicales reprendre peu à peu à la chirurgie ce que celle-ci avait pris à la médecine. Et nous qui avons participé à son épanouissement magnifique et qui sans doute aurons vu son apogée, nous qui la sentons aujourd'hui menacée de perdre quelque chose de cette grandeur où nous l'avons conduite, regardons-la descendre sans trop d'amertume et sans trop de regrets cette pente insensible qui l'entraîne vers un avenir inconnu... Car son évolution, quelle qu'elle soit, s'accomplira pour le bien de l'humanité.

Et si quelque chose doit nous consoler, nous, gynécologues, des menaces de l'avenir, c'est la certitude que cet avenir s'éclaircira de plus en plus devant nos amis les obstétriciens. Rien ne changera de ce qui constitue la base inébranlable de leur science. Et quelle que soit la puissance de l'évolution créatrice, nul ne verra jamais le jour où les femmes enfanteront autrement que dans la douleur et dans le sang. Ils verront disparaître un jour tous les accidents qui sont aujourd'hui la cause presque unique de leurs anxiétés, tous ces accidents d'infection à propos desquels se pose toujours, au fond de la conscience, le problème des responsabilités redoutables. Mais l'infirmité de la nature humaine restera ce qu'elle est, et il y aura toujours, ne fût-ce que dans l'infinie variété des interventions souvent magnifiques auxquelles donnent lieu les dystocies obstétricales, de quoi satisfaire à la fois leur besoin d'action et le sentiment de la grandeur de leur rôle.

Si bien que l'avenir verra sans doute s'agrandir le domaine opératoire de l'obstétrique, tandis que celui de la gynécologie se rétrécira de plus en plus.

En attendant ces jours lointains auxquels nous avons le droit de rêver, mais qui ne luiront pour aucun de nous, travaillons tous ensemble, dans la mesure de nos forces, aux progrès des sciences que nous servons. Quel que soit l'avenir, il naîtra de notre travail, comme du travail de ceux qui nous ont précédés et de ceux qui doivent nous suivre : c'est un rôle assez grand pour qu'il puisse suffire à satisfaire les plus hautes aspirations de notre conscience! »

La première question à l'ordre du jour est la suivante : **Des anomalies de la fonction thyroïdienne dans leurs rapports avec la gestation.** — MM. Fruhinsholz et Parisot (de Nancy) étaient chargés du rapport.

C'est là une question bien obscure, mais c'est un fait que la physiologie normale et la physiologie pathologique s'éclairent l'une par l'autre. Les rapporteurs ne se dissimulent pas la difficulté de leur tâche, qu'ils limitent strictement aux anomalies de la fonction thyroïdienne. Ils exposent successivement les acquisitions expérimentales et cliniques, ainsi que les faits d'observations qu'ils ont pu recueillir. A ce point de vue, il n'est que juste de citer leurs collaborateurs : MM. Bar, Brindeau, Couvelaire, Jeannin, Cathala, Bouffe de Saint-Blaise, Grosse, Rossier, Rouvier, Bué, Commandeur, Planchu, Vallois, Lévy, Guérin-Valmale, Hallion, Audebert,

Daigne, Hauche, Harvier, Apert, Vallery-Radot, Gaujoux, Vignes, Hidden, Keiffer, Schickélé, etc.

Dans ce rapport, deux parties, l'une expérimentale (Parisot), l'autre clinique (Fruhinsholz).

La première partie comprend les chapitres suivants : 1° Influence de la gestation sur la glande thyroïde à l'état normal ; 2° gestation et hyperthyroïdie ; 3° gestation et hypothyroïdie ; 4° la descendance dans l'insuffisance thyroparathyroïdienne.

De l'étude des trois premiers chapitres, le rapporteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

« Quoi qu'il en soit de la pathogénie de ces accidents, comme du rôle spécial dévolu à l'appareil thyroparathyroïdien pendant la gravidité, on peut, en tout cas, tirer des résultats observés quelques renseignements précis :

Chez une femelle en état d'insuffisance thyroparathyroïdienne (compatible avec la survie sans accident notoire, et avec la conservation de l'aptitude à la reproduction), et *suivant le degré de cette insuffisance*, l'influence de la gestation peut donner lieu aux éventualités suivantes :

a. Evolution de la grossesse, du part et de l'allaitement sans incident ni modification de l'état de l'animal ;

b. Apparition ou accentuation, au cours ou après la gestation, des signes d'insuffisance thyroïdienne (troubles trophiques, chute des poils, apathie, stérilité définitive, etc.) ;

c. Apparition, soit au cours de la gestation, soit à l'approche ou au moment du part, soit enfin pendant l'allaitement, de phénomènes de tétanie plus ou moins caractérisés, capables d'entraîner la mort ou de disparaître brusquement sitôt la délivrance ou la suppression de l'allaitement ;

d. Apparition de ces mêmes accidents au cours d'une seconde ou d'une troisième grossesse, alors qu'antérieurement, dans les mêmes conditions, ils ne s'étaient pas manifestés (action des grossesses successives).

e. Atténuation, dans certains cas, de ces accidents sous l'influence d'injections d'extrait thyroïdien. »

Dans la partie clinique, M. Fruhinsholz envisage successivement dans les anomalies par excès, les conditions suivantes : 1° L'hyperthyroïdie apparaît au cours de la gestation ; 2° elle préexiste à la gestation ; 3° elle apparaît après la gestation.

Viennent ensuite les anomalies par défaut : athyroïdie et gestation, hypothyroïdie et gestation, l'instabilité thyroïdienne et la gestation, le produit de la gestation des thyroïdiens.

Les auteurs terminent ainsi :

« Nous croyons pouvoir conclure *provisoirement* et *approximativement* dans les termes suivants :

Il semble bien que la gestation détermine physiologiquement un état d'hyperthyroïdie compensatrice qui tend surtout à s'affirmer au cours de la seconde partie de la gestation.

Cette hyperthyroïdie peut dépasser les limites en deçà desquelles elle est strictement compensatrice et devenir ainsi pathologique.

Cette hyperthyroïdie pathologique est capable de se manifester aux différents stades de la gestation.

Elle n'apparaît parfois qu'après l'accouchement, comme si elle avait été maintenue par l'état de gestation dans une sorte de neutralisation momentanée.

Un état d'hyperthyroïdie préalable n'est généralement pas favorable à la fécondation.

Une hyperthyroïdie préexistante à la gestation trouve souvent un apaisement en celle-ci, comme si l'état de gestation apportait avec lui des éléments neutralisants.

Exceptionnellement, la gestation peut renforcer par son action propre une hyperthyroïdie préétablie. La plupart des cas d'aggravation relatés sont des cas où l'action mécanique d'un goitre est venue se superposer à l'hyperthyroïdie proprement dite, ou bien des cas où il existait une affection cardiaque concomitante.

L'hypothyroïdie paraît encore moins favorable que l'hyperthyroïdie à la fécondation.

Celle-ci survenant, l'action de la gestation peut être à l'égard d'une hypothyroïdie préexistante :

Soit *améliorante*, lorsque l'hypothyroïdie est légère et que la glande thyroïde offre une aptitude réactionnelle suffisante au « stimulus » gravidique.

Soit *aggravante*, lorsque l'hypothyroïdie est telle que la glande ne trouve plus en elle-même une force d'adaptation suffisante lui permettant de s'élever à la hauteur de l'effort exigé.

Soit *indifférente*.

Il existe une relation certaine entre la tétanie et l'état de gestation d'une part, d'autre part entre la tétanie et un état d'insuffisance parathyroïdienne (hypoparathyroïdie).

Une insuffisance latente de la fonction parathyroïdienne peut être révélée à la faveur de la gestation dans ses différents stades et se manifester sous forme de tétanie.

Dès lors que la gestation survient chez des hyper ou chez des hypothyroïdiennes, elle évolue presque toujours normalement. Lorsqu'elle est troublée, c'est habituellement par des accidents de l'ordre autotoxique (albuminurie, œdème, etc...).

Le surmenage thyroïdien de la gestation peut aboutir à l'athyroïdie du *post partum*.

Certains enfants issus de mères à fonction thyroïdienne profondément altérée offrent une prédisposition à des troubles glandulaires qui ne sont pas nécessairement homologues aux troubles maternels.

Les résultats de l'investigation clinique sont, d'une manière générale, superposables à ceux de l'expérimentation, surtout en ce qui concerne la diminution ou l'absence des fonctions thyroïdiennes et parathyroïdiennes. Toutefois, l'influence de ces altérations sur les produits fœtaux humains paraît moins marquée qu'elle ne l'est habituellement dans le domaine expérimental. L'hyperthyroïdie expérimentale n'apporte jusqu'à présent que peu d'éclaircissement dans le domaine de l'hyperthyroïdie humaine rapportée à l'état de gestation. »

Cet important rapport a été suivi d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Andérodias (de Bordeaux), Beclère et Bar.

M. Beclère nous a fait connaître quelques résultats de ses recherches sur l'influence de la radio et de la radiumthérapie, sur les fonctions des diverses glandes, en particulier de la thyroïde, de la pituitaire, etc.

M. Bar admet que, pendant la grossesse, il y a des modifications régulières, physiologiques des glandes qui n'ont rien de commun avec la pathologie. Il y a des glandes surrénales de la grossesse, il y a une glande pituitaire de la grossesse, il y a un corps thyroïde de la grossesse. C'est là une loi de physiologie et non de pathologie.

La seconde séance, qui a eu lieu le même jour à 2 h., a été consacrée à la seconde question ainsi formulée : **De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aigue.** [Rapporteurs : MM. Cotte (de Lyon) et Potvin (de Bruxelles).]

L'importance de cette question, dit M. Potvin, relève de plusieurs causes : 1° la fréquence dans l'infection puerpérale aiguë qui est actuellement encore de 10 p. 100 (1) ; 2° la difficulté dans la décision du traitement à employer ; 3° sa gravité, en chiffres et sa mortalité varient, en effet, de 21 p. 100 jusqu'à 50 p. 100.

M. Potvin commence par examiner la question au point de vue bactériologique. Jusqu'ici, malgré des recherches très intéressantes, la bactériologie ne semble pas avoir donné des résultats bien appréciables, ni au point de vue du pronostic, ni au point de vue de la thérapeutique.

Le traitement médical, dit M. Potvin, doit être abandonné dans le traitement chirurgical qui seul nous donnera le résultat cherché.

M. Potvin après avoir rappelé que l'infection puerpérale, qu'elle soit *postpartum* ou *postabortum* est une septicémie, ajoute que le laboratoire nous indiquera le traitement en nous faisant connaître le microbe qui a pénétré dans la circulation. Il y a donc un traitement médical à tenter. Toutefois le souci de conserver l'utérus ne doit pas entrer en ligne de compte et le médecin doit se poser ces deux questions :

1° Le moment est-il passé pour tout traitement autre que l'hystérectomie?

2° l'hystérectomie, qu'elle soit abdominale ou vaginale, peut-elle encore sauver la malade?

C'est à la recherche de ce moment si délicat que doivent tendre tous nos efforts.

Avant de prendre une décision, il faut d'abord bien s'assu-

(1) Ce chiffre nous paraît très élevé si nous le comparons à ce qu'il nous a été donné d'observer dans la pratique de la ville.

rer que c'est l'utérus ou ses annexes qui sont la cause principale et unique de la continuation de l'infection.

M. le rapporteur étudia donc successivement les questions suivantes :

« 1° Faut-il inscrire l'hystérectomie comme moyen de traitement de l'infection puerpérale aiguë?

2° A quel moment et dans quels cas faut-il la faire?

3° A quelle hystérectomie nous adresserons-nous?

4° Quel est le mode d'anesthésie que nous emploierons? »

Un premier fait s'impose : la rétention placentaire est le substratum de l'infection ; il faut en débarrasser l'organisme au plus tôt et, si l'infection progresse malgré tout, c'est qu'elle avait déjà dépassé les limites où on pouvait l'enrayer par un traitement local (le curetage ou l'écouvillonage).

Si ce traitement local (nettoyage de l'utérus, injections d'huile camphrée, etc.) ne donne pas de résultats immédiats, et à plus forte raison s'il survient de nouvelles complications, alors il faut recourir à l'hystérectomie.

Ici, discussion sur le choix du procédé, sur le mode d'anesthésie, etc.

M. Potvin termine cet important chapitre par les conclusions suivantes :

« L'idée d'avoir recours à l'hystérectomie comme moyen de traitement de l'infection puerpérale remonte seulement à l'année 1886, où elle fut exécutée pour la première fois par Schultze.

En 1895, paraissait la première thèse sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale; Wintrebert en était l'auteur.

La question était lancée; Smith, Duff, Peterson, Terrier, J.-L. Faure, Tuffier s'en montrèrent partisans.

Henrotay (d'Anvers) s'en sert dans la métrite purulente franche, suite d'infection puerpérale. Jacobs, Keiffer, Rouffart (de Bruxelles) estiment que lorsque l'infection a franchi la muqueuse utérine et a envahi le muscle, si l'intervention est faite avant la généralisation, on a des chances de guérison.

Elle a ses adversaires et non des moindres. C'est ainsi que, en 1903, au Congrès de Madrid, Pinard tranche la question en concluant : « L'indication rationnelle de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë n'existe pas ».

Nous venons de passer en revue les indications de cette opération pour le cas qui nous occupe.

Elle a ses indications nettes et précises. Elle intervient quand il faut à tout prix enrayer la marche ascendante de l'infection.

C'est l'amputation d'un membre gangrené avant qu'il ne déverse dans la circulation générale ses produits infectants.

Elle ne doit jamais être considérée comme un quitte ou double, comme une opération à exécuter in extremis, car elle ne servirait alors qu'à hâter une mort qui était fatale et à discréditer une intervention qui mérite l'auréole dont nous croyons pouvoir l'entourer. »

M. Cotte (de Lyon), dans la partie du rapport qui lui a été confiée, ne s'occupera plus que de l'**hystérectomie comme traitement de l'infection puerpérale**. Que de chemin parcouru depuis la première hystérectomie abdominale pratiquée en 1886 par Schultze chez une femme en pleine infection puerpérale, puisque maintenant la règle est d'intervenir dans tous les cas d'infection où il existe une lésion locale évidente.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Cotte dans l'historique très intéressant qu'il nous fait de la question, dans les discussions passionnées qu'elle souleva, admise par les uns, Tuffier, Terrier, Quénu, Faure, rejetée par les autres, Porak, Maygrier, Budin, Ricard, Pinard, Doléris. Ce dernier, cependant, réservant l'avenir.

Au cours de ce remarquable travail, M. Cotte insiste sur les difficultés d'un diagnostic précis et d'un pronostic, d'où les plus grandes hésitations pour les indications de l'intervention.

Cette notion sera reprise ultérieurement par M. J.-L. Faure qui concluera à l'impossibilité absolue, au moment actuel, de poser des indications fermes de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

M. Cotte termine par les conclusions suivantes :

« L'hystérectomie ne paraît avoir dans l'infection puerpérale aiguë que des indications exceptionnelles. Dans l'état actuel de la science, mis à part les cas dans lesquels il y a une lésion de l'utérus qui comporte en elle-même son ablation immédiate, l'hystérectomie ne peut être proposée au début de l'infection puerpérale comme une intervention nécessaire pour arrêter son évolution, car nous n'avons aucun moyen de dire à ce moment quelle sera la gravité de cette infeetion.

Les septicémies puerpérales aiguës primitives restent encore au-dessus de nos moyens thérapeutiques médicaux aussi bien que chirurgicaux. L'intervention peut être pratiquée cependant de peur que cet état septicémique ne soit sous la dépendance d'une lésion locale passée inaperçue pour laquelle on regretterait ensuite de n'être pas intervenu.

Dans les formes aiguës consécutives à un avortement, et surtout à un avortement criminel, l'hystérectomie sera faite d'emblée dans les formes graves où l'on a l'impression que le curettage risquerait de diffuser l'infection; dans les autres cas, lorsque les moyens habituels n'auront pas amené une amélioration sensible, il faudra intervenir rapidement. L'hystérectomie vaginale, préconisée depuis trente ans par J.-L. Faure, paraît ici particulièrement indiquée.

Mais on interviendra surtout dans ces formes d'infection aiguë prolongée, rémittentes, qui mènent si souvent à la mort par septicémie ou pyohémie secondaires. Il semble, en effet, que lorsque, d'une part, il existe des signes d'infection grave avec tendance à la pyohémie, frissons répétés, etc., et que, d'autre part, l'utérus resté gros présente, à l'examen des lochies recueillies directement dans sa cavité, des colonies de streptocoques, le mieux soit d'intervenir sans trop attendre, soit par hystérectomie vaginale, soit par hystérectomie abdominale. Cette dernière voie sera suivie dans les cas où l'on aurait reconnu qu'il existe de la phlébite des veines utéro-ovariennes, et dans les cas où l'infection ayant dépassé le pelvis a diffusé vers le péritoine abdominal et où aux signes d'infection générale s'ajoutent des signes de réaction péritonéale. »

La troisième question est la suivante : **La protection médicale et sociale de la femme enceinte**.

M. Waegeli (de Genève) traite à fond cette question, et voici ses conclusions :

« A. *Protection médicale de la femme enceinte.* — 1° Pour être pleinement efficace, la protection médicale de la femme enceinte doit intervenir déjà à partir de la naissance de la petite fille : nécessité absolue de l'allaitement maternel. Plus tard elle visera à assurer une hygiène intelligente et rationnelle à la jeune fille, surtout à l'époque de la puberté. Elle suivra ensuite la femme dans le mariage et lui apprendra à observer l'hygiène du mariage.

2° Jusqu'ici la protection de la femme enceinte comporte toute une partie éducative : introduction dans les programmes d'enseignement pour jeunes filles, à partir de l'âge de seize ans, d'un cours spécial d'hygiène de la femme, avec connaissance élémentaire de l'appareil génital féminin et de son fonctionnement en dehors de la grossesse et pendant celle-ci ; notions sur l'accouchement, les suites de couches et sur l'hygiène à observer dans toutes ces périodes. Institution de cours analogues destinés au public féminin en général.

3° Des consultations gratuites doivent être mises à la disposition des femmes enceintes, ouvrières ou indigentes, et ceci à la campagne comme en ville. Ces consultations serviront aussi à établir un lien entre les accouchées et le service d'obstétrique qu'elles quittent; elles seront utilisées surtout par des femmes ayant eu des grossesses ou des couches pathologiques et qui sont justiciables d'une surveillance médicale se prolongeant au delà du séjour usuel dans le service.

4° Création d'asiles, dépendant ou non des maternités, dans lesquels on recevra déjà pendant leur grossesse les femmes dont l'état de santé nécessite des soins spéciaux ; celles aussi qui n'ont pas de chez soi : domestiques, sommelières, filles-mères abandonnées, etc. Création de sanatoria spécialement destinés aux femmes enceintes tuberculeuses.

5° Les maternités et les services d'obstétrique attachés à d'autres hôpitaux doivent être multipliés afin d'être à la disposition de toutes les femmes qui veulent s'y rendre pour leurs couches. Ces services doivent être dirigés par des gynécologues-accoucheurs; chaque hôpital ou infirmerie, même de petite importance, doit être pourvu d'un service d'obstétriquer

6° Mais on doit aussi protéger la femme qui veut accoucher


GARANTIE
SÉCURITÉ



à domicile. Formation d'un corps de sages-femmes éprouvées, sûres et dévouées. Un service médical devra être à la disposition de cette catégorie de femmes.

7° On instituera partout des infirmières-visiteuses; leurs fonctions consistent en visites régulières aux femmes enceintes auxquelles elles donneront d'utiles conseils concernant l'hygiène de la grossesse. Elles visiteront les ménages des femmes en couches, soit que celles-ci se trouvent dans une maternité, soit qu'elles aient préféré rester à domicile; là, les infirmières-visiteuses veilleront à la bonne tenue du ménage, soigneront les enfants en bas-âge, assureront en un mot la bonne marche et l'entretien du ménage.

8° On créera également des dépôts sanitaires qui fourniront, soit gratuitement, soit contre une modique location, tous les ustensiles, objets de pansement, désinfectants, aux femmes accouchant à domicile.

B. *Protection sociale de la femme enceinte.* — 1° Nous devons en tout premier lieu insister sur cet axiome primordial : les traitements et salaires des ouvriers et employés devraient partout être tels que la femme mariée ne doive pas, pour compléter ceux-ci, abandonner son foyer pour l'usine. On réaliserait ainsi d'un coup un grand progrès dans la protection de la femme enceinte.

2° Ceci étant posé, mais sa réalisation n'étant pas proche, nous devons nous conformer à l'état actuel des circonstances. Des deux tendances qui ont été opposées l'une à l'autre, l'une préconisant l'exclusion complète de la femme enceinte de la fabrique, l'autre se contentant de lui assurer une protection efficace tout en la laissant à son emploi, nous tirons la quintescence et proposons que, d'une façon générale, la femme continue son travail à condition que celui-ci ne se révèle pas comme dangereux pour elle ou pour l'enfant à venir; mais nous revendiquons d'autant plus énergiquement un repos obligatoire de quatre semaines avant l'accouchement. En outre, le médecin aura en tout temps la faculté de prescrire à la femme un arrêt momentané dans son travail, une mutation d'emploi, une diminution d'heures de présence, sans qu'il en résulte un dommage quelconque pour elle. Nous recommandons vivement la création dans toutes les entreprises importantes de surintendantes d'usine, dont l'une des tâches consistera à surveiller les femmes enceintes pendant leur travail, à leur accorder des allègements si le besoin s'en fait sentir, à proposer à la direction de l'usine telle ou telle mesure qui leur paraîtrait utile. En revanche, on interdira tout travail, et cela dès le début de la grossesse, à toute femme employée dans une usine manipulant des substances reconnues toxiques pour elle ou pour l'enfant.

3° Nous estimons qu'il est nécessaire d'interdire également à la femme accouchée de reprendre le travail d'usine dans les deux mois qui suivent l'accouchement. Pendant ce temps, on veillera à ce que chaque femme allaite son enfant. Ceci nous conduit à demander que les grandes entreprises mettent à la disposition des femmes ayant des enfants en bas-âge un local où elles puissent régulièrement allaiter leur nourrisson.

4° Nous désirons qu'on crée, partout où existent des services d'obstétrique d'une certaine importance, des asiles où puissent être reçues avec leurs nouveau-nés les mères qui n'ont point de foyer et qui ne savent où se rendre. Elles pourront y rester au moins deux mois; ensuite, on s'occupera de leur chercher un emploi et de placer leur enfant.

5° Des mesures doivent être prises pour que le salaire de la femme enceinte ne se trouve aucunement diminué ni du fait des périodes de repos prescrites par le médecin, ni du fait de son absence avant, pendant et après ses couches.

6° Les soins médicaux ou ceux de la sage-femme, l'hospitalisation éventuelle, doivent être gratuits pour toute femme dont les ressources, ajoutées à celles de son mari, n'atteignent pas un certain minimum qui variera d'ailleurs selon les circonstances, les régions, etc.

7° Les ressources financières considérables nécessaires à ces desiderata doivent être fournies en partie par l'Etat, en partie par les chefs d'usine, en partie aussi par des prestations des intéressées elles-mêmes, soit en étendant le rayon d'action des caisses d'assurance-maladies déjà existantes, soit en créant des caisses maternelles spéciales.

8° Nous insistons sur l'avantage qu'il y a non pas à uniformiser toutes les mesures ci-haut proposées, mais à les appliquer au contraire selon les contrées diverses d'un pays, en s'accommodant aux us et coutumes des populations, au genre de travail effectué par les femmes et aux ressources qu'offre déjà dans ce domaine chaque région. L'Etat doit naturellement subventionner largement toutes les institutions nouvelles à fonder, les caisses à créer et se réserver de ce fait même un droit de contrôle et de surveillance sur toutes les mesures prises pour assurer la protection de la femme enceinte. »

M. DOLÉRIS, sur le même sujet, pose ainsi la question : 1° La femme enceinte doit-elle être protégée? 2° est-elle protégée? 3° comment doit-elle être protégée?

La protection de la femme enceinte est nécessaire.

Cette protection, telle qu'elle est instituée actuellement, réside dans l'action privée, dans l'action législative, dans l'organisation médicale hospitalière.

M. Doléris étudie chacune de ces dispositions. Au point de vue de la dernière question, il insiste sur les réformes nécessaires.

Socialement, la femme enceinte doit être protégée (proposition de loi Pinard).

Signalons le paragraphe sur les dispositions relatives à la fille-mère que, par ce temps de natalité défectueuse, on ne saurait trop approuver.

Le programme institué par les obstétriciens et les puériculteurs est, de tous points, parfait. Qu'en sera l'application?

(A suivre.) A. BROCHIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1921)

L'Académie a repris ses séances. Celle-ci a été présidée par M. Guéniot, remplaçant M. Richelot actuellement à Strasbourg, comme beaucoup d'autres membres de l'Académie, à en juger par le bien petit nombre des présents.

Les greffes ovariennes. — M. BAZY revient sur la communication qui a été faite sur ce sujet dans une préeédente séance.

Les expériences des greffes ovariennes, ainsi d'ailleurs que l'a reconnu M. Tuffier lui-même, n'ont pas donné des résultats bien satisfaisants.

D'autre part, il faut reconnaître, avec M. Bazy que les troubles consécutifs à l'ablation des annexes ne sont pas beaucoup plus accentués que dans de la ménopause naturelle. Dans ces conditions, il n'y a pas de raisons d'abandonner le traitement des annexites par l'intervention chirurgicale, quand les lésions sont importantes. Quant à recourir à la greffe ovarienne pour atténuer les accidents, à vrai dire le feu n'en vaut pas la chandelle, et nous devons nous contenter des autres moyens d'opothérapie.

Action lypolytique des poumons. — M. ROGER, en son nom et au nom de M. Binet, fait connaître les résultats intéressants obtenus par leurs recherches expérimentales sur l'action lypolytique du poumon.

Môle hydatiforme. — M. POTOCKI expose les rapports qui existent entre le développement de certains kystes de l'ovaire au cours de grossesses anormales et les conséquences qui en résultent au point de vue du traitement. Nombre de ces malades guérissent d'elles-mêmes, mais dans bien des cas on est obligé de procéder à l'ablation des organes.

La fièvre de Malte. — MM. RÉMOND (de Metz) et MINVIELLE (de Toulouse) relatent un cas ayant présenté quelques anomalies : absenee de douleurs rhumatoïdes, de sueurs, de périodes apyrétiques, etc.

— Au début de la séance, M. LE PRÉSIDENT a annoncé que la Faculté de Montpellier allait fêter son septième centenaire. MM. Achard et Delbet y représenteront l'Académie.

Le Congrès de médecine franco-polonais. — M. ACHARD qui, avec MM. Roger, Babinski et Bellencontre, a fait partie de la mission chargée de représenter la France à ce Congrès, rend compte à l'Académie de cette mission.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Roger, Jeanselme, Coyon, Claude et Grégoire, qui acceptent; Aubertin, Queyrat, Aviragnet, Léon Bernard, Comte et Ribadeau-Dumas, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Armand-Delille, Dufour, Roux-Berger et Rudaux, qui acceptent; Courtois-Suffit, Ménétrier, Castaigne, Lœper, Baumgartner, Morax, Lejars et Potherat, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sainton et Papillon, qui acceptent; Sebileau, Faure, Heitz-Boyer, Chevrier et Arrou, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE. — Le jury est définitivement composé de MM. Sebileau, A. Broca, Toupet, Moure, Caussade.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 6 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du tétanos. »

MM. Krassitch, 8; Luiggi, 15; Lejeune, 18; Loubry, 14; Malpart (Maurice) et Louvel, 17; Mabille, 16; Lefèvre (Eugène), 11; Liège, 9; Loireau, 15; Lefèvre (André), 14; Lhéritier, 7; Mlle Lequin, 14; MM. Luzuy, 16; Le Renard, 6; Jubé, 13; Magnien, 12; Lapy, 6; Liquier, 15.

Séance du 8 octobre. — Question donnée : « Angine diphtérique. Symptômes et complications. Enumérer les complications. »

MM. Le Buanec, 12; Lignières, 14; Liévin, 8; Mlles Langlois, 14; Lecocq, 17; M. Lemoyne (Jacques), 16; Mlle Lacan, 18; MM. de Manet, 9; Mimin, 15; Périssé, 14; Périn-Christian, 18; Meysenc, 7; Méry, 10; Moreau, 12; Pignot, 14; Piédallu, 13; Picot, 12; Minot, 17.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Un concours pour des emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 3 novembre 1921, à 9 heures du matin.

1° Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titulaire, 1; adjoint, 1.

2° Clinicat obstétrical : titulaires, 2; adjoints, 3.

3° Clinicat médical : titulaires, 2; adjoint, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au jeudi 27 oct. inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 h. 30 à 17 heures.)

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — M. Heitz-Boyer (Maurice), médecin-major de 1re classe de réserve : médecin chef d'un hôpital chirurgical flottant, a montré une haute valeur professionnelle dans toutes les circonstances mêmes les plus périlleuses. A su faire produire à sa formation sanitaire un rendement maximum et a fait preuve de véritables qualités de chef et de soldat.

M. Smadja (Henry), médecin auxiliaire au 3e bataillon du 21e régiment d'infanterie coloniale : médecin auxiliaire dévoué et consciencieux. A été surpris par le déclenchement d'un violent bombardement ennemi par obus à gaz, le 24 décembre

1917, à Thilloy (Marne), en procédant à la vérification des moyens de protection dans les tranchées de première ligne. A été gravement intoxiqué.

Dr Lemmens, médecin de bataillon de 1re classe de l'armée belge : médecin adjoint à l'inspecteur général du Service de santé de l'armée belge, a contribué pour une large part aux évacuations des blessés français pendant les dures journées de la bataille de l'Yser (novembre 1914). A Malo-les-Bains, pendant deux années, s'y est fait remarquer par son zèle et son dévouement au cours des bombardements de cette localité, notamment lors du bombardement par mer du 21 mars 1918. (*J. O.*, du 1er oct. 1921.)

PALMES ACADÉMIQUES. — M. le Dr Bajac (de Pau) est nommé officier de l'Instruction publique.

LA SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS ET DE RETRAITES POUR FEMMES ET ENFANTS DE MÉDECINS a tenu sa séance trimestrielle le jeudi 6 octobre au siège social, 5, rue de Surène, sous la présidence de Mme Butte, présidente, assistée du Dr Darras, président de la Société centrale de l'Association des médecins de France.

Mme Butte a fait appel au Corps médical et sollicité sa collaboration à une œuvre intéressante entre toutes puisqu'elle est la seule unissant dans un même groupement les femmes, veuves et enfants de médecins. Le but principal de la Société est de constituer à cinquante-cinq ou à soixante ans, une retraite de 360 francs pour tous ses membres participants qui cotisent pour la retraite; les primes varient suivant un barême établi par la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

Il existe, en outre, une seconde catégorie de membres participants non cotisant pour la pension, qui ont droit — sauf la retraite — aux mêmes avantages, c'est-à-dire, en cas de besoin à l'aide matérielle de la Société; leur cotisation annuelle est de dix francs.

M. le Secrétaire général a exposé la situation de la Société et remercié les membres honoraires qui, par leurs souscriptions, contribuent à la prospérité de l'œuvre sans participer à ses avantages.

La seule condition exigée des femmes, veuves (même remariées) et enfants de médecins pour faire partie de la Société est d'être français ou naturalisé français et présenté par deux sociétaires.

Pour les adhésions, demandes de statuts et de renseignements s'adresser au Dr Abel Watelet, secrétaire général, 5, rue de Surène, Paris, 8e arr.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — ECOLE D'INSTRUCTION ANNEXE DU SERVICE DE SANTÉ. — La prochaine réunion de la Société qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 17 octobre 1921, au Cercle militaire, à 20 h. 30.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Prophylaxie du typhus et du choléra en Orient 1916-1917, par le Dr Vaudremer, médecin principal de 2e cl. de Territoriale.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical à 19 h. précises (Tenue civile, Prix : 16 fr.).

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE. — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi ; la présence des élèves y est obligatoire.

MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théorique de médecine légale.* — Ce cours sera professé les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis de 6 heures à 7 heures, pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard et M. Duvoir, agrégé.

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Garçon, de la Faculté de droit.

Cours théorique complémentaire de médecine légale. — Accidents du travail et maladies professionnelles (lois des 9 avril 1898 et 25 octobre 1919), par M. le professeur Balthazard, assisté d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, les lundis, mercredis et vendredis, de 6 heures à 7 heures (pendant les mois de mars et avril).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à la morgue, pendant le semestre d'hiver, de 1 h. 1/2 à 3 heures : Le jeudi, par M. le professeur Balthazard ; le mardi, par M. le Dr Duvoir, agrégé ; le samedi, par M. le Dr Dervieux, chef des travaux.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, de 4 heures à 5 h. 1/2 ;

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les samedis, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, sous la direction de M. le Dr Dervieux et de M. Piédelièvre, chef de laboratoire (semestre d'été) ;

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de de M. Kohn-Abrest, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie, à la préfecture de police, tous les vendredis, de 4 heures à 5 h. 1/2 (semestre d'été);

4° Expertises d'accidents du travail, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. les Drs Duvoir et Dervieux, le jeudi, à 2 heures (semestre d'été, laboratoire de médecine légale).

PSYCHIATRIE. — *Cours de psychiatrie médico-légale.* — M. le professeur N..., fera le cours tous les lundis, à la clinique des maladies mentales de Sainte-Anne, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, pendant le semestre d'été. (Présentation de malades après chaque cours).

Cours clinique de psychiatrie. — Le cours aura lieu pendant le semestre d'été (mars et avril), les mercredis et vendredis, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, dirigé par M. le professeur N..., assisté des chefs de clinique, à l'asile Sainte-Anne.

Examens de malades et rédaction des rapports. — M. Logre, ancien chef de clinique, et MM. Gourioux, Heuyer, chefs de clinique, dirigeront ces exercices à la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 4 heures à 6 heures (semestre d'hiver) et les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2 (semestre d'été).

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institu de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine françai et étrangers (titulaires de 16 inscriptions), sont admis à suivre les cours, et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétaria de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures. Les titres et diplômes et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont : un droit d'immatriculation, 20 francs ; un droit de bibliothèque, 10 francs ; quatre droits trimestriels de laboratoire à 100 francs, soit 400 francs ; un droit d'examen, 100 francs.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ (Maison Dubois). — M. Louis Ramond, médecin des hôpitaux, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2 dans son service (service Vigla), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 6 novembre 1921, et traitera des hémorragies méningées médicales.

HOPITAL BROUSSAIS (96, rue Didot). — ENSEIGNEMENT CLINIQUE MÉDICAL. — M. le Dr H. Dufour fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins enseignement des stagiaires.

Première conférence le vendredi 11 novembre 1921.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr G. Fiorentino, médecin suppléant à l'hôpital italien de Tunis, mort victime du devoir professionnel.



MODE D'EMPLOI
5 Perles par jour, une à une à tout moment de la journée
Pour les Enfants de une à quatre Perles par jour
PERLES TAPHOS
LAMBIOTTE FRÈRES
GUÉRISON
des Rhumes, Toux Bronchites, Coqueluche Maladies des Voies Respiratoires
7.50
DANS TOUTES LES PHARMACIES
TRAITEMENT
des Rhumes, Toux

LANGUE NOIRE VILLEUSE

Par Henri ROGER,
Professeur à l'École de médecine de Marseille.

On désigne sous ce nom un aspect spécial de la langue caractérisé par une coloration brunâtre plus ou moins foncée, siégeant au niveau de la base linguale avec surélévation et aspect villeux ou pileux. Le terme de langue noire « pileuse » est souvent plus employé, mais correspond moins à la majorité des cas. Affection relativement rare, elle est intéressante tant par son aspect spécial que par les discussions pathogéniques auxquelles elle a donné lieu.

Historique et synonymes. — Signalée d'abord par Portal et Rayer, Bertrand (de Saint-Germain), en 1855, la dénomme « nigritie » de la langue. Ces auteurs en font une simple anomalie de la pigmentation. Gubler et Raynaud en donnent une première description clinique. Depuis lors, cette langue noire « pileuse » ou mieux « villeuse » (blacktongue des Anglais, schwarze Haarzunge des Allemands) a été étudiée sous des noms divers : coloration noire extrinsèque spontanée de la langue (Gubler, Gallois), hypertrophie épithéliale piliforme (Ferréol), glossophytie (Dussois), mélanotrichie linguale (Surmont, Bouchez).

Nombreuses ont été les recherches concernant sa pathogénie dont nous donnerons plus loin un court aperçu.

Étude clinique. — Le malade que nous avons l'occasion d'observer présente (1), sur la moitié postérieure et à la partie médiane de la langue, au niveau du V lingual, une tache qui, à sa partie centrale, est franchement noire et à son pourtour marron brun. Cette zone périphérique est clairsemée d'îlots de coloration rosée normale. Cette tache repose sur un fond épaissi et surélevé qui, au toucher, donne l'impression d'un feutrage peu serré. A la loupe, on le voit constitué d'une touffe de poils ou plutôt de villosités qui ne sont que les papilles hypertrophiées, papilles blanches à leur base, noires et plus épaisses à la périphérie.

La muqueuse linguale voisine, pas plus que le reste de la muqueuse buccale, n'est modifiée dans son aspect. Le palper ne décèle ni induration, ni douleur.

Les diverses fonctions de la mastication, de la salivation, de la déglutition, de la gustation ne sont pas gênées. Notre malade signale parfois des sensations tantôt amères, tantôt sucrées.

Base surélevée, aspect villeux, coloration noire, telles sont les caractéristiques de cette affection qui, étant indolente, est souvent découverte par le médecin, à l'occasion d'un examen des voies digestives.

Dans quelques cas, l'aspect est encore plus prononcé : les villosités peuvent avoir 1 centimètre et plus de longueur. Il faudrait alors, dit Raynaud, se figurer un champ de blé lorsque, après un violent orage, les épis, mouillés et renversés par la pluie, se réunissent en touffes épaisses couchées et entrecroisées en divers sens. On peut, avec un peigne, faire une raie au milieu de ces villosités.

La coloration peut être simplement gris sale. Mourek a vu une langue à reflets verdâtres.

Parfois, il coexiste un peu de sécheresse de la bouche et une hypogueusie plus ou moins accentuée.

L'Évolution se fait progressivement et lentement par petits placards d'abord situés au niveau du V lingual qui confluent et s'étendent ensuite. Elle procède par poussées suivies de desquamation partielle; elle peut durer de quelques semaines à plusieurs années, est sujette aux récidives. Darier l'a vue associée à la pharyngo-mycose. Chez notre malade, en raison d'une expectoration matutinale, sans signe d'auscultation, sans bacilles de Koch, nous nous sommes demandés s'il n'y aurait pas une mycose laryngo-trachéale; le cavum pharyngo-laryngé a été toutefois trouvé indemne par le laryngologiste.

Diagnostic. — On ne confondra pas pareille affection avec la coloration brunâtre que peut prendre la langue, soit dans la maladie d'Addison, au cortège symptomatique si spécial, soit au cours de certaines pigmentations dites physiologiques des muqueuses (pigmentation des Arabes, noirs, jaunes, bohémiens, pigmentations de cause indéterminée, peut-être par addisonnisme ou troubles de l'innervation sympathique). Il manque, dans ces cas, l'hypertrophie papillaire; de même dans les colorations accidentelles par certains aliments (vin) ou médicaments (fer), par le tabac, dans l'argyrie (professionnelle ou médicamenteuse, intoxication chronique par les pilules au nitrate d'argent, abus des cautérisations des plaques muqueuses par le nitrate d'argent chez des syphilitiques).

Les fuliginosités des pyrexies siègent à la fois sur les lèvres et sur toute la langue.

L'abus des gargarismes à l'eau oxygénée (Bizard) peut donner un aspect analogue : la suppression de la cause en fait disparaître les effets.

Dans les grandes dystrophies, telles que l'acanthosis nigricans et la psorospermose, la langue est villeuse dans toute son étendue, mais de teinte normale ou blanchâtre (Darier).

Etiologie. — Cette langue noire se rencontre à tous les âges, mais est plus fréquente chez le vieillard. Elle peut coïncider avec un bon état général, mais est surtout l'apanage de maladies cachectisantes : dyspepsie, diabète. D'après Vollmer, elle serait surtout fréquente chez les syphilitiques (50 p. 100).

Notre malade, assez amaigri, avait présenté, un an avant l'apparition de sa langue noire, une inflammation testiculaire, qualifiée de tuberculose, mais ayant guéri sans castration ni suppuration de longue durée.

Anatomie pathologique. — A la coupe, les villosités se montrent être des papilles hypertrophiées, surtout dans leur couche cornée dont les lamelles adhèrent à l'axe et s'en détachent comme les branches d'un vieux sapin. Brosin a signalé la présence d'une forte proportion d'éléidine à la limite des corps muqueux. La coloration anormale est due à une nuance fumée de la substance cornée, comme dans l'ichtyose noire.

Bactériologie. — Un grand nombre de parasites ont été signalés par divers auteurs. Reynaud décrit

(1) Pour les détails de l'observation, se rapporter à notre communication au Comité médical des Bouches-du-Rhône : H. Roger, A. Sauvan et Vibert. Un cas de langue noire villeuse avec association oosporo-cryptococcique, *Marseille méd.*, 15 sept. 1921, p. 833-838.

des spores analogues à celles du trichophyton tonsurans et Dussois les appelle glossophytes. Bizozzero retrouve des microphytes nombreux, dont il fait des granulations de « micrococcus ». Scheck pense à l'aspergillus niger.

Plus récemment, Gueguen a décrit sous le nom de oospora lingualis un parasite qui cultive surtout sur carotte. Ce parasite, du groupe des cladothrix lingualis de Roger, a été retrouvé par Thaon, en association avec la levure, antérieurement décrite par Lucet comme l'agent spécifique, le cryptococcus linguæ pilosæ.

Dans un cas, où des troubles pulmonaires coexistaient, Sartory a trouvé l'association d'oospora lingualis et pulmonalis.

Voici les constatations qui ont été faites par M. Boyer, chef des travaux bactériologiques, dans notre cas :

A l'examen microscopique d'un frottis obtenu avec quelques papilles hypertrophiées, nous avons observé la présence d'une levure et de nombreux filaments Gram +, présentant des ramifications latérales irrégulières et portant des chapelets d'arthrospores.

Nous avons voulu isoler ces germes, par culture sur milieux appropriés; cet isolement a été assez laborieux. Dans les premières générations, nous les avons toujours rencontrés en colonies mixtes, probablement à cause de la masse considérablement plus grande des cellules de levure qui entraînait aisément un fragment mycélien, ou une spore de la bactériacée. Cependant nous sommes enfin parvenus à les séparer et à les identifier.

La *levure* nous paraît être le cryptococcus linguæ pilosæ de Lucet, cellules rondes ovoïdes ou allongées de 4 à 18 μ, de long, sur 4 à 6 μ de large, se reproduisant par bourgeonnement. Cette levure pousse assez bien sur carotte et sur pomme de terre, mal en bouillon ordinaire; ses milieux d'élection sont les milieux glucosés.

La *bactériacée* filamenteuse est identique au cladothrix lingualis de Roger (oospora lingualis de Gueguen).

Ce cladothrix se développe facilement sur bouillon maltosé plus difficilement sur bouillon peptoné ordinaire. Sur gélose maltosée, il donne des petites colonies blanchâtres, sur carottes, des colonies punctiformes en quarante-huit heures, devenant plus tard arrondies, protubérantes. Il ne pousse pas, ou pousse très mal, sur pomme de terre.

Dans toutes ces cultures, on rencontre surtout la forme dissociée en bâtonnets rappelant quelque peu le bacille diphtérique; les filaments habituels des cladothrix et des chapelets d'arthrospores sont plus rares. C'est, d'ailleurs, un fait très fréquent dans le groupe des cladothrix.

PATHOGÉNIE. — 1° La théorie *parasitaire*, autrefois prépondérante, puis abandonnée, fait jouer aux germes trouvés au niveau des villosités, un rôle pathogène. Les constatations récentes concernant la symbiose constituée par un oospora lingualis et une levure (cryptococcus linguæ pilosæ) ont donné un regain d'actualité à cette hypothèse. La maladie n'est toutefois ni contagieuse, ni inoculable, et les parasites trouvés siègent plus à l'extrémité qu'à la racine même des villosités. Peut-être ne sont-ils que les simples témoins, plutôt que la cause même de la maladie.

2° La théorie *dystrophique*, basée sur les constatations histopathologiques, fait de la langue noire villeuse, une *dyskératose* d'origine indéterminée, dans laquelle les papilles filiformes au lieu de s'effacer comme dans la leucoplasie, s'allongent démesurément et prennent une teinte foncée. Certains admettent une télangiectasie spéciale du chorion avec, sous l'influence de la vascularisation excessive, hypertrophie des papilles et de leur couche cornée.

THÉRAPEUTIQUE. — Outre le traitement de l'état général et les mesures hygiéniques, telles que suppression des substances irritantes (épices, tabac, alcool), on a préconisé divers moyens locaux : bains de bouche alcalins, pulvérisations chaudes à l'eau de Saint-Christau, attouchements au baume du Pérou, ou mieux, à la solution alcoolique d'acide salicylique à 5 ou 10 p. 100.

Gueguen a préconisé un traitement mixte ; badigeonnages au bleu de méthylène, iodures alcalins à l'intérieur. Sartory se serait bien trouvé de la médication par l'I. K. qui, dans notre cas, paraît avoir eu une action notable [disparition des villosités noires au bout de deux mois] (1).

LE TRAITEMENT DES HÉMATURIES

PAR LE CHLORHYDRATE D'ÉMÉTINE

Par le Dr S. ŒCONOMOS,
Chef de service d'urologie à la Polyclinique d'Athènes,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

Les excellents résultats que nous a donnés l'émétine dans un cas d'hémorragie intestinale typique grave (que nous avons observé, en 1914, dans le service de notre regretté maître, le prof. Carrieu), nous ont incité à expérimenter ce produit dans le traitement de certaines hématuries graves. Les résultats, obtenus à notre premier cas ainsi traité, ont dépassé toute espérance et nous ont engagé à persister sur cette voie et à généraliser l'emploi de l'émétine à toutes les hématuries, quelle qu'en soit l'intensité, l'origine et la nature. Voici d'abord, en résumé, le premier cas d'hématurie traité avec succès par l'émétine :

S. G..., âgé de soixante-cinq ans, est entré le 17 février 1916 dans mon service d'urologie pour rétention complète d'urines, due à l'hypertrophie prostatique. Le cathétérisme de la vessie donna issue à 1 litre et demi d'urines *noires*, avec beaucoup de caillots ; il fut répété trois fois par jour et suivi chaque fois de lavage de la vessie. Malgré le traitement hémostatique classique (chlorure de calcium, ergotine, sérum gélatiné), l'hématurie continuait pendant quinze jours. Après avoir proposé au malade la cystotomie hypogastrique, qui ne fut pas acceptée, j'ai pensé à administrer le chlorhydrate d'émétine en injections hypodermiques de 0g04 par jour. Quelle ne fut pas ma surprise de voir dès la troisième injection, une diminution notable de l'hématurie (disparition des caillots, urines rouges) et à la sixième injection, la disparition totale de l'hématurie. En même temps que l'hématurie diminuait d'intensité, la rétention d'urines devenait de moins en moins complète et disparaissait ainsi, progressivement, au bout de cinq jours de traitement par l'émétine.

Depuis cette époque, j'ai traité de cette façon plus de quarante cas d'hématurie, d'intensité et d'origines diverses, avec des résultats parfaits et dans l'espace de 2-8 jours en moyenne. Plus rarement, il a fallu insister au traitement par l'émétine, plus longtemps comme dans le cas suivant, par exemple :

K. S..., âgé de trente ans, vient me consulter le 13 mars 1920, pour une hématurie totale intense durant depuis deux mois et demi. Le cystoscope montre que le sang vient du rein droit qui, cathétérisé, donne des urines microscopique-

(1) Nous venons d'observer un second cas de langue noire villeuse, à aspect clinique plus atténué, chez un sujet, gros fumeur, entré dans notre service pour mal perforant plantaire bilatéral avec abolition des réflexes achilléens et B.-W. positif.

ment purulentes contenant des bacilles de Koch. Le malade ayant refusé la néphrectomie proposée, j'institue le traitement d'émétine en injections hypodermiques de 0g04 par jour, pendant quatre jours, puis de 0g08 pendant dix jours. Ce n'est qu'au bout de six jours de traitement que l'hématurie commença à diminuer d'intensité pour disparaître totalement le douzième jour. J'ai revu le malade, il y a quatre mois ; il est enchanté de l'émétine qu'il a employée, à plusieurs reprises, pour de petites hématuries avec succès.

*
* *

La *technique* employée est très simple. J'emploie le chlorhydrate d'émétine en injections sous-cutanées. Je commence d'habitude par 0g04 par jour et si, au bout de quatre jours, l'hématurie n'est pas arrêtée, j'injecte 0g08 par jour, en deux fois ; plus rarement j'ai employé 0g12 que je ne dépasse pas.

Je répète ces injections tous les jours jusqu'à la guérison clinique de l'hématurie et je continue l'injection de 0g04 pendant deux jours, après la guérison pour consolider celle-ci.

*
* *

Comment agit l'émétine? — D'une façon générale, les hémorragies sont dues à trois processus différents qui sont : 1° Une altération du sang, qui devient incoagulable; 2° l'excès de la tension sanguine; 3° une altération des parois vasculaires. Par conséquent, un médicament peut arrêter l'hémorragie par trois mécanismes, plus ou moins combinés : 1° En augmentant la coagulabilité du sang; 2° en diminuant la tension; et 3° en contractant les vaisseaux.

En ce qui concerne l'émétine nous n'avons aucun renseignement précis sur son action coagulante. D'autre part, d'après les expériences de Plumier-Clermont (*Bull. Acad. royal de méd. de Belgique*, 29 mai 1919), l'émétine en injection sous-cutanée ne modifierait la pression sanguine, tant que la dose ne dépasse pas 0g01 par kilogramme. Cette dose n'étant pas utilisée en thérapeutique, il y a lieu de croire que les injections d'émétine de 0g04-0g12 chez l'homme ne modifient pas la pression artérielle. C'est la conclusion à laquelle sont arrivés Flandin, Léon Bernard et Paraf. Cependant, Colbert et Bajin, chez les hypertendus ont constaté qu'une injection de 0g04 de chlorhydrate d'émétine abaisse rapidement la tension maxima et la tension minima et diminue l'indice oscillométrique. Enfin, d'après Guy Laroche, tantôt l'émétine ne modifie pour ainsi dire pas la courbe oscillométrique, tantôt elle abaisse les pressions Mn et Mx et diminue l'indice oscillométrique.

Mais, si l'action de l'émétine sur la pression sanguine paraît discutable, il n'en est pas de même de son action *vasomotrice*. Les expériences de Maurel (*Arch. de méd. expériment.*, mai 1914, p. 225) démontrent que ce corps agit moins sur les organes, que sur les tissus d'organes, et qu'à petites doses, il se fixe par ordre de sensibilité sur les fibres lisses, les nerfs, la fibre striée, la fibre cardiaque. L'émétine agit sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux et détermine de la vasoconstriction, ce qui expliquerait son action décongestionnante et hémostatique.

Dans l'hypertrophie prostatique, où l'élément congestif joue un si grand rôle dans la production des hématuries et de la rétention d'urines, l'émétine paraît avoir une action pour ainsi dire spécifique en combattant, en même temps, l'hématurie et la rétention. Aussi, avons-nous remarqué dans certains cas, la cessation de la rétention d'urines, après l'emploi de l'émétine contre l'hématurie accompagnant la rétention. Nous avons l'intention d'essayer les injections d'émétine contre les rétentions d'urines pures (non accompagnées d'hématuries) d'origine prostatique, pour mieux juger l'action de l'émétine.

*
* *

Conclusions. — Dans toutes les hématuries, quelle qu'en soit l'intensité et la cause, le chlorhydrate d'émétine en injections hypodermiques quotidiennes de 0g04-0g08 a une action thérapeutique hors de doute et rapide.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Dans la campagne contre les *maladies vénériennes*, les autorités sanitaires reçoivent la coopération pleine et entière des pouvoirs judiciaires. Trois récentes décisions de Cours suprêmes d'Etats fort éloignés les uns des autres montrent combien les juges sont disposés à écarter les précédents gênants, quand il s'agit de contamination vénérienne, ou seulement de la possibilité de contamination.

J'ai déjà eu l'occasion de signaler aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* (1) la décision de la Cour suprême du Nebraska, où le tribunal donna raison à un docteur qui avait prévenu un gérant d'hôtel qu'un de ses malades demeurant à l'hôtel avait une syphilis avec lésions actives, qu'il avait refusé de se traiter ou de prendre les précautions requises et, par conséquent, était un danger public; les considérants du jugement proclament nettement que, dans certains cas, le devoir du médecin de protéger la santé publique prime le privilège du secret professionnel.

Dans l'État d'Oklahoma, un homme fut condamné à cinq ans de travaux forcés pour avoir contaminé une jeune fille. En Caroline du Nord, un mari qui avait communiqué la syphilis à sa femme, fut condamné à lui payer 10.000 dollars de dommages-intérêts. Ce précédent est important, car, jusqu'ici, il était de règle constante qu'une femme ne pouvait ni témoigner contre son mari en justice, ni intenter contre lui une action punitive, de telle sorte que le simple fait du mariage donnait au mari, *ipso facto*, une pleine immunité.

La première de ces trois décisions donne prise sur les vénériens insouciants ou récalcitrants. La troisième va probablement accélérer l'adoption, par les Etats qui ne l'ont point encore fait, de lois exigeant un certificat de santé avant le mariage. 21 Etats ont déjà des lois interdisant le mariage aux vénériens non guéris. Chose assez curieuse, la seule partie des Etats-Unis qui n'ait aucune loi sur les maladies vénériennes est le District de Columbia, c'est-à-dire Washington même, siège du gouvernement fédéral.

En ce qui concerne le traitement proprement dit des maladies vénériennes, certaines tendances américaines sont intéressantes à signaler. Dans la blennorragie aiguë, l'élément reconnu le plus important pour abréger la durée de la maladie, pour limiter

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 78, p. 1244.

l'inflammation à l'urèthre antérieur et, par conséquent, mettre à l'abri des complications, est le *repos au lit*. La valeur de celui-ci était connue depuis longtemps des spécialistes dans les cas où il s'agissait d'obtenir une guérison rapide; mais c'est l'application à l'armée qui a donné la première démonstration en grand de la valeur de la méthode et elle a été tout à fait concluante. La durée des cas traités par le repos complet a été en moyenne de vingt et un jours, celle des cas traités par la méthode ambulatoire ordinaire de cinquante jours. Donc le malade qui veut, avant tout, se guérir vite et bien sait ce qu'il a à faire; mais le procédé n'est guère acceptable pour ceux dont le désir ou la nécessité primordiale est de garder le secret. J'ai remarqué que le repos complet n'est même pas mentionné dans l'article récent de Hudelo dans le *Nouveau Traité de médecine*, où le conseil donné est de s'abstenir de sport, cheval, bicyclette, automobile, ce qui est bien, mais serait jugé fort insuffisant ici.

A part ce point, le traitement de l'uréthrite gonococcique ne diffère pas essentiellement de ce qu'il est en France. Cependant, il faut noter que la méthode des lavages méthio-vésicaux de Janet n'est jamais employée dans les cas aigus quand il n'y a pas inflammation de l'urèthre postérieur. Les balsamiques n'ont qu'une vogue modérée. Il y a une tendance marquée a opérer les épididymites aiguës; l'opération d'Hagner est très en faveur. De même, la vasostomie avec lavage des canaux déférents est d'emploi assez courant. Belfield (de Chicago), est le principal défenseur de cette méthode. De même encore, il y a une tendance à intervenir plutôt précocement dans les infections prostatiques où l'on soupçonne la suppuration. Le mercurochrome-220, préconisé par Young (1), comme l'un des meilleurs agents de traitement de la blennorragie, ne semble pas avoir acquis un très grand nombre de partisans.

Dans le traitement de la syphilis, la méthode des injections longtemps et souvent répétées de petites doses n'a point de défenseurs; elle est jugée insuffisante et même, peut-être, dans certaines circonstances, comme favorisant le développement des spirochètes. Dans un article récent, Bronfenbrenner et Schlesinger ont montré que, dans des conditions comparables d'infection, des animaux ne recevant pas de traitement du tout peuvent se porter mieux que ceux recevant de très petites doses d'arsphénamine (2). Ceci est d'accord avec ce qu'avaient déjà constaté Noguchi et Bronfenbrenner en 1913, à savoir que, *in vitro*, les dilutions étendues d'arsphénamine stimulaient notablement la croissance des spirochètes. C'est là un exemple de plus de ce fait bien connu, mais souvent oublié, que les doses faibles d'une substance peuvent affecter le protoplasma d'une façon diamétralement opposée à l'action des doses fortes, fait qui est à la base de la doctrine homéopathique.

Au point de vue des substances employées, l'Amérique reste fidèle à l'arsphénamine et à la néoarsphénamine, surtout à la première qui est considérée comme plus puissante, quoiqu'on admette que la néoarsphénamine compense son efficacité moindre par une moindre nocivité pour le protoplasma vivant, ce qui permet d'employer des doses plus fortes. Toutefois, Kolmer, qui a étudié en grand détail au point de vue expérimental toutes les questions biologiques et pharmacologiques de ces arsenicaux, fait remarquer que la majoration de 50 p. 100 généralement admise comme établissant l'équivalence entre l'arsphénamine et la néoarsphénamine n'est, en réalité, point suffisante. Les autres succédanés, qui se sont multipliés dans ces derniers temps, n'ont point trouvé de faveur appréciable. Schamberg, Kolmer et Raiziss soulignent le fait que la valeur d'une substance dans le traitement d'une infection à parasites est déterminée par l'index chémothérapeutique, c'est-à-dire le rapport de la dose curative à la dose maxima tolérée. Etudiant à ce point de vue l'arsphénamine sodique et comparant son activité dans l'infection expérimentale du rat par le trypanosome de la dourine, ces auteurs ont constaté que, tandis que l'arsphénamine sodique a la basse toxicité de la néoarsphénamine, son activité curatrice est beaucoup plus faible. De même, Nichols a constaté que l'éthylarsinate disodique, récemment prôné sous le nom de mon-arsone, ne pouvait en rien se comparer avec les composés du type arsphénamine.

La méthode de traitement la plus en faveur est la méthode intermittente chronique, consistant en plusieurs séries de six à huit injections d'arsphénamine et d'une douzaine d'injections mercurielles. Il y a d'autres méthodes plus intensives qui sont assez fréquemment employées, par exemple la méthode de Pollitzer qui n'est qu'une variante de la therapia sterilisans magna, le rêve d'Ehrlich. Pollitzer croit que les échecs du traitement arsenical de la syphilis sont dus exclusivement à ce fait que l'administration intermittente de l'arsphénamine donne aux spirochètes le temps d'acquérir une arséno-résistance notable. Il donne 5,5 et 4 décigrammes d'arsphénamine à vingt-quatre heures d'intervalle. D'autres donnent l'arsphénamine tous les deux jours. La méthode de Pollitzer, grâce à laquelle il dit avoir pu faire disparaître des Wassermann rebelles aux autres méthodes, a été considérée par certains (par exemple Ormsby) comme un procédé de valeur considérable dans certains cas. D'autres la prétendent dangereuse. Personnellement, j'ai eu l'occasion de l'employer dans l'armée américaine, à un moment où il était particulièrement désirable d'obtenir des résultats rapides; j'ai pu m'assurer qu'il n'y avait point d'inconvénients à ce mode d'administration chez des sujets jeunes et vigoureux; mais je n'ai pas obtenu plus promptement la guérison des lésions. C'est la même conclusion à laquelle est arrivé Chargin dans son étude comparative des différentes méthodes. Les résultats sérologiques et cliniques sont à peu près les mêmes avec la méthode de Pollitzer et la méthode intermittente; celle-ci reste le procédé de choix.

Pour les injections mercurielles, le salicylate en suspension huileuse maintient la suprématie dont il a toujours joui ici. L'objection tirée de la lenteur de l'absorption semblait recevoir un fort appui des recherches expérimentales de Schamberg, Kolmer et Raiziss qui établissaient un taux d'absorption d'un peu plus de 1 p. 100 par jour; mais voici que Cole, Littman et Sollmann ont « suivi » les injections insolubles aux rayons X et ont trouvé que le salicylate, injecté dans les muscles fessiers, était absorbé en quatre à dix jours (moyenne 4), le calomel en quatre à trente-neuf jours (moyenne 15),

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 74, p. 1179.

(2) Arsphénamine est le nom générique en Amérique du « 606 », les noms de salvarsan, d'arsenobenzol, de diarséuol, d'arsaminol, etc., servant à distinguer les différentes marques.

tandis que l'huile grise n'était pas absorbée après des périodes d'observation variant de seize à cent-vingt-cinq jours.

Le traitement intrarachidien de la syphilis nerveuse fruste ou confirmée a été beaucoup employé en Amérique durant ces dix dernières années. La dose injectée dans le canal vertébral a été à peu près régulièrement en décroissant depuis le début. On a commencé par injecter des doses pondérables d'arsenicaux dissous dans le liquide céphalo-rachidien extrait par ponction ; puis on a injecté le propre sérum du malade obtenu avec du sang prélevé, une heure après une injection de salvarsan, sérum, soit pur, soit additionné d'une goutte d'une solution de salvarsan ; enfin, on a proposé et appliqué le simple drainage par ponction lombaire, une heure après injection d'arsphénamine, dans l'espoir de faire pénétrer une plus forte proportion d'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien. Cette dernière méthode, d'une simplicité tentante, ne semble pas être douée de l'efficacité qu'on lui a attribuée. Stokes et Osborne, de la clinique des Mayo, après essais comparatifs, ont abandonné le drainage simple qui ne leur a pas paru donner de meilleurs résultats que le traitement intraveineux ordinaire. La seule amélioration un peu constante après drainage, porte sur la lymphocytose. La méthode de Swift-Ellis, c'est-à-dire l'injection intrarachidienne du propre sérum du malade après injection d'arsphénamine et sans addition, leur semble la méthode de choix.

Enfin, signalons un point de détail qui vient aussi de la clinique des Mayo, et qui a son intérêt pratique. Stokes a constaté qu'un certain nombre de réactions après administration d'arsphénamine sont dues à l'emploi de tubes de caoutchouc neuf et que, pour les éviter, il suffit de faire bouillir lesdits tubes neufs, pendant plusieurs heures, dans une solution faible de soude caustique. Toujours à la clinique des Mayo, on est arrivé à se débarrasser, en grande partie des crises nitritoïdes par l'emploi de la méthode de désensibilisation de Besredka, jointe à une injection de 1 milligramme et quart d'atropine, vingt minutes avant l'administration d'arsphénamine. Mais il faut veiller à donner assez d'atropine ; les doses de 1 milligramme, employées par d'autres, sont parfois suffisantes, mais le plus souvent, elles sont trop faibles.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

IIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS
DE LANGUE FRANÇAISE (1)

(*Paris, 29-30 septembre - 1er octobre 1921*)

Dans ce Congrès est étudiée la **curiethérapie**.

A tout seigneur, tout honneur, le professeur J.-L. FAURE a fait, sur cette question toute d'actualité, un rapport magistral.

Il est intéressant de connaître, sur ce sujet, l'opinion de l'un de nos plus éminents hystérectomistes qui, en cette qualité, aurait pu montrer une certaine partialité. Il n'en est rien, ainsi qu'on en pourra juger, par ce préambule :

« Le temps n'est pas venu où l'on pourra porter sur le traitement des fibromes par le radium un jugement définitif. C'est une question qui est en pleine évolution et autour de laquelle se heurtent, plus encore peut-être que pour le traitement du cancer, les idées les plus différentes, je dirai même les passions les plus opposées.

Il est d'ailleurs tout naturel que, dans une question de cette nature, où des faits que nous ne soupçonnions pas il y a quelques années à peine viennent bouleverser toutes les idées reçues et faire table rase des principes qui paraissaient le mieux établis, des discussions s'élèvent, ardentes et passionnées, basées sur les convictions également sincères de ceux qui ont vu de leurs yeux et de ceux auxquels les événements n'ont pas encore permis de constater par eux-mêmes des résultats évidents.

Il faut, lorsqu'on est chirurgien, lorsqu'on aime son art et qu'on vit à une époque où l'hystérectomie pour fibrome est devenue la plus belle opération de toute la chirurgie, et a atteint un degré de perfection qu'elle ne dépassera plus, il faut, dis-je, faire un grand effort sur soi-même pour garder son impartialité, et pour ne s'inspirer que de la vérité dans ce grand débat où se joue l'avenir de ce qui fut peut-être la plus belle conquête de la chirurgie contemporaine.

Et c'est parce que je suis en même temps un de ceux qui pensent avoir donné le plus de preuves de leur amour pour ce grand art de la chirurgie et un de ceux auxquels les événements, depuis plus de dix ans, ont permis d'étudier journellement la question qui nous occupe aujourd'hui, que je pense pouvoir légitimement donner ici une opinion basée sur une expérience sincère.

Cette opinion, je le dis avant tout, sera donc motivée par ce que j'ai pu voir, par ce que j'ai pu observer par moi-même, beaucoup plus que par l'examen des nombreux travaux qui voient actuellement le jour de tous côtés.

Voilà déjà bien longtemps que je m'occupe de cette question. On sait toute la part que Chéron a prise à l'étude du traitement des hémorragies utérines et des fibromes par les applications de radium. Il a été, après Oudin et Verchère, avec Dominici, avec Degrais, un des ouvriers de la première heure. Je n'ai fait, en réalité, que suivre ses idées, qu'obéir à ses suggestions auxquelles il m'arrivait quelquefois, je l'avoue, de ne m'abandonner qu'à contre-cœur. Mais j'ai vu à côté de lui, depuis plus de dix ans, en particulier chez des malades de la ville, beaucoup de faits qui m'ont profondément impressionné.

Et puisque l'occasion s'en présente, je tiens à rendre hommage, ici même, à la mémoire de ce chercheur trop tôt disparu et qui, sous des apparences un peu flottantes et imprécises, cachait les qualités les plus solides. Dès 1909, il lisait à l'Académie de médecine le résultat de ses observations sur le traitement par le radium des hémorragies utérines, des fibromes et des salpingites. Il faisait à cette époque des applications dans mon service. J'ai vu, dès lors, guérir des hémorragies rebelles, et c'est à ces circonstances que j'ai dû, je le répète, d'avoir pu depuis plus de dix ans observer un assez grand nombre de malades et constater la persistance de leur guérison. Ces circonstances expliquent pourquoi, bien que chirurgien, bien qu'opérateur, j'ai été avant la plupart de mes collègues, peut-être même avant tous, conduit à me rendre compte des effets du radium dans les fibromes et pourquoi j'ai été, à la Société de chirurgie, le premier à dire ce que je pensais de ce mode de traitement (1).

Il m'a donc été donné d'observer, au cours de cette longue période de plus de dix années, beaucoup de cas qui m'ont frappé et dont j'ai gardé l'impression la plus nette et le souvenir le plus précis.

Le fait brutal est là, et je l'ai observé d'une façon à peu près constante, comme tous ceux qui ont eu l'occasion de traiter ou de faire traiter des fibromes par les applications de radium. »

Un document, également très important, nous est fourni par un rapport très complet, très documenté de M. HARTMANN sur **la curiethérapie dans le cancer du col et dans le cancer du corps de l'utérus.**

Le cancer de l'utérus, dit M. Hartmann, est un de ceux qui

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 79, p. 1257.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, mars 1920.

ont le plus bénéficié de l'introduction de la curiethérapie dans la thérapeutique chirurgicale.

Nous regrettons de ne pouvoir analyser, comme il le mériterait, le rapport de M. le professeur Hartmann, et de nous en tenir à cette conclusion générale :

» Pour les *cancers nettement inopérables* l'utilité de la curiethérapie et sa supériorité sur tous les autres traitements palliatifs ne sont pas contestables. Elle arrête les écoulements sanguins ou autres, diminue les douleurs, cicatrise les ulcérations, semble arrêter pour un temps les progrès de la maladie et entraîne une amélioration manifeste de l'état général. Faut-il combiner aux applications par voie vaginale la curiethérapie intra-abdominale ou des applications de rœntgenthérapie profonde? La question est actuellement à l'étude. En tous cas, dès aujourd'hui nous pouvons dire qu'on voit, à la suite de ces divers traitements, sinon des guérisons, tout au moins des améliorations inespérées dans des cas autrefois regardés comme incurables. »

Voici les conclusions d'un rapport de M. Kœnig (de Genève), sur la **curiethérapie des métrites hémorragiques en dehors du cancer et des fibromes de l'utérus** :

« Tout ce qui est exagéré ne compte pas ». Certes, pas plus que la curette, la curiethérapie n'est la panacée de l'hémorragie utérine. Dans les limites étroites de ses indications, on peut affirmer dès maintenant que le radium est un hémostatique sûr et rapide de toutes les hémorragies utérines non dues au cancer, au fibrome, aux néoplasies et aux inflammations annexielles. Il est inoffensif chez les femmes à partir de quarante ans, là où la cessation des règles, si elle n'est pas formellement désirable, n'entraîne pas d'inconvénients sérieux. Dans ce cas, il constitue le traitement de choix et peut être employé d'emblée à l'exclusion de toute autre thérapeutique gynécologique. Chez les femmes plus jeunes, auxquelles il est important de conserver la fonction normale de l'ovaire, la radiumthérapie, jusqu'au moment où la technique en permettra la graduation exacte, n'est indiquée qu'après l'échec des traitements gynécologiques habituels. La présence d'une annexite contre-indique d'une façon absolue toute curiethérapie, si elle est aiguë, la curiethérapie intra-utérine si elle est chronique. »

Nous signalerons enfin le travail de M. Henrotay (d'Anvers), sur les **indications des hystérectomies abdominales pendant le travail, en dehors des congestions pelviennes.**

Un rapport de M. Couvelaire sur les **indications de l'opération césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des rétrécissements du bassin**, dont voici la sage conclusion :

« Les indications de la section césarienne conservatrice en dehors des obstacles pelviens s'étendront-elles dans le proche avenir?

C'est probable, mais, au risque de paraître trop prudent, j'estime qu'il faut souhaiter la plus grande circonspection dans cette extension des indications aux cas de dystocie accidentelle pendant la parturition.

Nous ne devons pas renoncer, sans raisons sérieuses, sauf cas particuliers relativement rares, aux techniques obstétricales éprouvées, moins brillantes, plus délicates peut-être, mais qui, entre les mains d'un médecin expérimenté, ménagent souvent mieux les intérêts immédiats et futurs des femmes qui se confient à nos soins. »

— Les matinées de vendredi et de samedi ont été consacrées à des séances opératoires à l'hôpital Broca.

M. le Président du congrès a largement payé de sa personne et on l'a vu plus souvent à la tribune ou dans sa salle d'opérations que sur son fauteuil présidentiel. Il a bien mérité de la gynécologie.

A. BROCHIN.

L'Evolution de l'organisme et la maladie (*Pathologie générale évolutive*), par M. Klippel, médecin des hôpitaux de Paris. Un vol. grand in-8 raisin de 480 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

Vingt régimes alimentaires en clientèle, par le Dr Ch. Fiessinger. — Un vol. Prix : 10 fr. — Paris 1921, A. Maloine et fils.

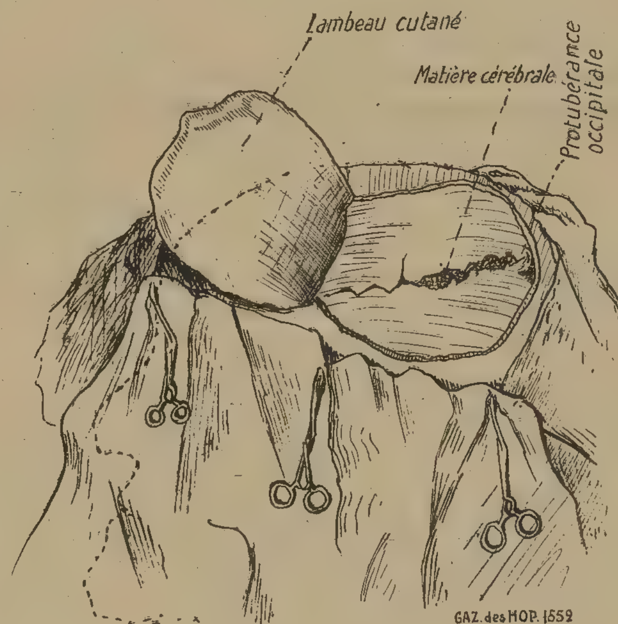
FAITS CLINIQUES

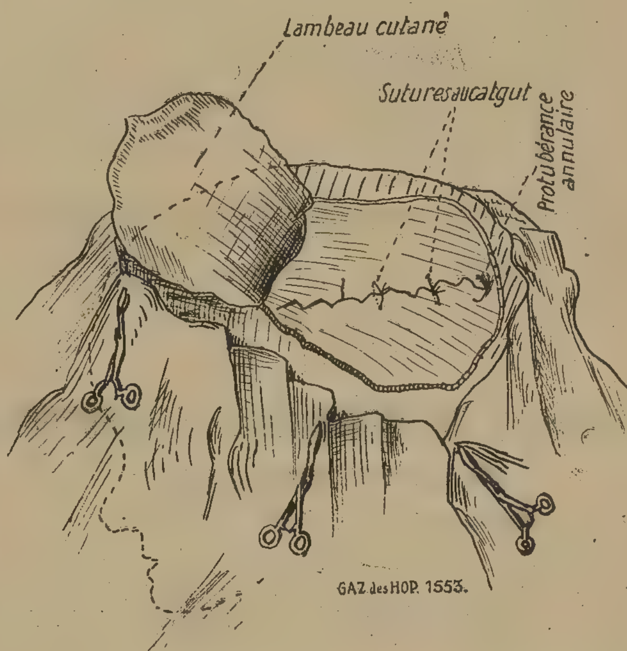
FRACTURE OUVERTE DU CRANE CHEZ UN ENFANT DE 20 MOIS SUTURE. GUÉRISON

Par M. le Dr LOP (de Marseille).

Mme X..., se trouvant avec son enfant au bras sur la plate-forme d'un tramway, tombe de tout son poids sur la chaussée, écrasant (le mot n'est pas exagéré, car Mme X... pèse 91 kilos) la tête de son enfant.

Les dessins ci-dessous suffisent à toute explication.





Les suites opératoires de ce grave accident furent des plus satisfaisantes. J'apprenais, ces jours-ci, sa mort d'une broncho-pneumonie, au cours de la coqueluche, plus de trois ans après l'opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1921)

Action de l'émulsine des amandes sur le lactose en solution dans l'alcool éthylique à 85 degrés. — M. Marc BRIDEL.

(SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1921)

L'oléate de soude dans les phénomènes de choc. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIER. Lorsqu'on injecte dans la jugulaire des cobayes sensibilisés $1^{cm3}5$ d'une solution d'oléate de soude à 1 p. 100, on sait que ces animaux peuvent ensuite supporter, sans trouble appréciable, l'injection d'antigène mortelle pour les témoins (Kopaczewski et A. Vahrani).

Cette action protectrice a été attribuée à la propriété que possède l'oléate de soude de diminuer la tension superficielle des liquides auxquels il est ajouté. Les expériences de MM. Lumière et Couturier relatives au mécanisme du déclenchement des crises anaphylactiques ne s'accordant pas avec cette explication, ils ont cherché à analyser ce phénomène de protection en instituant les essais suivants :

Ils ont d'obord étudié l'action propre de l'oléate de soude sur les sujets normaux. Si la dose injectée dans la jugulaire est progressivement augmentée, on voit apparaître des accidents anaphylactoïdes de plus en plus intenses et les animaux meurent infailliblement à la suite de l'administration de 2 centimètres cubes de solution d'oléate à 2 p. 100.

Quand on emprunte la voie artérielle (carotide ou cœur gauche), les doses nécessaires pour déclencher les troubles ou pour déterminer la mort sont beaucoup plus faibles.

Avec une concentration voisine de 1/1000, l'injection de 1 centimètre cube est à peine terminée que le cobaye prend des convulsions, tombe inanimé et meurt en moins de 1 minute.

Si l'on injecte seulement $0^{cm3}5$ de solution au millième, les accidents qui surgissent sont comparables à ceux qu'on observe dans les chocs anaphylactoïdes, sans que la mort soit la règle dans ce cas.

Les doses plus faibles déterminent des troubles variables, mais rappelant toujours les modalités des crises anaphylactiques.

Il est vraisemblable de supposer que l'oléate de soude donne avec les composés calciques du sang ou avec certaines matières albuminoïdes, un floculat, d'ailleurs directement décelable, qui déchaîne les symptômes du choc, au même titre que le précipité barytique chez les animaux normaux ou l'injection seconde d'antigène chez les animaux anaphylactisés.

L'oléate de soude, qui est l'une des substances les plus indiquées pour abaisser la tension superficielle, provoque donc par lui-même les phénomènes de choc.

Lorsqu'on mélange la solution d'oléate de soude à l'injection déchaînante d'antigène ou de sulfate de baryte, le choc est aggravé ; il devrait être, au contraire, atténué si l'abaissement de tension superficielle entrait en ligne de compte.

L'hyposulfite de soude supprime le choc oléique comme les autres chocs et la ligature des carotides le retarde et l'atténue considérablement.

Pour que la propriété immunisante de l'oléate de soude se manifeste, il faut donc que le produit soit donné à dose suffisamment faible et un certain temps avant l'injection déchaînante ; il préserve alors du choc anaphylactique vrai, du choc barytique et des autres chocs anaphylactoïdes ; il agit à la manière des injections subintrantes préconisées par Besredka, en accoutumant l'endothélium des vaisseaux cérébraux aux irritations par les précipités.

Inversement, si, avec des précautions convenables, on introduit dans la circulation des corps inertes tels que le sulfate de baryte floculé ou si l'on vaccine, par la méthode de Besredka, les animaux anaphylactisés, on peut ensuite impunément leur administrer plusieurs doses mortelles d'oléate de soude.

Tous les produits floculés ou floculants peuvent à volonté se substituer les uns aux autres pour réaliser la protection contre les injections déchaînantes mortelles de l'un quelconque d'entre eux.

L'étude de ce cas particulier vient donc, une fois de plus, confirmer la théorie que nous avons formulée pour expliquer les phénomènes de choc.

— M. Leclainche est désigné pour représenter l'Académie à l'inauguration du monument élevé à Cusset, en l'honneur du professeur Arloing.

(SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1921)

Action des rayons infra-rouges sur la phosphorescence. — M. Maurice CURIE.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CONTRIBUTION DES BÉNÉFICES DE GUERRE

ASSUJETTISSEMENT DES MÉDECINS. DÉCLARATION. CONTRÔLE

Un médecin nous fait connaître qu'il a été invité par l'administration des Contributions directes à souscrire une déclaration de ses bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés du 1er janvier 1917 au 30 juin 1920 ; il demande s'il doit souscrire cette déclaration et quels sont les droits de contrôle de l'administration à l'égard des médecins.

On a précédemment indiqué dans ce journal que le Conseil d'Etat, dans un arrêt du 30 janvier 1920, avait décidé que les médecins étaient assujettis aux dispositions de la loi du 1er juillet 1916, relative à la contribution des bénéfices de guerre, et étaient passibles de la contribution extraordinaire sur les bénéfices *supplémentaires* réalisés pendant la guerre. Le médecin qui s'était opposé à la décision de la Commission supérieure soutenait que l'imposition des médecins à la contribution était en contradiction avec le texte de la loi, avec les travaux préparatoires et avec les conditions spéciales d'exercice de la profession de médecin. Mais le Conseil d'Etat a répondu que les termes de la loi, qui assujettit à la contribution « les Sociétés et les personnes *passibles de la contribution des patentes* dont les bénéfices ont été en excédent sur le bénéfice normal » (art. 1er § 4), étaient généraux et que les dispositions du texte de loi devaient être appliquées *à tous les patentables* dont les gains avaient excédé, pendant la période allant du 1er août 1914 jusqu'à l'expiration du douzième mois qui suivrait celui de la cessation des hostilités, ceux que leur procurait normalement, avant le 1er août 1914, l'exercice de leur profession, sans qu'il y ait lieu de faire une distinction en raison de la nature de la profession. Pour l'application de la loi, il suffit que la personne soit passible de la contribution des patentes ; or, la profession médicale est inscrite au tableau D de la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes ; elle est donc comprise au nombre des professions visées par l'article 1er § 4.

Soumis à la loi sur la contribution des bénéfices de guerre, le médecin *doit* faire une déclaration. A cet égard, l'article 5 spécifie :

« *Tout patenté* ou exploitant de mines visé au quatrième et au cinquième paragraphe de l'article premier, astreint à la contribution instituée par la présente loi, produira pour les périodes indiquées et dans les délais prévus à l'article précédent une déclaration comportant, pour chacune de ses exploitations :

1° Le bénéfice net réalisé pendant la période à laquelle se rapporte l'imposition ;

2° Le montant du bénéfice normal ;

3° L'excédent constituant le bénéfice supplémentaire ;

4° Les sommes déduites pour la réserve légale et pour les amortissements habituels, en vertu du premier paragraphe de l'article 3.

S'il ne veut ou s'il ne peut fournir les éléments nécessaires à la détermination du bénéfice normal, il évaluera celui-ci à une somme égale à trente fois le principal de la patente, sans que cette somme puisse être inférieure, ni à 5.000 fr., ni à 6 p. 100 des capitaux réellement engagés dans l'entreprise.

Le contribuable indiquera, en outre, s'il y a lieu, dans sa déclaration, les sommes à déduire du bénéfice supplémentaire :

1° Pour les pertes d'exploitation visées au quatrième paragraphe de l'article 2;

2° Pour les déductions autorisées par les paragraphes 2 et suivants de l'article 3.

Lorsque le bénéfice net réalisé pendant la période à laquelle se rapporte l'imposition n'excèdera pas le montant du bénéfice normal, le contribuable aura la faculté de faire une déclaration simplement négative. »

Telles sont les prescriptions de la loi applicables aux médecins assujettis à la loi. Nous avons indiqué dans un précédent numéro ce qu'il fallait entendre par « bénéfice supplémentaire » ; nous y renvoyons le lecteur (1). Il faut que l'intéressé établisse, d'une part, son bénéfice net, c'est-à-dire son bénéfice déduction faite des frais généraux, pendant la période d'imposition, et d'autre part son bénéfice normal, c'est-à-dire la moyenne des bénéfices, déduction faite des frais généraux, pendant les trois années qui ont précédé la guerre. C'est de la comparaison faite entre ces deux chiffres que résulte le bénéfice supplémentaire; l'indication d'un seul chiffre, soit avant, soit pendant la guerre, ne peut donner aucun renseignement utile.

En ce qui concerne le contrôle exercé par l'administration, celle-ci peut demander la communication de tous les documents nécessaires pour établir l'exactitude de la déclaration faite; mais si l'intéressé refuse d'obtempérer à ses injonctions, son refus n'a d'autre sanction que le rejet de la déclaration faite et, comme conséquence, la taxation d'office.

A ce sujet, lorsque l'assujetti n'a pas produit sa déclaration dans le délai légal, il est mis en demeure de le faire par un avis administratif; si, après un délai d'un mois écoulé depuis la réception de cet avis, l'intéressé n'a pas fourni sa déclaration, il est taxé d'office (art. 9, § 1). Aux termes de ce même article, la Commission peut faire procéder à des vérifications sur place, en présence des intéressés ou ceux-ci dûment appelés. Mais, à cet égard, si l'intéressé refuse la communication de ses documents, il n'encourra, en droit, aucune sanction puisqu'il est déjà sujet à la taxation d'office; cependant, en fait, ce refus amènera la Commission à plus de sévérité dans la taxation.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. *Tomes V et VI :* **Neurologie**. Tome V, par Pr MARIE, FOIX, REGNARD, André THOMAS, SÉZARY, Mme DÉJERINE, GAUCKLER, Stéphen CHAUVET, GUILLAIN, BABONNEIX, R. VOISIN, LAIGNEL-LAVASTINE ; — Tome VI, par FROMENT, SICARD, TINEL, LHERMITTE, CROUZON, G.-A. WEILL, SOUQUES, CHATELIN, R. VOISIN, Clovis VINCENT, ROUSSY, DE MARTEL (2).

On sait l'importance qu'ont acquise, dans le cours de ces dernières années, les questions neurologiques : aussi comprend-on que les directeurs du *Traité* aient cru devoir leur consacrer deux tomes entiers, et en confier la rédaction à des spécialistes dont le nom fait autorité. Le professeur P. Marie a bien voulu se charger des *Généralités ;* l'un de ses meilleurs élèves, M. Foix, a rédigé ensuite les *Maladies du cerveau*, y compris deux questions toujours d'actualité : l'*Aphasie* et l'*Encéphalite léthargique.* A. M. Regnard a été dévolue la tâche de présenter aux lecteurs les *Syndromes pédonculaires, cérébelleux, protubérantiels* et *bulbaires.* Viennent ensuite un substantiel article de M. Sézary sur la *Moelle* ; une excellente mise au point des *Radiculites*, par Mme Déjerine et M. Gauckler, et une étude complète des *Méningites* par MM. Saint-Chauvet, Baur, Guillain, Babonneix et R. Voisin. Deux chapitres complètent le premier tome : l'un relatif à l'*Epilepsie*, dû à la collaboration de MM. Laignel-Lavastine et Voisin, l'autre de ce dernier, sur les *Atrophies* et les *Hypertrophies musculaires.*

Le deuxième débute par une magistrale étude des *Affections des nerfs; Névralgies* par M. J.-A. Sicard, dont les travaux sur ce sujet font autorité ; *Paralysies*, par M. J. Froment, auquel la science est redevable de tant de précieuses acquisitions ; *Tumeur des nerfs* et *Polynévrites* par M. Tinel, ancien chef de laboratoire du professeur Déjerine. C'est encore à l'un des élèves de ce maître regretté, M. André Thomas, qu'est revenu l'honneur de nous exposer la question des *Tumeurs cérébrales*, si complexe et si passionnante. M. Lhermitte, dont tout médecin, même non spécialisé, connaît les belles recherches neurologiques, traite avec son traditionnel talent un sujet d'une importance capitale : les *Lésions vasculaires du système nerveux ;* M. Clovis Vincent, l'un des élèves préférés de M. Babinski, les *Névroses*, l'*Hystérie* et les *Troubles physiopathiques*, dont la dernière guerre a montré l'importance et qui ont soulevé tant de discussions. De M. Crouzon, un chapitre des plus complets sur les *Affections familiales du système nerveux ;* de M. Weill, un abrégé très clair des notions indispensables sur les *Vertiges*, de M. Souques, une mise au point, dont le besoin se faisait vraiment sentir, de la *Paralysie agitante.* Après quelques pages de M. Chatelin, sur l'*Hématrophie faciale*, les *Tics* et les *Spasmes*, l'*Adéno-lipomatose*, le volume se termine par une remarquable étude due à MM. Lhermitte et Cornil, sur la *Neurologie de guerre* et par un aperçu, par M. de Martel, de la *Neurologie chirurgicale.*

Rédigés par les auteurs les plus qualifiés, dans le sens le plus pratique, édités avec luxe et largement illustrés, ces volumes de Neurologie, que l'on attendait avec impatience, sont certains d'être très favorablement accueillis par le grand public médical.

L. G.

La Pyélographie (1), par le Dr Ed. PAPIN.

L'ouvrage du Dr Papin est un véritable atlas de pyélographie. Plus de 80 figures scrupuleusement reproduites par Leuba, d'après les radiogrammes, donnent une idée de toutes les lésions qu'on peut observer à l'aide de cette méthode. Le texte est surtout développé au point de vue technique; il indique également les résultats si intéressants obtenus jusqu'ici et les voies où devront s'orienter les recherches nouvelles.

Cet important travail, jusqu'ici unique dans notre littérature médicale, intéressera tous ceux qui, urologistes, chirurgiens ou radiologues, s'occupent des affections des reins.

L. G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement actuel de la syphilis, par le docteur E. EMERY, médecin de Saint-Lazare, avec la collaboration du docteur A. MORIN, ancien interne de Saint-Lazare. 1 vol. in-8 de 229 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Annuaire général des officiers du service de santé (arrêté au 1er mai 1921). Un vol. in-8 de 350 pages. — Prix : 7 fr. 50. — En vente chez les éditeurs militaires Charles-Lavauzelle et Cie, Paris, et Limoges, et dans toutes les bonnes libraires.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 15, p. 236.

(2) In-8, 1921 : Tome V, 93 fig.; prix : 30 fr. — Tome VI, 115 fig., 3 pl. en noir, 1 pl. couleurs ; prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

(1) In-4°, 1921, 83 planches. Prix : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, COMPLICATIONS ET DIAGNOSTIC

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

La fièvre typhoïde est une maladie infectieuse, spécifique, caractérisée *cliniquement* par une fièvre continue, à type spécial, avec des troubles gastro-intestinaux, par la tuméfaction splénique et par une éruption discrète de taches rosées lenticulaires.

Anatomiquement, on trouve au niveau de l'intestin des lésions spécifiques des plaques de Peyer et des lésions des ganglions du mésentère. Le bacille d'Eberth est l'agent spécifique de cette affection.

Nous prendrons comme type de description, la forme normale, classique de la fièvre typhoïde, telle qu'on l'observe à Paris chez un adolescent ou un adulte.

ÉTUDE CLINIQUE. — L'évolution se fait en trois périodes assez distinctes, qu'il est classique de décrire :

Une période d'invasion de six à huit jours.

Une période d'état de dix à vingt jours.

Et une période de défervescence.

Incubation. — Les premiers symptômes apparaissent après une période d'incubation plus ou moins longue (deux semaines environ).

Les premiers accidents consistent en lassitude, douleurs musculaires, inappétence, vertiges, bourdonnements d'oreilles; mais bien souvent le médecin n'assiste pas à ce début et c'est en interrogeant le malade que l'on arrive à reconstituer rétrospectivement l'histoire de la maladie.

Le symptôme prédominant varie; tantôt c'est la céphalalgie, la lassitude, tantôt l'insomnie tenace.

Invasion. — Cette période est marquée par l'élévation de la température. Mais ce signe est difficile à constater chez les malades, qui ne s'observent pas de près. Les vertiges ne sont pas rares, dès que le malade se lève ou s'assied ; des petites épistaxis répétées se produisent.

Les *troubles cérébraux* consistent en céphalée violente, frontale ou occipitale, avec abattement, obtusion cérébrale, prostration, vertiges, éblouissements, tintements d'oreilles, insomnie. Et dans certains cas, le malade tombe rapidement dans un état de prostration avec somnolence et état typhoïde.

Les *troubles digestifs* consistent en perte de l'appétit, langue saburrale, nausées, vomissements; le ventre se météorise, la pression dans la fosse iliaque droite est douloureuse et provoque du gargouillement.

La constipation persiste parfois au début ou fait place à de la diarrhée. La *rate* est déjà volumineuse.

Les *troubles respiratoires* sont effacés. Cependant on peut noter de la toux sèche, des râles sibilants ou ronflants à la base droite ou à la base gauche.

Les *signes généraux* se précisent : la fièvre s'élève graduellement d'un degré par jour, mais baisse d'un demi-degré le matin (lois de Wunderlich). Elle atteint ainsi en quelques jours 40 degrés. Le pouls reste à 100, ample, souvent dicrote. Il y a donc une accélération très modérée, qui n'est pas en rapport avec la température (bradycardie relative).

Cette période d'invasion dure de quatre à sept jours.

Période d'état, ou *période des oscillations stationnaires.* — Au huitième jour, la fièvre typhoïde est à la période d'état et la *température* en est alors un des symptômes les plus caractéristiques :

Après la période des oscillations ascendantes, la température se maintient en plateau, aux environs de 40 degrés, avec des oscillations quotidiennes d'un demi-degré au plus. Le pouls, parfois dicrote, reste autour de 100, souvent au-dessous.

L'*état nerveux* est des plus nets : prostration et stupeur prédominent. La céphalée diminue souvent d'intensité, mais le tuphos s'exagère, le malade est dans un état de prostration absolue. Il reste couché sur le dos, indifférent et inattentif à tout ce qui se passe autour de lui. Les lèvres sont sèches, les dents fuligineuses, les narines pulvérulentes.

Le *délire* est fréquent : souvent délire calme, simple marmottement ; parfois loquacité extrême avec agitation. Soubresauts et mouvements carphologiques des membres supérieurs.

Les *troubles digestifs* sont au maximum : la langue est fuligineuse, rotie, sèche, rouge sur les bords et à la pointe. Le météorisme abdominal augmente avec douleurs à la pression et gargouillements de la fosse iliaque droite. La *diarrhée* est très fétide, liquide, ocreuse, dans laquelle nagent des grumeaux. Le nombre varie de trois à douze par jour.

L'hypertrophie de la rate est toujours des plus nettes.

L'*éruption cutanée* doit être recherchée : la peau est sèche, écailleuse ou alors humide du fait des sueurs profuses.

Les *taches rosées* apparaissent vers le huitième jour, surtout sur l'abdomen, les flancs, les seins, ou dans le dos à la base du thorax. Ce sont des éléments petits, arrondis, lenticulaires, de 2 à 3 millimètres de diamètre, s'effaçant sous la pression des doigts. C'est une éruption discrète, par poussées successives.

Les *troubles pulmonaires* persistent : la bronchite des bases s'accentue et souvent se complique d'un certain degré de congestion hypostatique.

Signes généraux. — Les *urines* sont rares, colorées, contenant de l'indican et de l'albumine. La rétention chlorurée est nette.

L'étude des urines peut donner lieu à un véritable uro-diagnostic (Robin).

Les urines sont peu abondantes : 6 à 800 grammes ; leur coloration est brune, foncée, l'albuminurie modérée est constante ; la présence d'indican est décelable par l'acide azotique ; il y a excès d'acide urique, diminution de phosphates terreux, absence d'uro-érythrine, absence d'uro-hématine. Avec l'acide azotique, on obtient quatre couches dans un verre :

1. Une inférieure : acide azotique et indican ; gris d'acier.
2. Une deuxième opaque : l'albumine.
3. Une troisième transparente.
4. Une quatrième opaque (acide urique), dont l'épaisseur est variable.

La *diazo-réaction* (Ehrlich) peut être rechcerhée ; les urines des typhiques contiennent des corps aromatiques qui donnent une coloration rouge avec le sulfo-diazo-benzol. Dans le cas positif, on obtient une coloration rose ou rouge du liquide, surtout nette au niveau de la mousse écumeuse qui se produit si l'on agite le tube. Cette diazo-réaction est positive pendant la période d'état. Elle n'est pas spécifique.

La *température* continue à osciller légèrement, mais demeure en plateau à 40 degrés. Le pouls est large, dépressible, dicrote. La pression artérielle est basse. Le pouls est plus rapide que normalement, mais son accélération reste modérée, 80 à 100. Cette dissociation a une valeur séméiologique des plus grandes.

L'*amaigrissement est rapide.*

Les bruits du cœur sont assourdis.

Cette période d'état dure de sept à quinze jours.

Période de défervescence, ou *des oscillations descendantes.* — Elle commence à la fin du deuxième septenaire ou au début du troisième. La défervescence est lente, progressive et en six à sept jours, en lysis elle se complète. Parfois stade amphibole, avec grandes oscillations.

Rarement, la défervescence est brusque en un-deux jours.

A ce moment survient une crise polyurique avec *crise chlorurique*. Cette crise chlorurique est brusque, éphémère.

La stupeur diminue, la surdité disparaît ; la langue devient humide ; la diarrhée cesse et l'appétit revient.

Le pouls est mieux frappé, parfois instable, s'accélérant à l'occasion de fatigue, d'émotion. L'*amaigrissement s'accentue* de plus en plus.

(*A suivre*).

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Le carnet des candidats au concours de l'internat est paru ; il est mis en vente dans nos bureaux au prix de **50** *cent.*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Roger, Jeanselme, Coyon, Claude, Grégoire, Aubertin, Queyrat, Aviragnet, Léon Bernard, Comte et Ribadeau-Dumas.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Armand-Delille, Dufour, Roux-Berger, Rudaux, Lœper, Wiart, Michon et Potherat, qui acceptent; Guillemot, J. Renault, Clerc et Baumgartner, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sainton, Papillon, Sebileau, Faure, Heitz-Boyer et Chevrier, qui acceptent; Lenormant, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la hernie crurale étranglée. »

MM. Melus, 16; Medioni, 15; Mazeyrie, 11; Maximin, 18; Maurion, 12; Mauric, 11; Matry, 13; Mérat, 12; Omnès, 9; Ombrédanne, 17; Noury, 12; Norza, 11; de Nobili, 8; Moatti et Mougeot, 16; Monestier, 6; Morigny, 16.

Anatomie. — Séance du 10 octobre. — Question donnée : « Muscle diaphragme sans la physiologie. »

MM. Corlay, 13; Clitandre et Chevereau, 19; Bucquet, 17; Charles et Corbin (Antoine), 14; Carrette, 15; Gozlan, 12; Josse et Haïdar, 13; Mlle Hirsch et MM. Gervaise, 16; Gardette, 17; Grancher, 13; Hussenstein, 12; Ghouila-Houri, 15; Hervaux, 14; Jean et Grévin, 16; Hodanger, 14.

Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Rapports de la vessie chez l'homme. »

MM. Hesse, 18; Josset (André), 16; Guisoni, 17; Mlle Goldspiegel, 16; MM. Girard (Marcel), 13; Josso (Alain) Guédé, Mlles Gardel et Houzeau, 16; MM. Hortopan, 17; Imbert, 13; Mlle Guéry, 16; M. Guilmard, 14; Mlle Heimann, 16; MM. Havret, 17; Idoux, 18; Hellmann, 15.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont inscrits au tableau spécial de la médaille militaire, à compter du 16 juin 1920, les médecins militaires de la réserve et de l'armée territoriale dont les noms suivent :

MM. les médecins sous-aides-majors Pacou, Porcheron, Baudet et Rougon.

MM. les médecins auxiliaires Noell, Ladjimi, Bonnet, Pruvot, Ménard, Boucher et Legue.

VIIe CENTENAIRE DE L'ORGANISATION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — L'illustre Faculté de Montpellier célébrera, on le sait, le VIIe Centenaire de sa fondation le 5 novembre 1921.

Sans doute le témoignage des contemporains et les documents des archives montpelliéraines établissent-ils aisément l'existence bien antérieure de l'enseignement médical à Montpellier puisqu'il y brillait déjà au cours du xe siècle.

Mais la reconnaissance officielle de l'Ecole en tant que corps constitué peut être fixée avec précision au 17 août 1220, date où le cardinal Conrad, légat du pape Honorius III, lui donna ses premiers statuts en vertu desquels les « lettres de doctorat » donnaient le droit d'exercer la médecine « urbi et orbi ». Ce souvenir glorieux va être dignement commémoré. La présence du président de la République et des délégués des grands Corps savants donnera à cette cérémonie sa véritable signification : l'hommage rendu à la plus ancienne Faculté de médecine du monde.

A cette occasion, un splendide programme a été élaboré. Dans le cadre merveilleux de Montpellier, ville toute imprégnée des traditions universitaires, sous le ciel bleu du Midi de splendides fêtes vont se dérouler. En voici l'énumération :

PROGRAMME DES FÊTES. — *Journée du 4 novembre. Vendredi.* — A 14 heures, présentations intimes des délégués à la Faculté de médecine suivies d'une séance solennelle de la Société des sciences médicales de Montpellier.

Dans la soirée, réception au théâtre par la municipalité.

Journée du 5 novembre. Samedi. — Arrivée de M. le Président de la République.

*Célébration du VII*e *Centenaire* (14 h. à 16 h. 30) avec remise des adresses des Corps savants ainsi que des facultés étrangères et françaises.

Le soir, dîner offert par la Faculté de médecine à M. le Président de la République.

Journée du 6 novembre. Dimanche. — Visite des hôpitaux par M. le Président de la République et inauguration du monument élevé à Rabelais par les étudiants et anciens étudiants de Montpellier.

Dans la journée, fête languedocienne au Peyrou organisée par l'Union générale des étudiants de Montpellier.

Séance de clôture du Xe Congrès des associations d'étudiants.

Le soir, représentation de gala au théâtre, organisée par la municipalité.

Journée du 7 novembre. Lundi. — Réception à l'Ecole nationale d'agriculture.

N. B. — Les délégués des universités françaises et étrangères assisteront en robe aux présentations au Président de la République et à la célébration du VIIe Centenaire. (Des vestiaires seront organisés à la Faculté de médecine.) A leur arrivée à la gare, les délégués trouveront des commissaires qui leur fourniront les renseignements nécessaires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Jacques-Henry Séglas, externe des hôpitaux de Paris.

Nous prions son père, le Dr Séglas, médecin de la Salpêtrière, de trouver ici l'expression de notre profonde et très douloureuse sympathie.

LA SITUATION SANITAIRE DANS LA MÉDITERRANÉE. — Notre distingué confrère le Dr A. Vullien donne dans le dernier numéro du *Tunis médical* (octobre 1921) d'intéressants renseignements sur la situation sanitaire dans le bassin de la Méditerranée :

« La situation sanitaire des ports de la Méditerranée est restée satisfaisante pendant les trois derniers mois.

Cependant, la peste paraît être installée définitivement dans les ports du bassin oriental, où continuent à éclore des cas sporadiques à intervalles plus ou moins éloignés : c'est ainsi que quelques cas isolés de peste ont encore été signalés à Benghasi, à Alexandrie, à Port-Saïd, à Suez, à Beyrouth et à Constantinople...

Cattaro (Dalmatie) reste officiellement contaminé de peste et de choléra.

Le choléra continue à sévir à Riga ; la peste et le choléra aux Indes orientales britanniques.

Un gros foyer de peste s'est développé en Algérie, sur le territoire de la commune mixte d'Aumale, où 166 cas ont été constatés en juillet. Aumale est à 125 kilomètres sud-est de la mer. Grâce aux judicieuses et sévères mesures prises par les autorités sanitaires algériennes, l'épidémie s'est localisée aux douars infectés.

En Tunisie, l'état sanitaire des ports est excellent. Aucun cas de typhus exanthématique n'a été signalé dans les villes du littoral, ni dans leurs environs.

Du 1er au 8 juillet, un petit foyer de peste bubonique s'est développé parmi l'équipage et les passagers du vapeur *Cronstadt*, navire atelier russe qui se trouvait ancré à la Baie-Ponty, à quelques kilomètres de Bizerte : Le *Cronstadt* se trouvait depuis six mois à plusieurs centaines de mètres de la terre, sans avoir jamais accosté.

Des mesures extrêmement énergiques ont été prises par le directeur du Service de santé de la marine de l'arrondissement algéro-tunisien : le *Cronstadt* a été mis en quarantaine et remorqué dans le lac de Bizerte ainsi qu'un petit remorqueur accosté le long du bord. Malades, équipages et passagers, ont été rigoureusement isolés dans deux hôpitaux de la marine, à Sidi-Abdallah, à 20 kilomètres de Bizerte.

Le navire contaminé a subi des opérations répétées de désinfection et de dératisation. La vaccination antipesteuse a été largement appliquée. Des chefs de laboratoire spécialisés ont pratiqué à Sidi-Abdallah et à Bizerte de nombreux prélèvements de rats. Grâce à ces mesures, l'épidémie est restée localisée aux habitants du *Cronstadt*, parmi lesquels 19 cas et 7 décès se sont produits.

Aucun cas humain ni murin n'a été constaté à Bizerte, dont le port, la ville et la banlieue sont restés indemnes. »

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE ET DE MATIÈRE MÉDICALE (Prof. : M. G. POUCHET. — CONFÉRENCES PRATIQUES ET ÉTUDE DU DROGUIER, par MM. R. HAZARD et F. MERCIER, préparateurs, et sous la direction de M. A. RICHAUD, agrégé, chef des travaux. — Le laboratoire de pharmacologie et de matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de 4e et 5e années (ancien régime) pour l'étude du Droguier.

Pour être mis en série MM. les étudiants devront se faire inscrire au Secrétariat (guichet n° 3), les jeudis et samedis de 12 h. à 15 h.

Droits d'inscription : 80 fr.

Il sera fait quatre conférences par semaine.

Une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer les jours et heures où ils seront admis aux travaux et interrogations.

La série de conférences commencera le 24 octobre 1921.

Prière de s'inscrire de suite.

MALADIE DES YEUX. — Le Dr CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux commencera le mardi 15 novembre 1921 et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à 14 h. 1/2, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin, une série de *dix conférences d'ophtalmologie pratique*, à l'usage des praticiens généraux. Présentation de malades, projections.

Elles sont gratuites. S'inscrire à l'avance, directement ou par lettre, à l'hôpital Cochin.

Semblables séries en février et en juin.

Le jeudi 12 janvier 1922 à 10 h. 1/2 commencera une série de quatre leçons sur la rééducation des strabiques.

Tous les mardis et jeudis, à 9 h. 1/2, ophtalmologie élémentaire avec présentation de malades.

NOTES DE PRATIQUE

CIRRHOSE DU FOIE

Régime lacté. Révulsifs sur la région hépatique : compresses échauffantes (Robin) ou vésicatoires volants (10/5) laissés en place 6 heures et renouvelés tous les 10 jours. Massage abdominal..

Alterner le sulfate de soude avec le calomel (Huchard) : 8 jours de suite, une cuillerée à café de sulfate de soude dans un verre d'eau ; les huit jours suivants, un paquet de calomel (0g02 à 0g03) à prendre à jeun.

Combattre l'ascite par la médication diurétique : Théosalvose phosphatée (2 à 4 cachets de 0g50 par jour).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 17 octobre. — Jury : MM. Broca, président ; Hartmann, Letulle et Abrami. — M. HAY (Marcel). Contribution à l'étude clinique des fractures chez l'enfant. — M. LEROY (Jean). Contribution à l'étude du paludisme. — M. COURTET (Joseph). A propos d'un cas de luxation du radius.

Samedi 22 octobre. — Jury : MM. Gilbert, président ; Achard, Balthazard et Gougerot. — M. COSSON (Henri). Contribution à l'étude de la tuberculose. — M. PIÉDELIÈVRE. Diagnostic des ecchymoses traumatiques. — M. LEGRAND (Bernard). La maladie de Parkinson et la guerre.

CONGRÈS DE STRASBOURG

XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(3-5 octobre 1921)

PREMIÈRE QUESTION

DE L'ADAPTATION ANATOMIQUE ET FONCTIONNELLE DU CŒUR AUX CONDITIONS PATHOLOGIQUES DE LA CIRCULATION.

Mlle E. Cottin et De Meyer, rapporteurs.

Mlle E. Cottin (de Strasbourg). Le cœur, comme tous les organes, est à même, lorsqu'il est troublé dans son fonctionnement normal, de satisfaire, par des efforts supplémentaires empruntés à sa force de réserve, aux besoins nouveaux qui lui sont imposés. Si les difficultés contre lesquelles il lutte deviennent permanentes, il est capable de *s'adapter* aux conditions anormales qui lui sont faites. On voit, en effet, se produire à son niveau des modifications fonctionnelles et anatomiques, dont le but est de rétablir dans une certaine mesure, l'intégrité de la fonction.

L'adaptation du cœur aux conditions pathologiques de la circulation, le plus souvent désignée dans les classiques sous le nom de « période de compensation », correspond à un processus évolutif qui a pour résultat d'assurer la *compensation*. Cette dernière n'est donc qu'un effet de l'adaptation, et ne saurait être confondue avec elle, pas davantage qu'il ne faut confondre la compensation d'une lésion avec sa *tolérance*, laquelle correspond à un état fonctionnel durable en rapport avec la modalité inflammatoire ou cicatricielle des lésions anatomiques.

I. Modalités des perturbations pathologiques de la circulation. — Elles peuvent être ramenées à quatre modalités, se subdivisant elles-mêmes en plusieurs variétés :

a. *Lésions créant un obstacle direct à la progression du sang.* — Qu'il s'agisse d'obstacles intracardiaques ou périphériques, les conditions pathologiques sont réalisées par les rétrécissements orificiels, par la perte d'élasticité des artères et par les altérations d'organes éloignés du cœur (rein, poumon). Toutes ces lésions gênent la progression du sang, d'où la nécessité pour le cœur de surmonter l'obstacle en élevant la puissance de la systole dans celle des cavités cardiaques qui est intéressée.

b. *Lésions créant les reflux.* — Réalisées par les insuffisances valvulaires, le trouble porte ici, d'abord sur la diastole cardiaque et seulement secondairement sur la systole. Le reflux étant la condition importante de la maladie, le cœur devra le compenser par un accroissement initial de l'ondée sanguine qu'il envoie dans le ventricule ou dans les artères.

c. *Perturbations apportées à la progression du sang par les rythmes anormaux des mouvements du cœur.* — Elles relèvent de l'arythmie irrégulière, de la bradycardie ou de la tachycardie. Troublant le fonctionnement régulier du cœur dans sa phase diastolique ou systolique, ou dans les deux à la fois, le besoin consiste ici à faciliter l'évacuation du ventricule dans les tachycardies, à faciliter son remplissage dans la bradycardie totale.

d. *Lésions qui obligent le sang à suivre des voies anormales.* — Elles sont constituées par les lésions congénitales qui comprennent deux groupes : dans le premier, celui des lésions solitaires, le trouble résultant de ce que la pression n'est pas la même entre les cavités similaires gauche et droite dans les cas de perforation de l'une des cloisons, ou entre l'aorte et l'artère pulmonaire dans la persistance du canal artériel, l'effort compensateur du cœur devra tendre à égaliser les pressions des deux côtés de l'ouverture pathologique, afin de réduire au minimum le mélange des sangs qui s'établit à son niveau. Dans le deuxième groupe, celui des lésions conjuguées, la compensation se fait déjà pendant la vie intra-utérine sous la forme de persistance des voies cardiaques fœtales.

II. Modalités des adaptations. — L'hypertrophie du cœur ne suffit pas, à elle seule, à rendre compte de l'adaptation de cet organe, car elle ne constitue qu'un fait *statique*, d'apparition secondaire, étant produite elle-même par les efforts compensateurs d'ordre *dynamique* que le cœur a opposés à ces troubles avant toute hypertrophie de sa part; ce sont donc ces derniers, d'ordre physiologique, qui sont à la base de cette adaptation.

1° *Phénomènes d'ordre dynamique.* — Ils résultent des obstacles directs ou indirects à la progression du sang, lesquels font porter leurs perturbations sur la systole ou sur la diastole, et c'est d'une modification des forces systoliques ou diastoliques qu'ils ont besoin pour être compensés.

a. L'élévation de la force systolique est le premier des phénomènes dynamiques qui entre en jeu. Il en résulte une modalité particulière de la contraction, contraction lente et soutenue, qui fait opposition à la contraction brusque et brève des cœurs hyperkinétiques nerveux. L'une et l'autre se reconnaissent facilement à la palpation large : la prédominance du soulèvement localisé de la paroi d'origine myocardique appartient à la première, celle de la vibration relève au contraire de la seconde.

A côté des caractères des contractions systoliques, il y aurait lieu de faire une place aux modalités de l'acte diastolique, mais bien des obscurités persistent encore sur le caractère actif ou passif de la distole. M. Bard, tout en reconnaissant que c'est là un point qui appelle de nouvelles recherches, n'hésite pas à admettre que les modalités diastoliques contribuent à réaliser l'adaptation du cœur aux conditions pathologiques de la circulation, dans les cas où celles-ci relèvent des reflux.

b. Les *variations de la durée des systoles*, interviennent également dans la compensation des troubles circulatoires; elles ont pour conséquence de modifier *les rapports de synchronisme* des diverses parties de la révolution cardiaque, tel l'allongement de la systole auriculaire allant jusqu'au chevauchement sur la systole ventriculaire, dans le rétrécissement mitral et dans le cœur rénal, telle la précession de la systole auriculaire et l'allongement consécutif de la présystole dans l'insuffisance aortique, telle enfin l'inégalité des systoles préparatoires droite et gauche, dans certains cas d'hypertension de la circulation pulmonaire. Toutes ces modifications de force, de durée et de synchronisme des divers éléments de la révolution cardiaque se révèlent sur les tracés jugulaires et œsophagiens. Les électrocardiogrammes renseignent, eux aussi, sur les variations de l'intervalle intersystolique.

c. Les *modifications fonctionnelles de l'arbre circulatoire* portent d'une part sur le système artériel : les deux régimes circulatoires opposés des états hypertensifs et de l'insuffisance aortique suffisent à en démontrer l'existence, d'autre part sur le système veineux, non seulement dans les hypertensions de la petite circulation, mais encore dans certaines affections du cœur gauche, ce que M. Bard a été le premier à mettre en évidence par l'étude des tracés veineux.

2° *Phénomènes d'ordre statique.* — La persistance des modifications dynamiques entraîne à la longue des modifications anatomiques du cœur qui constituent l'*hypertrophie* du cœur. Qualifiée par Beau d'hypertrophie « providentielle », elle a été bien décrite par Laennec et surtout par Bertin, qui ont admis les trois types que citent encore aujourd'hui tous les classiques : l'hypertrophie simple, l'hypertrophie excentrique et l'hypertrophie concentrique. La radiologie, de son côté, oppose nettement les hypertrophies de forme aortique à celles de forme mitrale, et ces dernières aux hypertrophies des cavités droites dans l'hypertension de la petite circulation.

Bien qu'elles doivent être conservées, ces formes sont trop peu nombreuses et trop incomplètement décrites pour rendre un compte suffisant de la variété et de la souplesse des modalités des adaptations anatomiques du cœur. En rapprochant les observations anatomiques et les résultats de l'observation clinique, on peut distinguer *sept formes typiques* d'hypertrophie compensatrice et *deux formes accessoires.* Ces formes typiques correspondent respectivement, au *rétrécissement aortique*, à l'*hypertension gauche*, à l'*insuffisance aortique*, au *rétrécissement mitral*, à l'*insuffisance mitrale*, à l'*hy-*

pertension du cœur d'origine pulmonaire, à l'*hypertrophie des myocardites interstitielles*.

Les deux formes accessoires correspondent, l'une au cœur goitreux, ou pour être plus général au cœur des *tachycardies*, et l'autre au cœur des *bradycardies de la dissociation atrio-ventriculaire*.

Le rétrécissement et l'insuffisance de l'artère pulmonaire, de même que l'insuffisance et le rétrécissement tricuspidien, donnent lieu à une variété secondaire, symétrique de la forme gauche correspondante.

Tous ces types d'hypertrophie, surtout lorsqu'ils sont purs, ont leurs caractères propres et sont faciles à mettre en évidence par les divers moyens d'investigation dont on dispose en clinique. La palpation large, plus encore que l'auscultation, de même que la radioscopie et les tracés cardiographiques, veineux et œsophagiens, fournissent des renseignements de premier ordre dans l'appréciation des modalités de l'adaptation du cœur aux conditions pathologiques de la circulation.

III. Mécanisme de l'adaptation. — Ce mécanisme peut seul être précisé par la physiologie pathologique des troubles en cause; mais bien que cette dernière procède elle-même de la physiologie normale, il n'en est pas moins assez difficile de dégager le mécanisme immédiat de l'adaptation du cœur des données actuellement en vogue sur la physiologie cardiaque.

La théorie myogène, qui en est le dernier mot, relègue au second plan les influences nerveuses. Or, s'il est facile de comprendre que les variations de la contractilité des fibres cardiaques puissent à la rigueur expliquer les *deux modalités particulières des contractions*, contraction soutenue et contraction brève, si elles peuvent expliquer l'hypertrophie du type concentrique, on ne voit pas comment elles pourraient permettre d'interpréter la modalité excentrique. De même, les *modifications rythmiques* sont attribuées, dans les théories actuelles, aux troubles de l'excitabilité ou de la conductibilité du faisceau d'union. Un trouble de la conductibilité serait, en effet, capable d'expliquer les variations de durée de l'intersystole si celle-ci ne s'accompagnait pas en même temps d'augmentation de durée de la systole. Par contre, des modifications de l'excitabilité ne peuvent, en aucun cas, être la cause des systoles particulières augmentées d'intensité, de puissance et de durée, mais sans aucune arythmie, qui sont à la base de l'adaptation du cœur.

Seules des *interventions nerveuses* sont à même de créer et de modeler de semblables phénomènes; on ne peut hésiter qu'entre l'attribution de cette adaptation au système nerveux extra ou intracardiaque. C'est ce dernier assurément qui rend le mieux compte des phénomènes en cause. Il explique l'*accroissement et le prolongement parallèle de la contraction* et par suite la modalité de caractère soutenu et l'hypertrophie concentrique consécutive. Lorsqu'il y a reflux, il permet également de comprendre la dilatation de la cavité, l'hypertrophie excentrique et le caractère brusque de la contraction. Enfin, c'est encore la contraction réflexe intracardiaque qui explique le mieux les égalisations et même les inversions des rapports habituels des pressions entre les diverses cavités dans les communications anormales des lésions congénitales. Par contre, c'est non seulement à l'action hydraulique de la pompe cardiaque, mais également, et surtout, à des réflexes plus lointains empruntant un autre étage du système nerveux végétatif qu'il faut attribuer la part que prend à l'adaptation l'arbre circulatoire artériel ou la circulation veineuse aux approches du cœur.

M. de Meyer (de Bruxelles), dans son rapport, examine les conditions d'adaptation du cœur en se plaçant au point de vue physio-pathologique, tel qu'il résulte des travaux modernes sur la physiologie cardiaque.

Ces adaptations paraissent être réglées d'après trois principes fondamentaux :

1° Tout excitant qui atteint quelques-unes des fonctions circulatoires a pour effet de mettre instantanément en jeu et de faire réagir l'ensemble des fonctions cardiaques et vasculaires;

2° L'ensemble des réactions qui se déclenchent au sein du cœur et du système circulatoire a pour effet d'annihiler autant que possible les effets d'un excitant anormal, de façon à ce que la circulation, dans son ensemble, ne subisse le moindre trouble;

3° Le cœur réagit à des conditions circulatoires trop pathologiques par les dérèglements de fonctions ou par des altérations de sa structure anatomique qui peuvent constituer parfois des réactions d'adaptation effectives et même utiles.

I. Tout acte de la révolution cardiaque, la systole de l'oreillette, la mise sous tension du ventricule (tonosystole), l'expulsion (l'ergosystole) et la diastole, exige une certaine durée. L'étude de la durée des processus systoliques et diastoliques ventriculaires est nécessaire et sert à déterminer le coefficient chronologique de la tonosystole, de l'ergosystole et de la diastole; d'après ses mensurations, l'auteur admet comme certains que les deux phases de la systole cardiaque (tono et ergosystole) s'allongent suivant les affections cardiaques.

Le cœur lutte contre un obstacle exagéré non seulement en exagérant la durée des processus systoliques principaux, mais en exécutant des petits processus systoliques supplémentaires se traduisant par des phénomènes auscultatoires et des modifications des courbes graphiques.

Les altérations du travail auriculaire présentent moins d'importance que celles du travail ventriculaire ; on peut les étudier grâce aux anomalies des courbes graphiques.

Le rapporteur estime que l'étude des différentes phases de la révolution cardiaque fournit une méthode générale pour apprécier l'intensité des affections valvulaires ou la résistance du myocarde aux états hypertensifs.

II. Variations de force des pulsations. Le terme de l'inotropisme choisi par Engelmann paraît trop général pour traduire deux propriétés distinctes du myocarde : la puissance (qui s'exprime par la pression) et le travail qui a pour formule : travail = volume de sang projeté × par pression.

Nous n'avons pas, à l'heure actuelle, de méthode pour la détermination du volume pulsatile, qu'il serait indispensable de connaître pour pénétrer le mécanisme et les effets de l'activité de la contraction cardiaque. Le cœur réagit à l'augmentation des résistances par une exagération de la pression s'opérant vraisemblablement par voie nerveuse, mais peut-être aussi par action directe sur le myocarde. Des travaux de de Heer, de Socin et des recherches de l'école de Figerstest découle la conclusion que la pression sanguine est la résultante de l'état des résistances et du volume-minute. Contre une forte hausse de pression, le cœur et les vaisseaux se défendent par des processus d'hypertrophie et de dilatation.

III. En abordant les réactions générales produites par des variations de pression, l'auteur relate les modifications des courbes graphiques dans l'hypertension des oreillettes et signale la rareté de la fibrillation chez les hypertendus alors qu'on la rencontre fréquemment chez les cœurs mitraux.

Après avoir cité des modifications cardiaques et circulatoires d'après la classification de Gallavardin, M. de Meyer insiste sur l'influnece de la question constitutionnelle et du genre de vie mené par les malades pour expliquer les différences de réaction pour les mêmes affections cardiaques. Ces réactions constituent en partie des phénomènes adaptifs, en partie elles sont même en opposition avec les besoins de l'organisme.

Le pouls alternant qu'on trouve surtout dans les forts degrés d'hypertension accompagné d'accélération ne peut constituer en rien une réaction adaptive vis-à-vis de l'hypertension. Une inégalité pulsatile, que l'auteur a enregistrée dans des états hypertensifs, est regardée comme prémonitoire de l'alternance vraie, d'où le terme : « pouls préalternant ». Quand on examine les pulsations inframaximales des hypertendus, on constate souvent un pouls qui se caractérise par l'obliquité de sa phase d'ascension, il serait l'expression du fléchissement myocardique à la fin de l'ergosystole. Ce phénomène graphique est désigné par l'auteur : pouls oblique.

L'hypotension se manifeste quand il y a une très forte vaso-dilatation et produit son effet nocif aussitôt sur la circulation coronaire. Pour maintenir la pression normale pour expulser un volume-minute suffisant et assurer une vitesse sanguine moyenne, le cœur est forcé de travailler plus intensivement que dans des conditions normales. L'hypotension peut apparaître à la suite de vaso-dilatation, jointe à la réduc-

tion de la masse sanguine et peut être engendrée par le cœur lui-même sous de nombreuses conditions. Une des principales adaptations du cœur à l'hypopression est l'accélération. Les organes périphériques (reins, glandes, tissu conj.), participent également aux réactions hypotensives.

Le cœur réagit à l'effort musculaire par une accélération en augmentant le volume-minute. D'après les données de la bibliographie, l'accord semble se faire sur ce point qu'après un exercice modéré la tension s'abaisse. Le volume du cœur est diminué par un effort non excessif et la dilatation apparaît après des efforts prolongés. Ces phénomènes sont cependant fortement influencés par l'entraînement, l'intensité de travail et l'état du cœur.

III. Variations de l'état tonique des fibres myocardiques. Le rapporteur définit, après un exposé des éléments anatomiques et physiologiques fondamentaux du muscle cardiaque au point de vue de la contraction, le tonus musculaire et son réglage actif et passif et ses variations qui constituent un puissant moyen d'adaptation du cœur à l'inégalité des conditions générales de la circulation. Les données cliniques sur la pathologie de l'état tonique sont presque toutes faites en relation avec la dilatation cardiaque. Les diminutions de tonus produisent la dilatation physiologique et quand le cœur devient insuffisant, il se laisse dilater outre mesure même en l'absence de toute affection cardiaque. M. Vaquez a étudié en détail les conditions de production des dilatations cardiaques en distinguant entre les dilatations totales et partielles et l'absence de synergie entre les deux ventricules et les deux oreillettes.

La digitaline et l'ouabaïne se sont montrées comme des excitateurs de la puissance tonique du muscle cardiaque.

IV. En abordant les réactions des processus dromotropiques de la conductibilité et de l'excitabilité, le rapporteur souligne la propriété dromotropique du cœur, qui lutte en augmentant ou en diminuant contre une trop forte tendance au ralentissement ou à l'accélération. Le bathmotropisme — propriété réglant l'excitabilité du myocarde et la durée de sa période réfractaire — est aussi variable que le chrono- et dromotropisme.

V. Les réactions générales et spéciales des vaisseaux sont intimement liées à l'activité cardiaque. L'opinion de la rigidité des gros vaisseaux, qui ne permettrait pas une variation appréciable de lumière, a été ruinée par les observations et recherches des physiologistes, qui ont nettement constaté la dilatabilité de la base de l'aorte et qu'elle est parallèle à celle de la pression interne. On trouve chez l'homme des preuves anatomiques et physiologiques de cette adaptation secondaire d'une partie du système circulatoire comme réaction contre une hypertension. C'est surtout la radiographie qui permet de constater ces dilatations quelquefois très prononcées de la base de l'aorte et l'allongement de la crosse. Ce que nous avons dit de l'aorte peut se retrouver sous certaines conditions dans l'artère pulmonaire. L'étude très importante de l'amplitude du pouls est liée à la question de consistance de la paroi artérielle. La masse de sang lancé par le cœur étant constante, l'élément essentiel qui fait varier l'amplitude du pouls est l'état de la paroi. La pression sanguine n'intervient pas pour faire varier l'amplitude du pouls. Tous les cas de microsphygmie appréciable comportent un pronostic fatal.

VI. Physiopathologie générale des hypertrophies et des dilatations. Dilatations et hypertrophie sont deux phénomènes presque toujours associés ; elles sont cependant nettement distinctes. Après avoir donné les classifications ordinaires des dilatations et des hypertrophies du cœur, l'auteur expose une distinction basée sur les données physiologiques :

a. Les réactions qui sont liées à la production pour le cœur d'une force plus grande (intéressant la tonosystole) ;

b. Celles qui sont liées à l'exécution d'un travail plus grand et de plus longue durée (phase ergosystolique).

Pendant la tonosystole, c'est une contraction brusque, produite par le système fibrillaire, qui développe la force ; celle-ci achevée se produit l'ergosystole ; cette phase apparaît comme une sorte de contracture sarcoplasmatique. Il faudra donc séparer l'hypertrophie due à l'exagération du travail fibrillaire de celle occasionnée par une augmentation du travail sarcoplasmatique.

Les conditions de rupture des compensations sont de différents ordres : c'est d'abord le genre de vie habituel du malade, l'état des valvules, qui sont souvent frappées d'affections évolutives, ensuite le myocarde, qui est obligé de fournir dans les conditions pathologiques à l'occasion de travail musculaire un excès de travail plus grand qu'à l'état normal.

VII. Les réactions réciproques de la grande et de la petite circulation. Cette dernière est capable de neutraliser en partie les effets d'affections gauches, ou de régler le débit sanguin nécessaire au cœur gauche pour maintenir le volume-minute constant.

VIII. Variations du tonus vago-sympathique. Dans le cœur existent des centres d'excitation :

1° Primaires (sinusal, Tawara, ventricule) d'où partent les influx ;

2° Secondaires, où des influx anormaux peuvent naître ;

3° A ces centres primaires et secondaires aboutissent toujours les terminaisons de deux nerfs antagonistes, le vague et le nerf accélérant qui tiennent sous leur contrôle tout l'ensemble des propriétés du cœur. Le rapport traite ensuite des méthodes d'examen de ce système nerveux extrinsèque et des résultats obtenus.

IX. De l'étude des relations des différentes arythmies avec le fonctionnement du cœur et la circulation générale découle que si le cœur arrive à se défendre contre les troubles du rythme, il résulte avec certitude que les arythmies ne peuvent constituer que très rarement des réactions adaptatives efficaces.

Telles sont les principales méthodes de réactions cardiaques actuellement connues vis-à-vis des conditions pathologiques de la circulation. Ces réactions cardiaques sont toujours associées à des réactions vasculaires variées : les unes ne sont pas séparables des autres.

Discussion.

M. Gallavardin (de Lyon) demande si la différence de hauteur des oscillations du pouls désignée par le rapporteur sous le nom de « pouls préalternant » ne pourrait être due à un phénomène respiratoire.

M. de Meyer (de Bruxelles) répond que les tracés publiés relatifs au pouls préalternant ont été recueillis dans les conditions telles que l'influence respiratoire n'a pu exercer son action. Du reste, les inégalités observées n'étaient pas concomitantes ni de l'inspiration ni de l'expiration. A l'E. K. G., l'auteur a pu déterminer que, de même qu'il existe des systoles inégales, il y correspond des phases T de formes très différentes.

Il s'agit donc bien d'inégalité de contractilité de même ordre que l'alternance, l'apparition du pouls préalternant précédant en général celle de l'alternance.

Communications.

Remarques cliniques sur l'adaptation du cœur aux conditions pathologiques de la circulation. — M. C. Lian (de Paris) met en relief quelques notions cliniques découlant des délicats problèmes pathogéniques de l'adaptation cardiaque.

L'accélération cardiaque d'effort semble être un phénomène d'adaptation. On la constate souvent à un degré anormalement intense et prolongé chez les cardiaques hyposystoliques. Elle y est fonction de l'adaptation difficile et insuffisante du cœur à l'effort; mais elle s'observe aussi dans la simple hyperexcitabilité nerveuse. Toutefois, si elle est d'origine névropathique, elle met le cœur dans de mauvaises conditions d'adaptation à l'effort lorsqu'elle est très intense; elle est alors génératrice d'insuffisance cardiaque. L'épreuve du pas gymnastique sur place (Lian) aide grandement à établir si l'adaptation cardiaque à l'effort est bonne ou mauvaise.

D'autre part, M. Lian insiste sur le fait d'appliquer la médication digitalique discontinue dès qu'apparaît dans les cardiopathies valvulaires la dyspnée et la tachycardie d'effort; c'est la période nommée *dysystolique*. Enfin, M. Lian mentionne le retentissement cardiaque considérable des anévrismes artério-veineux. Comme l'a déjà écrit M. Cazamian, en pareil cas l'hyposystolie n'est pas une contre-indication, mais une indication à l'intervention chirurgicale.

Délimitation des ventricules par l'auscultation. — M. M. Roch (de Genève). L'indépendance acoustique des deux cœurs est parfois assez complète pour permettre de délimiter par l'auscultation d'un souffle ou d'un bruit la projection d'un ventricule sur la paroi. Ce sera particulièrement dans les cas d'éclat diastolique droit ou gauche que la recherche de la zone de propagation de cet éclat pourra donner des renseignements sur les dimensions respectives des ventricules, notion qui peut avoir un certain intérêt diagnostique et pronostique.

Contribution à l'étude clinique de la tension veineuse. Technique de mesure. Résultats à l'état normal et pathologique. — MM. Maurice Villaret, Fr. Saint-Girons et Grellety-Bosviel proposent une technique de mesure de la pression veineuse nécessitant un appareillage peu compliqué (manomètre d'H. Claude et embout huilé) et donnant facilement des résultats précis.

A l'état physiologique, dans le décubitus horizontal, la pression veineuse est de 13 centimètres d'eau chez l'homme et 12 centimètres chez la femme.

Elle est à peu près le 1/13 de la tension artérielle maxima (prise par la méthode de Riva-Rocci ou la méthode auscultatoire) exprimée en centimètres de mercure.

La tension veineuse augmente si on abaisse le bras ou si on fait asseoir le sujet, ou sous l'influence de l'effort et de la marche; elle diminue, si on élève le bras et sous l'influence de la saignée.

La mesure de la pression veineuse, dans les affections cardio-vasculaires, peut donner des renseignements précieux révélant précocement une décompensation latente cliniquement, faisant, dans certains cas, le départ entre le facteur cardiaque et l'élément artériel.

M. Moulinier (de Bordeaux). L'étude mathématique de l'oscillation artérielle et de ses variations en fonction des contre-pressions exercées sur le membre examiné par le brassard permet d'analyser la courbe dite oscillométrique et de définir les valeurs Mn et Mx réelles.

La valeur Mn *réelle* tension minima artérielle des physiologistes (moment où T (tension interne artérielle) = P (contre-pression extérieure du brassard) est un point anguleux que présentent vers 6-7 cm. de Hg les courbes oscillométriques. La valeur Mn *usuelle* qu'on a coutume de situer en un point plus élevé 9-10 cm. de Hg près de l'oscillation immédiatement supérieure à la plus grande oscillation ne représente pas cette tension minima des physiologistes mais bien un effet d'énergie cardiaque libérée. Mn *réel* est aussi différent de Mn *usuel* qu'un *état statique* est différent d'un *effet dynamique*. Confondre cet état et cet effet a été l'erreur fondamentale qui a fait naître maintes controverses.

Une erreur aussi grande se rencontre dans les valeurs de Mx recherchées parmi les oscillations terminales de la courbe dite oscillométrique où ces valeurs n'expriment que des effets parasites. La valeur Mx *réelle* doit se déduire d'une *courbe dynamométrique* opposée à la courbe oscillométrique. Les valeurs Px de cette courbe dynamométrique se calculent en multipliant chaque valeur P (contre-pression du brassard) par chaque valeur x (grandeur de l'oscillation au moment de la contre-pression P), et la courbe dynamométrique se construit en portant Px sur les ordonnées et P sur les abscisses. En un point donné de cette courbe, on trouve une chute brusque qui exprime la variation brutale de l'énergie transmise par le brassard à l'aiguille. Ce point exprime Mx réel, moment où l'énergie de la pulsation sanguine, transmise au brassard est brusquement défaillante, l'artère étant écrasée.

Mx réel ainsi calculé est voisin chez le sujet normal de 12-13 cm. de Hg.

L'adaptation du cœur des aviateurs. — MM. G. Etienne et G. Lamy (de Nancy). — Au cours de la guerre, les auteurs ont eu l'occasion d'étudier le cœur d'un grand nombre d'aviateurs très entraînés.

Ils ont constaté l'existence d'une hypertrophie :

1° Constante;
2° Précoce, très nette déjà après 5 mois de vol;
3° Persistante;
4° Proportionnelle à l'altitude habituellement pratiquée; beaucoup plus considérable chez les aviateurs de chasse et de bombardement volant habituellement de 5 à 6.000 mètres, que chez les aviateurs de réglage et chez les mitrailleurs volant alors entre 1.000 et 3.000 mètres;
5° Progressive, s'établissant en deux phases, une première rapide amenant en quelques mois une hypertrophie notable, et une deuxième très légèrement progressive.
6° Modérée;
7° Portant surtout sur le ventricule gauche;
8° La tendance à la dilatation du cœur droit est tardive;
9° Pendant longtemps l'hypertrophie ne provoque nul trouble fonctionnel, ni aucune sensation subjective.

Hypertrophie cardiaque conditionnée par des crises d'hypotension. — G. Etienne (de Nancy). L'hypotension paraît ne pas provoquer habituellement l'hypertrophie du cœur. Cependant, j'ai eu l'occasion de constater des hypertrophies cardiaques très considérables sous l'influence des crises répétées d'hypotension brusque. En injectant deux fois par semaine, pendant une dizaine de semaines, en injections intraveineuses, 2 centigrammes d'urohypotensine très fraîchement préparée, on provoque des crises d'hypotension considérables, assez prolongées. Si on sacrifie l'animal après la fin des séries d'expérience, on trouve un cœur petit, à indice $\frac{\text{Poids cœur}}{\text{Poids corps}}$ diminué (0,0020 au lieu de 0,0022 à 0,0028 normal. Mais si on laisse vivre le lapin pendant six mois après la fin de la période d'expérience, on trouve un cœur hypertrophié (indice 0,0045); vraiment énorme dans un cas avec indice 0,0085, avec hypertrophie excentrique du ventricule gauche, comblant presque entièrement la cavité du ventricule droit, cœur bien plus gros que celui des lapins injectés avec l'urohypertensine ou avec l'adrénaline.

J'ai émis l'hypothèse que pour lutter contre les crises d'hypotension brutale, les organes hypertenseurs ont augmenté leur fonctionnement, mais l'ont mal réglé; ont exagéré leur action compensatrice, l'ont maintenue après la fin de l'emploi du produit hypotenseur, ont ainsi dépassé les bornes de la compensation.

Le siège de souffle de l'insuffisance aortique selon l'âge de la maladie. — M. F. Trémolières (de Paris) et L. Caussade (de Nancy) montrent, d'après une statistique de 100 cas d'insuffisance aortique, que, dans la très grande majorité des cas, le souffle diastolique, situé d'abord à gauche du sternum, dans le deuxième ou troisième espace intercostal, se transporte, à mesure que la maladie devient plus ancienne, d'abord dans la région rétro-sternale, puis dans le deuxième ou troisième espace intercostal droit. C'est ainsi que, dans 90 p. 100 des cas, les insuffisances aortiques à souffle gauche sont de date récente, dans 60 p. 100 des cas les insuffisances aortiques à souffle droit sont de date ancienne.

L'examen radioscopique de nombreux cas d'insuffisance aortique de divers âges permet de constater que ce transfert du souffle de gauche à droite du sternum est la conséquence des modifications que subit le cœur au cours de l'évolution de la maladie. Tant que le cœur, dont l'hypertrophie débute par le ventricule gauche, reste vertical, le souffle persiste à gauche du sternum, au foyer de projection de l'orifice aortique; quand les cavités droites se développent à leur tour, le cœur s'élargit, devient transverse, l'aorte, s'inclinant, passe successivement en arrière puis à droite du sternum et le maximum du souffle se transporte peu à peu dans le deuxième ou le troisième espace intercostal droit.

Selon l'intensité de la myocardite ou l'existence d'une endocardite associées à l'insuffisance aortique, cette migration du souffle s'effectue plus ou moins rapidement.

Valeur séméiologique de l'azote résiduel du sérum dans l'hypertension artérielle. — MM. C. Lian et R. Clogne considèrent comme normaux les chiffres de 8 à 15 centigrammes d'azote résiduel dans le plasma et le sérum, et ceux de 17 à 23 centigrammes d'azote résiduel dans le sang total.

La discordance entre les valeurs de l'urée et de l'azote résiduel est parfois telle que l'élévation de l'azote résiduel semble n'être fonction que pour une part de l'insuffisance rénale et dépendre surtout d'un trouble dans le métabolisme des substances azotées.

L'élévation de l'azote résiduel réalise donc une *dys-azotémie* qui peut coïncider ou non avec une élévation de l'urée ou *hyperazotémie*.

Seule, la grande dys-azotémie comporte un pronostic assez net dont la gravité est égale à celle de la grande hyperazotémie qui coexiste d'ailleurs avec elle.

Pour les autres cas, la gravité décroît dans l'ensemble avec la diminution d'importance de la dys-azotémie. Ainsi, parmi les 75 hypertendus étudiés à ce point de vue par les auteurs, les cas graves représentent les deux tiers des cas de dys-azotémie moyenne, la moitié des cas de dys-azotémie légère et à peine un cinquième des cas où l'azote résiduel du sérum était normal.

Souvent les syndromes graves d'allure urémique coïncident à la fois avec de l'hyperazotémie et de la dys-azotémie. Mais, dans certains cas, un état urémique peut coexister avec l'hyperazotémie seule sans dys-azotémie, on ne peut donc pas admettre que l'urémie est toujours liée à une élévation de l'azote résiduel. Inversement, la dys-azotémie légère ou moyenne s'est montrée chez certains hypertendus le seul témoin bio-chimique d'un état grave d'auto-intoxication d'allure urémique, l'urée sanguine ne dépassant pas les limites des variations physiologiques.

Enfin, chez les hypertendus, il y a de nombreux cas où, pour n'être pas nettement urémiques, maints accidents sont cependant pour une part la résultante d'un processus d'auto-intoxication dont ni l'hyperazotémie, ni la dys-azotémie ne donnent la clef, car les valeurs de l'urée et de l'azote résiduel sont normales ou peu troublées.

L'étude de la dys-azotémie ne prendra toute sa valeur que lorsqu'elle cessera d'être seulement quantitative pour devenir qualitative.

M. DE MEYER (de Bruxelles). D'après les recherches du professeur Sebloss (de Bruxelles), l'azote résiduel, en dehors de l'hypertension, est encore élevé dans un grand nombre de cas d'états liés à la dystrophie thyroïdienne (eczéma, rhumatisme, basedowisme).

Les stigmates oscillographiques de la désadaptation fonctionnelle du cœur. — MM. A. MOUGEOT (de Royat) et Paul PETIT (de Nice et Royat). Ces stigmates sont au nombre de cinq :

1° Le défaut d'amplitude du crochet négatif prédicrote par rapport à la valeur absolue de la pression artérielle minima ;

2° Le sens pathologique des variations respiratoires de la pression minima (sens inverse de la courbe de l'ampliation thoracique) ;

3° Les anisosphygmies maximales, respiratoires et non respiratoires ;

4° L'anacrotisme dont les auteurs distinguent quatre degrés suivant l'étendue de son emplacement sur l'oscillogramme piézométrique;

5° La lenteur relative d'ascension sphygmique de la courbe de pression artérielle, par rapport au taux absolu de la pression différentielle.

Les lésions nerveuses de l'appendice hors des crises aiguës. — M. P. MASSON (de Strasbourg). L'appendice est le siège très fréquent de lésions nerveuses. L'auteur les décrit successivement dans les appendices oblitérés et dans les appendices perméables.

L'oblitération appendiculaire est consécutive à une ulcération étendue de la muqueuse où à l'involution de celle-ci. Dans le premier cas se produisent des névromes amyéliniques comparables aux névromes d'amputation des nerfs périphériques. Dans le second cas, la disparition lente de l'épithélium est suivie d'une atrophie incomplète du plexus périglandulaire. Les portions persistantes de celui-ci subissent des hypertrophies et donnent souvent naissance à des névromes, ordinairement peuplés de nombreuses cellules de type névroglique et ganglionnaire, dont le cytoplasme est semé de grains argentaffins.

Les appendices perméables à passé pathologique présentent des lésions de même ordre. Leur plexus périglandulaire contient des cellules argentaffines névrogliques ou de type ganglionnaire en surnombre. A la présence de ces cellules est liée une hypertrophie marquée des nerfs et, dans certains cas, la production de névromes. Dans une observation, ces cellules argentaffines intranerveuses provenaient manifestement de bourgeonnements de l'épithélium glandulaire dans les nerfs.

Il est impossible à l'heure actuelle de dire le rôle précis de ces lésions dans la symptomatologie de l'appendicite chronique. Leur fréquence et leur importance sont telles qu'à priori on peut leur imputer les troubles réflexes qui accompagnent cette affection.

Ulcus gastrique d'origine syphilitique. — MM. CADE et MORENAS (de Lyon) considèrent que le type ulcéreux est le plus fréquent des types réalisés par la syphilis gastrique tertiaire. Les auteurs en rapportent deux observations. La fréquence varie suivant les statistiques. Il apparaît surtout chez des hommes et des sujets d'un certain âge.

Cliniquement, il ne se différencie guère du tableau habituel de l'ulcus. Il peut présenter cependant quelques variantes (douleurs à horaire moins fixe, exacerbation nocturne parfois violence extrême des douleurs, hyperchlorhydrie peu marquée ou absente, et surtout fréquence et importance des gastrorragies). En outre, le traitement habituel de l'ulcus échoue en général.

La réaction de Wassermann est loin d'être toujours positive. Ce qui caractérise histologiquement cet ulcus, c'est l'importance des lésions artérielles.

Le simple soupçon de l'origine syphilitique d'un ulcus gastrique exige la mise en œuvre du *traitement spécifique*, sans qu'on puisse en attendre un résultat constant.

M. BOURCART (de Cannes) cite le cas d'un ulcère duodénal, chez une jeune fille syphilitique héréditaire avec Wassermann positif. Un traitement intensif d'injections intraveineuses de cyanure de Hg et de novarsenobenzol n'a donné aucun résultat.

De l'asthme digestif ou crises de spasme de l'œsophage avec hypersécrétion salivaire, pharyngée, gastrique et éosinophilie du sang et des crachats. — M. Paul BLUM décrit le cas d'un malade de souche arthritique présentant l'ensemble de ces symptômes survenant par crises ; il rapproche ce syndrome des crises d'asthme pulmonaire et propose de les décrire sous le nom d'asthme digestif. Le traitement doit se diriger contre l'état anaphylactique.

De l'obstruction intestinale par surcharge graisseuse. — M. Paul BLUM a observé un malade obèse présentant tous les symptômes de l'obstruction intestinale chronique. Ce n'est qu'à la laparotomie que l'on put faire le diagnostic. L'état s'améliora lorsque le malade maigrit.

Les complications urinaires des troubles intestinaux. — MM. HEITZ-BOYER et F. TRÉMOLIÈRES présentent quinze observations à ce sujet. En présence d'une cystite, d'une pyélocystite dont l'étiologie n'est pas évidente, il faut toujours penser à cette origine intestinale avant de les supposer gonococciques ou tuberculeuses. L'indication thérapeutique primordiale est le traitement des troubles intestinaux.

La valeur de l'étude radioscopique des fonctions motrices de l'estomac par rapport à ces fonctions. — M. KAMPMANN (de Strasbourg). L'épreuve de la fonction de l'estomac n'a de valeur que lorsqu'elle s'étend à toutes les composantes de ces fonctions et qu'on assiste à tout le développement de l'acte moteur devant l'écran en faisant la part du chimisme, l'autre part de la forme de l'estomac, de sa tonicité, du mode de péristaltisme et de son rythme, etc.

DEUXIÈME QUESTION

LES GLYCÉMIES

MM. AMBARD, H. CHABANIER et BAUDOUIN, rapporteurs.

MM. AMBARD (de Strasbourg) et CHABANIER (de Paris). Pour l'étude du problème de la glycémie, l'utilisation de méthodes rigoureuses est la première des conditions que l'on doit exiger. Les dosages doivent se faire non sur le sang total mais sur le plasma, car seul le sucre dissous dans le plasma intervient dans les processus physiologiques que nous connaissons et sommes à même d'étudier. Les macrométhodes sont préférables aux microméthodes. Le procédé de Bertrand avec les modification qui y a apportées M. Ambard permet de doser des quantités de glycose descendant jusqu'à des milli-

grammes avec une approximation de 3 à 4 p. c. En cas d'emploi d'un microdosage, la méthode de Bertrand combinée avec les procédés indiqués par Falin et Wu et ceux de Fontès et Phivolle fournit des éléments suffisants d'appréciation; elle exige au maximum 1 c. c. de plasma. Les anciennes microméthodes sont trop incertaines.

Un point essentiel est de fixer le moment auquel la glycémie doit être déterminée eu égard aux variations qu'elle présente sous l'influence de l'alimentation, du travail musculaire et d'autres facteurs. Le dosage fait le matin à jeun est le plus opportun; il offre l'avantage d'indiquer les influences durables du régime antécédent et d'écarter tous les accidents éphémères de la courbe.

La présence du sucre libre dans les globules rouges, l'existence de sucre dit protéique sont des questions actuellement encore trop obscures et discutées pour qu'il soit possible de les prendre en considération.

Chez l'homme normal, la glycémie présente une valeur à peu près constante voisine de 1 p. m. Régime, travail, ont une influence considérable sur le taux du sucre de sorte qu'il est nécessaire d'écarter l'influence de ces facteurs pour obtenir une valeur moyenne. La détermination le matin à jeun après le repos au lit réalise le mieux ces conditions.

Sous l'influence de nombreuses causes, la glycémie peut présenter des variations considérables, et cela dans deux sens, d'une part il peut y avoir chute de la glycémie au-dessous de la normale, d'autre part une augmentation. La diminution de la glycémie est peu fréquente et s'observe après les injections de phlorizine, l'hibernation, le jeune, l'ablation des capsules surrénales. Les causes de l'hyperglycémie d'ordre expérimental sont très nombreuses et presque chaque trouble, à condition qu'il retentisse sur la nutrition générale, provoque une hyperglycémie. On peut les grouper en cinq catégories différentes : l'hyperglycémie par apport de glycose, l'hyperglycémie à la suite d'asphyxie et de saignée, celle par intoxications diverses, l'hyperglycémie par action des glandes à sécrétion interne, et celle due à l'action du système nerveux. Parmi les hyperglycémies, celle due à l'ablation du pancréas est particulièrement étudiée. Le diabète ainsi créé ressemble de très près au diabète humain qui d'ailleurs paraît lui-même être en général de nature pancréatique. Il faut admettre comme établi que cette hyperglycémie est due à une insuffisance de la sécrétion interne du pancréas, le mécanisme intime du phénomène reste toutefois obscur. Les surrénales paraissent jouer un rôle de premier ordre dans la régulation de la glycémie; l'injection d'adrénaline peut déterminer une hyperglycémie pouvant atteindre 5 p. m. et durer plusieurs heures. L'hyperglycémie hypophysaire a été peu étudiée; c'est le lobe postérieur de la glande qui contient les substances actives. Le rôle très important du système nerveux n'est qu'effleuré, cette partie devant être traitée dans le rapport de M. Baudouin.

Les variations pathologiques de la glycémie sont les variations de la glycémie au cours des maladies. Une partie de ces variations sont du même ordre que celles qui ont été réalisées par voie expérimentale. A l'hypoglycémie de la maladie d'Addison correspond l'hypoglycémie après ablation des capsules surrénales; celle se présentant au cours des vomissements incoercibles a son analogie dans l'hypoglycémie du jeune. Les hyperglycémies pathologiques présentent également un parallélisme : diabète d'origine nerveuse, toxique. Le diabète humain le plus fréquent paraît d'origine pancréatique et de même nature que le diabète expérimental par ablation du pancréas.

La glycémie du diabète fait l'objet d'une étude approfondie. L'hyperglycémie diabétique peut être considérée d'après une conception nouvelle de M. Ambard comme mesure compensatrice de l'organisme pour contre-balancer jusqu'à un certain point le trouble du métabolisme des hydrates de carbone. La concentration du sucre dans le sang règle donc la combustion des hydrates de carbone. D'autre part cette hyperglycémie peut avoir des conséquences nuisibles : pertes de sucre pour l'organisme par la glycosurie et action délitère sur la fonction de certaines glandes.

En admettant ce rôle compensateur de l'hyperglycémie sur le métabolisme des hydrates de carbone, son degré peut servir de critérium pour mesurer la gravité de la maladie si cette compensation aboutit à une destruction suffisante de sucre. Pour apprécier cette dernière, on peut se servir de deux tests : soit de la valeur du quotient respiratoire, soit de l'apparition des corps acétoniques. Toutefois les considérations qui influent sur l'apparition de l'acidose sont compliquées par le rôle que jouent graisses et matières protéiques; d'où la conclusion de rechercher le seuil de l'acidose en fonction d'un minimum de protéiques et d'un maximum de graisse. Il semble que la quantité de sucre nécessaire à la combustion complète des graisses soit égale à 1 de glycose pour 4 de graisse en poids. Cette conception mène à rechercher le taux de la glycémie qui correspond à l'apparition de l'acidose. Cette glycémie appelée glycémie critique peut servir de procédé approximatif pour étalonner les différentes formes de diabète selon leur gravité.

Des effets défavorables de l'hyperglycémie au point de vue clinique (cataracte, névrites, affections cutanées) ne sont étudiés que deux essentiels, la déperdition de sucre par les urines et la diminution de l'activité fonctionnelle de certains organes. Les relations entre la glycémie et la glycosurie sont conditionnées par le seuil du glycose, c'est-à-dire le taux de la glycémie auquel a lieu le passage de glycose dans les urines; pour les glycémies faibles, le seuil accompagne d'abord de près la glycémie et s'en détache lorsque la glycémie devient considérable.

Parmi les troubles fonctionnels que provoque l'hyperglycémie, on peut citer une influence sur la sécrétion rénale qu'on peut mesurer par la constante uréo-sécrétoire, puis les expériences d'Allen dans lesquelles les chiens dépancréatés soumis à une diète riche en hydrates de carbone se cachectisent et meurent rapidement à la suite d'une altération du reste du pancréas.

Les rapporteurs étudient ensuite l'influence des régimes sur l'hyperglycémie; cet effet est très complexe. L'alimentation fait varier la glycémie dans des proportions considérables. Lorsqu'on supprime les hydrates de carbone subitement, il y a une chute rapide de la glycémie et de la glycosurie; dans le jeûne absolu, cette influence est encore plus intense. Cette chute est suivie d'un relèvement de la glycémie, la glycosurie restant absente ou continuant à diminuer malgré un taux de glycémie assez élevé. En cas de restriction progressive des hydrates de carbone, la glycémie baisse progressivement et reste finalement constante. Pour expliquer ces phénomènes, il faut recourir au seuil et à son rapport avec la glycémie : dans le premier cas, le seuil s'élève pour se rapprocher de la glycémie, dans le deuxième cas la diminution de la glycosurie est autant le résultat de l'abaissement de la glycémie que celui de l'élévation du seuil. En cas de restitution des hydrates de carbone après une période de régime, la glycosurie fait souvent défaut, la « tolérance » a augmenté; M. Chabanier admet que celle-ci est un phénomène d'ordre purement rénal dû à un relèvement du seuil.

Les substances albuminoïdes exagèrent la glycémie, ce qui est bien compréhensible étant donné que les albumines font du sucre dans leur dégradation.

Les rapporteurs admettent que les graisses ingérées en grande quantité augmentent l'hyperglycémie.

En utilisant les notions de seuil et de glycémie la définition du diabète rénal paraît simple; c'est une affection exempte de troubles du métabolisme des hydrates de carbone et caractérisée par un abaissement du seuil du glycose. La glycosurie alimentaire a été longtemps considérée comme une manifestation d'une insuffisance hépatique; les expériences récentes parlent plutôt en faveur d'une insuffisance pancréatique.

La division classique des formes du diabète en diabète gras et diabète maigre, en cas bénins et cas graves, peut recevoir par l'étude de la glycémie de nouvelles bases; le trouble du métabolisme basal et le fonctionnement rénal peuvent servir à différencier ces cas. Dans les diabètes légers, la glycémie critique est relativement basse, dans les cas graves, elle est au contraire très élevée. Le fonctionnement rénal intervient, d'autre part, aussi bien dans un sens favorable que défavorable pour le diabète. Un bon fonctionnement permet l'élimination de grandes quantités de glycose et par là, aggrave le diabète. Dans le diabète gras, en général, le rein fonctionne bien, et inversement dans les diabètes légers la fonction rénale est plutôt déficiente. Il en résulte qu'une glycémie basse peut se produire au cours d'un diabète grave parce que le rein a donné issue à une grande quantité de sucre. La gly-

cosurie dépend, d'une part, du seuil; d'autre part, de l'activité rénale.

Pour ce qui est du diabète proprement dit, toutes nos connaissances plaident actuellement en faveur d'une origine principalement pancréatique. Si l'on recherche par quel mécanisme le pancréas agit, l'on constate que nos connaissances sont encore très insuffisantes. L'amylase sanguine a été invoquée à tort. Le rôle des phosphates qui est indiscutable dans la combustion du sucre par la levure n'est pas encore étudié. L'influence de la réaction sur la combustion du sucre est certes très grande, mais aucun fait ne permet jusqu'à présent d'attribuer aux variations de cette réaction (encore inconnues du reste) un rôle dans la pathogénie du diabète. La diminution de la réserve alcaline peut être écartée d'après les recherches qui ont été faites. Le rôle de la glycolyse est encore fort incertain et obscur.

Si le diabète humain semble être de nature pancréatique, le mécanisme qui engendre le trouble du métabolisme des hydrates de carbone reste inconnu ; notre ignorance sur le sort des hydrates de carbone dans l'organisme normal est une des causes principales de l'insuffisance de nos connaissances.

M. A. Baudouin (de Paris). Dans son rapport, l'auteur n'accorde qu'une place restreinte aux vues théoriques et cherche à donner du sujet une vue d'ensemble, à rassembler et classer les multiples documents fournis ; il donne de nombreuses références pour permettre une documentation rapide sur tel ou tel point. Il envisage avant tout le point de vue clinique.

Le rapport est divisé en trois parties qui traitent de la technique, des glycémies normales, des glycémies pathologiques. Pour la technique, l'auteur envisage successivement le sucre libre et le sucre combiné, en s'en tenant à des considérations générales sans entrer dans le détail des procédés chimiques. Il discute les modes de prise de sang, la question de savoir si le dosage doit se faire sur le plasma fluoré ou le sang total, les avantages comparés des macrométhodes et des microméthodes. Pour lui, la méthode type consiste à combiner la désalbumination par le nitrate mercurique (Bierry et Portier) au dosage par la méthode de G. Bertrand. Il indique les principes des principales microméthodes (Bang, Lewis-Benedict, Fohin-Wu).

La seconde partie, consacrée aux glycémies physiologiques comprend principalement l'étude qualitative et quantitative des sucres du sang. L'étude qualitative est fort brève. Dans l'étude quantitative, l'auteur commence par fixer le chiffre de la glycémie normale, entendant par là : « le taux glycémique du sang total, prélevé le matin et à jeun, chez un sujet au repos physique et moral le plus complet possible. » Ce chiffre, qui représente, pour chaque sujet, une constante physiologique, varie entre 1 gramme, 0g20. Puis vient une revue assez complète des oscillations de la glycémie physiologique. En raison du rôle fondamental des influences alimentaires, le rapport leur consacre la plus large place. Il étudie spécialement l'hyperglycémie consécutive à l'ingestion du glucose et détaille la technique et les résultats de l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire que le professeur Gilbert et l'auteur ont été des premiers à pratiquer et sur laquelle les travaux de ces dix dernières années ont accumulé de nombreux documents. Les résultats de l'ingestion d'autres hydrates de carbone, les hyperglycémies consécutives à l'administration des sucres par d'autres voies que la voie digestive sont également rapportés.

Cette étude des glycémies normales se termine par une brève revue de questions théoriques fort importantes, mais encore bien obscures : l'origine des sucres du sang, la destinée des sucres du sang, la régulation de la glycémie. Pour cette dernière, l'auteur passe en revue les faits (et les hypothèses) relatifs à l'action des glandes vasculaires et du système nerveux, faits qui sont repris avec plus de détail à propos des glycémies pathologiques. Le rapport insiste assez longuement sur la question de la glycurie physiologique et celle du seuil urinaire du glucose. D'une revue de la littérature, surtout américaine, il conclut que le seuil physiologique — quoique variant suivant les sujets — est, en général, aux environs de 1,7 grammes de sucre par litre de sang.

La troisième partie, qui traite des glycémies pathologiques, envisage successivement les hypoglycémies et les hyperglycémies. Les premières sont rares en clinique, malaisées à provoquer expérimentalement : aussi existe-t-il à leur sujet assez peu de documents, bien que leur intérêt scientifique soit considérable. Le chapitre des hyperglycémies est beaucoup plus important. Adoptant un plan clinique, le rapporteur le divise en trois parties : 1° Les hyperglycémies transitoires, accidentelles; 2° les hyperglycémies permanentes, en dehors du diabète banal ; 3° les hyperglycémies du diabète. Les deux dernières parties sont les plus étendues. L'auteur a rapporté les faits relatifs aux hyperglycémies glandulaires, à celles des néphrites chroniques, des maladies du foie, du cancer, des maladies mentales. Il relate enfin quelques considérations qu'il a émises, avec le professeur Gilbert, sur les états dits arthritiques, prédiabétiques, et cela l'amène aux glycémies du diabète. Le rapport les divise comme suit : 1° la glycémie à jeun; 2° les variations de la glycémie liées à l'alimentation ; 3° les variations de la glycémie en dehors des influences alimentaires ; 4° le seuil d'excrétion urinaire du sucre chez les diabétiques, le diabète rénal ; 5° les indications que donne la glycémie pour le pronostic des diabètes ; 6° l'évolution de la glycémie diabétique sous les influences thérapeutiques : la glycémie au cours des complications du diabète. Sur un certain nombre de points, il est possible de donner des conclusions précises. Pour d'autres et des plus importants, comme par exemple les indications de pronostic tirées de la glycémie, on trouve dans la littérature des affirmations contradictoires : le sujet n'est pas au point.

Pour les grands diabètes avec acidose, la question de la glycémie devient secondaire, ce qui importe c'est l'acétonémie. Les théories d'Ambard sur la valeur compensatrice de l'hyperglycémie, la conception récente de Chabanier sur la glycémie critique tendent à relier étroitement les deux problèmes de la glycémie et l'acétonémie des diabétiques. Cette question n'est pas envisagée dans le rapport. L'auteur, ne l'ayant pas étudiée personnellement, renvoie simplement au travail de ses co-rapporteurs Ambard et Chabanier.

L'intoxication hyperglycémique. — MM. Léon Blum, Schmid et Schwab. Lorsqu'on fait ingérer à un chien rendu diabétique par ablation subtotale du pancréas de grandes quantités de saccharose, il survient de l'acétonurie en même temps qu'il se produit de l'hyperglycémie. Par des changements de régime, on peut montrer que chez ces animaux glycémie et acétonurie suivent une courbe parallèle, la plus forte acétonurie survenant avec la glycémie la plus intense. En outre, l'augmentation de la glycémie est accompagnée de déperdition azotée et d'une asthénie progressive qui aboutit à la mort dès que la glycémie a atteint un taux élevé. S'il est exact que l'acétonurie constitue un test de la consommation du sucre, il résulte de ces expériences que la présence d'un excès de glycose agit défavorablement sur la consommation du sucre. Des phénomènes semblables peuvent s'observer en clinique : l'élévation de la glycémie produit fréquemment chez le diabétique grave soit l'apparition, soit l'augmentation de l'acétonurie. A la suite de l'ingestion de grandes quantités d'hydrates de carbone, certains malades présentent des symptômes d'asthénie très prononcée conduisant rapidement à un état de faiblesse extrême. Il faut également se demander si les taux extrêmement élevés de l'hyperglycémie, qu'on observe dans certains cas de coma diabétique, n'interviennent pas pour une grande part dans les phénomènes terminaux; toutefois la preuve de la non-intervention de l'acidose n'a pas été apportée jusqu'à ce jour.

Les expériences sur le chien dépancréaté ont donné un autre résultat important au point de vue de l'origine de l'acétonurie. Malgré une consommation de glycose de beaucoup supérieure à la normale, ces animaux avaient de l'acétonurie. D'autre part, le foie contenait du glycogène en fortes proportions. Si ces phénomènes sont en contradiction avec la doctrine actuellement admise qu'une combustion d'hydrates de carbone en quantité suffisante et que la présence de glycogène en fortes quantités entraînent la diminution ou la disparition de l'acétonurie, on peut les rapprocher de certains faits que l'on observe chez le diabétique grave : ces malades restent acétonuriques malgré une consommation de matières sucrées plus que suffisante pour faire disparaître une acétonurie chez le sujet sain. Ces faits nous obligent à poser la question, à savoir si le mé-

canisme qui aboutit à la formation des corps acétoniques chez le diabétique est identique à celui qui se produit chez le sujet sain.

M. H. Labbé se prononce en faveur du microdosage de Bang à cause des avantages qu'offrent les petites quantités de sang qu'exige la méthode. L'auteur convient toutefois que les résultats obtenus diffèrent quelquefois de ceux obtenus par les autres méthodes.

MM. André Weill et Laudet attachent une grande importance à la glycémie, tant au point de vue du diagnostic précoce d'un état prédiabétique qu'au point de vue du pronostic. Elle ne donne toutefois pas toujours en clinique les indications utiles sur la gravité des cas; pour un même malade, on peut observer à différents moments un état d'équilibre avec des glycémies très différentes. Le facteur rénal n'intervient pas dans tous les cas.

M. de Meyer. Un sérum antiglycolytique empêche in vitro la glycolyse, et injecté dans l'organisme il provoque de l'hyperglycémie. Le pouvoir glycolytique du sang diminue chez le chien dépancréaté à mesure que l'insuffisance pancréatique augmente, et il réapparaît lorsqu'on administre les extraits pancréatiques. L'intervention de la glycolyse ne peut donc être mise en doute, ce qui n'exclut pas que d'autres facteurs puissent avoir une influence.

Recherches sur les glycémies. — M. Petrén (de Lund) étudie l'inflluence des matières protéiques sur la glycémie chez des sujets normaux. Après un repas contenant 9 grammes d'azote sans hydrates de carbone, il trouve une augmentation de la glycémie de 0g15 en moyenne; ce chiffre est de beaucoup supérieur à l'écart pouvant provenir d'inexactitudes de la méthode employée. Petrén rappelle le traitement diététique du diabète grave préconisé par lui au Congrès de Bruxelles (1920) et qui est caractérisé par une restriction très forte de l'azote dans la nourriture. Chez ses malades, l'azote éliminé par les urines a varié, selon les cas, entre 4 et 6 grammes. Les graisses sont données en grande quantité : 150, 200, jusqu'à 250 grammes et plus. Les hydrates de carbone ne sont pas supprimés complètement, leur quantité (provenant surtout des légumes) est en général de 40 à 80 grammes.

Les résultats de ce traitement ont été les suivants : de 45 malades avec une glycémie initiale de 2g4 à 4g2, 24 ont quitté l'hôpital avec une glycémie normale, 15 avec une glycémie ne dépassant pas 1g6, 4 entre 1g7 et 1g9, et 2 seulement gardaient une glycémie de 2 grammes à 2g3 par litre. On peut donc conclure que c'est la restriction des matières protéiques qui a amené la régression de la glycémie. La comparaison des cures de jeûne avec des régimes constitués uniquement de graisses (beurre ou huile de foie de morue) n'a pas montré de différences sensibles entre les résultats obtenus par ces deux modes de traitement. La diminution de la glycémie a été en moyenne : pour 1 jour de jeûne (194 observations) de 0g27 par litre, pour 1 jour de graisse (16 observations) de 0g287; pour 2 jours de jeûne (135 observations) de 0g45; pour 2 jours de graisse (47 observations) de 0g42. Les valeurs ont donc été presque identiques pour des périodes correspondantes de jeûne et de diète pure de graisse, une preuve que les graisses dans les quantités employées (200 grammes environ) n'ont aucune influence sur la glycémie.

Etude sur quelques types de variations de glycémie protéidique. — MM. H. Bierry et F. Rathery. L'inventaire exact de la matière sucrée du plasma comprend, en dehors du sucre libre, le sucre protéidique. Ce dernier constitue une part importante de la teneur du plasma en réserve hydrocarbonée.

L'état des variations du sucre protéidique nous fait pénétrer plus avant dans l'état du chimisme humoral de l'organisme.

Les auteurs, en étudiant comparativement le plasma porte et le plasma sus-hépatique au point de vue de leur teneur en eau, en sucre libre, en sucre protéidique et en albumine sont arrivés à démontrer que le foie constitue tout au moins un des sièges de la dissociation du sucre protéidique avec mise en liberté du sucre libre.

Ils ont recherché les modifications de la glycémie protéidique au cours du diabète, des néphrites chroniques et chez les cancéreux. Ils notent l'importance des variations constatées et leur signification.

M. Chevalier insiste sur le fait que l'on a tendance à pousser les méthodes d'analyse du glycose dans le sang ou l'urine et que l'on néglige totalement les hydrates de carbones ingérés qui ne correspondent pas d'ordinaire à ce qu'on croit vulgairement parce qu'on néglige la proportion d'humidité, de matières azotées et graisses qui y sont contenues. Il est nécessaire d'établir d'une façon exacte les bilans alimentaires et hydrocarbonés.

MM. Louis Rénon et André Jacquelin (de Paris). Dans un cas de diabète maigre, sous l'influence de la carence totale hydrocarbonée, la glycémie diminua, mais oscilla encore entre 3g63 et 5 grammes, l'acétonurie s'abaissa sans disparaître et le seuil de la sécrétion du glycose par le rein s'est rapproché, mais incomplètement, de la glycémie. Ce dernier point est caractéristique du diabète maigre.

Influence des matières minérales sur le métabolisme des hydrates de carbone dans le diabète sucré. — MM. L. Blum et E. Aubel. La teneur du sang en potassium et en sodium reste normale dans les cas de diabète léger. Dans les cas graves, la teneur en sodium est diminuée, la teneur en potassium augmentée. La saturation alcaline de l'organisme, l'ingestion de potassium, de sodium et de calcium à forte dose n'influeront pas le métabolisme des hydrates de carbone.

L'influence du régime sur la glycémie dans le diabète sucré et le diabète pancréatique expérimental. — MM. Schmid et Schwab (de Strasbourg). Il y a lieu de discerner entre les cas légers et les cas graves. Dans le diabète léger sous l'influence d'un régime approprié, la disparition progressive de la glycosurie est accompagnée d'une chute également progressive de la glycémie qui se maintient dans la suite au voisinage d'un taux normal. Dans le diabète grave, on peut observer à la suite d'une cure de jeûne une chute rapide mais éphémère de la glycémie; ce n'est que dans les cas extrêmement graves ou dans le coma qu'on observe malgré le jeûne une progression constante de la glycémie. Les relations entre la glycémie et l'acétonurie semblent plus complexes chez le diabétique que chez le sujet normal : l'ascension de la glycémie est accompagnée parfois d'une régression, parfois d'une augmentation de l'acétonurie.

La sécrétion externe pancréatique dans le diabète sucré. — M. Fash (de Strasbourg). Sur 19 cas de diabète simple, chez lesquels l'examen microsé des selles n'avait pas pu faire soupçonner une lésion pancréatique, 10 cas présentaient une diminution plus ou moins accusée des ferments pancréatiques. Le dosage des ferments a été fait dans le suc duodénal, présentant toutes les propriétés d'un suc duodénal pur. Chez 4 des 10 cas avec diminution des ferments, on a eu l'occasion de faire le contrôle anatomique. Tous les 4 cas présentaient à l'autopsie des lésions nettes du pancréas.

Des 9 cas avec teneur normale des ferments, 1 cas fut autopsié et montra un pancréas macroscopiquement et microscopiquement normal.

Chez 2 cas de diabète pancréatique proprement dit, la diminution globale des ferments était très forte.

Ces recherches montrent, que chez le diabète simple, la réaction externe du pancréas est plus souvent troublée, qu'on ne pouvait le soupçonner jusqu'à présent. Toutefois, il existe conformément aux données physiologiques, aucun rapport entre la gravité du diabète et l'intensité du trouble fonctionnel de la glande.

A propos d'un cas de diabète insipide : le mécanisme de la soif; le rôle physiologique du seuil dans la sécrétion rénale. — MM. L. Ambard et H. Lux (de Strasbourg) ont privé un malade atteint de diabète insipide pendant deux heures et demie de toute boisson et ils ont étudié à l'aide des modifications qui se produisent par suite de cette abstention, dans le sang, le mécanisme de la soif et le rôle physiologique du seuil dans la sécrétion rénale.

La soif est due à l'hypertonicité sanguine; la constitution de cette hypertonicité est due à ce que la diurèse, qui a lieu au cours de l'abstention des boissons, comporte une quantité d'eau qui est excessive par rapport aux sels éliminés.

CONSTIPATION
DERMATOSES
ENTÉRITES
COLITES



Combinaison spéciale
de
Saccharures
et de
Fécules sélectionnées
SANS AUCUN FERMENT

Modificateur biologique du milieu / **Régulateur du fonctionnement** } **intestinal**

Échant. CARTERET
15, rue d'Argenteuil,
PARIS (1er).

Traitement préventif de la MIGRAINE
par les comprimés de **PEPTONAL REMY**
1 à 2 comprimés 1 heure avant les principaux repas (*Peptone inaltérable*)
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS
Société des Laboratoires **DURET & REMY**, 5, Avenue des Tilleuls (rue Lepic), PARIS

CIGARES BARRAL
5fr la boîte Impôt compris
CONTRE L'ASTHME
Se fument facilement et avec plaisir
5fr la boîte Impôt compris
Etablissements FUMOUZE 78, Faubg St Denis PARIS
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LA BIOTHÉRAPIE

3, rue Maublanc — PARIS (XVe) — Tél. : SAXE 05-01

ANTIGÈNE TUBERCULEUX à l'œuf
Diagnostic Sérologique de la Tuberculose par la réaction de fixation.

Pastilles ANTIDYSENTÉRIQUES et Pastilles ANTITYPHIQUES BILIÉES
Comprimés du vaccin préparés contre la Dysentérie, la Typhoïde et les Paratyphoïdes A et B ; s'emploient par la voie buccale et n'occasionnent aucune réaction.

SANOGYL
Savon dentifrice *antispirillaire*. Guérit et prévient les Pyorrhées alvéolaires, Gingivites, Stomatites simples ou mercurielles, le Scorbut, la Gangrène buccale, etc.

SANORAM
Antiseptique puissant ; ne coagule pas l'Albumine et n'altère pas les tissus ; favorise la phagocytose. L'usage de ces comprimés est recommandé en chirurgie générale, traitement des brûlures, toilette des femmes, soins de la bouche.

LITTÉRATURE & RENSEIGNEMENTS SUR DEMANDE

RÉGULATEUR de la CIRCULATION du SANG
DIOSÉINE PRUNIER
HYPOTENSEUR

VIN BRAVAIS
Prescrit depuis 40 ans par les Médecins du Monde entier.
Anémie. Surmenage. Neurasthénie. Grippe. Débilité. Convalescences.

Épilepsie !!!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, à Sceaux.

LABORATOIRES
CHENAL* & DOUILHET
Pharmaciens de 1re Classe
22, Rue de la Sorbonne
PARIS
(Ve)
SORNALDÉHYDE
Dérivés benzyliques en association médicamenteuse
Spécifique remarquable des Affections spasmodiques
Asthme, Coqueluche
Dysménorrhée
Littérature et Echantillon sur demande.

Comme second fait, ils démontrent par leur expérience le rôle physiologique et la mobilité du seuil.

Un cas de diabète infantile familial à marche rapide. — M. LEREBOULLET (de Paris) a suivi avec M. G. Blechmann et Mlle G. Blechmann, une fillette de neuf ans qui fut brusquement atteinte de diabète à forte glycosurie à la suite d'une opération d'appendicite, diabète qui évolua en cinq semaines, vers le coma et la mort.

Sans antécédents héréditaires et notamment sans hérédosyphilis, la malade avait eu un frère mort en neuf mois d'un diabète, survenu au cours d'une rougeole ; chez elle-même on notait, depuis plus de deux ans, des troubles de la santé générale, sans que des examens répétés aient jamais pu révéler la moindre glycosurie. Une crise légère d'appendicite, une opération faite rapidement sous anesthésie au chlorure d'éthyle, l'inanition résultant de la diète pré- et postopératoire, telles sont les causes qui ont déclanché l'apparition et l'évolution du diabète, sans qu'il soit facile de préciser leur influence respective. Ce fait montre, une fois de plus, la gravité du diabète infantile familial, de l'utilité qu'il y avait à pouvoir reconnaître et préciser les caractères de l'état prédiabétique qui paraît, dans de tels cas, préexister au diabète déclaré.

Tolérance et seuil de sécrétion du glucose. — MM. H. CHABANIER, Marg. LEBERT et C. LOBO-ONELL apportent les constatations qu'ils ont faites concernant le mécanisme de la tolérance. Ils ont recherché d'abord si elle n'était pas l'effet d'une modification du *trouble basal* qui constitue le diabète, et pour cela ont recherché ce que devient la *glycémie critique* chez les diabétiques dont la tolérance est augmentée. Ils ont insisté à cette occasion sur la nécessité de se mettre dans des conditions expérimentales aussi constantes que possible pour rechercher le taux critique : notamment, ils insistent sur la nécessité de comparer entre eux les divers sujets, à des *régimes de même teneur en graisses*.

Or, avec ce repère, dont la finesse n'est évidemment que relative, ils ont constaté que le trouble basal ne s'était pas modifié d'une manière sensible chez les sujets devenus plus tolérants.

Par contre, les *rapports du seuil et de la glycémie* se trouvaient être modifiés : au lieu de ne suivre les variations de la glycémie qu'avec un certain retard, le seuil se colle à cette dernière, lui devient en quelque sorte adhérent, suivant toutes ses variations, pouvant même s'élever au-dessus du taux qu'il présentait initialement.

D'après ces constatations, les auteurs admettent qu'il existe un élément rénal important, dans le mécanisme de la tolérance.

(A suivre).

MEYER et SCHMID,
Assistants de la Clinique médicale B
à l'Université de Strasbourg.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1921)

M. le président RICHELOT prononce l'éloge des trois membres de la Compagnie qui ont succombé pendant les vacances, Edmond Périer, Ernest Dupré et François Franck.

M. le Président annonce ensuite trois vacances, l'une dans la section des associés libres, la seconde dans la section d'hygiène et la troisième dans la section d'anatomie et de physiologie.

Sur la rœntgenthérapie des fibromyomes utérins d'après 300 nouvelles observations. — M. BÉCLÈRE apporte 300 nouvelles observations, comme les 400 observations antérieurement présentées au Congrès de Bruxelles (1919), concernent des femmes de tout âge, des tumeurs utérines de tout siège et de toutes dimensions, y compris des fibromes géants. Disparition des métrorragies avec suppression de la fonction menstruelle chez 294 malades encore réglées, régression plus ou moins rapide, plus ou moins accentuée de la tumeur utérine, tels furent les principaux résultats du traitement qui, dans trois cas seulement ne réussit pas à éviter aux malades l'intervention chirurgicale.

Irradiation de tout l'appareil utéro-ovarien et par conséquent des fibromes en totalité, doses modérées, séances hebdomadaires, tels sont les facteurs essentiels de la technique à laquelle M. Béclère demeure fidèle depuis treize ans, tout en ne cessant pas de l'améliorer. Dans les deux tiers des cas, le traitement demanda au maximum douze séances en deux mois et demi et la durée totale des irradiations n'atteignit pas trois heures.

Après l'exposé des faits cliniques, une étude des indications et contre-indications du traitement aboutit à cette conclusion : autrefois, on a pu dire que la rœntgenthérapie des fibromes était indiquée seulement en cas de contre-indication opératoire, aujourd'hui il faut dire, en retournant la formule, que la rœntgenthérapie est contre-indiquée seulement quand un danger menaçant, torsion du pédicule d'un myome sous-séreux, hémorragie grave, complication septique, commande impérieusement l'opération.

En opposition avec la conception allemande qui poursuit seulement la stérilisation ovarienne, M. Béclère démontre l'action primitive et directe des rayons de Rœntgen sur les fibromes ; il défend la conception française qui regarde ce traitement comme un chapitre de la rœntgenthérapie des néoplasmes en général. Au traitement intensif en une seule séance, actuellement adopté dans la plupart des cliniques gynécologiques des Universités allemandes, il préfère comme méthode habituelle, l'emploi des doses modérées et espacées.

A ses yeux, la curiethérapie, si précieuse contre le cancer de l'utérus, demeure dans le traitement des fibromes, une médication plus limitée dans ses indications, plus pénible et même plus dangereuse que la rœntgenthérapie ; c'est une médication de luxe réservée, en raison de la rareté et de la cherté du radium, à quelques privilégiées, dans quelques grandes villes, sans que les très nombreuses malades exclues de ce privilège, aient la moindre raison de le regretter.

Conclusion générale : Dans le traitement des fibromyomes de l'utérus, en dehors des conditions exceptionnelles qui commandent impérieusement l'intervention chirurgicale, la rœntgenthérapie est la médication de choix, la seule qui s'applique à presque tous les cas et donne presque toujours la guérison, sans danger, sans douleur, sans le moindre trouble de la vie et des occupations habituelles.

Protection des enfants du premier âge. — M. Fernand LEDÉ, membre du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge, a communiqué les résultats primaires et principaux de son étude comparative des modes d'élevage et de la mortalité des enfants placés en nourrice pendant les années 1913, 1919 et 1920.

L'année 1919 a été une année de réorganisation des services de la loi Roussel, mais néanmoins il y eut 79.167 enfants confiés à des nourrices mercenaires.

L'effectif de 91.361 enfants en 1920 est encore bien inférieur à celui de 1913, 159.364 enfants.

L'élevage au sein a diminué de 12 p. 100 (18 p. 100 en 1913, 6 p. 100 en 1920) et n'atteint pas 1 p. 100 dans certains départements (Calvados, Ille-et-Vilaine, Seine-Inférieure). Par contre, l'élevage artificiel qui était de 78 p. 100 en 1913 est devenu 90 p. 100 en 1919 et 1920.

Néanmoins, la mortalité générale n'a pas augmenté, 5,03 p. 100 en 1913 et 4,47 p. 100 en 1920 avec augmentation momentanée en 1919, 5.88 p. 100 par suite de l'absence de nombreux médecins inspecteurs encore mobilisés.

Si la mortalité de l'élevage au sein a été de 2,72 p. 100 en 1920, la mortalité de l'élevage artificiel n'a été que de 4,73 p. 100, inférieure à celle observée en 1913 et en 1912.

Sur un total de 329.892 enfants surveillés pendant ces trois années, un groupe de 15.253, représentant 5 p. 100 de cet effectif trisannuel, a subi une mortalité variant de 13,88 p. 100 en 1913 à 12,30 p. 100 en 1920.

Il y a donc un grand écart avec les taux de mortalité énoncés récemment.

Palpation de l'appendice. — M. PRON.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Le carnet des candidats au concours de l'internat est paru il est mis en vente dans nos bureaux au prix de 50 *cent.*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Armand-Delille, Dufour, Roux-Berger, Rudaux, Lœper, Wiart, Michon, Potherat, Michel, Clerc, Baumgartner et Guillemot.

Composition d'anatomie. — Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Muscle sterno-cléido-mastoïdien. »

Questions restées dans l'urne : « Artères sous-clavières. Origine des branches, sans leur description, ni histologie, ni physiologie. »

« Nerf grand hypoglosse depuis son origine réelle jusqu'à la terminaison, sans histologie, ni physiologie. »

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Sainton, Papillon, Sebileau, Faure, Heitz-Boyer, Chevrier et Lenormant.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Symptômes et évolution du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Perles, 16; Maricot, 11; Moutarde, 13; Moussette et Péchin, 9; Peytavain, 14; Petit (René), 15; Mlles Péchenard, 18; Masse, 14; MM. Person, 12; Perrin (Georges), 17; Perrin (René), 15; Perez, 14; Pernon, 12; Paris (Raymond), 18; Mosnier, 9; Marie, 19; Martin, 15; Mlle Martin, 14.

Séance du 15 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'anévrisme de la crosse de l'aorte. »

MM. Mathieu, 14; Marvaud, 16; Perono, 17; Muffang, 13; Marx, 16; Moullard, 12; Mlle Pauc, 19; MM. Outzekhowsky, 13; Parmentier, 18; Pellé, 15; Pépin-Lehalleur, 16; Péron, 10; Penant, 8; Mlle Pau, 16; MM. Metz, 11; Néron, 15.

Anatomie. — Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Nerf médian sans ses racines d'origine. »

MM. Guran et Hadjigeorgiu, 15; Guillemin, 12; Herman, 10; Jourdan, 17; Girard (Paul), 8; Huguenin, 14; Hude, 10; Jeanne, 15; Ganem et Huguet, 16; Giroire, 19; Giaccardo et Gallais (Pierre), 14; Gritty, 12; Grippon, 15; Janvier et Jeantel, 14; Gallois, 16; Mlle Josso, 19.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Cazenave (de Paris), Estève (de Figeac), Françon (d'Aix-les-Bains), Gally (de Carcassonne), Mayet (de Paris), Molard (de Sedan), Moreau dit Marmont (de Paris), Vincent (d'Alger), Cailleret (de Poissy), Laffage (d'Arnay-le-Duc), Mme Salomon Reinach (de Paris), MM. Charnaux (de Vichy), Bailleul (de Pontorson), Legrand (de Paris).

PALMES ACADÉMIQUES. — M. le Dr Bajac (de Pau) est *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs Pouy, médecin inspecteur; Savornin, médecin principal de 2e classe; Toubert, médecin inspecteur général.

Officier d'Académie. — M. le Dr Carayon, médecin-major de 1re classe.

UN HOMMAGE A M. DARIER. — Les élèves et les amis de M. le Dr J. Darier se proposent de lui offrir, au moment où il va quitter l'hôpital Saint-Louis, son buste que M. R. Sabouraud veut bien exécuter, et une médaille gravée par M. Paul Richer.

Les cotisations sont reçues par MM. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe); à partir de 60 francs, elles donnent droit à un exemplaire de la médaille de M. P. Richer.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

POLICES D'ASSURANCES ÉTRANGÈRES

PAIEMENT. COURS LÉGAL ET COURS FORCÉ

Les questions de change préoccupent actuellement tous les esprits. Nous voudrions ici signaler l'une d'elles et indiquer la solution, intéressante pour les Français, que lui a donnée la jurisprudence.

Voici cette question : un étranger, simple particulier ou Compagnie, peut-il être contraint à payer en France *en monnaie d'or* une somme qu'il a promis de payer ainsi, par un contrat intervenu entre lui et un Français? Elle se pose d'une façon spéciale en matière d'assurances; fréquemment des contrats de cette nature ont été passés entre des Français et des Compagnies d'assurances américaines ou suisses. Celles-ci, lorsqu'un paiement en or a été stipulé en France, peuvent-elles prétendre ne payer qu'en billets de la Banque de France?

Cette question conduit à examiner ce qu'il faut entendre par le *cours légal* et le *cours forcé*.

Prenons un cas concret qui facilitera cet examen : un Français a contracté en France, le 21 septembre 1896, avec la Compagnie *La New-York*, compagnie américaine, une assurance sur la vie pour la somme de 40.000 fr. *en or*. Il a été stipulé au contrat que, dans le cas où l'assuré serait en vie le 5 septembre 1916, date d'expiration de la période d'accumulation des bénéfices, après paiement régulier des primes, il aurait droit, suivant option, à divers modes de règlement, notamment à la résiliation de la police en échange de sa valeur en espèces, soit la somme de 40.000 fr., augmentée du montant des bénéfices accumulés, *le tout en or*. Les conditions imposées ayant été réalisées, l'assuré opta pour cette résiliation moyennant le versement de la valeur totale de sa police s'élevant, d'accord entre les parties, à 47.536 fr. 40 au 5 septembre 1916; la Compagnie américaine, invitée à payer cette somme en or dans les termes du contrat, s'y refusa, en invoquant le cas de force majeure, ainsi que les dispositions législatives en vigueur pendant la durée de la guerre, et offrit le paiement en billets de la Banque de France. L'assuré n'ayant pas accepté assigna la Compagnie aux fins d'exécution de ses conventions dans les termes où elles avaient été arrêtées. De son côté, la Compagnie fit offres réelles de 47.536 fr. 40 en billets de la Banque de France et une somme d'argent et billon; ces offres ayant été rejetées par l'assuré, la Compagnie conclut à ce qu'elles fussent déclarées valables et libératoires.

C'est le Tribunal civil de la Seine qui fut saisi de ce procès. Il donna raison à l'assuré français, en condamnant la Compagnie américaine à payer sa dette en or, suivant jugement du 9 juillet 1917, confirmé par arrêt de la Cour d'appel de Paris, du 13 février 1919. La Cour de cassation, saisie du litige par *la New-York*, rejeta par arrêt du 7 juin 1920 le pourvoi que celle-ci avait formé. (D. 1920-1-137). La Compagnie dut payer en or.

Pour se refuser à effectuer son paiement en cette monnaie, la Compagnie avait invoqué tout d'abord le cas de force majeure résultant de l'état de guerre. Cet argument était sans valeur, car la force majeure ne s'entend juridiquement que d'un fait rendant *impossible* l'exécution de l'obligation; il n'y a pas force majeure si l'exécution est devenue simplement plus difficile ou plus onéreuse. Or, comme l'ont fait observer le Tribunal et la Cour d'appel, « cette Compagnie d'assurances américaine avait toute possibilité pour se libérer en or puisqu'elle avait son siège social à New-York, où les espèces métalliques étaient en abondance; bien que, pour ses opérations à réaliser en France et en Algérie, elle fût tenue d'avoir à Paris un siège social, en conformité de l'article 12 de la loi du 17 mars 1905, elle était néanmoins en relations constantes avec les Etats-Unis d'Amérique, où elle possédait des réserves et d'où il lui était facile, en supportant les charges imposées par les circonstances, de se procurer la monnaie d'or nécessaire pour faire ses paiements ».

Ce n'était pas là l'argument important : le litige portait principalement sur la question de savoir si le régime légal en vigueur en France autorisait la Compagnie américaine à apporter une dérogation à ses engagements. A ce point de vue, la Compagnie invoquait les dispositions de la loi du 5 août 1914 qui, reproduisant les dispositions de la loi du 12 août 1870 promulguée dans des circonstances semblables, a institué le cours légal et le cours forcé des billets de la banque de France; il en résultait, disait la Compagnie, que nécessairement les billets de la Banque de France étaient tenus comme l'équivalent des monnaies métalliques; ils devaient être acceptés comme tels et ne pouvaient être refusés. C'était là, ajoutait-elle, une loi d'ordre public et d'intérêt national; elle rentrait, par suite, dans la catégorie des lois visées dans l'article 6 du Code civil, auxquelles on ne pouvait déroger par des conventions particulières. Le contrat d'assurances dont il s'agit étant une convention particulière, il était inopérant et sans effet.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Annuaire général des officiers du service de santé [arrêté au 1er mai 1921] (1).

Cet annuaire comprend, pour tous les grades, les listes d'ancienneté complètes, à jour au 1er mai 1921, l'état civil, la suite des services et l'affectation de tous les officiers du cadre actif du service de santé militaire : médecins, pharmaciens, officiers d'administration. Il donne les mêmes renseignements pour les adjudants-chefs et les adjudants-infirmiers et renferme la liste des élèves de l'école du service de santé militaire.

Le détail des radiations survenues pendant l'année écoulée, la répartition des médecins, pharmaciens et officiers d'administration entre les régions, enfin le tableau d'avancement pour 1921 achèvent de rendre ce document indispensable à tout le personnel du service de santé.

L'Evolution de l'organisme et la maladie (*Pathologie générale évolutive*), par M. KLIPPEL, médecin des hôpitaux de Paris. Un vol. grand in-8 raisin de 480 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

Prophylaxie des maladies transmissibles. Mesures de protection contre les maladies contagieuses, par H. BERTIN-SANS, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, et le Dr M. F. CARRIEU, chef de clinique, chef des travaux pratiques d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. de 254 pages. — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Le traitement actuel de la syphilis, par le docteur E. EMERY, médecin de Saint-Lazare, avec la collaboration du docteur A. MORIN, ancien interne de Saint-Lazare. 1 vol. in-8 de 229 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

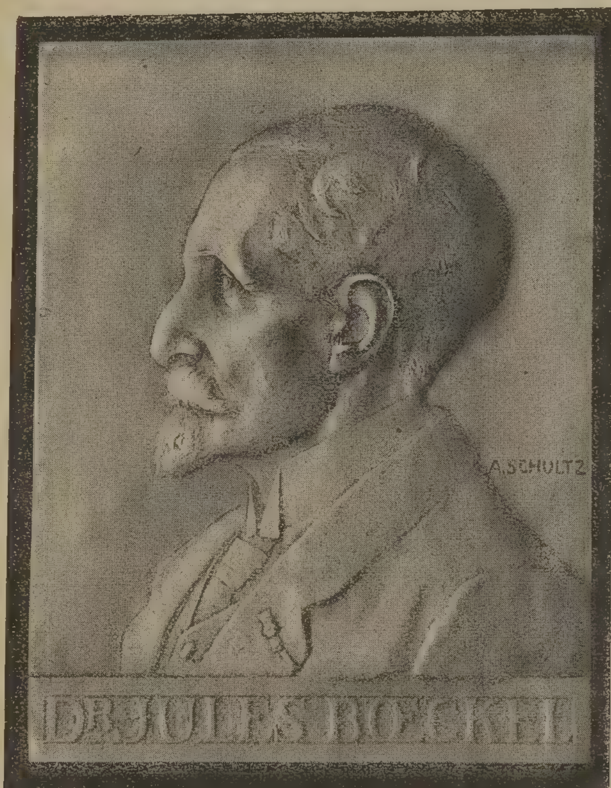
(1) Un vol. in-8 de 350 p. — Prix : 7 fr. 50. — En vente chez les éditeurs militaires Charles Lavauzelle et Cie, Paris et Limoges, et dans toutes les bonnes librairies.

CONGRÈS DE STRASBOURG

XXXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

LA REMISE DE LA MÉDAILLE DU PROFESSEUR JULES BŒCKEL

Nous avons déjà signalé brièvement dans une lettre de Strasbourg (1) la remise d'une plaquette à M. le professeur Jules Bœckel, et nous avons dit combien fut émouvante cette cérémonie. Aujourd'hui, nous sommes heureux de pouvoir donner une physionomie plus exacte de cette inoubliable manifestation. Elle fut particulièrement émouvante, car elle s'adressait non seulement *au grand chirurgien* dont la vie a été entièrement consacrée à la science, mais aussi *au patriote* qui sut maintenir, à Strasbourg, un centre intellectuel français, qui continua, pendant quarante ans, à publier en français, la *Gazette médicale de Strasbourg*. Elle s'adressait encore au



vétéran de 1870 qui reprit l'uniforme français en 1914, et qui eut la joie d'assister, revêtu de la tenue bleu horizon à l'entrée de nos troupes dans Strasbourg libérée.

En remettant à M. Jules Bœckel, la belle plaquette due au sculpteur alsacien Schultz, M. Richelot, vice-président de l'Association française de chirurgie, remplaçant notre vénéré maître M. Le Dentu malheureusement empêché, prononça l'allocution suivante :

« Mon cher ami,

L'Association française de chirurgie, en vous demandant de présider notre XXXe Congrès, a voulu rendre hommage à vos travaux, elle a voulu aussi vous montrer notre affection profonde. Mais la présidence d'un Congrès, c'est bien vite passé. Comment faire pour laisser quelque trace des instants trop courts que nous allons passer auprès de vous, et surtout perpétuer le souvenir de ce que vous avez fait pour nous tous, pour la France? Vous avez souffert, vous avez couru des dangers, vous avez vécu sous une pénible étreinte; mais toujours, présent ou absent, vous étiez au milieu de nous, et votre nom, respecté et chéri, relevait nos courages et nous rendait l'espoir. Couronnée par une si longue et douloureuse épreuve, nulle carrière ne fut plus belle et plus pure que la vôtre.

C'est tout cela que résume cette médaille que nous vous offrons. Ce n'est pas nous seulement, c'est aussi bien des confrères étrangers qui ont apporté leur contribution pour vous l'offrir avec nous. Voilà pourquoi, sans doute, elle est si belle et si lourde; c'est qu'elle est lourde de notre amitié ! »

M. Lentz, chirurgien honoraire des hospices civils de Metz, vient ensuite dire les sentiments de gratitude et d'affection des élèves de M. Bœckel.

« Mon cher Maître, dit-il, au nom de mes collègues, vos anciens internes, je tiens à vous dire combien nous sommes heureux et fiers de cette journée à jamais mémorable dans notre existence; heureux de saluer en notre maître le président de l'Association française de chirurgie dans Strasbourg redevenu français, fiers de nous associer au geste de l'Association qui a bien voulu nous autoriser à collaborer au souvenir qui vient de vous être offert.

Ce souvenir qui dans nos pensées, à nous vos internes,



devait vous être remis en toute intimité à votre vieille salle 105, en 1914, alors qu'un règlement stupide vous forçait à faire vos adieux au service, témoin de vos exploits et de notre activité commune, témoin aussi des splendeurs d'autrefois, où, sous l'égide des gloires les plus pures de la chirurgie française, des Sédillot, des Eugène Bœckel, vous faisiez vos premières armes.

Mais la guerre survient, vous quittez l'Alsace pour endosser votre uniforme d'aide-major, religieusement conservé, et reprendre votre service après une interruption de quarante-quatre ans impatiemment supportée, aux ambulances de Lyon.

Nos regards se tournent vers vous avec fierté, et, le dirai-je, aussi avec envie; car, moins heureux que vous, il nous était impossible de vous suivre.

Vous nous revenez, en 1918, votre képi orné de quatre galons, à la suite de l'entrée triomphale de nos incomparables poilus dans votre ville natale à jamais délivrée de la botte des barbares.

— Dès lors, il n'est plus question de fête intime à la salle 105, loin du regard du Boche, c'est dans le Palais de l'Université où sont réunies les plus grandes gloires de la chirurgie française qu'il nous est donné de nous associer au

Association de la Presse médicale française.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 79, p. 1250.

geste de vos collègues, de fêter notre vénéré maître et de lui dire notre inlassable reconnaissance. »

Puis M. Potherat, président de la Société nationale de chirurgie, se leva.

Il s'adressa d'abord à M. Richelot.

« Monsieur le Président général de l'Association française de chirurgie, mon cher maître,

Permettez au président de la Société nationale de chirurgie de s'associer au solennel hommage que vous rendez présentement à l'un de ses membres, le docteur Jules Bœckel.

Lorsque, en mars 1914, notre collègue dut quitter le service de chirurgie qu'il avait longuement, et avec tant de dévouement, de dignité et d'éclat, occupé en cette ville de Strasbourg, la Société nationale de chirurgie, par un vote enthousiaste et unanime, conféra à ce grand Français d'Alsace son titre le plus élevé, celui de *membre honoraire*. Membre correspondant, puis membre honoraire, toujours notre Société considéra Jules Bœckel comme l'un de nos nationaux. »

Puis, se tournant vers M. Bœckel :

« Mon cher et éminent collègue,

Je suis heureux et fier de pouvoir vous saluer en cette belle cité, où vous êtes né, où vous avez vécu, où vous vous êtes admirablement dévoué, où vous avez souffert, enfin, parce que votre noble cœur est demeuré français, sous la domination étrangère. Rien n'a pu jamais faire fléchir l'affection que vous avez inébranlablement gardée à celle qui demeura toujours pour vous la mère-patrie.

Combien vous l'avez aimée notre douce France. Avec quel admirable dévouement vous l'avez servie durant toute votre carrière ? Et quand fut venu le jour de la brutale agression, conscient du sort qui vous était réservé, vous vous êtes sagement dérobé, et c'est en France que vous vous êtes réfugié, moins pour y chercher un abri que pour apporter à vos compatriotes bien-aimés, à nos glorieux blessés, le secours de votre grande habileté chirurgicale et de votre longue expérience.

L'heure a enfin sonné de l'immanente justice : l'inestimable joyau de Strasbourg a repris sa place dans l'écrin de la France, l'Alsace est redevenue terre française et aujourd'hui nous pouvons ici même, en toute liberté, vous ouvrir nos cœurs, laisser déborder notre reconnaissance et clamer notre admiration pour vous.

Gloire à vous, M. Jules Bœckel, vous honorez grandement notre Société de chirurgie, gloire à vous, grand patriote français d'Alsace, à présent et toujours. »

Après M. Potherat, c'est M. Montprofit (d'Angers) qui, avec son éloquence entraînante et pleine d'une émotion qui s'empare de toute l'assistance, vient apporter au maître vénéré de Strasbourg l'accolade des chirurgiens français.

M. Jules Bœckel prit le dernier la parole. Avec sa grande simplicité habituelle, il remercia ses confrères :

« L'insigne honneur que vous venez de me faire, dit-il, m'émeut au delà de toute expression. J'en éprouve surtout une extrême confusion, car je me demande le mobile qui a bien pu vous inciter à accomplir ce beau geste en ma faveur.

Je ne veux pas tarder à vous en exprimer mes remerciements les plus émus. Mais quelles paroles trouverai-je, mon cher Président, et vous tous Messieurs, pour répondre à celles que vous avez eu la grande amabilité de m'adresser.

Je suis loin d'avoir votre éloquence, mon cher Président. Mon émotion d'ailleurs annihile ma pensée et m'empêche de traduire, comme je le voudrais, les sentiments qui m'animent en ce moment.

Quoiqu'il en soit, une chose est certaine. Vous avez voulu me faire plaisir, Messieurs. Laissez-moi vous dire que vous avez réussi sous tous les rapports, et avec quel succès !

Et pour parler, tout d'abord, de l'exécution matérielle de ce chef-d'œuvre, je voudrais que mes félicitations allassent aux artistes distingués qui en ont été chargés.

Quant à la délicate attention que vous avez eue, de faire graver ces quelques mots, comme signature, sur le revers de cette superbe médaille, elle me va au cœur. J'y attache, croyez-le, un grand prix ; elle me prouve que j'ai, parmi vous, de vrais amis, des collègues charmants, ce que j'étais loin d'ignorer, des élèves d'une fidélité inlassable.

Permettez-moi, maintenant, mes chers Collègues, de vous dire ma pensée, au sujet de l'inscription.

Au *chirurgien* d'abord !

Ayant eu, très jeune, une véritable passion pour la chirurgie — et certainement, je ne suis pas le seul, parmi vous, qui ait éprouvé ce sentiment — je l'ai cultivée avec amour et m'y suis voué corps et âme.

Et si, pendant ma carrière déjà fort longue, j'ai pu faire quelque bien, c'est aux maîtres éminents que j'ai eu le bonheur d'avoir pour guides, pour conseillers, que j'en suis redevable.

J'ai cherché à m'inspirer de leur exemple, à suivre leurs préceptes, à respecter leurs traditions.

Au *patriote* !

Eh ! mon Dieu, il ne m'a pas été difficile de l'être, de le rester et — l'horreur des Boches aidant — d'exalter ce patriotisme, de le prouver surtout, non par de vains discours, de stériles démonstrations, mais par des actes qui ne m'ont semblé que fort naturels.

De cela je n'ai pas le moindre mérite, et tous ces éloges sont superflus.

Au *président du XXXe Congrès français de chirurgie, tenu dans Strasbourg reconquise !*

A juste titre — et je partage votre sentiment, oh ! combien — vous avez voulu glorifier une fois de plus — l'on ne saurait trop s'y reprendre — notre vaillante armée, nos braves poilus, nos chefs incomparables qui leur ont montré le chemin de la victoire ; cette victoire qui nous permet aujourd'hui de tenir le XXXe Congrès français de chirurgie dans Strasbourg reconquise.

Puis, en m'appelant à le présider, vous avez tenu à me témoigner à nouveau votre sympathie, cette sympathie dont, à maintes reprises, vous m'avez donné des gages si éclatants.

Car je n'ai garde d'oublier que toujours vous m'avez traité en frère, que de tout temps, vous m'avez considéré comme un des vôtres.

C'est cette pensée, cette certitude qui, pendant la longue et douloureuse période que nous avons dû subir, m'a soutenu, réconforté, encouragé.

De cela aussi, mes chers amis, je vous garde, depuis fort longtemps, une reconnaissance infinie.

Merci donc, encore une fois, à vous tous, Messieurs, qui m'avez fait le grand honneur de prendre part à cette inoubliable manifestation.

J'en conserverai jusqu'à mon dernier souffle, soyez-en certains, le plus doux, le plus précieux des souvenirs. »

Et ce fut, en vérité, une véritable fête de famille que cet hommage à un grand Français dans la belle Université de Strasbourg !

F. L. S.

XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

COMMUNICATIONS (1)

Sacralisation de la Ve lombaire. — M. Léri. On observe souvent des douleurs coïncidant avec une sacralisation, mais sans que la sacralisation elle-même soit la cause de ces douleurs. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale ne donne aucun résultat.

La syphilis secondaire du cœur. — MM. C. Oddo et Ch. Mattei. La syphilis secondaire du cœur peut revêtir deux formes distinctes :

Une *forme bénigne* dont les troubles du rythme cardiaque sont les seules manifestations et qui peuvent annoncer les lésions graves et définitives du tertiarisme.

Une *forme grave* dans laquelle au cours de certains accidents

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 81, p. 1285.

asystoliques généralement brusques et de cause apparemment inconnue, il faut savoir dépister la syphilis. On peut mourir par le cœur à la période secondaire de la syphilis.

Anatomiquement, la lésion frappe les vaisseaux et le péricarde. Le myocarde peut aussi être frappé.

Les accidents asystoliques graves résistent au traitement toni-cardiaque ordinaire auquel il ne faut pas s'attarder; ils supportent mal la cure arsenobenzolique. Leur traitement de choix paraît être la cure mercurielle énergique par voie veineuse.

Les lois de l'élimination de l'albumine dans la néphrite chronique et les lois de l'élimination des constituants normaux de l'urine en général. — M. A. Hanns. L'albuminurie de la néphrite chronique, quand l'affection a passé à la période torpide et se trouve en dehors de toute poussée aiguë, se comporte comme l'émission d'autres constituants urinaires, tels que le chlorure de sodium, les sels acides, les phosphates, suivant fidèlement toutes les oscillations et soumise aux mêmes lois d'élimination; l'albumine se comporte donc, dans ce cas, comme une substance normale de l'urine et l'on peut parler d'une « fonction d'élimination de l'albumine », analogue aux fonctions d'éiimination des composés urinaires normaux; autrement dit, l'albumine semble être devenue dans la néphrite chronique une *substance normale* de l'urine.

Les lois de l'élimination des substances que l'auteur a étudiées, et celles de l'albumine, sont les mêmes.

L'auteur a étudié les relations qui semblent unir les taux, c'est-à-dire les concentrations de l'urine en ses divers composants, et débit aqueux, c'est-à-dire la quantité d'eau des urines. Il a vu ainsi qu'il existait une loi de « concentration et dilution compensatives » en cas d'oligurie ou de polyurie; une loi à effet inverse tendant à concentrer d'autant plus fortement les urines qu'elles sont plus abondantes, comme si le passage rapide de l'eau dans le rein surexcitait dans certains cas la cellule rénale; un phénomème compensateur dit « phénomène du retard » quand les éléments ont filtré en trop grande quantité. Il semble que tous ces phénomènes soient les manifestations d'une action régularisatoire des débits, que le rein ne peut manifester nettement dans l'existence normale à cause de l'irrégularité des apports, mais qui peut amener, dans des cas exceptionnels, l'uniformisation absolue du débit urinaire d'une substance déterminée.

Variations de l'acide urique dans le sang des goutteux. — M. Finck (de Vittel). L'hyperuricémie est constante dans la goutte; elle est maxima au cours de l'accès. L'usage de préparations à base d'acide phosphorique diminue la fréquence des accès. Par l'usage du colchique au début de l'accès, une poussée habituelle d'hyperuricémie qui caractérise l'accès ne se produit pas. Il en est de même si, au début d'un accès de goutte, on injecte au malade, dans le tissu sous-cutané, de la sérosité de vésicatoire prélevée sur lui-même. Les alcalins favorisent l'apparition d'accès de goutte augmentant l'uricémie.

L'accès de goutte est l'expression, non de la fixation de l'acide urique dans les tissus, mais de sa résorption; donc l'accès de goutte correspond à la défixation de l'acide urique et non à sa fixation.

Etude clinique et expérimentale d'un cas de pasteurellose humaine. — MM. P. Teissier, Gastinel, Reilly et Rivalier ont eu l'occasion d'observer, en mai 1921, un cas de pasteurellose humaine à la Clinique des maladies contagieuses de la Faculté de Paris; troisième cas, semble-t-il, jusqu'ici cliniquement et bactériologiquement défini, les deux premiers ayant été observés à Strasbourg par MM. Debré et Ortscheit.

Dans ces trois cas, la manifestation la plus évidente de l'infection fut une pleurésie purulente avec présence dans le pus, à l'état de pureté, d'un cocco-bacille.

Il s'agit d'un cocco-bacille immobile (non sporulé ni cilié) ne prenant pas le gram, polymorphe, troublant le bouillon en y formant des ondes et plus tardivement un voile, ne liquéfiant pas la gélatine, poussant sur gélose en colonies arrondies et un peu glaireuses, ne cultivant pas sur pommes de terre, subissant l'action lytique de la bile, faisant fermenter certains sucres (glucose et saccharose) produisant de l'indol, pathogène pour la grande majorité des animaux de laboratoire (notamment la souris, le cobaye, le lapin), animaux sur lesquels il agit par sa virulence et non sa toxicité, déterminant selon la voie d'infection des lésions locales ou une septicémie à la façon des agents classés dans le groupe des germes des septicémies hémorragiques; distinct du bacille pesteux malgré quelques ressemblances morphologiques, se rapprochant par contre nettement des germes étudiés par Lignières ou isolés par Debré et Ortscheit.

Les tentatives de vaccination ont donné des résultats différents suivant les animaux. Cette vaccination est facilement réalisable chez le cobaye et le chien, impossible à obtenir par voie sous-cutanée chez le lapin auquel elle paraît cependant susceptible de conférer une immunité, au moins partielle, par voie endoveineuse. Les animaux immunisés possèdent des agglutinines et des sensibilisatrices vis à-vis du germe inoculé. D'autre part, le sérum de ces animaux vaccinés renferme également des anticorps à l'égard de la pasteurellose spontanée du lapin et du choléra des poules. Ces réactions d'immunité croisée achèvent de classer le germe étudié dans la pasteurella.

Contribution à l'étude du typhus exanthématique à propos d'une épidémie parisienne. — M. P. Teissier (de Paris), au cours d'une épidémie parisienne de typhus exanthématique a pu observer à deux reprises (février, mai 1920) à la Clinique des maladies contagieuses de l'hôpital Claude Bernard un certain nombre de malades atteints de formes d'intensité moyenne. L'auteur a pu, au cours d'une analyse clinique attentive, étudier un certain nombre de phénomènes de connaissance ancienne mais objet de désaccord.

Voici sur ces divers points les faits observés :

a. Les modifications subies par les caractères physiques (surtout exagération de pression) chimiques (augmentation de l'albumine) et cytologiques du liquide céphalo-rachidien sont confirmatives de celles que Devaux et Danielopulo ont étudiées. Leur existence dans une maladie où, les symptômes nerveux à réaction méningée sont si importants, même dans les formes bénignes, comporte un intérêt diagnostique et pronostique, car elle témoigne de l'intensité des réactions du virus typhique sur les vaisseaux cérébro-méningés, et, en quelque mesure, thérapeutique, car la ponction lombaire en faisant baisser rapidement la pression appréciée au manomètre de Claude, atténue certains troubles nerveux particulièrement pénibles.

b. L'analyse des urines témoigne de l'existence d'une hypochlorurie des plus marquées (0,60-0,87-0,90 pour des proportions d'urine de 1.800 à 2.000 grammes; 2,3 gr. pour 3 à 4 litres d'urine) précoce et durable apparaissant et disparaissant sans crise, lentement, progressivement en dépit de la brusquerie du début et de la convalescence du typhus exanthématique. Cette hypochlorurie coïncide avec des urines presque normales de quantité ou avec une polyurie marquée, avec une excrétion azotée également normale; elle ne s'accompagne pas d'œdème ni d'augmentation de poids (amaigrissement au contraire marqué des malades).

c. Contrairement aux observations faites au cours de la même épidémie, l'exploration de la région splénique à condition d'être méthodique permet de se rendre compte que la rate est augmentée dans le typhus exanthématique dans les mêmes proportions que dans la fièvre typhoïde.

d. Dans les formes d'intensité moyenne, le typhus exanthématique retentit peu sur le cœur, la tachycardie à 120 ou légèrement plus, remplacée à la convalescence le plus habituellement par la bradycardie, exceptionnellement l'arythmie extra-systolique s'observent. L'auteur n'a pu relever aucune modification du volume du cœur pouvant témoigner d'une insuffisance du muscle cardiaque.

e. La para-agglutination au proteus XI9 dite réaction de Weill-Félix a une valeur diagnostique réelle, il est certain qu'à un moment donné de l'évolution du typhus exanthématique apparaissent dans le sang et les humeurs des anticorps pour le proteus XI9. Toutefois cette réaction est moins absolue, plus inconstante et plus tardive dans les formes bénignes du typhus dont le diagnostic est certainement le plus délicat.

TROISIÈME QUESTION

L'ANTIANAPHYLAXIE (ÉTUDE GÉNÉRALE. PATHOGÉNIE)

Rapporteurs : MM. Fernand WIDAL, Pierre ABRAMI, PASTEUR-VALLERY-RADOT et PÉHU.

MM. Fernand WIDAL, Pierre ABRAMI et Pasteur VALLERY-RADOT. L'étude de l'antianaphylaxie comprend l'examèn des moyens que l'on peut mettre en œuvre pour faire cesser dans l'organisme l'état d'hypersensibilité et pour prévenir ou combattre les accidents de choc. Le problème de l'antianaphylaxie comporte ainsi plusieurs questions qui ne sont pas nécessairement liées les unes aux autres; celle de la désensibilisation, celle de la préservation contre le choc et celle du traitement symptomatique des accidents.

Si la sensibilisation, fondement même de l'anaphylaxie, apparaît comme un phénomène absolument nouveau et encore inexpliqué, les accidents de choc ne semblent plus spéciaux aux organismes sensibilisés. Le choc anaphylactique n'est qu'un exemple particulier d'un processus beaucoup plus général, le processus de choc, auquel Widal, Abrami et Brissaud ont donné le nom de colloïdoclasie.

Les auteurs insistent d'abord sur le fait que les accidents de la séro-anaphylaxie, que l'on peut éviter par l'injection préalable de doses subintrantes du sérum dilué, ne représentent qu'un exemple d'anaphylaxie artificielle tel qu'en réalise l'expérimentateur. Ce n'est ni par la voie parentérale, ni avec cette brutalité que se fait l'anaphylaxie humaine spontanée que le médecin seul est appelé à connaître et à traiter. C'est par la muqueuse digestive ou par la muqueuse respiratoire que pénètrent en nous, à dose parfois infinitésimale, les innombrables substances avec lesquelles nous met en contact le jeu même de la vie, et dont l'action, longtemps répétée, arrive parfois à ne nous sensibiliser qu'après des années.

Lorsqu'il s'agit d'accidents d'anaphylaxie digestive, la *préservation contre le choc* peut être souvent réalisée par l'ingestion préalable d'une petite quantité de l'aliment nocif ou, d'autres fois, d'une substance hétérogène banale, la peptone.

L'antianaphylaxie non spécifique peut être réalisée aussi dans certains cas par des cristalloïdes, tels que le carbonate de soude ou le chlorure de sodium.

La préservation immédiate contre le choc n'est pas le seul but du médecin; l'essentiel pour lui serait de désensibiliser l'organisme. On peut souvent obtenir cette *désensibilisation* par l'administration répétée de petites doses de la substance nocive. Par un procédé analogue, on obtient parfois pareille désensibilisation dans les accidents qui relèvent de l'anaphylaxie respiratoire par un agent facile à découvrir, comme certains rhumes des foins polléniques ou certains asthmes d'origine équine.

A côté de cette désensibilisation spécifique, on a recours, dans bien des cas, à l'emploi de substances non spécifiques, en particulier à la peptone administrée par voie buccale. Lorsque la voie digestive échoue, on doit tenter la désensibilisation par voie sous-cutanée à l'aide de sang total, d'autosérum, de peptone, de lait ou de protéine microbienne.

La désensibilisation sera réalisée parfois, non plus lentement et progressivement, mais par la création, de propos délibéré, d'un choc brutal, méthode qui comporte les risques inhérents à tout état de choc consécutif aux injections intraveineuses.

Il y a lieu de faire, enfin, une place aux *médications symptomatiques* destinées à lutter contre les troubles parfois très graves qui résultent de la répercussion du choc sur les appareils nerveux et la pression artérielle. L'adrénaline, le sulfate d'atropine ou certains extraits hypophysaires peuvent donner des résultats remarquables dans les chocs anaphylactiques.

Toutes ces thérapeutiques ont, à l'heure actuelle, des succès remarquables. Toutes ont aussi leurs échecs. En présence d'un cas d'anaphylaxie, le médecin ne sait jamais à l'avance quel sera le résultat de la thérapeutique qu'il met en œuvre. Il faut s'armer de patience, essayer successivement les divers procédés qui sont à notre disposition, en se souvenant des succès inespérés qu'ont donné parfois certains d'entre eux dans des cas qui, jusqu'alors, avaient défié toutes les tentatives.

L'idée que l'on peut se faire du mode d'action de la skeptophylaxie et de la désensibilisation dépend nécessairement de la conception que l'on a et du mécanisme du choc et de celui de la sensibilisation anaphylactique.

Longtemps l'anaphylaxie fut considérée comme une forme particulière d'intoxication. En 1913, Widal et Brissaud, se basant sur une série de faits tirés de l'observation clinique, montrent que les phénomènes de choc n'ont aucun des caractères des phénomènes toxiques, qu'ils relèvent, non pas d'un processus chimique, mais d'un processus physique jusqu'alors méconnu et que tout porte à penser qu'il s'agit d'une brusque altération de l'équilibre des colloïdes plasmatiques. Tout oppose, en effet, les phénomènes toxiques et les phénomènes de choc : leur étiologie, leurs symptômes, leurs lésions, leur évolution. La crise hémoclasique elle-même ne peut s'expliquer par un processus chimique; c'est le témoin direct du brusque changement survenu dans l'état physique du milieu plasmatique. Depuis que l'on sait que la skeptophylaxie n'a nul besoin, pour être efficace, d'être spécifique et qu'on peut prévenir un choc avec des substances complètement différentes de l'antigène, toute explication chimique du phénomène apparaît plus impossible encore.

Le processus physique dont le choc est l'expression, Widal, Abrami et Brissaud l'ont défini d'un mot qui, tout en soulignant la nature du phénomène, ne préjuge en rien de son mécanisme intime : la colloïdoclasie, c'est-à-dire la rupture de l'équilibre physique des colloïdes de l'organisme.

Au cours du bouleversement colloïdal qui constitue la colloïdoclasie doivent nécessairement survenir des troubles de l'équilibre micellaire. Mais ces troubles quels sont-ils? Nul ne peut le dire puisqu'ils n'ont pu être jusqu'ici constatés. La floculation incriminée par MM. Kopaczewski et Lumière est une question qui doit rester encore en suspens, cette floculation n'ayant jamais été constatée dans le sang des animaux en état de choc. Le seul point sur lequel l'accord semble unanime, c'est le sens du processus qui régit les phénomènes de choc. Il s'agit certainement d'un déséquilibre colloïdal. Le terme de colloïdoclasie offre précisément cet avantage à la fois de marquer la nature exacte du phénomène en cause et de ne rien préjuger de son mécanisme encore inconnu.

C'est encore dans le domaine des actions physiques qu'il faut chercher l'explication des phénomènes de skeptophylaxie. La préservation que confère l'ingestion préalable tient vraisemblablement à ce que celle-ci détermine un choc atténué auquel ferait suite un état d'immunité temporaire. De nombreux faits viennent à l'appui de cette conception.

Le mécanisme des accidents anaphylactiques est si complexe, les troubles présentés par les sujets qui en souffrent sont si variables, la sensibilisation s'opère de façons si diverses que l'efficacité des différents procédés d'antianaphylaxie varie suivant les organismes auxquels s'adresse le clinicien.

Il est aisé de comprendre que, pour s'opposer à un mécanisme pathogénique aussi complexe, les méthodes de l'antianaphylaxie ne peuvent prétendre à la rigueur et à l'uniformité d'une thérapeutique spécifique comme la sérothérapie. On comprend également que, même là où elles réussissent, on ne peut jamais être assuré que la guérison qu'elles confèrent soit définitive.

Dans ce domaine à peine défriché de l'anaphylaxie, où tout a été, dès l'origine, inattendu, où la vérité n'apparaît jamais que par fragments et où les faits observés n'apportent pas encore de solutions complètes, l'heure n'est pas aux interprétations systématiques. Il faut se borner à recueillir les faits, à prendre des aperçus, sans vouloir à tout prix fournir d'explications simplistes. C'est beaucoup d'avoir à enregistrer déjà tant de résultats acquis pour le traitement d'états pathologiques dont l'intérêt en médecine va sans cesse grandissant, et de savoir de quel côté doivent s'orienter les recherches.

M. PÉHU (de Lyon). Avant que d'étudier les procédés et moyens antianaphylactiques, il faut essayer de donner une définition de l'anaphylaxie elle-même. En opérant une synthèse des enseignements fournis par les expérimentations et la clinique humaine, on peut admettre que le substratum des états anaphylactiques doit être cherché dans la sensibilisation ou l'hypersensibilité de l'organisme, que ces dernières soient acquises ou congénitales : ce qui conduit à accepter dans le cadre de l'anaphylaxie des formes diverses d'idiosyncrasie. Mais il faudra rejeter de ce cadre ou n'y admettre

que sous réserves, le choc vasculo-sanguin observé à la suit de l'inoculation de substances telles que métaux colloïdaux ou arsenobenzènes.

I. On appellera antianaphylaxie l'ensemble des procédés thérapeutiques ayant pour but de fournir ou de combattre l'état de sensibilisation ou d'hypersensibilité de l'organisme caractérisant l'anaphylaxie.

II. Le terme d'antianaphylaxie a été créé par M. Besredka (1907). Les premiers travaux d'Otto (1906) puis de Rosenau et Anderson avaient ouvert la voie aux recherches de Besredka. Mais seul, ce dernier a établi scientifiquement, par l'expérimentation, que pour combattre l'état anaphylactique, il faut pratiquer des vaccinations répétées avec des doses minimes fractionnées (méthode des injections subintrantes) : par ces procédés, on réinocule dans l'organisme, soit la substance sensibilisatrice elle-même (antigène) soit une substance de composition très voisine. La vaccination au moyen d'un antigène différent de l'antigène sensibilisateur ne permet d'obtenir qu'une protection éphémère et incomplète. Ces deux groupes de moyens (vaccination spécifique ou aspécifique) permettent de réaliser l'antianaphylaxie active. D'autre part, certains auteurs, notamment M. de Waele ont proposé d'utiliser le plasma sanguin d'un animal sensibilisé par et pour un sérum. Introduit dans l'organisme humain, ce plasma sert à obtenir l'antianaphylaxie, c'est-à-dire l'immunisation passive.

Enfin, un certain nombre de substances ont été employées expérimentalement dans le but d'éviter ou de combattre une des manifestations de l'état anaphylactique : le choc vasculo-sanguin, colloïdoclasique.

III. En clinique humaine l'antianaphylaxie doit être appliquée dans les états caractérisés par l'hypersensibilité ou la sensibilisation de l'organisme. Mais pratiquement nous ne possédons aucun signe certain permettant d'affirmer chez un sujet, sans réserves, la permanence d'un état anaphylactique. Seule la « crise » anaphylactique est dénonciatrice. Les recherches de M. Widal lui ont assigné toute sa portée nosographique. Le choc hémo ou colloïdoclasique, latent ou extériorisé, révèle une perturbation humorale et cellulaire. Sa traduction clinique est variable : crise d'asthme, urticaire, dermatoses diverses, etc., syndromes ou affections autonomes qui, en général, comportent l'apparition, inopinée, de manifestations paroxystiques, explosives, éphémères.

IV. Envisagées d'un point de vue pharmacodynamique, les méthodes antianaphylactiques reposent sur des bases différentes. Il faut les séparer en plusieurs classes suivant le but qu'elles se proposent.

a. Théoriquement, il serait logique d'empêcher l'introduction ou la réintroduction dans l'organisme, de la substance sensibilisante. Mais pratiquement et pour des raisons diverses, il est souvent très difficile de réaliser cette indication.

b. En faisant subir à la substance perturbatrice des modifications physico-chimiques on parvient, dans certains cas, à supprimer son influence nocive vis-à-vis de l'organisme.

c. Beaucoup plus rationnelle et en même temps plus efficace est la méthode de désensibilisation permettant de réaccoutumer progressivement le patient aux effets de l'antigène lui-même : procédé de Besredka par inoculations « subintrantes » de doses d'abord minimes, puis progressivement plus importantes. Par ce moyen, on réalise une antianaphylaxie proprement spécifique, durable. Dans ce groupe peuvent être rangées les méthodes d'injections au patient de son propre sang ou du sérum qui en est extrait (autohémo- ou autosérothérapie). Parfois, on tente d'obtenir la désensibilisation par une substance protéique dont les effets se rapprochent beaucoup de ceux de divers antigènes : la peptone, que celle-ci soit administrée par voie intraveineuse ou par voie stomacale.

d. Une autre classe de moyens antianaphylactiques réunit les substances permettant d'éviter ou d'atténuer les conséquences du choc anaphylactique : ces moyens sont destinés à combattre la floculation des micelles colloïdales, survenant lors du choc. Ces substances sont d'ailleurs multiples : leur mécanisme d'action est très dissemblable, encore incomplètement connu.

e. Dans l'énumération des procédés antianaphylactiques, la « colloïdoclasothérapie » ne doit figurer qu'à un titre secondaire : car, d'une part, l'intervention de l'élément anaphylaxie dans les maladies infectieuses n'est pas rigoureusement démontrée, et, d'autre part, au cours de ces maladies la provocation voulue, préméditée, d'un choc vasculo-sanguin, n'a, suivant toutes probabilités, qu'un rôle destructeur « lytique » des bactéries ; c'est de la « clasothérapie » et non point de la vaccination. D'ailleurs, on ne saurait encore, à l'heure actuelle, préconiser l'emploi large de cette méthode, car elle amène des résultats inconstants en même temps qu'elle est susceptible d'exposer à des dangers.

V. Les applications cliniques de l'antianaphylaxie sont déjà très nombreuses. La plus connue est l'antianaphylaxie sérique, mais son étude ne comporte pas des conclusions définitives, car, d'une part, le champ de l'anaphylaxie sérique n'est pas nettement limité, d'autre part, on ne retrouve pas dans la littérature médicale des notions systématiquement réunies sur les résultats obtenus par les cliniciens. De nouvelles recherches sont encore nécessaires.

A côté de l'antianaphylaxie sérique, il faut étudier : l'antianaphylaxie hydatique, l'antianaphylaxie digestive principalement dans les hypersensibilités à certains aliments, tels que les œufs, le lait, et d'autres substances dont le rôle est parfois insoupçonné — les méthodes antianaphylactiques dans certaines manifestations respiratoires, les rhinotrachéobronchites spasmodiques, le rhume des foins, l'asthme — l'antianaphylaxie dans certaines affections cutanées.

Par contre, il n'est pas encore établi rigoureusement que l'épilepsie, l'éclampsie, la migraine constituent des états notoirement anaphylactiques. Les mêmes remarques s'appliquent à quelques formes d'intolérance médicamenteuse, aux maladies infectieuses ou chroniques.

VI. Bien que, parfois, les résultats obtenus par les méthodes antianaphylactiques soient brillants et suggestifs, néanmoins, on n'est pas autorisé à affirmer que, dans l'organisme désensibilisé, la modification heureuse sera définitivement acquise. L'observation clinique montre, en effet, que la protection n'est souvent qu'éphémère, et qu'on ne réalise point, à coup sûr, l'immunité dans le sens où l'indiquent les biologistes lorsqu'ils l'envisagent sur le terrain des maladies infectieuses.

VII. En manière de conclusion, l'auteur rappelle que si, expérimentalement, les notions sur l'antianaphylaxie sont actuellement solides, il n'en va pas de même en pathologie humaine, car, chez l'homme, des facteurs interviennent contre lesquels l'action du thérapeute demeure impuissante : si les acquisitions réalisées dans les laboratoires permettent de construire des schémas, la pathologie n'y conduit pas avec une égale facilité. Nous sommes en droit de réclamer des études nouvelles qui doivent tendre à nous révéler l'essence profonde de l'anaphylaxie, les moyens infaillibles de la reconnaître, puis de la combattre pour qu'elle soit définitivement supprimée.

Les grandes lignes tracées par les belles recherches de Portier, Richet, Arthus, F. Widal ne sont pas encore immuablement arrêtées.

Discussion.

M. Rénon (de Paris). Dans leurs remarquables rapports, MM. Widal et ses collaborateurs ont parlé de la floculation dans leur action physique de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie.

Je me permets de demander à M. Widal ce qu'il pense de l'injection des substances insolubles, comme le sulfate de baryte employé dans les expériences de M. Auguste Lumière.

M. Widal. L'action désensibilisatrice des injections préalables de sulfate de baryte bien que la substance ne soit pas soluble doit être également expliquée par un changement physique de l'équilibre colloïdal.

M. Bouché (de Bruxelles) souligne la phase nouvelle dans laquelle entre l'étude du choc dont le choc anaphylactique n'est qu'un cas particulier. Il expose les faits d'observation du choc sérique léger, des faits expérimentaux et cliniques qui mettent en évidence l'action d'un mécanisme physique inconnu aux phénomènes du choc et constitué par l'excitation des sympathiques locaux. Il montre l'utilité de cette conception sur la thérapeutique du choc, sur celle de la préservation du choc et sur la désensibilisation.

M. Henrijean (de Liége). Les communications si intéressantes de M. Widal et ses élèves nous montrent que la science médicale entre dans une phase nouvelle d'une importance singulière. Elles nous montrent que l'étude des colloïdes encore fort incomplète est insuffisante toutefois pour qu'on puisse, des connaissances établies, tirer des déductions capitales au point de vue de la biologie et de la thérapeutique. Il faut tenir compte de la spécificité des colloïdes (comparable à celle des alcaloïdes dans une certaine mesure) et des réactions spécifiques de ces corps les uns sur les autres. Les propriétés physico-chimiques spéciales des colloïdes, si on peut les modifier par des colloïdes à réaction chimique peu marquée pénétrant jusqu'à eux, peuvent aussi résister à des agents chimiques à réactions fortes parce que ceux-ci n'arrivent pas jusqu'à eux.

M. Feissly (de Lausanne). L'opinion émise par M. Widal sur l'activité « physique » des poudres minérales injectée dans le sang pourrait être interprétée à mon sens par leur effet thromboplastique qui produit en somme un déséquilibre des colloïdes du plasma. En effet, on obtient chez l'homme, par l'injection intraveineuse d'émulsion lipoïdique, des phénomènes de choc très accentués suivis d'une phase de diminution de la coagulabilité sanguine qui paraît être produite par une réaction stabilisante, une sécrétion d'antithrombine par exemple.

On sait, d'après les expériences de Bordet, que la fonction qui permet la formation de thrombine active, s'établit dans les conditions suivantes : action cytozymique et action de contact.

Or, on admet en général que le plasma sanguin contient toujours un peu de cytozyme en solution, au reste l'infection intraveineuse de substances minérales pourrait suffire à provoquer sa mise en liberté.

Nous nous trouvons donc en présence de tous les facteurs nécessaires de la production de la thrombine. On sait, d'après les expériences de Davis, que l'organisme réagit violemment à tout excès de cette substance par une production exagérée d'antithrombine, ce qu'on constate par une diminution de la coagulabilité.

Ceci paraît démontrer le rôle physico-chimique important qu'exercent les précipités minéraux injectés dans l'organisme par voie intraveineuse; il y aurait lieu d'établir aussi le rôle non moins important que doivent jouer les phénomènes d'insolubilisation partielle et temporaire du fibrinogène dans la pathogénie des accidents anaphylactiques.

Nouvelles recherches sur le pouvoir antianaphylactique des eaux thermo-minérales de Royat et de La Bourboule. — MM. G. Billard, Ferreyrolles et A. Mougeot. Après avoir démontré le pouvoir antianaphylactique in vivo des eaux de Royat employées en injections quotidiennes pendant vingt et un jours entre la préparante et la déchaînante, les auteurs ont vérifié leur pouvoir in vitro par mélange avec l'antigène. L'addition des eaux des sources Eugénie et Saint-Mart de Royat, Choussy de La Bourboule à l'antigène protège contre les chocs protéotoxiques et anaphylactiques. Ces chocs peuvent être ensuite rappelés par l'injection tardive de bleu de méthylène. Il s'agit donc d'immunisation temporaire de l'organisme et non de modifications profondes apportées par les électrolytes de l'eau minérale aux propriétés physico-chimiques et biologiques de l'antigène.

Antianaphylaxie expérimentale par des solutions salines. Action des eaux de Vichy. — MM. Fernand Arloing (de Lyon) et P. Vauthey (de Vichy). De nombreuses expériences faites sur le cobaye, il ressort que l'eau de Vichy Hôpital et l'eau de Vichy Grande Grille injectée sous la peau du cobaye est capable d'atténuer ou de supprimer un choc anaphylactique sérique déchaîné par injection intracranienne. Vingt injections quotidiennes de 3 centimètres cubes à 4 centimètres cubes d'eau semblent indispensables pour obtenir la désensibilisation. L'eau de la Grande Grille injectée dès l'émergence ou dans les 24 heures est plus préventive que l'eau de l'Hôpital. L'action désensibilisatrice est moindre avec des eaux vieillies qu'avec les eaux utilisées dès l'émergence. Après une baisse immédiate, le pouvoir antianaphylactique des eaux reste sensiblement le même dans un délai de vieillissement de 8 jours à 2 mois et demi.

Les effets désensibilisateurs existent avec leur maximum d'intensité chez l'animal traité pendant les 24 heures qui suivent les dernières injections d'eau. Le sang des animaux désensibilisés par l'eau injecté dans le péritoine ne confère pas d'antianaphylaxie passive.

L'action désensibilisante des eaux de Vichy est due à des phénomènes d'ordre physique s'opposant à la floculation du choc colloïdal par modification de la viscosité sanguine en particulier, mais leurs effets sont plus énergiques et autres sous certains rapports que ceux d'une simple solution de bicarbonate de soude à 5 p. 1000.

M. Mathieu (de Brides-les-bains), à l'occasion de la communication de MM. Arloing et Vauthey, fait remarquer que l'action antianaphylactique des eaux minérales est non douteuse. Son interprétation doit être cherchée dans l'action colloïdoclasante des solutions salines que sont les eaux minérales : le choc hémoclasique provoqué par l'ingestion d'eau minérale agit comme empêchant du grand choc anaphylactique.

C'est du moins ce qui semble ressortir des expériences personnelles sur l'action des eaux de Brides en injections sous-cutanées ou intraveineuses et en ingestion.

Les phénomènes d'ordre anaphylactique dans l'épilepsie. — M. Ph. Pagniez (de Paris). On a voulu faire de la crise épileptique un phénomène d'anaphylaxie pure, superposable au choc anaphylactique expérimental. Cette conception a été surtout défendue dans ces dernières années en Italie. Elle paraît absolument inacceptable, et M. Pagniez montre avec chiffres à l'appui qu'il n'existe immédiatement après la crise comitiale ni chute de la pression, ni leucopénie, ni inversion de la formule leucocytaire, ni disparition ou même diminution importante du nombre des plaquettes sanguines. La crise comitiale manquant de tous ces caractères ne peut être considérée comme étant elle-même un choc anaphylactique.

En réalité, ce n'est pas au moment de la crise, mais longtemps avant elle que l'on peut saisir chez le comitial l'existence de phénomènes vasculo-sanguins importants. Chez certains sujets, ces phénomènes sont particulièrement accusés; on peut chez eux constater l'existence de crises hémoclasiques violentes commandées par l'ingestion d'aliments nocifs et suivies de crises épileptiques. C'est seulement dans des faits de ce genre qu'on peut parler d'anaphylaxie dans l'épilepsie et ils paraissent exceptionnels.

M. Bouché (de Bruxelles), confirme les observations présentées par M. Pagniez concernant l'impossibilité d'identifier les phénomènes observés au moment de la crise avec ceux d'un choc. En réalité, l'anaphylaxie n'intervient qu'occasionnellement en épilepsie comme un mode de choc. La crise est rendue possible par la suractivité cérébrale due à la phase autonome du choc.

Recherches sur l'antianaphylaxie par skeptophylaxie non spécifique. — MM. Jacques Parisot et P. Simonin (de Nancy), étudiant le rôle de la skeptophylaxie *non spécifique* (*skeptophylaxie croisée*) dans l'antianaphylaxie, les auteurs utilisant des substances de nature protéique, ont fait porter leurs expériences sur le cobaye, puis sur le lapin, en prenant comme test l'inscription graphique de la pression artérielle.

Ils concluent d'expériences répétées avec des produits très variés que la mise en état de skeptophylaxie par une substance quelconque d'un animal anaphylactisé ne suffit pas toujours et quelle que soit cette substance à le protéger contre l'action choquante de l'injection déchaînante. La nature de la substance n'est pas seule à intervenir; il y a lieu de tenir compte de l'espèce animale sur laquelle on opère chaque espèce ayant, en matière de colloïdoclasie, sa sensibilité et ses réactions propres, et les résultats obtenus n'étant valables que dans les conditions envisagées.

Colloïdes, cristalloïdes et antianaphylaxies. (A propos du choc colloïdoclasique des arsenobenzènes. Autohématothérapie arsenobenzolée. — M. Gastou (de Paris). L'action physico-chimique d'intolérance des injections intraveineuses de novarsenobenzènes, tend à la suite des travaux du prof. Widal et de ses élèves à prévaloir sur l'action toxogénique.

En 1912, dans le laboratoire du praticien, au sujet des col-

loïdes et cristalloïdes, j'ai défini le sérum sanguin : une suspension colloïdale protéique dans une solution cristalloïde électrolytique.

J'ajoutais après avoir étudié à l'ultramicroscope le sang et les cellules de l'organisme « que l'intégrité organique, la vie et la santé, résultent d'un état mécanique ou dynamique d'équilibre normal, entre les suspensions colloïdales qui constituent les cellules du sang et des organes et les solutions cristalloïdiques électrolytiques dont elle sont entourées ».

Le déséquilibre colloïdo-cristalloïque qui résulte du choc brusque de l'injection intraveineuse des novarsenobenzènes faite en solution concentrée et trop rapidement entraîne le choc colloïdoclasique. Des examens intramicroscopiques du sang faits avant, pendant et après les injections de novarsenobenzènes, m'ont amené à l'utilisation de l'autohematothérapie arsenobenzolées, consistant à injecter au malade son propre sang total mélangé dans la seringue à la solution arsenobenzolée, dans la seringue à injection, sans avoir à retirer l'aiguille de la veine. Cette méthode m'a semblé prévenir les réactions violentes de choc tels que la crise nitritoïde et l'apoplexie séreuse.

Action curative de transfusions de sang dans un cas d'hémophilie avec hémorragie grave post-opératoire. — M. E. Joltrain (de Paris) rapporte l'histoire d'un enfant de onze ans qui fut pris d'hémorragie à la suite de végétations adénoïdes. Il s'agissait d'un hémophile dont la coagulabilité du sang était considérablement retardée. Aucun des procédés employés les premiers jours : tamponnement, injection de sérum de cheval, sérum de Dufour, d'hémostyl, n'avait réussi. Seule l'injection sous-cutanée de 20 centimètres d'eau peptonée à 5 p. 100 avait amené un arrêt momentané de l'écoulement mais malgré l'injection répétée de peptone les jours suivants l'hémorragie avait reparu. L'anémie était extrême (1.000.000 de globules rouges) et l'état désespéré. L'auteur pratiqua une transfusion du sang dans le double but d'arrêter l'hémorragie et de provoquer l'hypercoagulabilité du sang. Malgré le rôle anticoagulant du citrate de soude il n'hésita pas à recueillir dans une solution citratée à 1 p. 1000, 250 centimètres cubes du sang du père, persuadé que cette dose minima serait insuffisante à agir sur les ions calcium de la masse totale du sang du récepteur. Non seulement cette transfusion modifia rapidement l'état général en amenant la réapparition du pouls, de la connaissance et une légère coloration de la peau, mais encore elle provoqua, environ 20 minutes après avoir été pratiquée, un arrêt complet de l'hémorragie et une hypercoagulabilité manifeste. Une dizaine de jours après la coagulabilité se montra de nouveau retardée et une hémorragie légère survint. Une nouvelle transfusion de 100 centimètres cubes du sang du père provoqua rapidement les mêmes effets que la première fois.

Il est intéressant de noter que les transfusions ont agi de la même manière en provoquant un véritable choc hémoclasique caractérisé par un abaissement de la pression artérielle, des leucocytes, et de l'indice réfractométrique du sérum en même temps que se montraient les phénomènes cliniques habituels : frissons, élévation de température, tendance aux nausées, bâillements, somnolence, etc. L'hypercoagulabilité, facteur primordial dans la thérapeutique de ce cas, ne paraissait qu'une manifestation de la colloïdoclasie consécutive à la transfusion.

M. Feissly (de Lausanne) à l'occasion de la communication de M. Joltrain, rappelle qu'il a fait une série d'expériences sur l'action de la médication dite coagulante. L'injection intramusculaire de peptone ou des autres albuminoïdes comme le lait produisent une accélération de la coagulabilité chez la plupart des maladies hémorragipares et chez l'homme normal; il n'est que chez les hémophiles que les résultats obtenus paraissent être moins accusés. La transfusion de sang citraté constitue au contraire une méthode parfaite pour augmenter la coagulabilité du sang chez les sujets atteints d'hémophilie.

Mensuration de la coagulabilité du sang. — M. Feissly (de Lausanne), après un exposé du côté théorique de la question, l'auteur présente un appareil pour la mensuration de la coagulabilité du sang, qui est constitué d'après le principe de celui de Belak en possédant plusieurs modifications heureuses. L'auteur fait la démonstration de nombreuses courbes faites dans différents états maladifs du sang à l'aide de son appareil.

La pratique de la cure solaire sur la Riviera chez les pulmonaires et les malades de la nutrition. — MM. Gallot et Coubard (de Menton).

Sur la perméabilité de l'intestin pour l'antitoxine diphtérique dans le choléra infantile. — MM. Rohmer et René Lévy ont étudié la perméabilité pathologique de l'épithélium intestinal qu'on a quelquefois rencontrée dans le choléra infantile, en faisant boire à des nourrissons atteints de cette affection 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique dilué dans de la solution physiologique et en dosant l'antitoxine du sang avant et après l'ingestion. Sur 18 cas de choléra, ils ont trouvé 15 fois une augmentation du titre de l'antitoxine. Chez trois nourrissons souffrant de troubles digestifs graves d'une autre nature, les résultats furent négatifs.

Ceci confirme donc que la perméabilité pathologique de la barrière intestinale est, dans le choléra infantile, particulièrement fréquente et accentuée.

Cependant trois cas de choléra furent négatifs; par contre, ils rencontrèrent une perméabilité pathologique au même degré dans d'autres affections, même bénignes, de nourrissons qui n'avaient jamais présenté de symptômes toxiques.

Ils rejettent donc les hypothèses de certaines écoles pédiatriques, d'après lesquelles la perméabilité pathologique de l'intestin serait la base de l'état toxique du cholére infantile. Il y a là d'après eux, plutôt deux états coordonnés qui se retrouvent le plus souvent ensemble dans le choléra infantile, mais sans que l'un en soit subordonné à l'autre. La perméabilité pathologique de l'épithélium intestinal n'explique pas les phénomènes toxiques du choléra infantile.

Quelques considérations sur le choix du vaccin et sur la méthode à employer dans l'immunisation active contre la diphtérie. — MM. Rohmer et André Zilhardt. A la clinique infantile de Strasbourg on est arrivé à pratiquer l'immunisation active contre la diphtérie d'après les principes suivants :

1. On donne deux injections, séparées par un intervalle de dix jours.

2. On se sert d'un mélange de toxine et d'antitoxine sous-neutralisé et choisit les doses de façon à rester exactement à la limite de la réaction générale (fièvre, engorgements ganglionnaires, etc.).

3. L'âge de choix pour l'immunisation est celui de cinq mois à deux ans. Pour un vaccin faiblement sous-neutralisé, la dose qui convient à cet âge doit renfermer un excédent de toxine libre équivalent au quart de dose mortelle pour le cobaye.

4. Après deux ans, il est indispensable de tenir compte de l'extrême différence de sensibilité que l'on rencontre chez les différents sujets, et qui varie entre 1/2 et 1/200e de la dose sus-indiquée.

Si l'on veut donner la dose optima, il faut déterminer la sensibilité individuelle de chaque cas par des injections probatoires avec un excédent croissant de toxine libre; il nous semble dangereux d'indiquer une dose déterminée comme étant uniformément applicable à tous les sujets.

Séquelles de l'encéphalite aiguë chez les enfants. — M. Comby (de Paris). L'*épilepsie* de jeune âge est souvent le reliquat d'une encéphalite aiguë. Si elle est congénitale, on pensera à la syphilis.

L'épilepsie acquise s'est rencontrée 10 fois sur 48 cas, 8 fois s'est montrée une *excitation cérébrale* caractérisée par une agitation perpétuelle; elle peut guérir. Des *états vésaniques* sous forme d'anomalies psychiques et même la démence précoce peuvent être la suite d'une encéphalite; alors *des troubles de la motilité* tels que paralysies spasmodiques, myoclonies, syndrome de Little, etc.; dans 4 cas, la rigidité spasmodique était associée à l'athétose des membres supérieurs. Dans 2 cas, on a observé l'hydrocéphalie, dans 2 cas la cécité par atrophie du nerf optique.

(*A suivre*).

MEYER et SCHMID,
Assistants de la Clinique médicale B
à l'Université de Strasbourg.

CONGRÈS DE MÉDECINE FRANCO-POLONAIS DE VARSOVIE (1)

AUTOUR DU CONGRÈS

Paris, le 28 septembre 1921.

Il serait ridicule et présomptueux de vouloir, après un voyage de quinze jours et un contact fugitif avec un peuple dont je ne parle même pas la langue, apporter sur la Pologne autre chose qu'une impression qui fera peut-être sourire les gens bien informés mais qui a pour elle d'être sincère.

Que n'avais-je pas lu et entendu sur la Pologne depuis la fin de la guerre? Sans parler de ceux qui ne se consolent pas de sa résurrection et qui parlent cyniquement de son prochain partage, combien de nos compatriotes ne se font-ils pas les propagateurs irréfléchis de bruits fâcheux sur ce pays. Quelqu'un, qui se croyait évidemment fort renseigné, me disait, il y a quelques mois : « Comment, docteur, vous voulez aller en Pologne, mais vous ne savez pas ce que vous risquez! » Que n'a-t-on pas répété devant moi sur ses discordes dans le passé, sur ses divisions politiques actuelles, sur son incapacité à se gouverner elle-même, sur la légèreté et la nonchalance de ses habitants? N'oublions pas, du reste, que ceux qui, à travers le monde, proclament ces arguments pour dénier aux Polonais le droit à l'indépendance, nous représentaient nous-mêmes, il y a quelques années comme une nation dégénérée, frivole et corrompue, abrutie d'alcoolisme, déchirée par les factions et mûre pour la servitude.

En tous cas, ce que nous avons vu en Pologne ne rappelle en rien le sombre tableau que certains se plaisent à en tracer. Nous avons trouvé là-bas un ordre parfait, des villes bien tenues, des trains qui circulent chargés de voyageurs paisibles, des campagnes bien cultivées, des paysans partout au travail, des cheminées d'usines qui fument, et à Zakopane des touristes qui villégiaturaient tranquillement et profitaient du beau temps pour se livrer à l'alpinisme. Le téléphone fonctionne comme nous désespérons de le voir jamais fonctionner chez nous; les lettres, jetées dans n'importe quelle boîte, parviennent en France en trois ou quatre jours et les télégrammes en vingt-quatre heures à peine. La Pologne a réalisé ce que nous osons à peine rêver : l'interdiction de la vente du vin et de l'alcool le samedi et le dimanche, jours où l'oisiveté prédispose à l'ivrognerie. On nous a laissés libres de circuler à notre fantaisie; aussi ne pouvons-nous penser qu'on ait préparé, en Pologne, à l'usage des congressistes français, une de ces figurations que les fonctionnaires de la grande Catherine savaient si bien disposer pour tromper leur souveraine quand elle visitait ses Etats, et que les successeurs actuels des tsars, également amoureux de la tradition et des idées nouvelles, servent, dit-on, à certains des privilégiés admis à fouler le sol de leur merveilleuse République.

De ce que la Pologne n'est pas plongée dans l'anarchie, il ne faut pourtant pas conclure qu'elle soit exempte des malaises et des soucis qui accablent aujourd'hui la plupart des nations européennes. Pour elle, la guerre n'a pris fin qu'il y a moins d'un an; ses frontières ne sont pas partout délimitées; ajoutez à cela l'inexpérience politique de la jeune République, surgie, tout animée des tendances et des aspirations les plus modernes, d'un état social archaïque et presque féodal; la nécessité de rassembler les trois tronçons du territoire devenus forcément un peu différents par une séparation de cent cinquante ans, et enfin la perturbation économique entraînée par la dépréciation inouïe du mark polonais. Le nombre extraordinaire de gens en haillons que l'on rencontre dans les villes, à Varsovie notamment, semble prouver que la misère est grande dans le peuple; mais, comme en France ce sont surtout les classes moyennes qui sont cruellement éprouvées et pour qui l'existence devient souvent un angoissant problème, tandis que de nouveaux riches édifient des fortunes sur le malheur public et que trop de gens cherchent à tirer leurs ressources de la spéculation plutôt que du travail.

Mais la Pologne possède des richesses naturelles considérables, sa natalité est énorme, elle a donné des preuves étonnantes de vitalité; elle est animée d'un patriotisme ardent, elle est joyeuse d'être enfin libre. Il n'est donc permis à personne de dire qu'elle est incapable de vaincre les difficultés présentes, et il nous semble peu généreux de la part de certaines nations fortes et prospères, qui, hier encore, prétendaient lutter pour le droit et la liberté des peuples, de lui en refuser dédaigneusement les moyens.

Ce sont là des questions qui regardent les hommes d'état et les diplomates ; mais quelle que soit leur conduite actuelle ou future envers la Pologne, la nôtre, en tant que médecins et intellectuels français, ne peut prêter à aucune hésitation. Au point de vue de la culture, les Polonais se réclament de la tradition latine qui est la nôtre ; trop longtemps étouffés par la lourde machine germano-russe, ils revendiquent pour la patrie de Copernic, la place qu'elle occupait, grâce à son effort personnel, grâce aux ressources de son propre génie, parmi les nations les plus savantes de l'univers. Lorsqu'en 1573, une ambassade extraordinaire vint en France, offrir à Henri de Valois, la couronne de Pologne, les Parisiens ne furent pas seulement frappés de la magnificence déployée par les envoyés étrangers et par leur grand air de dignité. « Ce qu'on remarqua le plus, dit le président de Thou, ce fut leur facilité à s'énoncer en français, en latin et en italien ; ces trois langues leur étaient aussi familières que la langue même de leur pays. Il ne se trouva à la cour que deux hommes de condition qui pussent leur répondre en latin, le baron de Milhau et le marquis de Castelnau-Maurissière; ils avaient été mandés spécialement pour soutenir, en ce point, l'honneur de la noblesse française qui rougit de son ignorance. Les Polonais parlaient notre langue avec tant de pureté qu'on les eût plutôt pris pour des hommes élevés sur les bords de la Seine ou de la Loire que pour des habitants des contrées qu'arrosent la Vistule et le Dnieper, ce qui fit grande honte à nos courtisans qui ne savent rien et qui sont ennemis déclarés de ce qu'on appelle science ». Depuis le XVIe siècle, à ce point de vue, la Pologne n'a pas changé; on parle français à Varsovie, à Cracovie, à Poznan, partout où nous sommes allés, avec la même pureté que les ambassadeurs dépeints par le président de Thou; partout, on lit les livres français et mieux encore, il existe, ainsi que nous avons pu le constater, répandues à profusion, pour ceux qui comprennent insuffisamment notre langue, des traductions de nos meilleurs écrivains.

Nous n'avons donc aucune peine à l'heure présente pour faire pénétrer nos idées en Pologne. Depuis longtemps l'effort a été fait par les Polonais eux-mêmes et entretenu, pendant les années d'oppression, par ceux qui s'étaient réfugiés chez nous et qui restaient en relations constantes avec leurs compatriotes demeurés sur le sol natal. Actuellement la Pologne est libre, elle peut, sans être obligée de se cacher, se laisser aller à la sympathie qui l'entraîne vers notre littérature, notre philosophie et notre science ; mais un obstacle nouveau vient de surgir pour contrarier le courant qui porte l'un vers l'autre nos deux peuples. Les conditions du change interdisent, à peu près complètement aux Polonais, d'acquérir nos livres qui, pour nous-mêmes, atteignent déjà un prix élevé; elles les empêchent de voyager en France, comme ils aimaient tant à le faire jadis ; elles ferment à leurs étudiants les portes de nos universités et de nos écoles.

Nous comptons bien que cet état de choses ne durera pas; mais, présentement, c'est à nous de veiller à ce qu'un mur ne s'élève pas entre la France et la Pologne. Je me permets de faire un appel pressant à tous nos confrères; qu'ils envoient aux Universités polonaises tout ce qu'ils pourront de leurs exemplaires d'auteurs des livres nouveaux, et des tirages à part de leurs articles ; nous comptons aussi que nos éditeurs ne se désintéresseront pas de la question et que nos principaux journaux et nos revues parviendront, grâce à eux, largement en Pologne. Ce ne sont pas seulement des ouvrages médicaux qu'on demande ; tous les livres français, quels qu'ils soient, sont les bienvenus là-bas et notamment les livres de classe que les enfants polonais sont heureux d'avoir entre les mains. La Société des amis de la Pologne se charge de les faire parvenir et de les distribuer là où on les réclame.

En ce moment, les Allemands font tout ce qu'ils peuvent pour attirer dans leur orbite les travailleurs intellectuels de l'Europe orientale et inondent de leurs publications les uni-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 75, p. 1196; n° 77, p. 1225, et n° 78, p. 1234.

versités des peuples nouvellement libérés. A nous de nous défendre et, en Pologne, nous n'avons qu'à rester sur les positions acquises. Tous les Polonais, les gens cultivés comme les gens du peuple, ils nous l'ont dit ou nous l'ont fait sentir, n'oublient pas que la libération de leur patrie tant en 1918 qu'en 1920 a été surtout l'œuvre de la France et que la France reste leur plus sûre amie. Quoiqu'il arrive, il n'est pas indifférent qu'il existe dans l'Est de l'Europe un foyer où fleurissent les mêmes idées et les mêmes tendances que chez nous. La Pologne doit être ce pays : nourrie des mêmes traditions, parlant notre langue comme la sienne, imprégnée de notre pensée, elle contribuera à propager parmi les peuples les idées qui nous sont chères et qui importent au repos de l'humanité : la tolérance et le respect d'autrui. M. Babinski rappelait à Varsovie que jamais un bûcher n'a été allumé sur le sol de la Pologne et il est dans la nature du Polonais, comme dans celle du Français, de comprendre que personne n'a le droit de porter atteinte à l'indépendance d'un peuple, si faible soit-il, et de l'empêcher de parler sa langue maternelle.

Les mêmes circonstances qui empêchent les Polonais de venir actuellement en France, facilitent au contraire aux Français les voyages en Pologne. Je ne saurais trop conseiller à mes compatriotes, et particulièrement aux jeunes, plus libres et souvent aussi plus curieux, d'y aller, de visiter les villes, les universités, de pousser comme nous jusqu'au Tatra et jusqu'aux limites de l'Ukraine. Nous sommes certains qu'ils seront reçus partout avec sympathie, qu'ils seront, comme nous, séduits par la vivacité d'esprit des hommes, par l'élégance et l'intelligence des femmes, de ces Polonaises à la fois si gracieuses et si braves qui, de génération en génération, ont transmis à leurs enfants l'amour de la liberté, et dont la constance a usé les forces de la tyrannie.

Enfin il est pour nous une dernière obligation à remplir. Notre gouvernement a aidé la Pologne matériellement et diplomatiquement; nous lui devons aussi un appui moral. Les historiens français n'ont jamais hésité à proclamer que le partage de la Pologne avait été un acte inique, déshonorant pour ceux qui l'avaient accompli et pour l'Europe qui l'avait laissé faire. Il y a pourtant actuellement des gens pour écrire, en Allemagne et ailleurs, que la Pologne n'est pas viable et qu'il faut envisager un nouveau partage. Il est de notre devoir de répéter partout et aussi souvent qu'il sera possible, par nos journaux, par nos livres, par nos conversations, que si l'injustice de 1772 se renouvelait, ce n'est pas seulement l'Europe, mais tout le monde civilisé qui serait déshonoré. Aux cerveaux obstinément fermés aux conceptions modernes du droit, opposons notre propagande et la supériorité de notre valeur morale.

Ceux qui se sont rendus au Congrès franco-polonais de 1921 ne failliront pas à cette tâche. Je suis certain que ceux de nos compatriotes qui iront, comme nous, apprendre à connaître les Polonais chez eux, viendront joindre leur voix à la nôtre.

A. LEMIERRE.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, COMPLICATIONS ET DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE [1]

Convalescence. — Elle commence quand la température atteint 37 degrés. Elle est très longue. L'appétit devient impérieux ; le malade grandit s'il n'a pas terminé sa croissance ; des vergetures se produisent sur le ventre, les cheveux tombent abondamment. La mémoire est affaiblie et on note de la débilité intellectuelle.

Les *rechutes* peuvent survenir, fréquentes. Après établissement de la convalescence, à 37 degrés, il y a réapparition des signes typhoïdiques.

Ces rechutes sont spontanées ou provoquées par une faute d'hygiène.

L'allure est plus bénigne, une poussée éruptive se produit. La guérison est rapide.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 70, p. 1279.

Les *récidives* sont très rares.

FORMES CLINIQUES. — **I. D'après l'évolution.** — 1. *Typhus lévissimus.* — C'est une fièvre typhoïde *abortive* ; l'évolution générale de la maladie est la même que dans la typhoïde normale. Mais la période d'état est écourtée. Malgré sa bénignité apparente, les complications sont possibles, surtout intestinales. Les rechutes sont fréquentes.

2. *Typhus ambulatoire.* — Le malade peut rester debout, marcher, vaquer à ses affaires. Le début est insensible et progressif. Le pouls s'accélère, les taches rosées, la rate est grosse. La fièvre est très peu marquée.

Les malades se sentent fatigués, brisés, mais continuent à travailler.

La typhoïde ambulatoire est grave, parce que le malade ne prend aucune précaution, continue à manger, dissémine les germes et peut être atteint de complications très graves.

3. *Formes ataxo-adynamiques.* — Les symptômes nerveux prédominent.

L'*adynamie* se caractérise par l'hébétude de la face, la prostration des forces, la petitesse du pouls, la fétidité des selles, la fuliginosité des lèvres, la fréquence des escarres.

L'*ataxie* se marque par du délire, des soubresauts, de la carphologie, des convulsions, de l'agitation excessive.

L'ataxie et l'adynamie sont le plus souvent réunies et constituent la forme ataxo-adynamique avec élévation de la température à 41 degrés, parésie cardiaque, hypostase pulmonaire. Le pronostic est très grave.

4. *Forme septicémique.* — Les symptômes ne sont pas caractéristiques : fièvre élevée à grandes oscillations, abcès multiples.

5. *Forme foudroyante.* — La température est rapidement considérable. Les symptômes nerveux sont intenses. La mort survient en quelques jours, soit avec un délire excessif, soit par collapsus cardiaque.

6 *Formes prolongées.* — La fièvre se prolonge de soixante-dix à quatre-vingt-dix jours. La résolution se fait mal avec un stade amphibole prolongé,

D'autres fois, la fièvre typhoïde est à *recrudescences* avec une série d'exacerbations sans complications véritables.

II. D'après la prédominance d'un symptôme. — 1. *Forme bilieuse.* — C'est l'embarras gastrique fébrile ; les symptômes digestifs prédominent ici : état saburral, bouche amère et pâteuse, nausées, vomissements, subictère. L'évolution est normale.

2. *Forme à début appendiculaire,* ou pseudo-appendicite typhique. — Le début est brusque, marqué par douleur abdominale vive, surtout dans la fosse iliaque droite. Au bout de quelques jours, les symptômes typhiques se précisent.

3. *Forme hémorragique.* — C'est la forme putride hémorragique. La température est élevée, la prostration accusée, les hémorragies multiples : muqueuses, viscérales, cutanées; pétéchies abondantes, épistaxis, hémorragies gingivales, hémorragies séreuses, intestinales, rénales, utérines, pulmonaires, méningées. Elles se produisent dès le début ou à la période d'état. Le pronostic est fatal, la mort survenant par hémorragies répétées, par collapsus cardiaque.

4. *Pneumo-typhus.* — Ce sont les pneumonies qui marquent le début de la fièvre typhoïde et dont les symptômes sont prédominants; trois formes cliniques :

a. Les symptômes typhiques sont d'abord à l'arrière-plan, effacés par le processus pulmonaire, puis ils prennent le premier plan.

b. Les symptômes de typhoïde et de pneumonie coexistent au même plan.

c. La pneumonie est et reste le symptôme dominant. Il s'agirait là d'un accident pneumonique vrai, pour les uns; et, pour les autres, la pneumonie ne serait qu'une maladie surajoutée.

5. *Pleuro-typhus* (Talamon et Lecorché). — Pleurésie initiale, masquant l'évolution de la fièvre typhoïde au début.

6. On peut aussi admettre, de la même façon :

Des broncho-typhoïde (bronchite violente initiale),
arthro-typhoïde (poussée rhumatismale),
cérébro-typhoïde (délire prédominant),
laryngo-typhoïde (laryngite), etc. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ ΠΕΠΙΝ

N° 83. — SAMEDI 22 OCT. 1921. 94e ANNÉE. SAMEDI 22 OCT. 1921. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition de pathologie interne.* — Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique. »

Questions restées dans l'urne : « Néphrite scarlatineuse. » « Symptômes, diagnostic et traitement des péricardites aiguës avec épanchement. »

Composition de pathologie externe. — Séance du 19 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des infections péri-utérines d'origine puerpérale. »

Questions restées dans l'urne : « Hernie crurale étranglée. » « Luxation antéro-interne récente de l'épaule. »

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Les muscles du pharynx et leur physiologie. »

Séance du 14 octobre. — MM. Reinhold, 27; Bertrand, 22; Gaume, 24; Thalheimer, 23; Lemarié, 27.

Séance du 17 octobre. — MM. Michon, 28; Huet et Ecot, 26; Peltier, 25; Brouet, 24.

Liste des admissibles aux épreuves définitives :

MM. Brouet, Ecot, Gaume, Huet, Lemarié, Michon, Peltier, Reinhold.

— PRIX FILLIOUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bourgeois, Grivot et Moulonguet qui acceptent; Jeanselme et Grégoire, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des pyélonéphrites aiguës. »

MM. Mustacesco, 18; Mariani (Pierre), 17; Paris (P.), 16; Simon (Victor), 14; Sufrin, 15; Wachtel, 14; Vuillimée, 16; Vaché (Pierre), 13; Vadon, 18.

Anatomie. — Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Surface articulaire et ligaments de l'articulation de l'épaule. »

MM. Gallais (Georges), 13; Héraud, 15; Jarrin, 5; Mlle Iliesco, 15; MM. Gouyen, 16; Grasset et Gay (P.), 13; Gay (Georges), 17; Guéret, 18; Mlle Glotz, 16; MM. Gibard, 15; Guineneuc, 17; Gourdon, 18; Jossinet, 16; Gérodias et Gaulier, 15; Jouannot, 16; Gauch, 12; Germain, 17; Guérin, 19.

Séance du 18 octobre. — Question donnée : Configuration extérieure et rapports du foie. »

MM. Garnier et Joffrion, 14; Godel, 13 1/2; Geay, 15; Glaive, 12; Garand et Gendarme de Bevotte, 10; Goldberg, 16; Guillon, 17; Bernard (Louis), 12; Bascou, 11; Auperin, 17; Mlle Abricossoff, 15; Barreau, 9; Baron, 17; Bouisset, 16; Blanchard, 15; Bourgeois (Claude), 10; Bompart, 19.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — PRIX DÉCERNÉS. — L'Académie des sciences a décerné pour 1921 les prix suivants :

Anatomie et zoologie. — PRIX DA-GAMA-MACHADO. — Le prix de 1.200 fr. est décerné à M. Jean Verne, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, pour ses études des divers pigments qui se trouvent dans les téguments des crustacés décapodes.

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Un prix de 2.500 fr. est décerné à M. Emile Roubaud, de l'institut Pasteur, pour ses travaux relatifs au paludisme en France.

Un prix de 2.500 fr. est décerné à MM. Sieur, médecin-inspecteur général de l'armée, et Mercier, professeur à l'école de médecine de Tours, pour leur mémoire : *Le service de santé du groupe d'armée Fayolle en 1918.*

Un prix de 2.500 fr. est décerné à M. Edouard Bourdelle, professeur d'anatomie à l'École nationale vétérinaire d'Alfort, pour son ouvrage : *Anatomie régionale des animaux domestiques.*

Une mention honorable de 1.500 fr. est attribuée à M. Edouard Antoine, interne des hôpitaux.

Une mention honorable de 1.500 fr. est attribuée à M. Marc Rubinstein, attaché au Val-de-Grâce, pour son *Traité pratique de sérologie et de sérodiagnostic.*

Une mention honorable de 1.500 fr. est attribuée à M. Arthur Vernes, directeur de l'institut prophylactique de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Atlas de syphilimétrie.*

Des citations sont accordées à MM. Pierre Ménard, Fer-

nand Masmonteil, interne des hôpitaux; Jacques Carles, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, et Henri Velu, chef du laboratoire de recherches du service de l'élevage du Maroc.

Un encouragement de 1.000 fr. est accordé à Mlle A. Forget, dite Barria, directrice de l'œuvre « la Rééducation de la parole ».

Prix Barbier (2.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Ernest Sacquépée, professeur au Val-de-Grâce, pour ses travaux sur la gangrène gazeuse.

Prix Bréant. — Un prix de 5.000 francs est décerné à MM. Ed. Dujardin-Beaumetz, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, et Ed. Joltrain, pour leur mémoire intitulé : *Histoire d'une épidémie de peste parisienne.*

Prix Godard (1.000 fr.). — Le prix est décerné à MM. A. Chalier, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon, et Xavier Delore, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Prix Bellion. — Un prix de 700 fr. est décerné à M. Ginestous, ophtalmologiste de l'hôpital de Bordeaux, pour son ouvrage intitulé : *Traité pratique d'hygiène oculaire.* — Un prix de 700 fr. est décerné à M. Georges Rosenthal, pour ses travaux sur la trachéo-fistulisation.

Prix du baron Larrey (750 fr.). — Le prix est décerné à M. Georges Ferry, aide-major au parc aéronautique n° 6, pour ses travaux sur le syndrome « mal des aviateurs » et sur l'aptitude à l'aviation.

Prix Argut (1.200 fr.). — Le prix est décerné à M. Foveau de Courmelles, pour ses travaux sur les rayons X et le radium en gynécologie.

Physiologie. — Prix Montyon (750 fr.). — Le prix est décerné à M. Henri Piéron, directeur du laboratoire de psycho-physiologie de la Sorbonne, pour ses études sur les réflexes et le tonus musculaire.

Prix Lallemand (1.800 fr.). — Le prix est décerné à MM. Georges Guillain, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Alexandre Barré, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour leur ouvrage : *Travaux neurologiques de guerre.*

Prix Philippeaux (900 fr.). — Le prix est décerné à M. Edouard Grynfeltt, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, pour ses travaux sur l'histologie et l'embryologie de l'œil des vertébrés.

Fonds de recherches scientifiques. — Fonds Charles Bouchard (5.000 fr.). — L'annuité est attribuée à M. Maxime Ménard, radiologiste de l'hôpital Cochin, en récompense de ses travaux de radiographie.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne).

Un poste de médecin adjoint sera vacant à partir du 1er janvier 1922 à la clinique départementale d'Esquermes (Nord).

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX. — Conférences préparatoires internat et adjuvat des asiles, début : fin octobre. — S'inscrire auprès du Dr Brousseau, chef de clinique adjoint, asile Sainte-Anne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1920-1921

Doctorat d'Etat. — 1. Tarbouriech. — A propos du diagnostic des abcès sous-phréniques (deux observations).

2. Treuvey. — A propos d'un cas de rupture tubaire avec hématocèle latéro-utérine.

3. Amat. — Schéma d'un radiostéréographe automatique.

4. Cohen-Boulakia. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la paroi abdominale.

5. Laurens. — De la rupture sans arcs des circuits oscillants.

6. Clergue. — Traitement des scolioses par la méthode du professeur Estor (méthode d'Abbott modifiée).

7. Casabianca. — Le traitement abortif de la syphilis, ses bases cliniques et thérapeutiques, sa valeur, ses difficultés.

8. Codaccionni. — Une épidémie de peste à Marseille en août-septembre-octobre 1919.

9. Debbasche. — Contribution à l'étude des infections métro-salpingiennes aiguës dans les cancers du col utérin au début.

10. Orsini. — Contribution à l'étude des fibromes du cordon spermatique.

11. Augier. — L'équinisme. Complications des blessures des parties molles de la jambe. Son traitement.

12. Esnault. — Des tumeurs gazeuses du cou, trachéocèle-laryngocèle.

13. Coyaud. — Contribution à l'étude des dégénérescences calcaires des fibromes de l'utérus.

14. Soulagne. — La désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied chez l'adulte.

15. Morel. — Contribution à l'étude de l'agglutination du col utérin.

16. Torelli. — A propos de deux cas d'exstrophie de la vessie avec survie prolongée considérable sans opération.

17. Amaladassou. — Essai de traitement de la fièvre typhoïde par homœothérapie bactérienne (vaccinothérapie).

18. Manhaviale. — Arthropathies hérédosyphilitiques chez l'enfant (étude d'une observation).

19. Carrière. — Quelques formes cliniques peu fréquentes de la dracunculose.

20. Coulomb. — La protection de la maternité et de l'enfance en vue de la repopulation.

21. Novella. — Bossuet et les sciences médicales. Le traité de la connaissance de Dieu et de soi-même envisagé au point de vue anatomique et physiologique.

22. Couritas. — Contribution à l'étude clinique de l'encéphalite épidémique.

23. Rougon. — Les cicatrices adhérentes de la région abdominale et les éventrations. Leur traitement par les autoplasties myo-aponévrotiques.

24. Rosemberg. — Contribution à l'étude des néphrites de guerre.

25. Dijol. — Contribution à l'étude clinique des néphrites chroniques.

26. Jumelin. — Les avortements à Marseille. Etude médico-sociale sur la dépopulation et l'avortement.

27. Amblard. — Cancer latent des côlons (deux observations).

28. Pibre. — De l'intervention systématique dans l'appendicite aiguë (d'après une série de cinquante observations).

29. Escande. — Le forage de la prostate (méthode de Luys).

30. Achilli. — Tuberculose pulmonaire et déclaration obligatoire.

31. Ferreri. — Syphilis nerveuse et traumatismes cranio-rachidiens (huit observations).

32. Roman. — Quelques considérations sur les altérations thyroïdiennes concomitantes avec le cancer du sein.

33. Noell. — Contribution à l'étude des dermatites externes professionnelles de cause chimique. Une dermatite causée par le mazout.

34. Lemonnier. — Perforation intestinale et péritonite par propagation au cours des fièvres paratyphoïdes.

35. Mével. — Du diagnostic de la symphyse péricardique dans l'enfance. Difficultés et causes d'erreur de la clinique. Valeur de la radiologie.

36. Charrier. — La péricolite membraneuse de Jackson.

37. Acquaviva. — L'éventration postopératoire. Ses causes ; sa prophylaxie ; son traitement.

38. Borrot. — Quelques considérations sur les pseudarthroses, en particulier sur leur diagnostic et sur leur traitement par la suture osseuse.

39. Giraud. — Nouvelles recherches sur la tension du liquide céphalo-rachidien. *(A suivre.)*



CONGRÈS DE STRASBOURG

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

XXIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

PREMIÈRE SÉANCE

DE L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE URINAIRE

MM. M. CHEVASSU et RATHERY, rapporteurs.

Les anesthésiques généraux, volatils, s'éliminent essentiellement par la voie pulmonaire; le rein ne joue qu'un rôle accessoire dans leur élimination.

Il s'ensuit que l'existence d'une lésion rénale diminuant la perméabilité du rein ne risquerait guère d'accroître les dangers d'une anesthésie générale, si nous ne savions que l'imperméabilité rénale a des retentissements fâcheux sur l'ensemble de l'organisme, et le place dans des conditions médiocres de résistance à l'intoxication anesthésique.

Bien qu'ils ne servent qu'accessoirement à l'élimination des anesthésiques généraux, les reins contiennent, pendant l'anesthésie, comme tous les éléments de l'organisme anesthésié, une quantité appréciable d'anesthésique. L'imprégnation du parenchyme rénal par l'anesthésique détermine des altérations du rein, qui varient beaucoup selon l'agent anesthésique et les doses administrées.

De tous les anesthésiques généraux couramment employés, le chloroforme est de beaucoup celui qui détermine les plus profondes altérations rénales; ces altérations sont moindres après action de l'éther; elles semblent minimes avec le chlorure d'éthyle à faible dose et le protoxyde d'azote. L'action de ces deux derniers anesthésiques sur le parenchyme rénal mérite de nouvelles études.

Les altérations rénales provoquées par les moins innocents des anesthésiques généraux peuvent aboutir à de véritables néphrites aiguës post-opératoires. La part exacte de l'anesthésique dans ces altérations n'est pas facile à dissocier de la part à attribuer aux autres facteurs fâcheux de la période opératoire : diète, purge, émotion, shok, hémorragie, infection, etc., et de celle qui revient à l'action des anesthésiques sur le reste de l'organisme.

Le chloroforme est à la fois le plus maniable et le moins anodin des anesthésiques généraux. Il ne convient pas aux hypotendus, et pas davantage aux « rénaux ». Plus que tous il expose à la menace de la syncope primitive. Aucun n'a à son actif une aussi longue théorie d'accidents tardifs.

L'éther est moins toxique pour les reins que le chloroforme. Il est habituellement hypertenseur et paraît moins dangereux chez les affaiblis que le chloroforme. Les méfaits pulmonaires qu'on lui a reprochés jadis semblent avoir beaucoup diminué depuis l'emploi des appareils type Ombrédanne. On ne peut cependant pas le recommander chez les congestifs pulmonaires, ni chez les tuberculeux, qui sont si nombreux parmi nos urinaires.

Le chlorure d'éthyle donné à très faible dose (3 centimètres cubes) paraît sans toxicité. La brève anesthésie qu'il réalise suffit à beaucoup d'opérations de la sphère urinaire; elle est en particulier précieuse pour la prostatectomie. Nous sommes mal renseignés encore sur la toxicité des anesthésies prolongées au chlorure d'éthyle.

Le protoxyde d'azote semble avoir sur les parenchymes une action minime. Fortement hypertenseur, il ne convient pas aux hypertendus. Particulièrement agréable pour les opérés, il est peut-être moins innocent que ne le laissent entendre ses défenseurs. Il est en tous cas dangereux lorsqu'il est impur, ce qui paraît assez fréquent et n'est pas très facile à vérifier. Il est impressionnant de constater qu'en Amérique, où on a une grande expérience du protoxyde d'azote, beaucoup de ceux qui l'avaient utilisé d'abord l'ont par la suite abandonné. L'étude de ses indications chez les urinaires mérite d'être poursuivie.

L'administration des anesthésiques généraux par d'autres voies que la voie pulmonaire n'a pas, jusqu'à présent, fait la preuve de sa supériorité; elle a déjà, par contre, provoqué d'assez nombreux accidents.

L'adjonction aux anesthésiques de stupéfiants ou d'excitants (morphine, chloral, scopolamine, adrénaline, caféine, spartéine, atropine, etc.), destinés soit à diminuer la dose d'anesthésique employé, soit à atténuer les appréhensions pré-opératoires ou les douleurs post-opératoires soit surtout à rendre le sujet plus résistant à l'action toxique de l'anesthésique, mériterait d'être étudiée plus qu'elle ne l'a été jusqu'ici.

Les analgésies partielles, qui localisent autant que possible l'action anesthésique au territoire à opérer, ont l'inconvénient commun de faire de l'opéré le spectateur de son opération. Cet inconvénient est d'ailleurs très variable selon les sujets et selon les cas.

Les analgésies partielles ont en principe pour but d'éviter les accidents d'intoxication générale que provoquent ou peuvent provoquer les anesthésiques généraux.

En fait, les anesthésiques locaux dont nous disposons à l'heure actuelle sont tous plus ou moins toxiques. Ils ne sont eux-mêmes sans danger qu'à condition d'être employés aux « doses maniables » déterminées par l'expérience; encore ces doses varient-elles selon la nature de l'anesthésique, selon la concentration de sa solution, selon la rapidité de son absorption, et selon sa facilité d'élimination.

L'élimination des anesthésiques locaux se fait essentiellement par la voie rénale. C'est dire que les altérations rénales qui entraînent une plus ou moins grande imperméabilité du rein retardent l'élimination des anesthésiques locaux et augmentent les risques d'intoxication générale.

Les anesthésiques locaux, bien que s'éliminant par le rein, semblent peu toxiques pour lui. La novocaïne, de beaucoup le moins toxique des anesthésiques locaux actuellement d'un usage courant, paraît à peu près sans action sur le rein.

En dehors de l'anesthésie locale par infiltration et de certaines anesthésies tronculaires faciles qui représentent l'anesthésie idéale toutes les fois qu'elle est réalisable, les anesthésies partielles constituent ce qu'on pourrait appeler « les anesthésies incertaines », en ce sens que, dans l'état actuel de leur technique, le chirurgien n'a jamais la certitude absolue d'obtenir l'analgésie parfaite à laquelle l'opéré a droit.

La plupart des anesthésies tronculaires utilisables dans la sphère urinaire sont d'une réalisation délicate; leur emploi ne deviendra vraiment pratique que si leur technique peut être simplifiée.

L'anesthésie des splanchniques est extrêmement intéressante; elle procure une analgésie parfaite du rein. Mais nous ne sommes pas renseignés encore sur les inconvénients que peut avoir la suppression physiologique momentanée du plexus solaire sur les organes qui en dépendent, les surrénales et le rein opposé en particulier.

L'anesthésie rachidienne est la plus discutée encore de toutes les anesthésies. Ses dangers semblent dépendre, à la fois, de l'action directe de l'anesthésique local sur les centres et les nerfs bulbaires, et de la réaction méningée provoquée par son introduction dans le liquide céphalo-rachidien, défenseur des centres nerveux. Les troubles rénaux légers qui accompagnent assez souvent la rachi-anesthésie paraissent difficiles à expliquer par une action directe sur le rein de l'anesthésique injecté, vu ses doses relativement minimes; ils dépendent sans doute d'une modification nerveuse provoquée par la solution injectée sur le système nerveux central.

Les accidents bulbaires de l'anesthésie rachidienne paraissent d'autant moins à redouter que l'action anesthésique se rapproche moins du bulbe. On ne saurait recommander jusqu'à nouvel ordre la rachi-anesthésie pour les opérations rénales, malgré les progrès réalisés ces dernières années dans la technique de cette anesthésie. Son emploi dans la chirurgie du bassin, qui, théoriquement, présente de grands avantages, se heurte encore à des répugnances qui sont, à notre avis, tout à fait justifiées. L'emploi de la strychnine ou de la caféine paraît en tous cas, en luttant contre ses tendances dépressives, un adjuvant presque essentiel de la rachi-anesthésie.

Capable de localiser dangereusement sur les méninges un processus d'infection générale, la rachi-anesthésie ne convient ni aux syphilitiques, ni aux tuberculeux, ni aux infectés en général.

Les muqueuses des cavités et des conduits urinaires

absorbent facilement les anesthésiques locaux qu'on y injecte; beaucoup des accidents mortels de la cocaïne ont suivi des injections de la solution anesthésique dans l'urètre ou dans la vessie. La novocaïne, employée à dose maniable et injectée suffisamment à l'avance, atténue dans des proportions considérables la sensibilité de l'appareil urinaire aux explorations cystoscopiques.

Mais les meilleures anesthésies locales de l'urètre et de la vessie ne valent pas grand'chose si elles n'ont comme corollaire cette douceur extrême de mouvements, cette légèreté de main, cette délicatesse de doigter, sans lesquelles il n'y a pas de bon urologue.

Discussion. — M. HOGGE (de Liége) apporte au congrès une soixantaine d'observations de narcose par le protoxyde d'azote aucune alerte, aucun accident. Il faut faire avant l'opération la recherche de l'azotémie et l'examen des urines. Après la narcose par le protoxyde, le malade peut absorber du liquide, boire de suite après l'opération. Bref, c'est un procédé de choix chez les urinaires, surtout chez les prostatiques, mais il faut un anesthésiste expérimenté.

M. GAYET (de Lyon) reste fidèle à la rachianesthésie par la novocaïne, mais seulement pour certains urinaires. C'est le procédé de choix dans les prostatectomies et cystostomies, l'insensibilité est parfaite et la durée suffisante; enfin pour les cystoscopies difficiles, l'auteur en a tiré souvent un grand bénéfice. Les accidents sont rares, et l'auteur n'a jamais rencontré d'altérations nerveuses tardives dont on a voulu charger le bilan de la rachianesthésie.

M. Jean DE SMETH (de Bruxelles) trouve que pour les interventions sur le rein, les anesthésiques généraux, restent les plus maniables malgré leur toxicité qui peut être atténuée par le mélange chloroforme, éther, alcool.

L'anesthésie locale par infiltration est la méthode de choix pour les cystostomies, hydrocèles, varicocèles, phimosis.

La rachianesthésie est applicable à la prostatectomie et à toutes les opérations sur le périnée. La statistique de l'auteur portant sur 1.200 cas donne une mortalité de 1/4 p. 100 par cette méthode.

L'anesthésie des muqueuses urétrales se fera à la cocaïne 2 p. 100 lorsqu'il n'y a pas de lésion ouverte. L'auteur a plus de 60.000 cas sans accidents.

M. DORÉ (de Paris) a employé dans 2 cas de prostatectomies l'anesthésie générale prolongée au chlorure d'éthyle goutte à goutte, avec des résultats très satisfaisants. Dans le premier cas il s'agissait d'un malade dont l'azotémie était très élevée et la constante mauvaise; dans le second, d'un gros obèse avec tendance à la bronchite et aux complications pulmonaires : premier temps à l'anesthésie locale (novocaïne-adrénaline); second temps à l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. L'absence de toxicité d'une telle anesthésie est tout à fait remarquable; il n'y a pas de vomissements, pas trace d'état nauséeux, aucun signe d'intoxication.

M. MICHON (de Paris) rapporte ses impressions actuelles : dans le choix de l'anesthésique, bien des conditions interviennent : tout d'abord la gravité de l'anesthésie avec les morts opératoires ou très rapides : et il semble bien que le protoxyde d'azote n'en soit pas exempt; ensuite la facilité que cet anesthésique donne pour l'opération (et cela n'est pas négligeable, une opération rapide est moins grave) c'est pourquoi le protoxyde n'est pas favorable pour la taille sus-pubienne, où la résolution abdominale est nécessaire, c'est aussi pourquoi on ne doit pas rejeter la rachianesthésie qui seule permet d'atténuer la sensibilité de la vessie pour la cystoscopie et qui facilite la prostatectomie par voie haute.

Il faut enfin considérer l'action de l'anesthésique sur le foie et sur le rein pour les opérations urologiques. L'auteur a fait l'examen de l'urée sanguine avant et après un certain nombre d'opérations. Après l'anesthésie générale, elle augmente toujours plus avec le chloroforme qu'avec l'éther, et plus chez les urinaires que dans la chirurgie générale; après la rachianesthésie à la stovaïne ou à la novocaïne au contraire, cette augmentation d'urée n'a été observée que dans la moitié des cas.

M. REYNÈS (de Marseille) rejette l'anesthésie générale par le chloroforme et celle par l'éther. Il recommande le mélange alcool-chloroforme-éther, qui neutralise les inconvénients respectifs de l'éther ou du chloroforme. Ce mélange endort souvent sans excitation; le sommeil est régulier, le réveil prompt et lucide; presque pas de vomissements; moindres éliminations hépato-rénales. Sa formule est chloroforme, deux parties, alcool absolu, une partie, éther anesthésique, une partie.

M. ABADIE (d'Oran) rapporte ses expériences pour contrôler l'action préventive des injections de caféine, contre les troubles dépressifs causés par la rachistovaïnisation. Il a établi, à l'aide de l'oscillomètre de Pachon, le graphique des variations de la tension et de l'indice oscillométrique selon que la rachianalgésie était précédée ou non de caféine injectée un quart d'heure ou 2 heures avant, selon que l'opération était faite en position horizontale, de taille ou déclive. Il conseille l'injection préventive de caféine dont il a pu constater l'efficacité, deux ou trois heures avant l'opération. La dose de 4 centigrammes de stovaïne lui a toujours suffi.

M. BRONGERSMA (d'Amsterdam) réserve l'anesthésie partielle aux cas où l'anesthésie générale est formellement contre-indiquée. Il fait une demi-heure avant l'opération une injection de scopolamine-morphine. L'anesthésie générale débute par le chlorure d'éthyle et est continuée par l'éther. On obtient toujours ainsi une anesthésie parfaite.

M. LE CLERC-DANDOY (de Bruxelles) expose une méthode d'anesthésie générale qui lui a réussi dans 150 cas. Voici sa manière de procéder : une heure et quart avant l'opération, le patient reçoit une injection de dionine héroïne morphine et bromhydrate d'hyoscine. L'anesthésie est complétée après une heure et quart par un mélange comportant : chloroforme, éther, et chlorure d'éthyle (20,20 et 10 gr.). Jamais de période d'excitation ni d'alerte, le malade garde un teint rosé, aucune tendance à la syncope. La quantité de chloroforme dépensé ne dépasse pas 6 à 8 grammes. Le réveil des malades est extrêmement rapide, vomissements rares.

M. GAUDY (de Bruxelles), depuis un an, s'est consacré à l'étude de la rachianesthésie. Ses résultats, à part quatre ou cinq cas, ont été excellents. Il a pratiqué, par cette méthode, toute la chirurgie urinaire et n'a eu à regretter aucun accident.

M. GAUTHIER (de Lyon) se réjouit de voir les conclusions scientifiques et expérimentales des rapporteurs s'accorder avec le vieil enseiguement clinique de sa ville, où la cause de l'éther est gagnée depuis longtemps.

Il emploie l'éther combiné ou non au chlorure d'éthyle dans toutes les anesthésies grandes et moyennes. Dans les cystoscopies difficiles, il lui préfère la rachianesthésie avec 5 centigrammes de novocaïne qui donne une tranquillité vésicale incomparable. La novocaïne au 1/50e en injections urétrales rend de très grands services dans la pratique journalière, surtout pour les cystoscopies, les dilatations, les grands lavages urétro-vésicaux.

M. Ch. PERRIER (ds Genève) rapporte 114 prostatectomies dont 98 faites sous anesthésie parasacrale. Les résultats sont dans la plupart des cas bons, 87 fois parfaits. Dans 3 cas seulement il fallut ajouter de l'éther, 4 cas de mort (deux où l'opération était contre-indiquée, mais ne pouvait être refusée; deux cas, embolie et pneumonie tardive, ne sont pas dus à l'anesthésie).

M. LE FUR (de Paris) donne la préférence au chlorure d'éthyle donné goutte à goutte. N'a jamais observé d'accidents, ni d'inconvénients immédiats ou tardifs sur plusieurs milliers d'anesthésies. Mais l'anesthésie est lente et parfois incomplète, surtout chez les grands nerveux.

Pour les grosses opérations, l'auteur emploie le mélange suivant : chlorure d'éthyle, 40 grammes; éther, 20 grammes, chloroforme, 10 grammes.

L'anesthésie locale doit être employée toutes les fois que faire se peut. Enfin, l'anesthésie directe des muqueuses urinaires à la cocaïne ou novocaïne rend de grands services en urologie courante.

M. JEANBRAU (de Montpellier) trouve à la rachianesthésie des avantages considérables : la capacité vésicale augmente en même temps que la sensibilité vésicale s'atténue; le silence abdominal est complet et le relâchement des parois parfait. Les suites sont excellentes et les malades antérieurement endormis au chloroforme ou à l'éther, trouvent la

rachianesthésie plus agréable. L'auteur a recherché avec MM. Cristol et Bonnet, l'influence comparée des anesthésies par inhalation et de la rachianesthésie sur le foie, en utilisant le coefficient d'acidose. Les malades n'ayant pas été purgés et ayant été alimentés la veille de l'opération, l'auteur a noté que le coefficient d'acidose augmente pendant plusieurs jours, après narcose au chloroforme, au point de passer de 6 à 16 p. 100 et davantage. Après l'éther, le coefficient augmente également, mais par oscillations inégales et n'atteint pas le chiffre élevé auquel il monte après chloroformisation. Après la rachianesthésie, ce coefficient s'élève très légèrement, preuve que cette méthode ne touche pas le foie. M. Jeanbrau utilise la syncaïne à 8 p. 100 ; il pratique avant la ponction lombaire, une injection sous-cutanée de spartéine et de strychnine; au cours de l'opération, de l'huile camphrée.

M. Escat (de Marseille) utilise, depuis dix ans, la rachianesthésie pour l'urologie sous-ombilicale; il est fidèle à l'éther pour la chirurgie rénale.

Il a utilisé pour l'anesthésie lombaire, la cocaïne, la novocaïne, la syncaïne.

Il considère la stovaïne comme plus nocive que les autres anesthésiques pour la cellule nerveuse.

Il associe à la solution de cocaïne un stimulant cardiaque comme la caféine. La rachianesthésie est une méthode merveilleuse dans la lithotritie, les opérations sur l'urètre, la vessie, la prostatectomie, etc.

Elle permet des cathétérismes de l'uretère qui, sans elle, seraient impossibles.

L'auteur n'a pas eu personnellement à déplorer de syncope, mais il connaît, en dehors de sa pratique, deux morts consécutives à la rachianesthésie. Il pense que de tels accidents doivent être évités ; les céphalalgies sont fréquentes, on les évite en ne faisant pas lever les malades avant le cinquième jour.

M. Heitz-Boyer (de Paris) insiste sur les avantages du protoxyde d'azote chez les urinaires, à condition de ne pas l'utiliser chez les hypertendus et pour la néphrolithotomie, et de l'associer toujours à la scopolamine, qui évite de recourir le plus souvent à l'adjonction d'un peu d'éther ; un autre point important est d'attendre suffisamment longtemps avant de commencer aucune manœuvre, temps qui doit être encore prolongé lorsqu'on fait une intervention non sanglante.

Une telle anesthésie peut être prolongée autant qu'on désire, deux heures au besoin, et renouvelée à plusieurs reprises; mais il faut avoir un anesthésiste expérimenté et un anesthésique dépourvu de toute impureté. M. Heitz-Boyer a eu recours pour la rachianesthésie à la méthode basse de Ravaut, utilisée par celui-ci pour l'anus, et qui donne une anesthésie suffisante pour l'urètre et la presque totalité de la vessie. Enfin, il recourt à l'anesthésie rectale par l'éther pour la néphropexie ; cette opération est, en effet, très douloureuse les vingt-quatre premières heures, l'inconvénient d'introduire d'un seul coup une grosse dose d'anesthésique est atténué, du fait qu'il s'agit, en général, de sujets jeunes et, en revanche, on obtient ainsi un état anesthésique plus ou moins complet, se prolongeant pendant près de vingt-quatre heures et supprimant les souffrances habituelles après ce genre d'interventions.

M. Pasteau (de Paris) considérant qu'un anesthésique est toujours dangereux, cherche à ne donner que le minimum de l'anesthésique et le moins nocif. L'anesthésie générale étant plus nocive que l'anesthésie locale, c'est autant que possible à cette dernière qu'il faut recourir, l'analgésie par infiltration qui permet, au cours de l'opération, l'élimination de la plus grande partie du liquide injecté (novocaïne). C'est ainsi que la plupart des opérations urétrales, les incisions périnéales d'abcès prostatiques, les cystostomies, les incisions lombaires peuvent être faites sans anesthésie générale.

L'anesthésie générale est cependant nécessaire. Dans beaucoup de cas, il faut savoir user de l'anesthésie générale secondaire ou complémentaire pour terminer l'opération commencée avec analgésie locale. L'anesthésie rachidienne peut être utile, mais pas recommandable chez l'homme, quand il faut introduire un instrument par l'urètre, devenu ainsi trop flasque.

Pour les opérations vésicales, et, en particulier, la lithotritie, le chloroforme, auquel l'auteur associe toujours un quart d'éther, reste le plus pratique, parce que le plus maniable des anesthésiques.

DEUXIÈME SÉANCE

VESSIE. PROSTATE

Ulcère simple de la vessie. — M. Reynard (de Lyon) apporte l'observation d'une femme de cinquante-trois ans qui souffrait depuis six mois de pollakiurie légère et de quelques hématuries terminales. La cystoscopie montrait, sur le côté gauche, une petite surface arrondie d'un blanc nacré. Le reste de la vessie était normal. Le traitement a consisté dans la dilatation de l'urètre, et, par cette voie, le curettage de cet ulcère incrusté a pu se faire avec la curette, un doigt introduit dans la vessie servant de conducteur. Un mois après la malade était parfaitement guérie.

M. Le Fur (de Paris) rappelle qu'il a étudié, dans sa thèse sur l'ulcère simple de la vessie (1900), trois formes d'ulcération simple correspondant aux diverses ulcérations de l'estomac : l'ulcération superficielle, l'ulcère chronique induré et incrusté de la vessie et l'ulcération simple aiguë perforante de la vessie. Ces trois formes ont pu être obtenues par l'auteur à la suite d'études expérimentales et injections de cultures microbiennes ou de substances toxiques. Leur traitement est très différent; les applications de haute fréquence et la diathermie guérissent presque toujours les ulcérations superficielles ; les ulcères chroniques indurés relèvent du curettage vésical ou même quelquefois de la résection de l'ulcère; enfin, les ulcérations perforantes devront être traitées par la suture.

Un cas de purpura vésical. — M. Villemin (de Nice) rapporte un cas de purpura vésical chez une femme de cinquante ans atteinte depuis une trentaine d'années de crises de cystalgie se reproduisant à intervalles assez éloignés, avec douleurs et hématuries terminales; vessie normale à la cystoscopie, sauf dans la partie latérale droite où l'on aperçoit cinq à six taches de couleur gris-violet, arrondies, à forme de sablier renversé. Huit jours après, apparition sur les membres inférieurs et l'abdomen de taches discrètes; une analyse du sang montre que le nombre des hématoblastes de Hayem est tombé de 250.000 à moins de 100.000 par millimètre cube. Il est probable que ce syndrome était en cause lors des crises survenues au cours des trente précédentes années. Le purpura, quand il est à seule localisation vésicale, prend donc en quelque sorte les caractères d'un purpura essentiel qu'il est utile de diagnostiquer.

M. André Bœckel (de Strasbourg) a observé un cas de purpura vésical chez une jeune fille de vingt ans atteinte de pyélite typhoïdique. Une cystoscopie pratiquée trois semaines plus tard permit de constater le retour à la normale de la muqueuse vésicale.

Un cas de péricystite consécutive à une cystostomie pour corps étranger de la vessie. — M. Pasquereau (de Nantes) présente une observation de péricystite due à un corps étranger (épingle à cheveux intravésicale depuis six ans); décollement de tout le tissu cellulaire périvésical, suppuré et nécrosé; un pronostic sombre s'établissait; or, grâce à une désinfection assidue, la restauration se fit en deux mois et demi.

Le cas semble instructif parce qu'il réduit les craintes du décollement vésical qui précède les procédés de Brongersma, Pauchet, Marion et Rochet, pour l'ablation ou le retournement des diverticules vésicaux; même après une cystostomie préalable, le diverticule n'est jamais désinfecté suffisamment et la flore microbienne qu'il contient peut injecter le plan de clivage. Mais la physio-pathologie de la péricystite est consolante.

Rétention et hystérie. Constitution d'un volumineux diverticule vésical. — M. le médecin-major Roussille apporte l'observation d'un diverticule vésical développé en sept mois chez un tirailleur algérien à la suite de rétentions successives, rétentions survenues chez un névropathe à la suite d'un traumatisme dans le voisinage de la région urogénitale.

Présentation d'un nouveau cystoscope. — M. PASTEAU (de Paris) présente un nouveau cystoscope français (cystoscope simple, cystoscope à irrigation, cystoscope à cathétérisme uretéral simple ou double). Il existe deux modèles, un d'exploration qui permet de voir d'un seul coup 40 millimètres de surface avec un grossissement de 2 1/2; un cystoscope mieux adapté pour des recherches fines, qui permet de voir 20 millimètres de surface, avec un grossissement de 4 1/2. Une mise au point absolue est assurée par un dispositif optique spécial. Une chambre claire, adaptée à l'instrument, permet de dessiner facilement les détails de la cavité vésicale.

Discussion. — M. HEITZ-BOYER rappelle qu'il a préconisé, dans un mémoire antérieur, deux des perfectionnements proposés par M. Pasteau, en proposant une bonnette corrective adaptée à chaque urologue et un pavillon ovalaire se fixant sur le pourtour de l'orbite; cette modification est surtout utile pour les opérations endoscopiques qui peuvent durer très longtemps.

Cancer consécutif à une cystite prolongée. — M. PASTEAU (de Paris) rapporte une observation de cancer développé dans une vessie au cours d'une cystite prolongée, et cherche si on peut établir des relations entre l'inflammation et le développement ultérieur des néoplasmes vésicaux.

Prostatite après la prostatectomie (prostatite restante). — M. Ch. GAUTHIER (de Lyon) décrit sous ce nom l'inflammation chronique du reliquat de prostate laissé par l'énucléation des adénomes. Le reliquat nul ou à peu près après la prostatectomie périnéale et assez important après la prostatectomie périnéale et assez important après la prostatectomie hypogastrique. L'auteur n'a jamais constaté de prostatite restante après l'opération basse, et c'est logique. Le symptôme révélateur est une pyurie qui résiste aux lavages de vessie. Le massage de la prostate à vessie pleine assure le diagnostic; on trouve dans le liquide vésical, rejeté après massage, les gros filaments purulents de la prostatite chronique ordinaire.

Sur 40 prostatectomies hypogastriques, l'auteur a constaté six fois cette complication, elle a guéri quatre fois par massage combiné aux lavages de vessie, deux cas ont été rebelles au massage; dans un cas, la guérison a été obtenue par l'extirpation périnéale de la glande restante.

Conduite à tenir dans le traitement des prostatiques rétentionnistes incomplets et distendus. — M. PASTEAU (de Paris) considère que, chez les distendus, la cystostomie est de beaucoup préférable à tout cathétérisme; elle assure le repos vésical et devient ainsi le meilleur moyen d'éviter à la fois le saignement et l'injection.

La suture précoce de la vessie après la prostatectomie sus-pubienne. — M. VIANNAY (de Saint-Etienne) propose de pratiquer la suture précoce de la vessie deux ou trois jours après la prostatectomie.

Cette suture primitive retardée se distingue de la suture secondaire telle que la pratique Pauchet à la fin de la deuxième semaine, par l'absence d'excision; elle se fait sans aucun avivement en rapprochant simplement par deux ou trois plans suivant les cas, les lèvres de la plaie vésicale et de la plaie hypogastrique.

On peut ainsi surveiller l'hémorragie et pratiquer, au besoin, le tamponnement de la loge prostatique.

Cette suture est difficile à cause de la friabilité des tissus, elle nécessite la mise en place d'une sonde à demeure. Elle donne souvent une réunion propre et toujours une abréviation notable de la période de cicatrisation. L'auteur l'a pratiquée six fois avec six succès.

La suture primitive immédiate, tentée à plusieurs reprises, est généralement abandonnée. L'auteur la tient pour dangereuse après la prostatectomie en un temps. Elle semble plus recommandable après le deuxième temps de la prostatectomie.

La simplification de la prostatectomie sus-pubienne. Notes de technique opératoire. — M. PASTEAU (de Paris) insiste à nouveau sur les avantages de la prostatectomie en deux temps qui permet d'opérer dans de bonnes conditions nombre de malades autrement inopérables. Le premier temps (cystostomie préalable) doit se faire à l'anesthésie locale et ne présente aucune gravité; cette opération peut même souvent devenir une véritable opération de sauvetage. Le deuxième temps se fait ainsi chez un sujet plus résistant et avec une anesthésie plus courte; aucun besoin d'user de bistouri. L'orifice de cystostomie peut être dilaté avec des laminaires perforées; après énucléation, le tamponnement est facilité par l'usage d'un écarteur vésical spécial d'un modèle pratique; puis, drainage par l'urètre avec sonde à demeure à yeux multiples et petits; pas de sutures vésicales; jamais l'auteur n'a eu à réopérer pour fistulisation secondaire.

Traitement du cancer de la prostate par le radium. — M. DESNOS (de Paris) a, depuis 1908, appliqué le radium au traitement du cancer de la prostate chez quarante-quatre malades. De 1908 à 1917, les applications ont été relativement courtes et d'une faible intensité, depuis quatre ans les séances ont été plus rares, parfois uniques, mais leur durée et l'intensité du rayonnement ont beaucoup augmenté.

Les courtes applications du début avec des doses faibles étaient peu offensives pour les tissus voisins; l'urètre était la voie de choix car le rayonnement avait peu de distance à franchir pour atteindre le néoplasme, il en était de même du rectum.

Mais quand les séances passèrent de quatre heures à douze, quinze, vingt-quatre heures des phénomènes d'urétro-cystite, de rectite violente et prolongée forcèrent l'auteur à modifier sa technique et à continuer à agir par le rectum en employant des écrans de plomb très épais.

M. Desnos a également implanté des aiguilles radifères sous le contrôle de la vue, dans la prostate découverte au moyen d'une incision hypogastrique ou périnéale.

Enfin, il s'est servi du radium comme adjuvant du traitement chirurgical par des applications préopératoires qui ont rendu susceptible d'exérèse des prostates cancéreuses ou bien comme complément d'une prostatectomie quand la nature de la tumeur avait paru douteuse.

L'auteur a eu 12 guérisons, 15 améliorations persistantes, 11 états stationnaires, 6 aggravations. Les guérisons ont été accompagnées de la disparition de tout signe local et fonctionnel.

Le procédé de choix paraît être aujourd'hui l'incision périnéale permettant d'implanter méthodiquement les aiguilles radifères.

Discussion. — M. PERRIER (de Genève) rapporte l'observation d'un malade atteint de cancer inopérable de la prostate. Il fit successivement deux applications d'émanation de radium, la première avec les aiguilles de Regaud (platine), la seconde avec des aiguilles d'argent. Sous l'influence de ce traitement, les lésions se limitent et un Freyer est pratiqué : guérison. L'intérêt réside dans l'examen histologique des lésions qui démontre l'action élective du radium sur les cellules épithéliales.

M. LE FUR (de Paris) a pratiqué le traitement du cancer de la prostate d'abord avec Dominici, puis avec Chéron; il emploie, exclusivement, à l'heure actuelle, la voie hypogastrique, enfonçant dans la prostate des tubes de radium de 3 à 5 centigrammes entourés d'une gaine isolante, qu'il laisse de vingt-quatre à quarante-huit heures. Sur 22 cas, 4 malades sont morts dans le cours de la première année; 11 dans le cours de la deuxième année; 6 sont encore vivants depuis trois ans, trois ans et demi, cinq ans et sept ans.

La statistique donne 26 p. 100 de guérison, tout au moins momentanée.

Le radium doit être employé dans les cancers de la prostate avec des chances de guérison si le traitement est employé assez tôt.

TROISIÈME SÉANCE

GÉNÉRALITÉS — URÈTRE — ORGANES GÉNITAUX

Concrétions ayant les caractères physico-chimiques des savons chez un rétréci rétentioniste incomplet avec infection vésicale. — M. VILLEMIN (de Nice) rapporte le cas d'un malade chez qui il constata, au cours du traitement, la formation de concrétions molles, pâteuses, ayant les caractères physico-chimiques des acides gras. Traitement : filiforme à

demeure, instillation de nitrate d'argent et lubréfaction de l'urètre par une injection préalable de quelques centimètres cubes d'huile goménolée. La miction devenant difficile, les concrétions pâteuses augmentant, on fait une urétrotomie interne.

Il n'est pas douteux que des savons se sont formés dans le milieu vésical du malade en état d'infection du fait de sa rétention chronique. Il semble utile de déconseiller l'emploi de l'huile goménolée chez tous les rétentionnistes ne vidant pas ou vidant mal leur vessie.

La miction automatique. — M. Colombino (de Turin) a observé une forme de miction caractérisée par la dissociation entre la contractilité vésicale fortement augmentée et la sensibilité à la distension abolie, survenant presque constamment à la suite des sections complètes de la moelle; rarement dans les lésions du cône et de la queue de cheval.

Des infections urinaires staphylococciques et de leur traitement par la vaccinothérapie. — M. Le Fur (de Paris) montre la fréquence et l'importance du staphylocoque dans les différentes affections urinaires. Si l'infection est purement staphylococcique, la vaccinothérapie antistaphylococcique est tout à fait indiquée et donne souvent des résultats tout à fait remarquables, il faudra parfois employer des vaccins polyvalents. Si le staphylocoque est associé à d'autres microbes, il faut utiliser des polyvaccins. L'auteur conseille les autovaccins plutôt que les stocks-vaccins qui ne répondent pas toujours à toutes les espèces microbiennes. On tend trop actuellement à accorder une importance primordiale au colibacille dans les infections urinaires alors qu'il s'agit presque toujours d'infections associées dans lesquelles le staphylocoque après le colibacille tient la première place, puis l'entérocoque et enfin le streptocoque.

Discussion. — M. Heitz-Boyer insiste sur ce que toute bactériothérapie dans les voies urinaires aura son succès commandé en partie par l'état d'intégrité « mécanique » de celle-ci suivant la distinction qu'il a déja établie à ce point de vue par le syndrome entérorénal décrit par lui. Si les voies urinaires sont libres, les vaccins peuvent exercer pleinement leurs effets thérapeutiques; au contraire, s'il existe en quelque point une rétention ou un corps étranger, le meilleur vaccin pourra aboutir à un échec. Il y a là un point qui pourrait expliquer bien des contradictions paradoxales constatées dans les effets des vaccins contre les infections des voies urinaires.

Des faux neurasthéniques génito-urinaires. — M. Courtade (de Paris) trouve qu'il faut se méfier de la grande disproportion se rencontrant chez les neurasthéniques entre les troubles locaux et les phénomènes fonctionnels. Il existe de *faux neurasthéniques génito-urinaires*, chez lesquels une lésion méconnue peut faire croire à une neurasthénie idiopathique, et une opération suffit alors à guérir radicalement le malade.

Discussion. — M. Pasteau, partant surtout des points de vue de la médecine légale et de la médecine militaire, insiste sur la nécessité d'user de tous les moyens de diagnostic avant de faire un diagnostic de « faux urinaires ».

M. Heitz-Boyer appuie tout à fait les conclusions de M. Courtade. En ce qui concerne l'appareil urinaire supérieur, il rappelle l'opinion d'Albarran sur la guérison durable de neurasthénies dues à un rein mobile, la guérison ayant été obtenue par une néphropexie. Pour les voies urinaires inférieures, il appelle l'attention sur la fréquence des lésions de l'urètre postérieur chez l'homme que l'on découvre maintenant si aisément grâce à l'urétro-cystoscopie : lui-même avait traité autrefois de neurasthéniques et faux urinaires des malades qui n'avaient rien présenté d'anormal à l'examen cystoscopique et qui à un examen urétro-cystoscopique montra ces lésions si fréquentes d'infiltration molle ou de formations polypoïdes. Il est facile de les traiter par la haute fréquence et de pouvoir obtenir la disparition des douleurs et autres troubles fonctionnels qui entretenaient la neurasthénie urinaire.

A propos de la diathermie en urologie. — M. Heitz-Boyer (de Paris) rappelle qu'il a proposé déjà la terminologie demandée par Le Fur pour la haute fréquence ; il y a lieu de faire deux distinctions capitales, une première au point de vue théorique et électrique : action thermique, ou d'intensité, action mécanique ou de tension, la diathermie pouvant désigner l'ensemble des actions thermiques dont l'électrocoagulation n'est qu'une modalité ; seconde distinction capitale cette fois au point de vue de l'application pratique : action au contact, action à distance ou par étincelles ; la première constituera l'électrocoagulation si l'application est limitée, la seconde constituera l'étincelage, technique qu'Heitz-Boyer a particulièrement étudiée, et dans laquelle il a distingué schématiquement, quatre variétés d'étincelles, suivant la part respective dans leur production de l'intensité et de la tension : étincelles carbonisantes, étincelles chaudes, étincelles demi-chaudes et presque froides, ces dernières à action surtout mécanique. L'appareil qu'il a fait construire donne au chirurgien urinaire toute cette gamme d'actions qui s'appliquent aux différents cas de chirurgie urinaire.

Lésions rénales consécutives au choc traumatique. — M. Turk (de New-York) a étudié depuis plus de vingt-cinq ans certaines toxines produites dans les tissus qu'il appelle « cytost ».

Les autolysats d'organes injectés à un animal de même espèce produisent, soit la mort très rapide s'ils sont en quantité suffisante, soit des accidents chroniques frappant surtout le rein, s'ils sont injectés à doses très faibles et répétées. Les accidents suraigus sont comparables à ceux du choc anesthésique ou du choc dans les grands traumatismes. L'auteur a reproduit expérimentalement les différents types de néphrites, depuis la néphrite aiguë jusqu'aux variétés de néphrites chroniques. Pour ces expériences, il a employé des autolysats de tissus prélevés chez l'animal : ces tissus autolysés, chauffés longtemps à 400 degrés jusqu'à réduction en cendres, conservent toute leur toxicité. On peut aussi produire dans l'organisme de l'animal, les « cytost » par cautérisations ignées ou chimiques : les mêmes lésions sont observées. L'auteur explique les maladies chroniques du rein, par ce fait que les actions toxiques produisent la mort de certaines cellules; ces dernières subissent sur place l'autolyse et libèrent ainsi des poisons qui provoquent les lésions secondaires observées. Il rattache donc les maladies chroniques du rein à une auto-intoxication lente.

Nouvelles recherches sur la constante uréosécrétoire. — MM. Ambard (de Strasbourg) et Chabanier (de Paris) ont vérifié à nouveau l'exactitude des lois de la sécrétion rénale de l'urée, contestée par divers travaux américains, notamment par van Slyke et ses collaborateurs. Ces auteurs, déterminant chez le chien des variations d'azotémie pouvant atteindre et dépasser 2 grammes, considèrent que les débits urinaires varient non pas comme le carré des azotémies, mais d'une manière directement proportionnelle au taux de l'azotémie.

MM. L. Ambard et Chabanier ont repris ces expériences mais en évitant d'atteindre des azotémies aussi considérables que celles des auteurs américains. En faisant des prélèvements d'urines extrêmement courts et en recueillant le sang aussi exactement que possible, au milieu de la durée du recueil des urines, ils ont constaté que les débits étaient réellement proportionnels aux carrés des azotémies et non aux azotémies elles-mêmes. Pour ces raisons, ils ne considèrent pas qu'il y ait lieu de modifier la formule de la constante uréosécrétoire.

Considérations générales sur la gonococcie chronique. — M. Janet (de Paris) distingue dans la gonococcie chronique, les blennorragies répétées et les blennorragies à deux. La véritable gonococcie chronique persiste indéfiniment dans l'urètre de l'homme et dans les organes génitaux de la femme avec ou sans lésions macroscopiques visibles.

La recherche dans le sperme par l'examen direct et la culture proposée par Guérin, Lebreton et Barbellion est une excellente méthode, mais non absolue, son résultat négatif ne prouve pas l'absence de gonocoques comme le prouve l'observation d'un malade qui a vu ses gonocoques reparaître deux semaines après un coït, sous l'influence d'une longue course à bicyclette.

Fréquence des complications blennorragiques suivant le mode de traitement employé. — M. Maringer (de Paris) tire les conclusions suivantes de l'examen de 600 cas chro-

niques : il faut reviser nos idées sur l'échelle de gravité des traitements.

Le traitement qui laisse s'installer avec le plus fort pourcentage, les lésions chroniques est le traitement par l'attente et les opiacés : 24 p. 100.

Ensuite, toujours avec une période de laisser-couler, les injections de l'urètre antérieur seul : 19 p. 100.

Puis le traitement par les lavages totaux après période de laisser-couler : 11 p. 100.

C'est la méthode de Janet type qui donne la proportion la plus faible de complications : 6 p. 100.

Fait paradoxal à signaler, les abortifs brutaux ne donnent que 10 p. 100 de complications, et les blennorragies non traitées 16 p. 100, où la valeur et l'utilité du traitement apparaît, c'est dans la gravité des lésions non ou mal traitées.

Action du vaccin de Demonchy. — M. Maringer (de Paris) trouve les résultats obtenus avec le vaccin de Demonchy très supérieurs aux résultats des autres vaccins; ils sont moins favorables dans les cas aigus que dans les cas chroniques.

Dans les cas aigus, la proportion de guérisons rapides est de 75 à 80 p. 100. L'action sur la douleur et l'écoulement est immédiate et définitive. La stérilisation se juge vers le 5e vaccin, si le gonocoque ne disparaît pas à ce moment, il y a possibilité de rechute, si on abandonne le traitement, si on le continue la durée oscille autour de trente jours par le traitement de Janet. Il y a donc avantage à vacciner. A signaler la fréquence plus grande probable des prostatites et des pyélites, d'ailleurs bénignes, et qui paraissent à l'auteur sous la dépendance de la méthode vaccinale.

Dans les cas chroniques, la stérilisation est obtenue, on peut dire dans presque tous les cas, sauf dans les associations qui nécessitent l'auto-vaccination.

La méthode vaccinale est un immense progrès et permet, seule, de stériliser avec certitude des lésions qui étaient jadis le cauchemar de l'urologiste.

L'auto-vaccination dans la blennorragie. — M. Paul Lebreton (de Paris) est resté fidèle cette année encore au procédé de la culture du sperme sur milieu électif pour dépister les porteurs de germes blennorragiques, et à l'auto-vaccination pour les en débarrasser définitivement. A ce point de vue, sa statistique de l'année porte sur 91 cas de blennorragie chronique, non gonococcique à l'examen direct de la sécrétion urétrale et sur lesquels la culture du sperme a été positive dans 56 cas, soit une moyenne de 60 p. 100 environ, un peu inférieure à celle communiquée l'année dernière.

Sur ces 56 porteurs de germes, 46 seulement ont été traités par l'auto-vaccination; 12 d'entre eux n'ont pas fait faire la culture de contrôle, 3 sont encore en traitement, et les 31 autres ont été « dégonococcisés » par une seule série d'injections dans 27 cas, tandis que les 4 derniers en ont nécessité deux séries.

Depuis que l'auteur applique, ce moyen de traitement, le nombre total de cas suivis jusqu'au contrôle final négatif s'élève à 67 et tous, sauf un, ont vu leurs gonocoques disparaître avec un maximum, très rare, de trois séries d'autovaccins, plus de 75 p. 100 des cas ayant obtenu un contrôle négatif à la suite d'une seule série. Devant ces succès, l'auteur a étendu cette année les applications de sa méthode aux blennorragies aiguës, traînantes ou compliquées. Dans 13 cas de blennorragie aiguë rebelle, la guérison fut obtenue rapidement par l'adjonction au traitement local d'injections d'autovaccin, une seule série suffit dans 10 cas, deux séries pour les 3 derniers et le contrôle de la guérison fut constaté par la culture du sperme dans 7 cas, les 6 autres malades ayant obtenu la guérison clinique, mais ayant négligé la preuve bactériologique.

L'auto-vaccination fit aussi merveille dans 3 cas de blennorragie compliquée de rhumatisme, dans 3 cas de prostatite suppurée, et dans 2 cas de pyélo-néphrite d'origine blennorragique.

L'auto-vaccination est donc à l'heure actuelle une arme précieuse à adjoindre au traitement local usuel dans la blennorragie aiguë ou compliquée. Quant à la culture du sperme, elle doit s'ajouter aux autres méthodes de contrôle pour que l'on puisse affirmer la guérison.

Discussion. — M. André Bœckel (de Strasbourg) a obtenu aussi de bons résultats dans la blennorragie gonococcique par des auto-vaccins préparés par Ferrari. Il insiste sur la difficulté de la préparation du milieu de Ferrari en se basant sur les seules données techniques publiées par cet auteur.

Rupture traumatique de l'urètre membraneux. — M. Reynard (de Lyon) rapporte l'observation d'un homme de vingt-trois ans, pressé entre un marche-pied de wagon et un mur; rétention complète et urétrorragie immédiate.

Le blessé est vu quinze mois après à cause de troubles dysuriques ; il présente un rétrécissement scléreux de l'urètre membraneux. Première opération : urétrotomie interne; trois mois après le blessé revient avec une vessie distendue et le rétrécissement revenu. Cystostomie d'urgence, et, dix jours après, résection du noyau scléreux de l'urètre membraneux. La plaie se comble en un mois par bourgeonnement. Calibrage du nouvel urètre. Après sept mois, le rétrécissement n'était pas revenu.

Ces rétrécissements sont rares; le mécanisme de la rupture était intéressant : diastasis de la symphyse pubienne qui aurait déchiré le canal par tiraillement du diaphragme urogénital.

Tumeur du méat urétral. — M. Doré (de Paris) apporte l'observation d'une femme de quarante-deux ans qui présentait au niveau de l'orifice externe de l'urètre une tumeur rouge de la dimension d'une pièce de 2 francs.

L'orifice urétral était exactement au centre de cette tumeur. Le néoplasme était d'aspect vasculaire, saignant. La tumeur ne se prolongeait pas dans l'urètre dont la muqueuse était intacte. Une biopsie montra l'aspect typique d'un papillome avec de nombreuses zones très vasculaires et inflammatoires; pas de cellules néoplasiques.

Exérèse par incision circulaire circonscrivant largement la tumeur. Guérison sans récidive constatée sept mois après l'opération.

Présentation d'un volumineux calcul préputial. — M. le médecin-major Roussille présente un calcul du poids de 80 grammes développé chez un malade de quatre-vingts ans atteint de phimosis, sous la calotte préputiale, et qui avait fini par obturer le méat, créant ainsi de la rétention.

Lésion de l'urètre profond avec symptômes génitaux accompagnant le varicocèle — M. Phélip (de Lyon) rapporte que les symptômes génitaux du varicocèle sont d'autant plus ennuyeux qu'ils ne sont pas influencés par les opérations.

La symptomatologie ressemblant à celle des malades porteurs de lésions de l'urètre profond, l'auteur a examiné à ce point de vue cinq malades ; quatre avaient des lésions réparties principalement dans la fossette prostatique et sur le veru montanum; le cinquième n'ayant rien, on pouvait admettre une impuissance psychique.

Ces phénomènes sont sous la dépendance de la congestion de l'urètre profond retentissant sur l'excitation génitale. Le traitement endoscopique donne de bons résultats chez ces malades. Il faut examiner l'urètre profond de malades atteints de varicocèle avec symptômes génitaux, et traiter les lésions s'il y en a.

Phagédénisme de la verge ayant entraîné des complications septicémiques graves guéries par le sérum de Leclainche et Vallée. — M. le médecin-major Roussille.

Notions sur la physiologie pathologique de la sensibilité urétro-vésicale. — M. D. Courtade (de Paris) distingue deux sortes de sensibilité : les sensibilités générale et fonctionnelle. Les réflexes de sensibilité générale, produisant la douleur, passent par le sympathique, et c'est sur lui qu'il faut agir ; en agissant sur les nerfs sacrés, on agit seulement sur les nerfs de sensibilité fonctionnelle et non pas sur les nerfs sensibles à la douleur.

L'emploi du chlorhydrate de cocaïne est à conseiller pour insensibiliser la muqueuse vésicale, surtout chez les vessies tuberculeuses.

QUATRIÈME SÉANCE

REIN. URETÈRE

L'énervation des reins. — M. Papin (de Paris) a fait l'énervation dans six cas de reins douloureux avec petite

hydronéphrose. Il a obtenu quatre résultats excellents, un douteux, un nul. Il a examiné déjà deux de ces malades après trois mois au point de vue fonctionnel ; il n'y a aucune différence entre le rein énervé et le rein sain.

La pyélographie dans la lithiase rénale. — M. Papin (de Paris) trouve que, dans beaucoup de cas, la pyélographie permet de porter un diagnostic topographique que la radiographie simple est impuissante à donner. Seule la pyélographie peut nous renseigner sur l'état anatomique du rein.

Rein bourré de calculs avec périnéphrite suppurée. — M. Pasquereau (de Nantes) présente l'observation et la pièce d'un rein farci de calculs qu'accompagnait une vaste collection suppurée périnéphrétique. La néphrectomie par voie parapéritonéale fut pratiquée avec un parfait résultat. Le malade, jeune, mais vieux porteur de calculs, avait quelques prétentions à l'indemnité militaire et civile. En ce qui concerne particulièrement l'indemnité assurance, peut-on admettre qu'un simple heurt, tel celui invoqué, puisse rompre le rein malade et déterminer un phlegmon périnéphrétique au sein duquel on trouve un des calculs au cours de l'opération ? Car la coque était mince et l'issue du calcul a pu être causée par les manœuvres de décortication.

Sept cas de néphrolithiase bilatérale opérée. — M. Phélip (de Lyon) apporte sept observations. Il est difficile, suivant lui, de fixer des règles générales dans des cas identiques, c'est une affaire de tact de la part du chirurgien ; à noter seulement la gravité plus grande si les deux reins sont touchés en même temps que si le premier a eu le temps de se remettre avant que l'autre ne soit pris. Les traitements les plus divers sont possibles ; il est également difficile de fixer une règle pour savoir quel rein doit être opéré le premier.

Quelques cas de pyélotomie. — M. Gayet (de Lyon) a pratiqué neuf fois la pyélotomie pour calculs siégeant dans le bassinet ou dans la partie voisine des calices. Grâce aux données radiographiques actuelles, le diagnostic est presque toujours fait à l'avance. Dans bien des cas, paraissant échapper à la méthode en raison de l'obésité du sujet, de l'étroitesse de l'hiatus costo-iliaque et de la brièveté du pédicule, on peut, avec de la patience, mener à bien l'extraction.

La pyélotomie expose moins aux hémorragies que la néphrotomie, elle respecte le tissu rénal et permet une cicatrisation rapide.

L'auteur n'a jamais eu de fistules : sur 9 cas, 6 réunions p. p., deux rapides, une seule tardive après suppuration et phlébite, aucune mort.

La pyélotomie est donc l'opération idéale dont on doit étendre le plus possible les indications. Le volume et la ramification du calcul, la dégénérescence du rein sont les principales contre-indications.

Lithiase de la moitié gauche d'un rein en fer à cheval : pyélotomie. Fistule consécutive entretenue par des calculs urétéraux. Héminéphrectomie. — M. André Bœckel (de Strasbourg) relate l'observation d'une femme du service de M. Sencert opérée six ans auparavant de pyélotomie pour lithiase rénale.

Au cours de cette intervention on s'aperçut de l'existence d'un rein en fer à cheval ; la plaie reste fistuleuse en raison de la présence de deux calculs urétéraux.

Une héminéphrectomie fut pratiquée, après laquelle persiste pendant un certain temps, une fistule séropurulente ; puis, la guérison survint. L'auteur a revu, tout récemment, cette malade en excellent état.

Exclusions partielles dans le rein tuberculeux. — M. Gauthier (de Lyon) a observé cinq cas de cette lésion rare. Le diagnostic est basé sur la constatation d'une pyurie légère intermittente, contaminant le cobaye ; d'une albuminurie légère intermittente et sur le déficit fonctionnel — urée surtout — du rein suspect, dans un cas où l'exclusion était vraiment totale, on n'a pu déceler ni albuminurie, ni pyurie. Le seul symptôme logique, certain était le déficit uréique unilatéral. Il y avait cependant, dans le rein qui fut enlevé, deux cavernes dont l'une communiquait avec un gros abcès périnéphrétique. On serait tenté de laisser évoluer ces tuberculoses exclues, partielles, dans l'espoir de les voir guérir médicalement. L'auteur a vu deux faits ne pas répondre à cette espérance.

Dans un cas à côté de la lésion exclue torpide, il y avait un semis de granulations récentes, dans l'autre existait la grave suppuration dont il a déjà été parlé.

Fistule intestinale tardive après néphrectomie pour tuberculose rénale. — M. Thévenot (de Lyon) fit à un homme de vingt-trois ans atteint de tuberculose bilatérale avec lésion discutable à droite, une néphrectomie gauche. Evolution normale de la plaie, fistule au bout de quatre mois.

L'auteur insiste sur la date d'apparition, fort tardive, de la fistule, sur l'étiologie. Comme il s'agissait d'un rein tuberculeux, il attribua la fistule à une lésion tuberculeuse.

Il pense aussi que l'emploi de la voie antérieure parapéritonéale (ce qui était le cas de son malade) peut favoriser ces accidents.

Il se borne à cautériser le trajet en traitant l'état général du malade, se réservant, s'il y a lieu, de faire plus tard la cure chirurgicale de la fistule.

Anurie réflexe par étranglement des voies d'excrétion d'un rein, l'autre rein paraissant sain. — M. Escat (de Marseille) a observé chez des sujets jeunes de vingt-trois à vingt-cinq ans des crises néphrétiques avec anurie grave associées à une lésion rénale unilatérale qui était : dans le premier cas une petite hydronéphrose congénitale ; dans le deuxième, un rein d'aspect sain, mais possédant deux uretères et deux bassinets de dimensions aplasiques et séparés du rein au trigone ; dans le troisième cas, on trouvait un petit rein scléreux et pourvu également d'un bassinet et d'un uretère aplasique sans dilatation.

Dans les trois cas, le rein adelphe était indolent et une fois la crise d'anurie disparue, ses fonctions ont paru normales.

La crise d'obstruction a paru conditionnée par la coudure de l'uretère pour l'hydronéphrose, par la torsion ou le croisement de l'uretère double ou par l'action de brides fibreuses sur des voies d'excrétion congénitalement aplasiques.

L'hydronéphrose fut incisée au septième jour de l'anurie ; depuis quatre ans, il y a eu deux crises d'hématurie sans anurie, urines et santé normales.

Le rein malformé à uretères doubles a repris ses fonctions avec le simple cathétérisme de l'uretère maintenu à demeure, la découverte chirurgicale n'a montré que la malformation, l'aplasie et les adhérences que l'on a libérées.

Le rein scléreux a dû être enlevé.

L'auteur conclut que, en dehors des conditions organiques, anormales signalées, le mécanisme de l'anurie dans un rein sain est favorisé par l'état nerveux des sujets.

Urétérite subaiguë sans lésion rénale. — M. Doré (de Paris) présente un cas d'urétérite observé chez une jeune femme se plaignant de très violentes douleurs localisées au niveau de la moitié inférieure de l'uretère gauche. Uretère dur et douloureux, au toucher vaginal, sous le doigt, de la grosseur d'une plume d'oie.

Vessie normale, orifices urétéraux normaux. L'uretère gauche est cathétérisé sans difficulté. Radiographie négative. Il s'agit d'une urétérite sans lésion rénale décelable et, d'autre part, il semble que l'on ne puisse incriminer dans ce cas, ni un calcul, ni une injection par voisinage d'organes génitaux malades, ni un de ces cas rares de tuberculose urétérale sans lésion rénale.

Un cas d'urétérite se manifestant vingt-trois ans après la néphrectomie. — M. Brongersma (d'Amsterdam) présente un cas d'urétérite ayant apparu vingt-trois ans après néphrectomie pour calcul d'un rein. Le malade, après une excursion en motocyclette, a été pris de fièvre ; le lendemain, pus dans les urines ; l'examen a montré la présence de deux calculs dans l'uretère, oblitérant complètement l'orifice urétéral.

L'urétérectomie totale a guéri le malade.

Traitement des rétrécissements de l'uretère pelvien. — M. de Santos (de Lisbonne) considère trois périodes au point de vue de la fonction urétérale dans ces rétrécissements : 1° dilatation sans rétention ; 2° rétention chronique ; 3° régurgitation urétérale. L'auteur a des graphiques du rythme particulier à chaque période obtenus par sa méthode de l'*urorythmographie*. L'état du rein n'est pas toujours en rapport

avec celui de l'uretère. Il y a de bons reins avec des uretères gravement atteints au point de vue anatomique et fonctionnel, l'auteur a essayé l'urétérotomie interne avec un instrument qu'il a présenté en 1911 et dans certains cas l'urétérotomie externe soit par la technique d'Albarran, soit par sa méthode, par voie intrapéritonéale, qui lui semble bien supérieure. Il ne saurait dire si la transplantation urétérale donnera de meilleurs résultats.

Deux cas de dilatations kystiques intravésicales d'un orifice urétéral accompagnées de tuberculose rénale du rein correspondant. — M. Villemin (de Nice), contrairement à la thérapeutique actuellement adoptée dans de tels cas (diathermie, urétérotomie), estime que l'atrésie du méat urétéral correspondant au rein présumé le moins malade doit être respectée comme étant la meilleure barrière contre une infection rénale ascendante de ce rein sain, cette infection devant être fatale à brève échéance si l'on supprime la dilatation kystique.

Des interventions sur l'uretère inférieur dans certaines cysto-urétérites douloureuses. — MM. Rochet et Thévenot (de Lyon). L'infection partie de la vessie peut se localiser, à l'uretère pelvien, donnant des lésions uni ou bilatérales.

Il faut désinfecter la vessie par des lavages ou des cautérisations auxquels on adjoint la cautérisation de l'uretère.

L'infection cède à la longue. Elle peut dans quelques cas continuer à remonter, et amène de la périnéphrite douloureuse, nécessitant des interventions.

Ou elle peut rester limitée à l'uretère pelvien, créant de véritables coliques urétérales, il faut alors intervenir.

Si à l'intervention on trouve l'uretère gros, induré, on peut se contenter de le libérer.

S'il a presque sa coloration normale, il vaut mieux faire en plus la section des nerfs, et en particulier, du nerf urétéral. L'opération est bénigne. Les auteurs rapportent 2 cas d'intervention avec succès vérifié.

Traitement, par l'étincelage à haute fréquence de l'uretère restant après la néphrectomie. — M. Heitz-Boyer (de Paris) rapporte les résultats qu'il a obtenus depuis 1912 en traitant par les étincelles de haute fréquence certains uretères tuberculeux laissés après la néphrectomie et qui continuent à donner du pus. Il s'était basé sur les succès obtenus par lui auparavant par le traitement sur les ulcérations tuberculeuses persistant dans la vessie après néphrectomie. Il se sert pour cela d'une électrode spéciale ne pouvant pas agir par son extrémité, mais portant une virole juxtaterminale en retrait sur le reste de l'électrode et d'où partent les étincelles; grâce à cette électrode, la technique est sans danger dans l'uretère et elle donne des résultats aussi remarquables que ceux obtenus dans les vessies restant tuberculeuses.

Orchite, probablement à colibacilles, s'associant à un syndrome entérorénal latent. — M. Heitz-Boyer (de Paris) a observé 2 cas d'orchite survenant chez des sujets atteints de syndrome entérorénal et étant venus compliquer celui-ci, complètement méconnu : ces orchites semblaient donc primitives et avaient été prises pour des orchites tuberculeuses.

La présence d'un pus à colibacille dans les urines fit penser à l'auteur à la possibilité d'une origine colibacillaire des accidents épididymaires, opinion qui se trouva confirmée par l'évolution clinique dans un cas et par l'examen de la pièce dans un autre cas; les deux malades présentaient des accidents intestinaux très nets. Cette pathogénie pourrait expliquer certains cas d'orchites obscures. R. DIDIER.

XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

COMMUNICATIONS (1)

De la réduction du nombre des injections vaccinales, en particulier dans la vaccination anticholérique. — M. A. Orticoni, après avoir montré comment, dans les diverses vaccinations, on s'efforce de réduire le nombre des injections nécessaires, l'auteur rapporte les conditions dans lesquelles fut pratiquée la vaccination anticholérique à une seule injection à double dose (2 centimètres cubes et demi à 3 centimètres cubes de vaccin chauffé de l'Institut Pasteur), lors d'une épidémie de choléra qui s'était déclarée dans un camp de réfugiés russes, au mois de décembre 1920. Quatre jours après le début des vaccinations, l'épidémie était arrêtée net.

L'auteur conclut que dans la vaccination s'adressant à des maladies où la barrière intestinale joue un rôle important, il y a un intérêt à frapper fort, en une seule fois, c'est-à-dire à administrer la plus forte dose microbienne possible en une seule inoculation, dans les limites, bien entendu, de la résistance de l'organisme.

Vaccinothérapie auto-entérogène de la fièvre typhoïde. — M. d'Œlsnitz (de Nice). Les différents vaccins utilisés dans le traitement de la fièvre typhoïde sont susceptibles de provoquer, à côté d'effets thérapeutiques très appréciables des réactions organiques parfois trop intenses et dans une certaine mesure imprévisibles. Pour cette raison, il y a lieu de rechercher si les autovaccins ne sont pas plus maniables. Aux autovaccins préparés avec la culture sanguine, on peut reprocher d'être d'une préparation trop lente et, par conséquent d'une application trop tardive. Au contraire, le vaccin préparé avec les espèces microbiennes sélectionnées des selles du sujet peut être appliqué vingt-quatre heures après le premier examen du malade. Ses effets thérapeutiques sont partiellement superposables à ceux des stock-vaccins, mais ils se limitent plus spécialement à une influence sur la courbe thermique; en revanche, les réactions nocives sont plus exceptionnelles et plus faibles.

L'injection de ces vaccins est suivie des modifications hématologiques caractéristiques du choc colloïdoclasique. Leur action spécifique est douteuse et il est probable qu'ils réalisent une forme de protéinothérapie adaptée.

Un nouveau cas de tumeur de l'hypophyse guéri par les rayons X. — MM. G. Weill et A. Gunsett (de Strasbourg). Après avoir rappelé un cas d'acromégalie avec tumeur de l'hypophyse et hémianopsie bitemporale avec rétrécissement concentrique du champ visuel dont il ne restait plus qu'une petite partie que l'un d'eux avait traité avec succès par les rayons de Rœntgen en 1914 (le champ visuel était redevenu complètement normal des deux côtés), les auteurs présentent l'observation d'un nouveau cas qu'ils observèrent récemment. C'était une malade de cinquante-quatre ans montrant également de l'acromégalie au début, une tumeur hypophysaire, une hémianopsie bitemporale incomplète et une hémiachromatopsie bitemporale surtout marquée à gauche. Après un traitement par les rayons X poursuivi pendant plusieurs mois, il se produisit une disparition presque complète des altérations oculaires. L'hémianopsie à droite n'existait plus, l'hémianopsie et l'hémiachromatopsie temporale à gauche avait cédé également presque complètement.

Les caractères sexuels secondaires et l'appareil génital. — M. Gigou (de Bâle).

Sur quelques cas d'intoxication par le dinitrobenzène et le trinitrololuol. — M. Lévy (d'Ulkirch-Graffenstaden).

Guérison clinique et guérison anatomique de la tuberculose pulmonaire. — M. Jacquerod (de Leysin). La guérison naturelle de la tuberculose pulmonaire se fait par élimination et par résolution des foyers infiltrés et caséifiés. Pour les lésions peu avancées, cette guérison paraît s'obtenir par le seul effet de la phagocytose; quand les lésions ont acquis un degré de développement plus avancé, la guérison nécessite une période parfois assez longue d'expectoration bacillifère.

M. Rénon insiste sur le contrôle par la radio des guérisons obtenues.

Résultats des traitements des différentes tuberculoses chroniques par les sels de terres rares. — MM. H. Grenet, H. Drouin et R. Levent rappellent d'abord que le traitement par les sels de terres rares doit être réservé aux formes chroniques apyrétiques, ou à peine subfébriles, et qu'il est formellement contre-indiqué lors des poussées aiguës ou subaiguës. Il faut, d'autre part, observer une certaine pru-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 81, p. 1285, et n° 82, p. 1302.

dence en cas de lésions multiples, étendues et anciennes, et ne commencer que par de petites doses en tâtant la tolérance des malades.

Quelques observations choisies parmi les plus démonstratives montrent les bons effets du traitement dans les adénites fistulées ou non, les lésions osseuses ou articulaires, les tuberculoses de la peau (action en général rapide dans le lupus érythémateux, plus grande résistance du lupus tuberculeux et nécessité d'un traitement prolongé), la péritonite tuberculeuse, la tuberculose de la rate, la tuberculose rénale (améliorations générales et locales très importantes dans des cas inopérables), la tuberculose génitale.

Appliquée dans des conditions déterminées et en tenant compte des contre-indications, cette méthode permet d'obtenir, dans un grand nombre de cas, soit une amélioration importante, soit la guérison clinique.

Vaccination et vaccinothérapie de la tuberculose. — M. Rappin (de Nantes). Description d'un vaccin antituberculeux expérimenté sur le cobaye et applicable au genre humain.

Dermo-réaction de Schick et la prophylaxie de la diphtérie. — MM. Vincent, Pilod et Zœller (de Paris). Les mesures prophylactiques antidiphtériques doivent porter plus spécialement sur les sujets présentant une réaction de Schick positive.

Sur quelques réactions vago-sympathiques provoquées chez les tuberculeux. — MM. Perrin, R. Sollier et R. Yovanovitch (de Nancy).

MEYER et SCHMID,
Assistants de la Clinique médicale B
à l'Université de Strasbourg.

Le prochain Congrès aura lieu à Paris :

Le président sera : M. F. Widal; les vice-présidents : MM. Martin et Thibierge; le secrétaire général : M. Lemierre; le trésorier général : M. Joltrain.

Sujets mis a l'ordre du jour. — *Première question* : Eléments diagnostiques relatifs aux ulcères de l'estomac et du duodénum.

Deuxième question : Signification clinique des formes anormales des globules blancs.

Troisième question : Traitement des maladies par carence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 18 octobre 1921)

Augmentation expérimentale de la phagocytose des bacilles tuberculeux. — M. Yovanovitch lit une note sur ce sujet. D'intéressantes expériences sur les cobayes, il résulterait qu'il serait possible d'augmenter la phagocytose du bacille de la tuberculose.

Une épidémie de diphtérie chez les nouveau-nés. — M. Brindeau, tout en constatant que le bacille de la diphtérie n'est pas un hôte habituel des maternités, reconnaît que, de temps à autre, on observe de légères épidémies diphtéritiques. Le seul moyen d'empêcher ces épidémies est d'avoir recours à la sérothérapie préventive. Dans les établissements où on y a eu recours, on est arrivé à obtenir la disparition complète de la diphtérie.

Atrophie musculaire pseudo-hypertrophique. — M. Rémond (de Metz), en son nom et au nom de M. Minvielle, rapporte l'observation suivante. Il s'agit d'un enfant de quinze ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui a marché tard et qui, à partir de onze ans, a présenté une impotence progressive des membres inférieurs, au point qu'il est arrivé à ne plus pouvoir se tenir debout. Il n'y a jamais eu de douleurs ni de réaction générale.

En juin 1921, on ne constate aucune autre altération que celle du système musculaire. L'intelligence est restée éveillée. Les masses de la ceinture scapulaire et de la ceinture pelviennes sont volumineuses par suite de l'augmentation du système adipeux. Sont abolis, les mouvements du bras, du bassin, du fémur et de la jambe. Les muscles de l'avant-bras seuls sont conservés. La face est indemne, les réflexes rotuliens sont abolis. Le phénomène de Babinski est conservé.

L'examen électrique montre la conservation de l'excitabilité faradique avec hypoexcitabilité plus marquée d'un côté que de l'autre.

Au courant galvanique il y a une tendance à l'égalité des seuils et secousses polaires au niveau des points moteurs des muscles examinés. Il semble que cette ébauche de D. R. tient, non pas à une lésion primitive des cellules, mais à l'absence de l'activité musculaire. C'est là un fait rare.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de trois membres correspondants nationaux dans la première division.

La liste de présentation porte : en première ligne, MM. Lenoble (de Brest), Fontoynont (de Tananarive), Pron (d'Alger); en deuxième ligne, MM. Barbary (de Nice), Combemale (de Lille), Latarget (de Lyon), Loir (du Havre), Perrier (de Nîmes).

Est adjoint à la présentation : M. Delamare (de Constantinople).

Sont élus, après quatre tours de scrutin, MM. Lenoble, Fontoynont et Latarget.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 12 octobre 1921)

Traitement des hémoptysies par l'extrait hypophysaire. — MM. Pissavy et Rouvay utilisent cet extrait en injections intraveineuses estiment indispensable ce mode d'emploi et signalent les beaux résultats obtenus par eux. Ils admettent que ce produit agit en augmentant la coagulabilité sanguine.

Posologie du bromhydrate de cicutine. — M. A. Richaud admet que la toxicité de ce sel est moindre que sa toxicité habituellement établie. Il a expérimenté sur l'homme et l'animal. Par voie sous-cutanée, par doses fractionnées, il conseille de donner de 10 à 15 centigrammes. Dans un cas, 16 centigrammes, injectés en une fois, ont été mal tolérés.

Traitement de la blennorragie par la lymphothérapie. — M. Artault de Vevey utilise la sérosité des mouches de Milan, appliquées au malade, pour traiter la blennorragie, dans les deux sexes.

Le philothion isolé, propriétés, conséquences thérapeutiques. — M. de Rey-Pailhade présente ses recherches complémentaires de ses travaux précédents sur ce ferment, chargé d'oxyder une partie de l'hydrogène des aliments.

Les dérivés métalliques de la thioglycérine sulfonique. — M. Auguste Lumière a préparé un nouveau dérivé argentique à pouvoir bactéricide renforcé et non irritant.

L'essence de cèdre dans le traitement de la blennorragie aiguë et chronique. — M. R. Lautier utilise 2 à 3 gr. de cette essence, pro die, atteint graduellement 8 grammes et diminue peu à peu, après guérison.

Action particulière du cinnamate de soude sur les tuberculeux. — M. R. Lautier a observé que ce corps favorise l'engraissement dans la suralimentation.

Traitement des accidents anaphylactiques, d'origine alimentaire. — M. A. Claret les combat au moyen de l'hexaméthylène tétramine.

Septicémie colibacillaire guérie par la colloïdothérapie sous-cutanée. — M. Henry Bourges a obtenu cette guérison avec l'or colloïdal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 20 octobre. — MM. François, 18,09; Caïn, 17; Flandin, 16; Faroy, 15.

Séance du 21 octobre. — MM. Pruvost, 19,09; Bouttier, 15; Heuyer, 16,27; Lévy-Valensi, 20.

— Concours de l'adjuvat. — *Epreuve orale.* — Séance du 22 octobre. — Question donnée : « Anatomie de l'articulation temporo-maxillaire. »

MM. Huet et Michon, 27; Beinhold, 26; Ecot, 27; Brouet, 23; Lemarié, 26; Peltier, 25.

— Concours du prosectorat. — *Epreuve orale.* — Séance du 20 octobre. — Question donnée : « L'artère fémorale et ses branches. »

MM. de Gaudart d'Allaines, 26; Fey et Moulonguet, 24; Petit-Dutaillis, 28; Ducastaing, 26.

Séance du 22 octobre. — Question donnée : « La veine cave inférieure sans la structure. »

MM. Richard, Sénèque et Monod, 25; Quénu, 28.

— Prix Fillioux. — Le jury est définitivement composé de MM. Bourgeois, Grivot, Moulonguet, Jeanselme et Grégoire.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Examen d'un typhique pendant le deuxième septénaire. »

M. Zadoc-Kahn, 17; Mlle Yovanovitch, 11; MM. Tchilinguirian, 12; Solakian, 9; Simovitch, 12; Zerah (Jules), 14; Thiroloix, 18; Tridon, 13; Mlle de Stankiewicz, 12; MM. Triau, 18; Vienne, 15; Vieillard-Baron et Vié, 16; Vidal-Naquet, 15; Thuvien et Thomas (Robert), 11; Zambeaux, 9; Suzor, 15; Valeau, 12.

Séance du 22 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du cancer de la langue. »

MM. Zerah (Henri), 11; Vilenski, 15; Viet-Villeneuve, 14; Thibault (H.), 16; Thévenin, 9; Thévenard, 18; Tixier, 17; Timsit, 16; Théron, 11; Thomas (Pierre), 13; Terrade, 11; Stafler, 14; Spindler, 11; Souvestre, 16; Verny, 17; Vernotte, 14; Vernier, 15; Varé, 10; Thionville, 14; Vernholes, 17.

— Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux. — La deuxième réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude se réunira le lundi 21 novembre 1921, à 16 h. 1/2, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du lundi 24 octobre 1921 au samedi 5 novembre inclusivement.

Nota. — Les candidats pourront obtenir tous renseignements sur le statut des assistants d'électro-radiologie (mise en disponibilité, admission à l'honorariat, congés de longue durée, participation au service de garde, admission au concours de chef de laboratoire, etc.) en s'adressant au service du personnel de l'administration.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Mantes. — Un concours pour une place de préparateur de bactériologie s'ouvrira à l'École de médecine de Nantes le lundi 12 décembre 1921.

ASILE NATIONAL DU VÉSINET. — Un concours pour la nomination de deux internes femmes à l'asile national du Vésinet aura lieu le 28 novembre prochain, au ministère de l'Intérieur.

Ce concours est ouvert aux étudiantes en médecine, de nationalité française, âgées de moins de trente ans révolus célibataires, pourvues de huit inscriptions de doctorat et ayant exercé les fonctions d'externe dans un des hôpitaux de Paris.

Allocation annuelle : 3.000 francs et avantages en nature stipulés au règlement de l'asile.

Les candidates, pour prendre connaissance du règlement et obtenir leur inscription, devront se présenter au secrétariat de l'asile national du Vésinet, de 14 à 18 heures, tous les jours non fériés.

Elles devront déposer en même temps : 1° leur acte de naissance; 2° un extrait de leur casier judiciaire; 3° un certificat qu'elles ont exercé les fonctions d'externe dans un des hôpitaux de Paris.

La liste des candidates sera close le 21 novembre 1921.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Le 8 octobre s'est tenu, à la Faculté de médecine, la première séance de cette Société dont on saisira l'importance pour l'expansion de la pensée française à l'étranger quand on saura que cet organisme nouveau, dont le Comité permanent siège à Paris, a pour président le Dr Tricot-Royer (d'Anvers), pour vice-présidents les professeurs Giordano (de Venise), Singer (d'Oxford), Jeanselme et Ménétrier (de Paris) et pour secrétaire général le professeur agrégé Laignel-Lavastine, l'organisateur du récent Congrès d'histoire de la médecine à Paris en juillet dernier.

Le prochain Congrès, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, aura lieu à Londres du 24 au 29 juillet 1922 sous la présidence du professeur Singer. Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Principaux foyers des maladies épidémiques et endémiques au moyen âge, en Occident et dans l'Orient classique ;
2° Histoire de l'anatomie.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de *Savoir*, journal médical et scientifique d'informations et de critique, paraissant toutes les semaines chez M. Doin, éditeur.

Le directeur scientifique est le docteur Bardet et le rédacteur en chef le docteur Henri Bouquet. Tous nos meilleurs vœux à nos excellents confrères.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

POLICES D'ASSURANCES ÉTRANGÈRES

PAIEMENT. COURS LÉGAL ET COURS FORCÉ (1)

Cette argumentation était plus sérieuse; mais elle n'a pas prévalu, à bon droit, pour les raisons qui suivent :

Il y a en France deux sortes de monnaies légales : une monnaie métallique (or et argent) et une monnaie fiduciaire (billet de la Banque de France). Le billet de la Banque de France n'est pas, en principe, une monnaie. C'est le *cours légal* qui donne au billet le caractère d'une véritable monnaie : nul particulier, nulle caisse publique, ne peut refuser le billet en paiement.

Vis-à-vis de la Banque de France, le billet est accepté comme monnaie. Il est maintenu dans la circulation par la confiance; tant que cette confiance existe, le porteur estime inutile d'aller échanger à la Banque son billet contre de l'or, car il est sûr qu'il n'a qu'à se présenter à ses guichets pour que l'échange soit effectué.

Mais, survient une crise : immédiatement tous les porteurs se précipitent aux guichets pour avoir de l'or contre le billet. Si on laisse les guichets ouverts, l'or va disparaître des coffres de la Banque ; pour éviter ce danger, on ferme les guichets : le porteur ne peut plus obtenir d'or contre son billet. C'est le *cours forcé;* celui-ci garantit la Banque contre toute demande de remboursement de ses billets en espèces.

Comme on l'a dit : « Le *cours légal* oblige les caisses publiques et les particuliers à recevoir les billets de banque comme monnaie libératrice, mais la Banque ne peut se refuser à les rembourser en espèces ; le *cours forcé* a pour effet de suspendre pour la Banque elle-même l'obligation de rembourser en espèces ses billets, que les particuliers restent contraints d'accepter. » On sait que la loi du 12 août 1870 édicta, en raison de la guerre, le régime du cours légal et du cours forcé ; ce régime fut de nouveau édicté par la loi du 5 août 1914.

La combinaison du cours légal et du cours forcé assure la défense du billet de banque.

Le contrat d'assurances de 1896 violait-il cette loi? Le Tribunal et la Cour, ainsi que la Cour de cassation, ont répondu négativement.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 82, p. 1298.

La raison est que l'article 6 du Code civil ne doit pas être pris à la lettre ; « ce serait en élargir outre mesure le sens et la portée que de considérer, d'une façon absolue et sans distinction, comme nulle et sans valeur, toute convention particulière, par cela seul qu'elle apparaît dès le premier abord comme contraire aux dispositions d'une loi basée sur un intérêt d'ordre public ; en effet, l'application rigoureuse de la règle posée par l'article 6 ne s'impose qu'au cas où l'intérêt public commande le respect absolu de la disposition prise, de telle sorte qu'on ne puisse y déroger sans aller à l'encontre du but que la loi s'est proposé ; une dérogation est licite, au contraire, lorsqu'elle ne présente aucun intérêt social et que la véritable intention du législateur est respectée ». Or, la loi du 5 août 1914 a eu manifestement pour but d'assurer la libre circulation des billets de la Banque de France à l'égal des pièces métalliques ; c'est pour ce motif que l'article 3 de cette loi dispense ce grand établissement de tous remboursements en espèces ; il en résulte que le cours forcé des billets de la Banque de France doit invariablement être respecté pour tous paiements à effectuer dans les conditions normales sur le territoire français.

Dans le cas envisagé, il s'agissait non pas d'apprécier si les billets de la Banque de France pouvaient ou non circuler librement, à titre d'équivalence des espèces monnayées, sur le territoire français, mais de décider si des restrictions ou une entrave devaient ou non être apportées à l'entrée en France de monnaie d'or qu'une Société étrangère s'est imposé l'obligation de verser à un citoyen français. La réponse n'était pas douteuse : aucun obstacle sérieux n'existait de nature à empêcher la Compagnie *La New-York* de se procurer l'or nécessaire pour exécuter ses engagements ; et l'exécution de ces engagements, loin de faire échec aux lois monétaires, avait, au contraire, pour résultat de faire rentrer en France une somme importante de monnaie d'or ; c'était fortifier son crédit. Ajoutons que permettre à la Compagnie de se libérer en billets de banque, c'eût été lui attribuer un bénéfice considérable, puisque le franc-papier a une valeur très inférieure.

On peut envisager d'autres cas que celui que nous venons d'examiner ; par exemple, l'assuré peut avoir le droit de réclamer le montant de l'assurance au siège social de la Compagnie étrangère. S'il a ce droit, il peut demander son paiement dans la monnaie ayant cours dans le pays où ce paiement doit avoir lieu ; le Tribunal civil de la Seine a statué en ce sens, dans un jugement du 15 juillet 1921 (*Gaz. des trib.*, 9-10 sept. 1921). Il s'agissait d'une Compagnie d'assurances suisse qui a été condamnée à payer le montant de l'assurance en argent suisse, le bénéficiaire de la police ayant eu le droit, aux termes de contrat de se présenter à son gré, à la caisse de la Compagnie, soit à Bâle, soit à Paris.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 26 octobre. — Jury : MM. Roger, président; Broca (Auguste), Abrami et Lardennois. — M. MORAULT (Yves). L'acidose chez les aliénés. — M. MAURY (François). Contribution à l'étude anatomique des fractures de jambe chez l'enfant.

Samedi 29 octobre. — Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Duval et Lecène. — M. DUTER (Georges). Essai sur l'ostéosynthèse dans les fractures. — M. LE GAC (Jean). Contribution à l'étude des kystes osseux. — M. CORBASSON (X.) De la syphilis récidivant sous une forme constante. — M. MOUZON (Jean). Les plaquettes du sang humain.


EPF

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE

Par le docteur J. LHERMITTE.

GÉNÉRALITÉS

L'évolution de l'organisme et la maladie. (M. KLIPPEL. G. Doin, 1921, 468 p.) — Cet ouvrage, dans lequel sont condensées les idées générales de M. Klippel, s'adresse à la fois aux médecins, aux biologistes et même aux philosophes. C'est dire par avance que nous n'en faisons pas ici une analyse complète et que nous retiendrons seulement les idées qui intéressent la neurologie.

Une des notions fondamentales sur laquelle s'appuie l'auteur, consiste dans le fait de la hiérarchie biotaxique des tissus. Non seulement les tissus ne répondent pas de la même manière aux influences pathogènes, mais chacun des éléments qui les composent offre des aptitudes réactionnelles qui lui sont propres. Les éléments du système nerveux, par exemple, se trouvent tout à l'opposé des éléments des tissus conjonctifs. Tandis que ceux-ci ne cessent de croître et de se reproduire indéfiniment au cours de la vie de l'individu, ceux-là sont incapables de régénération et de multiplication. Ainsi se trouve expliquée la fréquence des tumeurs conjonctives bénignes ou malignes et la rareté exceptionnelle des néoplasies du tissu proprement nerveux.

Mais il y a plus et, dans le système nerveux, on peut observer aussi une hiérarchie de fonctions et une hiérarchie de tissus. Ainsi que le démontre l'étude de la narcose chloroformique, de l'ischémie progressive, enfin de la mort élémentaire qui suit la mort générale, ce sont les organes dont la fonction est la plus élevée qui subissent d'abord les effets nocifs de l'intoxication ou de l'anoxémie.

Au contraire, dans certains cas, les centres inférieurs manifestent une exaltation parfois désordonnée.

Si l'on examine les fonctions sensitives, on relève la même loi générale, c'est-à-dire que les sensibilités les moins différenciées persistent alors que les perceptions fines, précises, parfaitement discréminées sont abolies, et cela quelle que soit la lésion causale.

L'altération organique efface tout d'abord la sensibilité acquise le plus récemment, la plus rare et partant la plus instable.

On peut retrouver enfin la même règle en pathologie mentale où tout démontre que, dans les démences aussi bien que dans les psychoses, les fonctions qui s'exaltent sont des fonction hiérarchiquement inférieures, tandis que celles qui se paralysent ou s'affaiblissent sont de l'ordre des plus élevées. N'est-il pas classique de reconnaître que toutes les intoxications retentissent d'abord sur le sens moral, lequel est précisément la fonction la plus élevée chez l'homme, la plus récemment acquise au cours de l'évolution ontogénique et phylogénique et nécessairement la plus labile.

D'après M. Klippel, toutes les manifestations des différentes formes de psychose peuvent se réduire à trois états fondamentaux : l'émotion, le sommeil, la fatigue.

Ce triple mode de réaction de l'organisme contre le milieu pathologique implique une diminution de la complexité fonctionnelle ; les fonctions les moins différenciées s'exaltent, tandis que les autres s'affaiblissent.

Les maladies nerveuses. (VAN GEHUCHTEN. *Uystpruyst*, Louvain, 1920, 640 p.) — Cet important ouvrage du neurologiste de Louvain et dont la publication a été interrompue par la guerre contient sous une forme parfaitement didactique, toutes les idées fondamentales auxquelles était attaché van Gehuchten. Suivant sa méthode habituelle, l'auteur s'attache à décrire tous les syndromes de la neuropathologie en partant de l'anatomie. C'est dire qu'on trouvera d'abord parfaitement exposées toutes les données de l'architecture de la région du système nerveux dont sont étudiées les expressions pathologiques. Afin de faciliter la lecture et la compréhension de l'ouvrage, en partant du plus simple pour aboutir au plus complexe, van Gehuchten a fait précéder l'étude des affections du système nerveux central d'un long exposé des lésions du système nerveux périphérique dans lequel on trouvera toutes les notions essentielles pour l'interrogatoire clinique et électrologique des fonctions des nerfs et des muscles.

Un très long chapitre est consacré à l'étude des affections spinales et, particulièrement, des compressions de la moelle, étude à laquelle van Gehuchten a apporté une importante contribution personnelle.

Le problème des localisations cérébrales est ensuite envisagé avec les questions qui lui sont connexes et spécialement celles qui ont été récemment renouvelées comme celles de l'aphasie, de l'apyrexie, des sensibilités corticales.

Le livre se clôt sur l'étude des maladies fonctionnelles où l'on regrette de voir figurer encore la chorée de Huntington et la maladie de Parkinson, et van Gehuchten aborde dans un ultime chapitre les moyens de dépister la simulation en étudiant la névrose traumatique dont la guerre nous a fait apparaître tant d'exemples.

On le voit, ce livre contient, en résumé, tout ce que doit connaître, non seulement un neurologiste, mais un médecin, et il n'est guère possible de présenter l'étude de manifestations aussi complexes et aussi intimement liées à une structure aussi difficile que l'est celle du système nerveux central sous une forme plus concise, plus claire et plus attrayante.

Libération des fonctions du système nerveux. (Release of functions in the nervous system.) (Henry HEAD. *Croonien lecture. Proceedings of the royal society*, vol. XCII, B., 1921, p. 184.) — Voici environ cinquante ans que Huglings Jackson affirmait cette doctrine que les lésions destructives du système nerveux ne provoquent jamais d'effets positifs, mais déterminent seulement une condition négative, grâce à laquelle des phénomènes positifs peuvent se manifester.

Oubliée jusqu'à ces dernières années, la loi de Jackson paraît aujourd'hui à la lumière des faits physiologiques et pathologiques comme l'expression la plus juste de la pathogénie des symptômes que la clinique et l'expérimentation offrent aux recherches des neurologistes.

Reprenant l'idée de H. Jackson, M. H. Head pense que si l'on approfondit le mécanisme des perturbations organiques du système nerveux, on est conduit à admettre l'existence de deux groupes pathogéniquement différents.

La perte des fonctions d'un centre peut, en effet, apparaître dans deux conditions. Ou bien les phénomènes morbides consistent, d'une part, dans la perte de la fonction d'un centre supérieur associée à l'exaltation des centres qui normalement sont soumis à son action frénatrice, ou bien les symptômes pathologiques consistent uniquement en phénomènes positifs liés à l'absence de contrôle des centres supérieurs sur un ou plusieurs centres hiérarchiquement subordonnés.

Au premier de ces faits, s'applique le terme de *désintégration*, au second la dénomination de *libération du contrôle*. Les mouvements d'automatisme médullaire constatés dans la section totale de la moelle par Lhermitte, Head et Riddoch, la rigidité décérébrée, appartiennent au premier groupe, de même que les phénomènes douloureux qui, si fréquemment, s'associent au déficit sensitif des lésions de la couche optique. Ce que traduisent ces manifestations motrices ou sensitives, selon Head, ce n'est pas un état d'irritation des centres nerveux, mais la libération des membres inférieurs conjointe avec la perte des fonctions supérieures.

La libération du contrôle apparaît moins comme consé-

quence des lésions destructives du système nerveux que comme corollaire de l'affaiblissement physiologique des centres supérieurs. Les exemples qui sont les plus propres à illustrer cette conception, sont tirés des phénomènes douloureux viscéraux. Tandis qu'une irritation modérée demeure parfaitement limitée et précise, une irritation de même ordre pourra, si l'état général du sujet est atteint, échapper au contrôle et diffuser dans des régions très éloignées de la zone irritée. Il en est ainsi dans les états fébriles, dans le « shock ».

Cette théorie pathogénique générale, soutenue par M. Head, nous apparaît ainsi comme le prolongement de l'idée de H. Jackson qu'elle amplifie et précise et permet de mieux comprendre le mécanisme du nombre de symptômes jusqu'ici mystérieux.

ENCÉPHALE

Sur la rigidité décérébrée et la survenance d'attaques toniques (On decerebrate rigidity in man and the occurence of tonic fits). (S. A. Kinnier Wilson. *Brain*, vol. XLIII, f. 3, 1920, p. 220.) — Sherrington en 1897 a montré ce fait capital que la transsection complète du mésocéphale au-dessus des tubercules quadrijumeaux antérieurs provoquait, chez le chien et le singe, un état particulier auquel cet auteur a donné la dénomination de « rigidité décérébrée ».

Après transsection mésocéphalique, l'animal suspendu ne présente, en effet, aucune paralysie flasque mais, tout au contraire, les membres postérieurs sont en extension spastique, les membres antérieurs rejetés légèrement en arrière et en pronation; les muscles souvent fortement contracturés donnent à la colonne vertébrale une incurvation à concavité postérieure, un véritable opisthotonos, la queue de l'animal est rejetée aussi en arrière et incurvée en haut; enfin les mâchoires sont serrées par un trismus accusé.

Tous les membres, le tronc et le cou sont rigides et cette rigidité s'oppose aux mouvement passifs.

Jusqu'ici la rigidité décérébrée n'avait été étudiée que par certains physiologistes et n'avait trouvé en neurologie clinique aucune application. M. K. Wilson vient de combler cette lacune en montrant que, chez l'homme, il est possible de retrouver, soit au complet, soit à l'état fragmentaire et dissocié, cette rigidité de la décérébration.

La rigidité décérébrée complète apparaît assez rarement en pathologie humaine et le plus souvent se manifeste alors que les fonctions de la conscience sont complètement suspendues. Dans ces conditions, les quatre membres sont en extension, rigides, et ce cou présente une incurvation en arrière. Les membres supérieurs sont en extension et en rotation interne; et celle-ci est souvent si prononcée que la paume de la main est dirigée en arrière ou même en dehors.

Très fréquemment, la rigidité décérébrée s'associe à des attaques toniques particulières dont nous devons la connaissance à H. Jackson et que cet auteur rattachait aux lésions du cervelet.

Ces attaques toniques donnent aux sujets qui en sont atteints l'attitude typique de la rigidité décérébrée de l'animal. Le présent travail contient 5 observations complètes de rigidité décérébrée associée aux attaques toniques.

Si les lésions anatomiques qui conditionnent la rigidité décérébrée ne sont pas univoques puisque, dans les faits apportés par M. K. Wilson, il s'agit tantôt de tuberculose méningée, tantôt de néoplasies, tantôt enfin d'hydrocéphalie, du moins ces lésions possèdent un caractère commun qui est de supprimer fonctionnellement ou anatomiquement les faisceaux qui unissent le cerveau avec les centres du tronc cérébral sous-jacent. Une observation très remarquable de M. Furner montre que la rigidité décérébrée peut apparaître à la suite de la destruction presque complète de la partie supérieure du mésocéphale par un processus néoplasique.

Si le plus souvent, chez l'homme, la rigidité décérébrée s'associe aux attaques toniques, il ne s'ensuit pas que ces deux termes ne puissent être dissociés et M. K. Wilson rapporte plusieurs faits témoignant de l'indépendance possible des attaques toniques et de l'hypertonie de la décérébration.

En dehors des faits dans lesquels la rigidité décérébrée se manifeste associée à la perte de la conscience, il en est d'autres qui témoignent de la survenance d'une variété de rigidité très intéressante parce que plus fréquente et plus difficile, en clinique, à différencier. Nous voulons parler de la rigidité fragmentaire.

Celle-ci apparaît dans des conditions pathologiques très diverses mais qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, présentent un point commun : la libération uni ou bilatérale de la région du cerveau moyen de ses connexions cérébrales. Sherrington, d'ailleurs, avait déjà montré que, chez le singe, il était possible de provoquer l'apparition d'une rigidité décérébrée unilatérale par la transsection complète de la moitié du mésocéphale.

La rigidité décérébrée parcellaire se retrouve surtout marquée dans certaines hémiplégies de l'enfance (syndrome de Little), dans les états choréiques et sthétosiques. Elle se traduit alors par des attitudes forcées du cou et des membres supérieurs. Ceux-ci se placent en extension, pronation et la paume de la main du côté atteint regarde en dehors.

Le problème de la pathogénie de la rigidité décérébrée est assurément parmi les plus difficiles de la physiologie du système nerveux et, à son sujet, l'accord n'est pas encore fait.

Cependant on peut dire que, si le centre tonigène n'est pas encore définitivement localisé, son siège peut être fixé dans la région de la calotte des pédoncules et de la protubérance annulaire. De plus, on peut affirmer que la rigidité, l'hypertonie excessive de la décérébration, n'est pas l'expression d'une excitation des centres du tonus, mais qu'elle traduit seulement la *libération* de ces centres lesquels sont dégagés de l'action frénatrice des centres supérieurs auxquels, normalement, ils sont subordonnés.

La forme labyrinthique de l'encéphalite épidémique. (J. A. Barré et L. Reys. *Paris méd.*, 1er oct. 1921.) — Les récentes épidémies d'encéphalite léthargique ont montré que le virus de cette maladie n'épargnait aucune région du système nerveux central et que même, dans certains cas, les racines rachidiennes et ces nerfs craniens participaient au processus. Cependant, si certains auteurs (Lhermitte et Saint-Martin) ont noté, dès la première épidémie, que la 8e paire était susceptible de donner sa note particulière dans le tableau symptomatique il faut reconnaître que peu d'observateurs ont mentionné dans leurs descriptions les phénomènes par lesquels se traduit l'atteinte du nerf labyrinthique qui, on le sait, est au vrai le nerf de l'équilibre.

MM. Barré et Reys viennent de combler cette lacune en montrant que fréquemment l'encéphalite épidémique se marque par des troubles incontestablement d'origine labyrinthique.

Ceux-ci sont constitués essentiellement par des vertiges et des manifestations objectives qu'il faut reconnaître si l'on veut établir un diagnostic et partant un traitement rationnel.

Lorsqu'il s'agit simplement de phénomènes vertigineux associés à des paralysies oculaires et à de l'hypersomnie le diagnostic est aisé, tandis que lorsque l'on a affaire à des formes pures c'est-à-dire réduites aux seules manifestations labyrinthiques le problème est plus difficile à résoudre.

Sur 110 cas d'encéphalite, MM. Barré et Reys ont relevé 12 faits de forme labyrinthique pure. En pleine santé le sujet éprouve des sensations vertigineuses par accès intermittents. Sa marche est difficile entraîné qu'il est dans une direction anormale, quelquefois la démarche ressemble à celle de l'homme ivre. A ces troubles s'ajoute une impression de malaise général, quelquefois même surviennent des nausées.

Le silence et le repos déterminent une atténuation de ces phénomènes; mais ceux-ci réapparaissent lorsque le malade fait un mouvement brusque ou côtoie un véhicule à allure rapide.

Il s'agit donc, au point de vue subjectif, de vertiges lesquels ne portent pas en eux la marque caractéristique de leur origine et qu'un examen sommaire paraît attribuer à des lésions auriculaires, gastriques ou même à un état psychonévropathique.

Il est donc nécessaire de rechercher les signes objectifs. Ceux-ci consistent, en l'absence de paralysie oculaire apparente, en nystagmus provoqué, en phénomène de Romberg et surtout dans les résultats positifs des épreuves de Barany, de Babinski-Weil et de l'épreuve de Hautant. Toutes ces épreuves montrent une hyperercitabilité du labyrinthe.

Il faut ajouter que si l'on recherche avec attention comment



s'effectue la convergence des globes oculaires, on constate que celle-ci est déficiente surtout dans le regard en haut. Dans cette position du regard, apparaît même parfois une diplopie croisée.

Enfin MM. Barré et Reys signalent qu'un certain nombre de ces malades présentent des signes de la série parkinsonnienne à l'exemple de tant d'encéphalitiques.

Constatations histo-pathologiques dans un cas de polioencéphalite supérieure et inférieure avec remarques sur le liquide céphalo-rachidien (Histopathologic findings in a case of superior and inferior poliencephalitis with remarks on the cerebrospinal fluid). (J. B. Hassin. *Arch. of neurol. and psych.*, 1921, vol. V, n° 5, p. 552.) — On sait que pour nombre d'auteurs la polioencéphalite supérieure décrite par Gayet et Wernicke doit être identifiée avec l'encéphalite léthargique dont elle n'est qu'une manifestation sporadique. Et, de fait, il semble bien qu'il en soit ainsi. Cependant, ce serait une erreur de croire que toutes les affections qui frappent d'une manière diffuse le mésocéphale et la protubérance et dont la cause n'apparaît pas ressortissent toutes au virus de l'encéphalite épidémique. L'observation de M. Hassin en est une saisissante démonstration. Elle a trait à un malade qui présenta une paralysie des IIIe, VIIe, IXe et XIIe paires craniennes, et à l'autopsie duquel on constata des altérations exclusivement dégénératives des éléments nerveux accompagnés d'une prolifération intense de la névroglie et des vaisseaux. En outre, l'accumulation de gouttelettes adipeuses autour des vaisseaux et dans les plexus choroïdes était frappante. Les lésions inflammatoires faisaient complètement défaut.

Il ne s'agit donc certainement pas d'une encéphalite, mais d'un processus spécial dont l'auteur voit la cause dans une hétéro ou une auto-intoxication. Et M. Hassin se croit autorisé à penser que la polioencéphalite supérieure de Gayet-Wernicke ressortit au même agent pathogène, ce qui semble beaucoup plus discutable.

Quoi qu'il en soit de ce point de nosographie, le fait rapporté par M. Hassin montre qu'il faut se garder de porter trop hâtivement le diagnostic d'encéphalite épidémique ou sporadique, et que, à côté de l'infection, d'autres agents pathogènes peuvent déterminer un syndrome assez semblable.

Sur l'encéphalite léthargique, sommeil et action de la scopolamine (Ueber Encephalitis lethargica, Schlaf und Scopolaminwir Rung). (F. Meggendorfer. *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1921, vol. LXVIII-LXIX, p. 159.) — Dans ce travail, l'auteur établit un parallèle entre le sommeil normal, l'hypersomnie de l'encéphalite et la narcose provoquée par la scopolamine. Malgré les quelques traits qui les distinguent, ces « sommeils » s'apparentent étroitement et sont liés aux modifications normales ou pathologiques des centres régulateurs du sommeil, lesquels, suivant Nauthner, Frommer, sont situés dans le mésocéphale.

Partant de ce point de vue que le sommeil est une fonction active du cerveau, M. Meggendorfer eut l'idée de traiter deux malades atteints de syndrome parkinsonnien postencéphalitique par la scopolamine en injection ou par la voie buccale. Dans ces deux cas, le succès fut assez net et la rigidité, comme la lenteur des mouvements, les troubles de la déglutition furent améliorés.

Dégénération granuleuse des cellules cérébrales dans l'encéphalite épidémique (Degeneration granules in brain cells in epidemic encephalitis). (H. Sheleney. *Arch. of neurol. and psych.*, 1921, vol. V, n° 2, p. 146.) — Il s'agit ici d'une variété de dégénération des cellules nerveuses très particulière que M. Meleney a observée dans les éléments de l'écorce cérébrale, des ganglions de la base, de la protubérance et du bulbe rachidien. Les cellules atteintes par cette dégénération présentent dans leur cytoplasme des granulations ne dépassant pas 0,5 à 2 μ, lesquelles se colorent intensément en rouge par le mélange éosine-bleu de méthylène ou le mélange fuchsine acide-vert de méthyle. L'auteur n'a jamais retrouvé de semblables granulations dans les cellules spinales. Cette variété de dégénération granuleuse est donc très différente des granulations métochromatiques étudiées par Lhermitte et Radovici dans l'encéphalite épidémique.

Multiples hémorragies répétées cérébro-spinales avec anévrismes miliaires dans un cas d'artério-sclérose (Repeated multiple, minute corticospinal hemorrages with miliary anevrysms in a case of arteriosclerosis). (O. Raeder. *Arch. f. neurol. and psych.*, vol. V, f. 3, p. 270.) — Malgré les très nombreux travaux parus sur cette question depuis le mémoire fondamental de Charcot et Bouchard, le dernier mot n'est pas dit sur le rôle que jouent les anévrismes miliaires dans la genèse de l'hémorragie cérébrale.

D'après M. Raeder, l'anévrisme miliaire ne joue qu'un rôle assez effacé dans l'étiologie de la grande hémorragie du cerveau. Et, à l'appui de cette thèse, l'auteur rapporte une observation anatomo-clinique détaillée. Elle a trait à un sujet âgé de cinquante-sept ans, lequel, à plusieurs reprises, présenta des ictus ; le dernier de ceux-ci fut compliqué d'accidents pulmonaires qui provoquèrent la mort.

A l'autopsie dont les résultats furent vérifiés par l'étude histologique, M. Raeder constata l'existence de multiples hémorragies limitées associées à de non moins nombreuses ruptures vasculaires, véritables anévrismes disséquants n'ayant pour paroi que la tunique adventice distendue et bossuée. Aucune de ces ectasies n'avait provoqué de foyer important. Il faut donc un autre facteur pour rendre compte des vastes foyers hémorragiques, l'hypertension sanguine pourrait être celui-là.

Sur des affections particulières du système nerveux central avec constatations anatomiques remarquables (Ueber eigenartige Erkrankungen des Zentralnervensystems mit bemerkenswerkem anatomischen Befunde). (A. Jakol. *Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, 1921, vol. LXIV, p. 147.) — Cette étude est basée sur l'observation de trois cas se présentant sous les traits respectifs de la sclérose en plaques, de la pseudo-sclérose et de la sclérose latérale amyotrophique.

La maladie débute dans l'âge moyen, et son premier signe consiste dans des troubles de la motilité, ensuite apparaissent le nystagmus, les perturbations de la déglutition, le trouble de la marche, laquelle prend le type ataxo-spasmodique, l'hypertonie; les phénomènes sphinctériens et les troubles trophiques appartiennent à la phase terminale de l'affection. Celle-ci évolue assez rapidement en un peu moins d'un an.

Anatomiquement, cette maladie, d'expression clinique assez protéiforme, s'affirme comme relevant d'un processus exclusivement dégénératif, lequel frappe les couches profondes du cortex cérébral et certaines régions de l'encéphale, telles que la couche optique, le corps strié, les noyaux bulbaires.

Pour désigner le complexus histologique, M. Jakol propose les termes « d'encéphalomyélopathie avec petits foyers disséminés de dégénération ». C'est que, en effet, à côté des lésions diffuses que nous avons signalées, il existe de nombreux petits foyers de dégénération accompagnés d'une prolifération névroglique.

Il semble donc s'agir, dans ces faits, d'un processus assez particulier dont l'origine et la nature demeurent complètement mystérieux. Il paraît certain que la syphilis ne joue aucun rôle étiologique.

Deux cas de cysticercose cérébro-spinale avec méningite chronique et endartérite oblitérante cérébrale. (L. Redalié. *Revue neurol.*, 1921, n° 3, p. 212.) — Etude clinique et anatomique complète de deux cas de cysticercose encéphalique intéressante, surtout en ce qu'elle montre le retentissement considérable que peut provoquer sur les méninges et les vaisseaux l'évolution du parasite.

Pathogénie de la paralysie générale et du tabes. (A. Sézary. *Revue neurol.*, 1921, n° 4, p. 357.) — A la période secondaire de la syphilis, les tréponèmes s'arrêtent dans les viscères et dans les centres nerveux. Mais, si ces tréponèmes peuvent être atteints par les agents microbicides lorsqu'ils siègent dans les viscères, ils trouvent dans le névraxe un milieu où ils peuvent pulluler à l'abri des anticorps et des agents médicamenteux.

Les altérations latentes qu'ils provoquent dans le tissu nerveux peuvent guérir spontanément si elles sont peu intenses, mais, peu à peu, par un phénomène d'adaptation, les tréponèmes s'acclimatent et se multiplient. Progressivement, les désordres anatomiques qu'ils déterminent progres-

sent tandis qu'apparaissent les signes cliniques du tabes ou de la paralysie générale.

La céphalée par engorgement lymphatique. (L. ALQUIER. *Revue neurol.*, 1921, n° 5, p. 458.) — Céphalée discontinue, paroxystique, d'intensité médiocre, de topographie variable, associée à des vertiges et un état nauséeux, tels sont les caractères cliniques de l'affection décrite par M. Alquier. La palpation révèle l'existence de ganglions petits, durs, ratatinés au niveau des insertions des muscles cervicaux.

Le traitement consiste, non seulement dans le massage, mais aussi dans la photothérapie, la chaleur obscure et la d'Arsonvalisation. Enfin, puisqu'il s'agit d'une manifestation liée à une auto-intoxication digestive, il convient de traiter avec soin les désordres de la sphère hépato-intestinale.

MOELLE ÉPINIÈRE

Sur l'étiologie de la sclérose en plaques. (Zur Ætiologie der multiplen Sklerose.) (Fritz KALBERLACH. *Deuts. mediz. Woch.*, 1921, n° 4, p. 102.) — Depuis les travaux de Kuhn et Steiner, il semble bien que nous connaissions l'agent spécifique de la sclérose en plaques. Il s'agirait, selon les auteurs allemands, d'un spirochète particulier dont la biologie rendrait un compte très exact de l'évolution si caractéristique de la sclérose multiple.

M. Kalberlach, dans deux cas de sclérose en plaques en évolution, a opéré des prélèvements de sang et de liquide céphalo-rachidien. Injectant ces liquides au lapin, dans l'espace sous-dural et dans le péritoine, cet auteur constatait, après un intervalle d'un mois, que les animaux présentaient des phénomènes paralytiques accusés. Or, l'examen du sang chez un animal montra l'existence d'un spirochète caractéristique. La bouillie cérébrale de cet animal injectée à un lapin détermina, chez celui-ci, les mêmes troubles paralytiques. Le virus de la sclérose en plaques peut donc être transmis par passages.

Le spirochète trouvé par M. Kalberlach qui semble identique à celui qu'ont décrit Kuhn et Steiner, est assez épais et n'offre que quatre spirales, il se colore intensément en bleu par la méthode de Giemsa et en noir profond par l'imprégnation argentique, tout de même que le tréponème de la syphilis.

Ces spirochètes, constatés aussi dans les viscères des animaux injectés, siègent dans l'intérieur des vaisseaux et aussi entre les cellules du parenchyme.

Sur l'histogenèse du tabes. (Zur histogenese des Tabes.) (Hugo RICHTER. *Zeits. f. die gerante Neurol. und Psychiat.*, vol. LXVII, p. 1, 1921.) — Si l'auteur accorde que, conformément à la théorie de Nageotte, la lésion initiale du tabes doit être cherchée au niveau du nerf radiculaire, M. Richter n'admet pas qu'il s'agisse d'un processus inflammatoire banal. Les éléments qui dissocient les fibres du nerf radiculaire ne tirent pas leur origine du sang, mais du tissu conjonctivo-vasculaire, ce sont des « endothélio-fibroblastes » selon la dénomination de Krompecher, et non des lymphocytes ou des plasmocytes.

L'accumulation de ces éléments détermine la production d'un tissu de granulation, lequel ultérieurement se transforme en tissu cicatriciel. La lésion des éléments nerveux trouve sa raison dans la compression provoquée par le tissu de néoformation et peut-être, dans un processus biochimique indéterminé.

La lésion du tabes est donc, à ses débuts, une lésion purement locale et c'est seulement par la multiplication des foyers nodulaires radiculaires que se constituent les dégénérations des cordons postérieurs si caractéristiques de cette maladie.

Les cylindres, avec des filets radiculaires plus résistants que les gaines de myéline, persistent plus longtemps et peuvent même, comme Nageotte l'a montré le premier, présenter des phénomènes de régénération. Les lésions des ganglions rachidiens sont secondaires et rentrent dans le cadre de la dégénération rétrograde.

Lorsque le tabes se complique de paralysie générale (Taboparalyse des Allemands), le tableau anatomique est sensiblement différent. Dans ce dernier cas, en effet, le tissu de granulation radiculaire est envahi par des lymphocytes et des cellules plasmatiques. M. Richter ne pense pas que les lésions méningées si fréquentes au cours du tabes non compliqué, soient en rapport avec le processus tabétique; il s'agit seulement d'une lésion syphilitique surajoutée.

Enfin, pour l'auteur, le tabes n'est nullement une affection systématique des cordons postérieurs, la dégénération de leurs fibres s'explique clairement par la lésion radiculaire, ainsi que le démontre l'asymétrie des dégénérations postérieures.

Les lésions des nerfs craniens dans le tabes sont calquées sur celles des racines postérieures.

Un signe spinal dans les crises gastriques du tabes. (A spinal sign in gastric crises in tabes.) (W. BRAWNING. *Medical Record*, 1920, vol. XCVIII, p. 728.) — D'après l'auteur, on pourrait constater, chez les tabétiques en état de crise gastrique, l'existence d'une zone d'hyperalgésie située sur le flanc gauche de la colonne vertébrale et recouvrant le cinquième espace intercostal. Pour mettre l'hyperesthésie cutanée en évidence, il suffit de frotter doucement avec l'extrémité des doigts la région indiquée, le malade indiquera par un tressaillement ou une plainte, le moment où la zone sensible sera atteinte.

Ce symptôme persiste pendant les jours qui suivent la crise et même, peut préluder à l'installation des douleurs gastriques.

GLANDES ENDOCRINES

Pathologie de l'hypophyse. (Paul V. MONAKOW. *Arch. suisses de neurol.*, vol. VIII, f. 2, p. 200.) — Si le syndrome, décrit par Bartels et Fröhlich de la dystrophie adiposo-génitale, est aujourd'hui parfaitement déterminé, il n'en est pas de même de la pathogénie à lui attribuer.

Et si de nombreux auteurs admettent l'origine hypophysaire de ce complexus symptomatique, il en est d'autres, à l'exemple d'Erdheim, pour lesquels la lésion causale, hypophysaire ou non, agirait en comprimant la région basale du cerveau et particulièrement la zone de l'*infundibulum*.

Aussi l'observation rapportée par M. de Monakow mérite-t-elle d'être rapportée. Elle a trait à un malade de cinquante-huit ans atteint de tuberculose pulmonaire chez lequel rapidement se développa le syndrome de Fröhlich. Celui-ci était caractérisé par la chute des poils, la sécheresse extrême de la peau, l'atrophie des testicules, enfin l'adiposité. Il est remarquable que, malgré la fièvre hectique que présentait le malade, le pannicule adipeux demeura sans modifications. La pression artérielle ne dépassait pas 110 centimètres de Hg, et il n'existait ni glycosurie, ni polyurie. La tolérance aux hydrates de carbone était nettement augmentée tandis que les réactions à l'injection d'extrait thyroïdien et d'adrénaline demeurèrent nulles.

L'examen du testicule montra l'existence d'un processus d'atrophie intéressant, non seulement les canaux séminipares, mais aussi les cellules interstitielles de Leydig remplacées par un tissu conjonctif épais.

L'hypophyse était complètement atrophiée dans sa partie glandulaire tandis que le lobe nerveux était respecté.

Ainsi que le fait remarquer M. P. de Monakow, il est remarquable que, malgré la destruction complète du lobe glandulaire de l'hypophyse, à aucun moment n'apparut de polyurie et que même le taux des urines demeura nettement au-dessous de la normale.

Il semble donc que le syndrome adiposo-génital ne puisse être expliqué que par la seule lésion de l'hypophyse glandulaire et que, au moins pour l'éclosion de certains phénomènes, une lésion de la neuro-hypophyse et de l'*infundibulum* soit nécessaire.

Tumeur du troisième ventricule avec compression de l'hypophyse et sans syndrome infundibulaire. (H. CLAUDE et SCHŒFFER. *Revue neurol.*, 1921, n° 1, p. 25.) — Il s'agit d'un fait de néoplasie épithéliale s'étant traduite d'abord par des symptômes d'apparence endocrinienne (augmentation de poids et frigidité génitale) et tardivement par des signes de tumeur cérébrale. Les constatations anatomiques faites par les auteurs expliquent parfaitement le complexus clinique, puisque l'hypophyse était très atrophiée et les ventricules cérébraux très distendus. L'absence du syndrome hypophy-

saire tient, selon toute vraisemblance, à l'intégrité anatomique de l'infundibulum lequel apparaissait seulement dilaté, mais non envahi par les éléments néoplasiques.

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Le liquide céphalo-rachidien au point de vue de ses rapports avec la circulation sanguine et avec les éléments nerveux de l'axe cérébro-spinal. (L. STERN (de Genève). *Arch. suisses de neurol.*, vol. VIII, f. 2, p. 215.) — D'après M. Stern, le liquide céphalo-rachidien ne peut être assimilé, au point de vue de sa formation, ni à la lymphe, ni au liquide de transsudation analogue. En effet, à la suite de très nombreuses expériences d'injections de substances chimiques très diverses dans le sang, l'auteur a pu se convaincre que, en réalité, peu de ces substances pénétraient dans le liquide cérébro-spinal. Il semble que le sang et le liquide céphalo-rachidien soient séparés par une barrière physiologique, laquelle peut effectuer une sorte de triage parmi les corps contenus normalement ou accidentellement dans le plasma sanguin. A ce mécanisme de sélection, M. Stern donne le nom de « barrière hémato-encéphalique ». Il faut remarquer, par contre, que toutes les substances introduites dans le liquide céphalo-rachidien peuvent être décelées sans exception dans le sang et dans l'urine après un temps très court.

Quant à la constitution de cette barrière hémato-encéphalique, les données physiologiques conduisent à cette conclusion que, à l'édification de cette barrière, prennent part toutes les formations anatomiques de l'axe cérébro-spinal. Il ne s'agit donc point d'une entité anatomique, mais plutôt d'un mécanisme physiologique.

Un des faits les plus intéressants, mis en lumière par les expériences de M. Stern, consiste en ce que toute substance introduite dans le liquide céphalo-rachidien pénètre en même temps dans les éléments nerveux. Connaître donc les éléments chimiques du liquide cérébro-spinal est donc, dans une large mesure, connaître les éléments contenus dans les cellules nerveuses du cerveau et de la moelle. Même appliquées directement sur les centres nerveux, les substances neuro-toxiques provoquent des effets moins marqués qu'après leur introduction dans le liquide céphalo-rachidien. De ceci il ressort que si les cellules nerveuses sont protégées contre certaines substances circulant dans le sang, elles se trouvent exposées sans défense vis-à-vis des corps contenus dans le liquide cérébro-spinal.

Recherchant ensuite le mode de répartition et la circulation du liquide céphalo rachidien dans son contenu arachnoïdo-pie-mérien, M. Stern conclut que les substances qui, du sang, passent dans le liquide céphalo-rachidien, apparaissent en premier lieu dans le liquide des ventricules puis dans le liquide sous-arachnoïdien. Ce qui démontre, selon l'auteur, que le liquide céphalo-rachidien, après avoir été formé dans les cavités ventriculaires, est dirigé ensuite à travers la masse encéphalique pour aboutir, en dernier lieu, dans les confluents sous-arachnoïdiens.

Quelques acquisitions récentes de la physiologie du liquide céphalo-rachidien. (W. MESTREZAT. *La médecine*, sept. 1921, n° 12, p. 948.) — Depuis les travaux classiques de A. Pettit et Girard, on admet en général que le liquide céphalo-rachidien est sécrété par les plexus choroïdes dont les cellules épithéliales contiennent, ainsi que l'ont montré Grynfelt et Euzière, des mitochondries et des grains de sécrétion.

Selon M. Mestrezat, le rôle des plexus choroïdes malgré les arguments histologiques, physiologiques et pathologiques qui plaident en faveur de leur rôle sécréteur, est loin d'être démontré.

Tout d'abord le liquide céphalo-rachidien est-il doté d'une circulation comparable à celle du sang ou de la lymphe ainsi que l'ont admis de nombreux auteurs? M. Mestrezat ne le pense pas. En réalité, si les substances hétérogènes injectées dans le liquide céphalo-rachidien disparaissent avec une rapidité plus ou moins grande cela ne signifie pas que le liquide possède une circulation mais seulement que le liquide céphalo-rachidien est capable d'éliminer de sa masse les substances qui, normalement ne font pas partie de sa constitution.

Le liquide céphalo-rachidien, pour M. Mestrezat, apparaît simplement comme un dialysat naturel, et n'est ni une sécrétion vraie ni un banal transsudat. Une des preuves de la justesse de cette opinion est fournie par l'expérience suivante. Un système dialyseur est introduit dans la cavité péritonéale du chien, du lapin ou du cobaye; très rapidement on constate que le contenu du sac se met en équilibre avec le milieu intérieur de l'animal et les liquides obtenus, incolores, limpides, non albumineux présentent une teneur en extrait, en cendres, en chlorures, en chaux, en magnésie très différente du plasma et analogue à celle du liquide céphalo-rachidien.

D'autre part, *in vitro*, les liquides provenant de la dialyse sur collodion du serum de cheval ont la même composition que les liquides neuro-protecteurs : liquide céphalo-rachidien, humeur aqueuse, du même animal.

Cholestérine dans le liquide céphalo-rachidien (Cholesterol in cerebrospinal Fluid). (LEVINSON, LORAINE, LANDENBERGER et Catherine M. HOWELL. *Amer. Journ. of the méd. science*, vol. CLXI, n° 4, p. 561; 1921.) — Dans 161 cas, les auteurs ont recherché à l'aide de la méthode colorimétrique de Bloos, la teneur en cholestérine du liquide céphalo-rachidien. Tandis qu'à l'état normal la cholestérine fait défaut, cette substance apparaît au cours des méningites aiguës, dans les hémorragies du névraxe et occasionnellement dans la paralysie générale. Le liquide céphalo-rachidien ne contient jamais de cholestérine chez les sujets atteints de tumeur cérébrale. Partant de ces faits, les auteurs estiment que la cholestérinorachie constitue une manifestation de l'augmentation de la perméabilité des méninges.

Spirochètes, serum et liquide céphalo-rachidien. Etude sur la pathogénie de la paralysie générale (Spirochäten, serum und Liquor. Studien am Pathogenese der Paralyse). (SCHARUKE. Réunion des neurologistes et des psychiâtres tenu à Iena, le 31 octobre 1920, *Zeit. f. die gesam Neurol. u. Psych.* (*Ergebuisse*), vol. XXIV, 10 juil. 1921.) — L'auteur recherche dans ce travail à établir les modifications que présentent les spirochètes examinés à l'ultramicroscope lorsqu'on les met au contact soit du serum sanguin soit du liquide céphalo-rachidien.

Le sérum, ni le liquide céphalo-rachidien des sujets sains ne déterminent d'agglutination sensible des spirochètes prélevés directement sur des lésions syphilitiques de l'homme,

Le sérum normal frais provoque toujours une immobilisation des tréponèmes; il perd cette propriété par l'inactivation. Il n'en est pas de même du sérum des malades atteints de syphilis, qu'ils présentent ou non la réaction de Wassermann. Le sérum de ces sujets même inactivé provoque toujours une immobilisation des spirochètes.

Les résultats sont moins démonstratifs pour le liquide céphalo-rachidien. Cependant le liquide céphalo-rachidien prélevé chez des malades atteints de syphilis nerveuse détermine l'immobilisation des spirochètes; cette action est particulièrement nette avec le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. L'inactivation du liquide laisse presque intacte sa propriété d'immobilisation vis-à-vis du spirochète.

Il est à remarquer que l'action du liquide céphalo-rachidien est souvent, chez les paralytiques, plus accusée que celle du serum. Enfin un fait semble à retenir, c'est qu'en présence d'un liquide céphalo-rachidien qui ne jouit vis-à-vis du spirochète d'aucune influence d'immobilisation on peut, à coup sûr, exclure l'hypothèse de la paralysie générale.

Sur le syndrome « xanthochromie et coagulation du liquide céphalo-rachidien »; contribution clinique et anatomo-pathologique. (Sulla sindrome « xantocromia-coagulazione del liquor »; contributo clinico ed anatomo-patologico.) (G. PILOTTI. *Rivista sperimentale di freniatria*, 1921, vol. XLIV, fasc. 3-4, p. 513.) — L'auteur rappelle et analyse les différents éléments qui constituent le syndrome de Froin et insiste sur le fait qu'à côté de l'albumine en excès considérable, se trouvent souvent de l'hémoglobine, de la bilirubine et de l'urobiline. Après coagulation en masse et formation d'un reticulum fibrineux tombent quelques gouttes de sérum clair. Parfois la coagulation spontanée ne s'effectue pas, il suffit pour l'obtenir d'ajouter quelques gouttes de sérum frais. A côté des hématies, le caillot fibrineux contient des leucocytes, le plus souvent mononucléaires.

Le syndrome de Froin ne saurait être tenu pour caracté-

ristique d'aucune affection, puisqu'on le trouve aussi bien dans les compressions de la moelle que dans les myélites aiguës, les méningites cérébro-spinales, les tumeurs intra ou extra-spinales. Pour sa réalisation, il suffit que, soit par l'effet d'un processus vasculaire d'ordre inflammatoire ou compressif, la tension sanguine dépasse notablement la tension du liquide sous-arachnoïdien. Dans ces conditions, en effet, la transsudation du plasma s'effectue et le liquide transsudé contient à la fois du fibrinogène et du fibrin-ferment.

Une nouvelle réaction du liquide céphalo-rachidien. (Eine neue Reaktion des Liquor cerebro-spinalis.) (Otto Rehm. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk.*, 1921, vol. LXVIII-LXIX, p. 293.) — Si l'on ajoute à 1 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien, 1 centimètre cube de toluol et que l'on agite fortement, pendant une minute, le mélange placé dans un tube à essai, on constate, après quelques minutes, qu'il se forme entre le liquide céphalo-rachidien et le toluol un cercle blanc, lequel à la suite de l'évaporation du toluol se transforme en une pellicule dense, de couleur blanc grisâtre. Dans les liquides céphalo-rachidiens normaux, l'anneau blanc se trouve profondément situé et la pellicule concrétée à laquelle, plus tard, il donne naissance, apparaît ferme. Au contraire, dans les liquides pathologiques, l'anneau est placé beaucoup plus haut et la pellicule présente une consistance gélatineuse.

D'après l'auteur, la réaction consisterait dans la formation d'une gélatine résultant de la combinaison de l'albumine du liquide avec le toluol ; il s'agirait d'une réaction colloïdale.

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'intensité de cette réaction n'est nullement parallèle à la quantité d'albumine contenue dans le liquide céphalo-rachidien. La réaction de Rechm est surtout nette dans le ramollissement cérébral et les états post-apoplectiques.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, COMPLICATIONS ET DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE [1]

III. D'après le terrain. — 1. *Chez le nourrisson*, la fièvre typhoïde est rare, quoique non exceptionnelle. Elle provient du coupage du lait par de l'eau non stérilisée. L'évolution est atypique (Nobécourt) : diarrhée et fièvre persistantes, taches rosées inconstantes, souvent allure méningée.

2. *Chez l'enfant*, le début est lent, insidieux, la fièvre élevée, le pouls rapide, la constipation est fréquente. Les hémorragies et les perforations intestinales sont exceptionnelles. Les troubles nerveux, au contraire, sont des plus marqués : les *symptômes méningés* prédominent et peuvent faire croire à une méningite. La fièvre typhoïde est cependant moins grave chez l'enfant que chez l'adulte (fièvres muqueuses de l'enfance).

3. *Chez le vieillard.* — Ici, il y a une atténuation de tous les symptômes, mais prédominance de l'adynamie et du collapsus cardiaque qui augmentent la mortalité de la maladie.

4. *Typhoïde et grossesse.* — Il est constant de voir se produire un accouchement prématuré ou un avortement dans les formes intenses. Le fœtus meurt par hyperthermie.

IV. Associations morbides. — 1. *Fièvre typhoïde et paludisme.* — Les deux affections évoluent simultanément et s'aggravent mutuellement. Le début est marqué par des accès de fièvre paludéenne, à type variable, puis monte en plateau. Les signes de la fièvre typhoïde apparaissent : diarrhée, épistaxis, taches rosées, ataxie-adynamie, et se surajoutent aux signes du paludisme (pâleur, hépatomégalie, splénomégalie énorme), les accès pernicieux sont redoutables et provoquent le délire, les convulsions et aboutissent au coma.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 80, p. 1279, et n° 82, p. 1311.

2. *Tuberculose.* — La fièvre typhoïde survenant chez un tuberculeux ne présente pas d'allure spéciale, mais la tuberculose prend, pendant la convalescence, une marche rapide. Chez les tuberculeux latents ou endormis, la fièvre typhoïde réveille les foyers anciens.

Enfin, la fièvre typhoïde peut s'associer de même avec les autres maladies infectieuses, diphtérie, scarlatine, rougeole, érysipèle, etc.

PRONOSTIC. — Il doit toujours être réservé. Il dépend de la résistance du sujet, de la virulence de l'épidémie, des complications intercurrentes. La mortalité variait, avant la vaccination, entre 10 et 15 p. 100. Depuis la vaccination en masse des armées, la fréquence de la fièvre typhoïde a pour ainsi dire disparu de l'armée et la mortalité est tombée autour de 1 p. 100 (Vincent).

L'étude des *complications* et des *séquelles* est des plus importantes.

COMPLICATIONS. — **I. Complications intestinales de la fièvre typhoïde.** — Ce sont les plus importantes, les plus fréquentes, celles dont il faut rechercher systématiquement l'apparition. Nous nous contenterons d'en exposer les lignes principales, renvoyant pour plus amples détails aux notes déjà publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, 1906, n°s 40, 43 et 48, et dans la Revue générale de Philibert, 1910, n° 18.

Les *signes prémonitoires* sont communs à toutes les complications : le malade est tantôt un typhique à la période d'état, avec une infection très grave, une température élevée, du tympanisme marqué, une diarrhée abondante ; tantôt il s'agit d'une forme ambulatoire, au cours de laquelle apparaît brusquement et comme premier symptôme une complication.

1. *Les hémorragies.* — Elles sont précoces ou tardives.

— *précoces*, elles sont alors bénignes (Trousseau), dues à la congestion des plaques de Peyer, souvent répétées, peu abondantes et surviennent la première semaine.

— *tardives*, elles surviennent à la période d'état (deuxième septenaire), début par hypothermie à 36 degrés. On se trouve en présence, soit de signes d'hémorragie interne très grave, avec pâleur, refroidissement des extrémités, pouls filant ; soit les signes généraux sont plus ou moins accusés et brusquement apparaît un melæna abondant qui révèle l'hémorragie intestinale. Dans les deux cas, ce qui prédomine, c'est la chute de la température, la petitesse et la rapidité du pouls.

En présence de tels symptômes, on doit guetter les signes de réaction péritonéale qui manquent dans l'hémorragie et qui sont l'indice d'une perforation.

L'évolution est variable : au bout de quelques heures, la température remonte brusquement à 40 degrés, le pouls redevient bon, et la guérison survient sans autre incident ; ou bien les hémorragies se répètent et récidivent ; ou bien l'hémorragie n'est que le premier temps d'une perforation intestinale. Dans certains cas, enfin, l'hémorragie peut être foudroyante et la mort survient en quelques heures dans le collapsus.

2. *Les perforations intestinales.* — Elles se produisent tardivement, du vingtième au vingt-cinquième jour environ. Plusieurs cas peuvent se présenter :

a. Tantôt, il s'agit d'un *typhus ambulatoire* ; brusquement un homme adulte présente des signes de péritonite généralisée par perforation. La complication évolue suivant les deux temps classiques : le *stade de réaction* avec douleurs abdominales, vomissements, constipation, ventre de bois, hyperesthésie cutanée, troubles respiratoires (respiration à type costal) ; puis survient le stade de *péritonite confirmée* ; le ballonnement survient et est considérable, les troubles respiratoires s'accentuent, la dyspnée est vive, les vomissements s'espacent, le hoquet apparaît. Les signes généraux sont intenses, le pouls est à 120 et la température à 40°5, le facies est péritonéal.

Le pronostic est des plus graves : au premier stade, l'opération immédiate peut sauver le malade ; au deuxième stade, la mort est fatale. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 25 octobre. — MM. Laroche, 19,72; Tinel, 18,27; Chevallier, 19,18; Jacob, 18.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Pathologie externe.* — Séance du 24 octobre. — Question donnée : « Fracture du col du fémur. Symptômes, diagnostic et traitement. »

MM. Quénu, 18; Moulonguet, 15; Petit-Dutaillis, 18; Richard, Fey et Ducastaing, 16; de Gaudart d'Allaines, 19; Monod, 15; Sénèque, 16.

Liste des admissibles : MM. Quénu, Petit-Dutaillis, de Gaudard d'Allaines, Sénèque, Monod, Fey et Richard.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Séance du 26 octobre. — MM. Ecot, 26; Huet et Michon, 27; Peltier, 24; Reinhold, 27.

M. Michon est nommé.

Epreuve supplémentaire pour la deuxième place, candidats : MM. Huet et Reinhold.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 25 octobre. — Question donnée : « Examen clinique d'un asystolique. »

MM. Villiere, 7; Thiéry, 17; Vanier, 16; Tournadre, 11; Mlle Thibaut de Montauzon, 9; MM. Vezin, 16; Verdier, 15; Veyssière, 12; Soria, 17; Thuilland, 14; Tarterat, 18; Veran, 19; Vasseur, 8; Mlle Ullmann, 10; MM. Warrant, 13; Tacquet et Turpault, 14; Vinot, 13; Sternberg, 6.

Anatomie. — Séance du 24 octobre. — Question donnée : « Muscles fessiers. »

MM. Breton (R.) et Boulland, 16; Bertrand (Jean) et Baudet, 12; Artigues (François), 17; Balland, 8; Bardin, 10; Avella, 2; Arias, Berdet, Bertrand (Pierre) et Baugas, 15; Baudrillart, 16; Bize et Basset, 18; Bettinger, 17.

Séance du 26 octobre. — Question donnée : « Surface articulaire et ligaments de l'articulation du coude. »

MM. Aucler, 16; Bourdel, 8; Ashtiany, 15; Blanckaert et Arnould, 16; Arnaud et Bouquet, 13; Bargy, 8; Bouton, 12; Beraudy, 17; Mlle Bach, 19; MM. Alépée et Alboukrek, 13; Blanc, 15; Alalinarde, 16; Avril, 17; Bouvier, 12; Mlle Braun, 17; M. Berny, 14; Mlle Boyer, 16.

LABORATOIRE D'HYGIÈNE DE LA VILLE DE PARIS (1 *bis*, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, Paris-IVe, tél. Archives 20-73). — En application d'une délibération du Conseil municipal de la Ville de Paris en date du 13 juillet 1921, il a été décidé qu'à partir du 1er octobre 1921 les examens bactériologiques et analyses effectués, sur la demande des médecins, par le Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris, seront soumis au paiement des redevances suivantes :

Examens bactériologiques :

10 francs pour toute opération ne réclamant qu'un examen microscopique direct sur lame après coloration ;

20 francs pour toute opération réclamant une culture, un séro-diagnostic, la recherche de la fixation du complément, l'homogénéisation des crachats ;

30 francs pour toute opération réclamant une inoculation.

Aucune redevance ne sera exigée pour les examens bactériologiques demandés :

a. Par les malades pourvus d'un certificat d'indigence délivré par le maire de leur domicile ;

b. Par les médecins des dispensaires publics ou privés, par les médecins des dispensaires de l'Assistance publique, de l'Office public d'hygiène sociale, par les médecins inspecteurs des écoles;

c. Par toute personne signant une déclaration qu'elle n'est pas en mesure d'acquitter le montant de la redevance. Cette déclaration devra indiquer le chiffre du loyer et elle sera contrôlée, aux fins de recouvrement ultérieur, si elle est reconnue fausse.

Les frais d'envoi de ces résultats, par lettre ou par télégramme, restent, comme par le passé, à la charge des intéressés.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN. (Prof. M.-F. WIDAL.) — Sous la direction de M. le prof. Widal et de MM. Lemierre et Abrami, agrégés, commenceront, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 21 no-

vembre 1921, des cours avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours à 14 heures.

Deux cours de dix leçons chacun, seront faits successivement.

Les cours seront terminés le 13 décembre.

Le nombre des assistants est limité à 25.

OBJET DU COURS. — Procédés d'exploration clinique appliqués au diagnostic des maladies :

Premier cours : 1° *Maladies du rein* (6 leçons) : *a.* Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin; *b.* Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. *Constante d'Ambard.* Epreuve de la phénolsulfonephtaléine; *c.* Hypertension artérielle et oscillométrie. Procédés de mesure et interprétation;

2° *Procédés d'examen d'un diabétique* (2 leçons) : Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et de ses dérivés. Leur importance dans l'établissement du régime;

3° *Examen du liquide céphalo-rachidien* (2 leçons) : Examen chimique : albumine, sucre, urée. Examen cytologique tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

Deuxième cours : 1° *Maladies du foie* (4 leçons) : a. *Etude des ictères :* I. Recherche de la *bilirubine*, de l'*urobiline* et de la *stercobiline*. Valeur de ces recherches. II. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Ictères dissociés. III. *Ictères hémolytiques.* Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies; b. *Etude de l'insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive;

2° L'*hémoclasie et sa valeur clinique* (1 leçon);

3° *Diagnostic des maladies typhoïdes* (1 leçon) : Hémocultures et séro-diagnostic;

4° *Réaction de fixation* (2 leçons) : Généralités. Séro-diagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses;

5° *Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux* (1 leçon) : Pleuro-tuberculose. Pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale;

6° *Examen du chimisme gastrique* (1 leçon).

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet 3), les jeudis, samedis, de midi à 3 heures.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (professeur : M. A. GILBERT). — M. le prof. Gilbert, assisté de M. Maurice Villaret, agrégé, commencera son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu le mercredi 2 novembre 1921 à 9 heures du matin.

Sa première leçon à l'amphithéâtre Trousseau aura lieu le samedi 12 novembre 1921 à 10 h. 45. Ses leçons ultérieures auront lieu dans le même amphithéâtre, à la même heure, les mercredis et les samedis.

Un enseignement de vacances (juillet à novembre 1922), un cours de révision en juillet 1922 et deux cours de perfectionnement, à Pâques 1922 (maladies du foie) et en septembre 1922 (maladies du tube digestif), auront lieu à la Clinique médicale sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux.

BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. Fernand BEZANÇON.) — M. le professeur Fernand Bezançon commencera son cours le jeudi 3 novembre, au petit amphithéâtre de la Faculté, à 16 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Pendant les mois de novembre et décembre, tous les jours, le mercredi excepté, travaux pratiques obligatoires pour les élèves de 3e année (nouveau régime), de 1 h. 1/2 à 4 heures.

M. le professeur Fernand Bezançon et M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, commenceront, le 19 février, au Laboratoire de bactériologie de la Faculté, un cours de perfectionnement en 50 leçons suivies de travaux pratiques.

HOPITAL LAENNEC (service de M. le Dr Henri BOURGEOIS). — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — M. H. Bourgeois, chef de service, commencera le 15 novembre, une série de dix-huit leçons sur les maladies des fosses nasales du rhino-pharynx et des sinus, avec la collaboration de MM. Rist, médecin de l'hôpital Laënnec; Vallery-Radot, médecin des hôpitaux; Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; André Bloch, Vernet et Tarneaud, assistants du service.

Les cours auront lieu les mardi, jeudi, samedi à 11 heures. Les élèves seront admis à suivre le service dans l'intervalle des leçons ; ils pourront également s'ils le désirent se faire initier par les internes du service à la pratique élémentaire de la spécialité (examen de malades l'après-midi). Après le cours un certain nombre d'entre eux pourront être admis à rester dans le service à poste fixe.

Programme du cours. — 1. Rhinites aiguës. — 2. Rhinites chroniques. — 3. Traumatismes des fosses nasales, malformations de la cloison. — 4. Infection descendante d'origine nasale. — 5. Epistaxis. — 6. Ozène. — 7. Coryza spasmodique (les phénomènss d'ordre anaphylactique dans l'asthme, le rhume des foins, le coryza spasmodique). — 8. Troubles de la sensibilité. Anosmie. — 9. Tuberculose nasale. — 10. Syphilis acquise et héréditaire. — 11. Polypes, tumeurs des fosses nasales. — 12. Sinusite maxillaire. — 13. Sinusite frontale. — 14. Ethmoïdite, sphénoïdite, complications des sinusites. — 15. Tumeurs du cavum, polypes naso-pharyngiens. — 16. Végétations adénoïdes. — 17. Tumeurs des sinus, résection du maxillaire supérieur. — 18. Les angines rétronasales chez le nourrisson et chez l'enfant.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de M. André Bloch, assistant du service O. R. L. Droit d'inscription : 150 fr.

CONFÉRENCES DE CHIMIE PATHOLOGIQUE. — M. le Dr Blanchetière, agrégé, commencera une série de leçons de chimie pathologique les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 16 heures (amphithéâtre Vulpian), à partir du jeudi 3 novembre inclusivement.

COURS DE PATHOLOGIE HISTORIQUE (troisième année). — M. le Dr CABANÈS, rédacteur en chef de la *Chronique médicale*, reprendra son cours de pathologie historique à l'Institut des hautes-études de Belgique, le jeudi 3 novembre.

Ce cours sera complet en sept leçons, qui auront lieu aux dates suivantes : 3, 4, 5, 7, 9, 11 et 12 novembre, au siège de l'Institut, 65, rue de la Concorde, à Bruxelles, à 18 h.

Le sujet qui sera traité cette année est : « Une dynastie d'arthritiques : Napoléon et les Napoléonides. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 3 novembre. — Jury : MM. Carnot, président; de Lapersonne, Rathery et Terrien. — M. COLTELLONI (Pierre). Contribution à l'étude des rechutes et des méningites. — M. DABAN (Louis). Contribution à l'étude de l'amaurose et de l'amblyopie quiniques.

Les Blés, par A. GARRIGUES. 1 vol. in-18 jésus de 305 pages, avec 20 figures dans le texte, de la collection « Les Plantes en médecine ». — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin.

L'Electricité dans le traitement des urétrites aiguës et chroniques, par le Dr E. ROUCAYROL. Préface de M. le prof. G. MARION. 1 vol. in-8 avec 15 figures et 1 planche en couleur. — Prix : 5 fr. — Paris, Vigot frères.

CONGRÈS DE STRASBOURG

XXXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

PREMIÈRE QUESTION

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE CONSÉCUTIVE AUX TRAUMATISMES CRANIENS

MM. H. BILLET (armée) et Ch. LENORMANT (de Paris), rapporteurs.

L'épilepsie traumatique est une question d'actualité; sa fréquence, de 10 à 20 p. 100 des blessures du crâne, en fait une des plus tristes séquelles de la guerre. Elle existe, d'ailleurs, avec la même fréquence dans les traumatismes craniens de la pratique civile. Question encore très complexe, il est cependant possible d'en tirer d'assez nettes conclusions thérapeutiques.

I. FORMES CLINIQUES. CONDITIONS D'ÉVOLUTION. — A. *Définition et formes cliniques.* — Eliminant les cas d'*épilepsie dite essentielle*, les rapporteurs ne retiennent que ceux où il y a relation indiscutable entre le traumatisme et l'épilepsie. Le traumatisme peut être indirect (*épilepsie des commotionnés* qui ne relève pas de la chirurgie), le plus souvent il est direct : tous les traumatismes craniens peuvent provoquer l'épilepsie, mais on l'observe principalement à la suite des plaies cranio-cérébrales, puis moins fréquemment des fractures fermées de la voûte, de la disjonction des sutures du crâne chez l'enfant, des fractures de la base et même de contusions sans fractures.

L'ancienne épilepsie Bravais-jacksonnienne est loin de résumer toute l'épilepsie traumatique; on distingue : *a.* L'*épilepsie généralisée*, de symptomatologie bien connue avec cri initial, brusque perte de connaissance, convulsions généralisées toniques et cloniques, stertor ; *b.* L'*hémiépilepsie* (Kotzenberg) ; *c.* L'*épilepsie partielle* de type brachial, facial ou plus rarement crural, ne s'accompagnant pas de perte de connaissance, et débutant toujours par l'aura, « signal symptôme », qui renseigne sur le siège de la lésion causale; *d.* les *équivalents comitiaux* particulièrement étudiés depuis la guerre, survenant comme les crises typiques, à intervalles plus ou moins réguliers, brusquement par accès, entraînant à leur suite une fatigue analogue à celle des crises. Ils sont de deux types (Béhague) : équivalents généraux se rattachant à l'épilepsie généralisée (vertiges, absence, automatisme, fugues, nausées et vomissements, sommeil, etc.) et équivalents partiels se rattachant à l'épilepsie partielle (troubles moteurs, sensitifs, thermiques, sensoriels, troubles du langage). *e.* On distingue, enfin, des *formes complexes*, les plus habituelles de l'épilepsie traumatique qui réalise rarement les types classiques. Elles consistent, soit dans l'évolution progressive de l'épilepsie qui, après avoir débuté par des équivalents comitiaux, se caractérise par des formes partielles, puis généralisées, soit dans la généralisation d'une crise primitivement localisée, soit encore dans l'alternance des différentes formes décrites.

L'épilepsie généralisée se montre plus fréquente que l'épilepsie partielle (2/3 des cas, Béhague); les équivalents comitiaux s'observent dans 1/5e des cas environ.

B. *Facteurs qui déterminent l'épilepsie traumatique, ou qui conditionnent son évolution.* — 1° La nature de l'*agent vulnérant* n'aurait pas une très grande importance. Pour certains auteurs, les éclats d'obus produisaient plutôt l'épilepsie généralisée ; les balles animées de grande vitesse amenant des lésions plus superficielles et plus limitées provoqueraient plutôt l'épilepsie localisée.

2° *Le blessé.* — L'hérédité, « aptitude convulsive du blessé » (Jouffroy), semble devoir être mise hors de cause ; par contre, il est indubitable qu'un traumatisme cranien survenant chez un individu ayant antérieurement présenté des crises d'épilepsie, amène une aggravation de cette épilepsie. La syphilis est importante à déceler, on peut faire le seul traitement spécifique, obtenir une grosse amélioration (Béhague).

L'alcoolisme, enfin, joue un rôle certain dans la fréquence des crises.

3° Le *traumatisme* est, bien entendu, le facteur principal ; les auteurs envisagent successivement les points suivants :

a. *Siège du traumatisme.* — Des statistiques détaillées de Béhague, Voss, ainsi que de celle des rapporteurs, il résulte que les blessures de la région pariétale sont épileptogènes au premier chef; viennent ensuite celles des régions frontale, occipitale et temporale; les blessures de la région frontale donnent une plus forte proportion d'épilepsie généralisée.

b. *Nature et étendue des lésions.* — Il n'y a pas une relation constante entre l'étendue, la profondeur des lésions et la fréquence et la gravité des crises. Les lésions du squelette (cal exubérant, aspérité de la brèche cranienne), des méninges, du cerveau et surtout les blocs cicatriciels cortico-méningés sont autant d'épines irritatives susceptibles de causer l'épilepsie.

c. *Complications.* — Les corps étrangers, superficiels, en particulier, l'infection, source d'ostéite ou de glyose hypertrophique sont des facteurs importants.

d. Le *traitement primitif* de la lésion traumatique a un rôle capital que les auteurs étudient longuement. Dans les *traumatismes ouverts*, il importe de régulariser les bords de la brèche osseuse; la dure-mère ne sera incisée qu'en cas de lésion sous-jacente certaine; si elle est déchirée, on réséquera ses bords et on s'arrangera pour qu'il n'y ait pas contact direct entre le cerveau et l'os, en agrandissant la brèche cranienne ou peut-être en faisant une plastie suivant la technique américaine (Harold Neuhof). On n'ira que très prudemment, muni de tous les renseignements de localisation exacte, et avec le moins de dégâts possible, à la recherche des projectiles intracérébraux. Il semble préférable de ne pas fermer la brèche osseuse : on suturera simplement la peau après excision des tissus contus et on ne drainera qu'au minimum.

Dans les *traumatismes fermés*, on n'interviendra qu'en cas de phénomènes de compression cérébrale (hémorragies) ou de graves lésions de la cavité.

C. *Evolution de l'épilepsie traumatique.* — Débutant généralement de quatre à dix mois après la blessure, l'épilepsie peut être beaucoup plus tardive : vingt ans (Tilmann), à tel point qu'on n'est jamais certain qu'elle ne viendra pas un jour compliquer un traumatisme cranien. Elle tend à l'aggravation progressive pour aboutir à l'état de mal et à la mort après un lent affaiblissement mental du blessé.

II. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — L'épilepsie traumatique est-elle justiciable d'un traitement chirurgical? Les avis sont encore très partagés; si l'on ne peut jamais promettre la guérison absolue, du moins peut-on espérer des améliorations durables, aussi les auteurs cherchent-ils avec soin à préciser les indications de l'intervention.

A. *Indications tirées de l'existence de signes locaux*, parmi les plus précieuses de l'avis presque unanime.

1° *Signes fournis par la cicatrice.* — Suppuration, fistule, tension, rétraction, sensibilité.

2° *Signes à distance, phénomènes surajoutés.* — Signes de localisation des lésions encéphaliques : paralysies, convulsions localisées, signal symptôme, troubles psychiques même pour lesquels il n'y a rien à perdre et beaucoup à gagner peut-être par l'opération.

3° *Constatations radiographiques.* — Existence de projectiles, d'esquilles, de kystes (Sultan).

4° *Examen du liquide céphalo-rachidien.* — L'action thérapeutique de la ponction lombaire n'est pas négligeable, aussi ne doit-on pas hésiter à y recourir. Elle donnera des renseignements précieux sur la tension du liquide céphalo-rachidien (Leriche) et sur son degré d'albuminose (Tilmann).

B. *Indications tirées de l'évolution et de la forme clinique de l'épilepsie.* — 1° *Date du début de l'épilepsie.* — Quoiqu'il semble logique d'espérer maîtriser, en intervenant de bonne heure, une épilepsie à son début, les avis sont partagés; de même pour l'âge, les sujets jeunes paraissent cependant présenter plus de chances de guérison que les sujets âgés.

Association de la Presse médicale française.

2° *Fréquence de crises.* — Une crise pouvant rester isolée on attendra pour opérer que la maladie soit bien caractérisée par l'aggravation progressive des symptômes.

3° L'*état de mal*, contre-indication pour Leriche, doit, au contraire, de l'avis de la majorité des chirurgiens, nécessiter une intervention lorsque les moyens médicaux mis en jeu ne seront pas parvenus à le faire cesser (Lenormant).

4° *La forme clinique de l'épilepsie.* — Pour les Bravais-jacksonnien, l'accord est presque unanime; dans l'épilepsie généralisée, l'opération a donné de bons résultats; on manque actuellement d'éléments d'appréciation suffisants dans les cas d'équivalents comitiaux. Billet a cependant enregistré un beau succès.

5° *Indications tirées d'échecs opératoires antérieurs.* — Les réopérations sont justifiées après un ou deux échecs antérieurs, surtout lorsque des signes locaux sont constatés à l'examen du blessé.

6° *Indications du traitement médical.* — Il ne guérit pas, « traitement d'attente » ou bien palliatif, il sera, en outre, un utile adjuvant au traitement chirurgical. La radiothérapie, encore à ses débuts, semble donner quelques promesses. Après cet exposé des indications, tout en rappelant les réserves qu'ils ont faites précédemment, les *rapporteurs concluent nettement en faveur de l'intervention.*

III. TECHNIQUE DE L'INTERVENTION. — Après avoir discuté les données anatomiques et physiologiques sur lesquelles est basé le traitement opératoire de l'épilepsie traumatique et montré la rareté relative des cas où manquent des lésions pouvant expliquer la production des crises, lésions du squelette, des méninges et du cerveau contre lesquelles on est loin d'être désarmé, les auteurs en viennent à la technique de l'intervention. Sans s'arrêter aux opérations extracraniennes proposées pour l'épilepsie essentielle et qui tout au plus pourraient, comme la sympathectomie cervicale, être pratiquées à titre complémentaire, ils ne retiennent que la trépanation, seule intervention logique. Ils étudient successivement :

1° L'*anesthésie* générale ou régionale, malade assis, suivant la technique de de Martel

2° L'*hémostase préventive*, par le surjet d'Heidenhain ou la sympathectomie péricarotidienne interne de Leriche, facile à réaliser d'ailleurs à l'aide d'une simple bande hémostatique.

3° L'*ouverture du crâne*, qui se fera, soit par trépanation avec résection osseuse, soit par craniotomie ostéoplastique, cette dernière étant plutôt réservée aux traumatismes fermés, aux enfoncements de la voûte. On opérera au point où l'on relève des traces de la blessure primitive, même s'il y a désaccord entre les renseignements donnés par celles-ci et les signes cliniques. Si l'on ne relève aucune trace. on se basera sur les indications du signal-symptôme, enfin, s'il n'y a aucun indice de localisation, on se basera, si l'on intervient, à la simple trépanation décompressive.

L'intervention sera faite en principe en un temps, l'opération en deux temps, serait peut-être indiquée dans l'état de mal ou lorsque, après avoir en vain cherché une lésion visible, on voudrait tenter une excision du centre épileptogène.

4° *Le traitement des lésions rencontrées.* — On curettera les foyers d'ostéite, on résèquera les bords de la brèche osseuse; prudemment on fera l'ablation des esquilles et des projectiles superficiels, celle des projectiles profonds ne sera faite qu'après repérage exact et avec de grandes précautions. On libérera soigneusement la cicatrice méningée d'avec la paroi cranienne, et, couche par couche, on procédera à l'ablation du bloc fibreux cicatriciel. Les kystes méningés seront enlevés, les kystes intracérébraux également, si possible, ou simplement ouverts et drainés (Auvray). Les abcès, enfin, seront évacués et drainés.

5° *L'extirpation du centre épileptogène* (Horsley). — Elle pourrait être tentée lorsqu'on n'a rencontré aucune lésion visible, après détermination exacte de ce centre.

Au lieu de cette opération mutilatrice, le massage des centres épileptogènes (Bircher) ou leur section sous-corticale (Trendelenburg) ont été proposés, le petit nombre de faits rapportés ne permet pas de se prononcer sur leur efficacité.

6° *Le traitement de la dure-mère.* — La suture est rarement possible, aussi a-t-on eu recours pour obtenir la brèche, soit au dédoublement selon la technique de Brüning, soit à la prothèse inorganique ou aux transplantations organiques; ces procédés, parfois nuisibles, ne sont pour les auteurs qu'une complication inutile de l'opération.

7° *Le traitement de la brèche cranienne.* — Rappelant les discussions soulevées par cette question (Auvray, Leriche), les rapporteurs sont d'avis de ne jamais faire de cranioplastie d'emblée dans les plaies cranio-cérébrales. Elle pourrait être légitimement tentée très tardivement chez les blessés présentant après l'opération tous les signes d'un retour à la normale; dans ces cas, on n'aura pas recours à la greffe cartilagineuse, mais au procédé de Mayet : lambeau osseux pédiculé comprenant périoste et table externe, rabattu périoste en dedans.

8° *Les soins postopératoires.* — La plaie sera hermétiquement fermée, sans drainage, sauf dans les cas d'abcès. On luttera contre le choc par les moyens habituels, et on soumettra le blessé au traitement spécial de l'épilepsie. Les auteurs signalent les essais de radiumthérapie directs du cerveau tentés par de Martel.

IV. RÉSULTATS DE L'INTERVENTION. — A. *Résultats immédiats. Mortalité opératoire.* — En général, l'opération est bien supportée, la mortalité ne dépasse guère 8 à 10 p. 100. La mort survient, non par le fait de complications, choc, état de mal, hémorragie ou infection, mais le plus souvent dans le coma dès les premières heures de l'intervention ou au milieu de crises convulsives subintrantes.

B. *Résultats éloignés. Valeur thérapeutique de l'intervention.* — Les avis sont très partagés, il faut pour se prononcer avoir suivi les malades pendant de longues années. Si l'on se base sur les résultats d'avant-guerre, on voit qu'ils sont nettement en faveur de l'intervention : 60 p. 100 de résultats favorables. Ils semblent devoir être moins bons dans les cas de blessures de guerre, cependant il est permis de *conclure que l'opération dans l'épilepsie traumatique est peu dangereuse, souvent utile, rarement tout à fait curatrice, exceptionnellement nuisible, et que, par conséquent, il est légitime d'y avoir recours dans les cas rebelles au traitement médical.*

Discussion. — M. BÉHAGUE (de Paris), invité du congrès, auteur d'un rapport sur l'épilepsie traumatique au congrès de Luxembourg des aliénistes et neurologistes, signale simplement quelques points sur lesquels il diffère d'opinion avec les rapporteurs. Se basant sur son expérience de plus de 4.000 cas, il déclare que le temps de latence est exceptionnellement supérieur (3/100 environ) à dix-huit mois aussi peut-on pratiquement admettre qu'un blessé qui, passé dix-huit mois, n'a pas présenté de manifestations comitiales, n'en aura vraisemblablement jamais.

Il importe selon lui de distinguer deux classes d'épilepsie : 1° les *épilepsies aiguës*, en évolution, dont les unes tenant à des lésions augmentant progressivement et comprimant de plus en plus le cerveau relèvent du traitement chirurgical mais dont les autres, de cause diffuse, sont justiciables du seul traitement médical; 2° les *épilepsies durables*, correspondant à des lésions stabilisées, qui comprennent des cas où l'intervention est indiquée (corps étrangers intracraniens et extra encéphaliques, cals exubérants, mauvaises plasties) et d'autres où l'opération est plus qu'inutile (au bloc cicatriciel névroglique principal s'ajoutent d'autres fines lésions disséminées et inaccessibles). D'ailleurs les épileptiques sans traitement ne sont forcément voués à l'aggravation de leurs accidents, parmi eux un tiers s'améliore spontanément et un tiers reste stationnaire. Aussi l'auteur conclut-il « qu'*il n'y a pas lieu de tenter une opération chirurgicale en cas de plaie encéphalique ou méningée ayant entraîné l'épilepsie*, même dans le but d'extraire un corps étranger intracérébral jusqu'alors bien toléré. Si cela a été fait et que le but visé n'a pas été atteint... réopérer ne peut qu'être nuisible au blessé. »

M. MUSKENS (d'Amsterdam) considère comme rare l'épilepsie dans les traumatismes de la pratique civile. Etant intervenu trois fois dans ces cas, ses succès se sont maintenus depuis douze, onze et huit ans. Il estime d'ailleurs qu'il convient de ne parler de succès qu'après sept ans d'observation. Il rapporte l'histoire d'une malade qu'il dut opérer à trois reprises et qui ne fut améliorée que par l'excision, sur quelques millimètres de profondeur, du centre épileptogène : depuis douze ans elle n'a plus présenté de crise, quant à l'ostéoplastie l'auteur n'en est pas partisan.

M. P. ALLESSANDRI (de Rome) par contre estime utile de réparer les brèches osseuses.

M. DELAGÉNIÈRE (du Mans) envisage seulement la question de l'ostéoplastie : hormis les cas d'infection il y a recours suivant sa technique des *greffes ostéopériostées libres*. Donnant les résultats de ses 35 observations personnelles, il montre que ses blessés ont été améliorés au moins autant sinon plus que s'ils n'avaient pas été cranioplastiés.

M. LERICHE (de Lyon), après avoir, par une observation, montré les rapports de l'épilepsie des commotionnés avec l'épilepsie traumatique, indique les résultats favorables dans l'ensemble, de ses interventions dans l'épilepsie traumatique. Il expose ensuite ses idées très originales sur les causes de l'affection qui serait due à l'organisation fibreuse d'un foyer de contusion cérébrale, esquilles et corps étrangers n'agissant que par la réaction névroglique très lente qui se fait autour d'eux. La crise est déterminée par deux facteurs : 1° facteur vasculaire, ischémie deux fois constatée par lui sur des malades opérés pendant une crise, cette ischémie s'accompagne de réaction du cerveau sur les ventricules. Ayant reproduit expérimentalement sur le chien cette ischémie par la sympathectomie péricarotidienne interne il obtint dans un premier cas des crises subintrantes, mais dans deux autres rien ne se produisit; 2° facteur liquidien, il y a des épileptiques avec hyper ou hypotension du liquide céphalo-rachidien (sur 11 : 6 hyper et 5 hypotendus). Les variations de cette tension ont une grande importance dans la production des crises : une malade ayant des crises pendant une première période d'hypertension n'en présenta plus tant que l'équilibre de son liquide céphalo-rachidien resta rétabli, mais en eut aussitôt qu'on releva sa tension. Tirant de ces considérations des conclusions thérapeutiques, l'auteur déclare qu'il faut s'efforcer d'agir sur la cicatrice cérébrale, peut-être par la radiothérapie s'il y a infection, sinon par une opération directe sur le centre. En outre il convient d'examiner deux points particuliers : chercher à supprimer l'aura (la ligature de l'action humérale dans 2 cas lui a donné de courts succès jusqu'au rétablissement de la circulation normale par les collatérales, ce procédé est donc sans valeur) et ramène à la normale la tension du liquide céphalo-rachidien (injections intraveineuses d'eau distillée chez les hypotendus, injections intraveineuses de solutions hypertoniques ou même leur prise par voie buccale chez les hypertendus).

M. T. DE MARTEL (de Paris) a eu l'occasion d'examiner directement le cerveau avant, pendant et après une crise, il l'a vu avant la crise pâle et ratatiné, puis rouge et tendu pendant la crise, enfin revenant lentement à la normale, la crise terminée. Il ne pense pas que de cette observation on puisse conclure que la crise est due à un spasme vasculaire. Il ne croit pas davantage à une influence particulière de la tension du liquide céphalo-rachidien. Il remarque ensuite que toute opération sur un épileptique est suivie d'une amélioration passagère, ce qui explique les résultats contradictoires souvent signaler. Cette amélioration justifie les interventions. Mais ce qui importe surtout c'est le traitement préventif, l'opération faite aussitôt après le traumatisme. Il rappelle la technique qu'il a suivie dès 1915 : malade assis anesthésié localement, craniotomie large et lavage à eau chaude pour balayer les coquilles et les petits corps étrangers, fermeture sans drainage après dédoublement de la peau et de l'épicrane pour obtenir la perte de substance. Dans l'épilepsie ancienne sa technique est celle indiquée par les rapporteurs, mais il fait l'ablation définitive du volet osseux. Il a pratiqué sans succès définitif mais avec apparence de guérison primitive l'excision du centre épileptogène. Enfin il ne se déclare pas ennemi de la cranioplastie.

M. PEUGNIEZ (de Cannes) confirme les conclusions des rapporteurs.

M. DUVERGEY (de Bordeaux) considérant seulement le traitement de l'épilepsie jacksonnienne consécutive aux fractures de la table interne du crâne avec enfoncement léger de la table externe par projectiles de guerre et se basant sur six observations qu'il rapporte, conclut « qu'en présence de lésions légères de la table externe, l'exploration sanglante est urgente et la trépanation nécessaire. Si l'épilepsie apparaît plus ou moins tardivement, après la blessure non traitée primitivement, l'intervention chirurgicale s'impose et le résultat thérapeutique à espérer sera d'autant plus favorable que l'opération se rapprochera du début des accidents comitiaux ».

Le pronostic des lésions étudiées est plus favorable chez les blessés de guerre que chez les civils, il semble que l'âge des sujets et la localisation de l'agent contondant entrent en ligne de compte pour l'expliquer.

M. R. GAUTHIER (de Luxeuil) insiste sur l'importance du traitement prophylactique de l'épilepsie; d'une façon générale, il estime qu'il faut s'attacher à la reconstitution de la dure-mère.

M. Paul DELBET (de Paris) estime que l'infection a un rôle capital dans la genèse des crises, aussi l'excision large des parties souillées et la suture primitive de la plaie cranienne, est-elle le meilleur préventif de l'épilepsie? Il a pu suivre trois de ses opérés qui furent nettement améliorés par l'opération, l'un d'eux, suivi onze ans, n'a pas pendant ce temps, présenté de crise. Les greffes cartilagineuses, pour obturer la brèche cranienne, lui ont donné des déboires.

MM. MARQUIS et ROGER (de Rennes) pensent que l'intervention n'est pas indiquée en cas de corps étrangers, profondément situés, de cicatrices cortico-méningées plongeant comme un coin dans la substance cérébrale et d'infection larvée qui révèle l'examen du liquide céphalo-rachidien. On peut avoir recours alors à la ponction lombaire et à l'ionisation iodurée calcique. Dans les autres cas, l'opération sera suivie d'amélioration.

M. L. ROCHER (de Bordeaux) a pratiqué cinquante-trois cranioplasties dont quelques-unes pour épilepsie traumatique où il la croit indiquée.

M. H. BRODIER (de Paris) a assisté autrefois Reclus dans ses opérations pour épilepsies essentielles graves, chaque fois il a vu le cerveau couleur hortensia. Plusieurs fois, l'intervention a été suivie de grande amélioration.

MM. Robert DIDIER et Michel REGNARD (de Paris) rapportent des observations montrant l'amélioration de l'épilepsie traumatique après l'opération.

M. ARNAUD (de Saint-Etienne) relate six observations et rappelle qu'un des premiers, il n'a pas hésité à ouvrir la dure-mère pour évacuer une hémorragie sous-dure-mérienne et discute ensuite les indications de l'intervention dans l'état de mal.

Les RAPPORTEURS, résumant la discussion, rappellent leurs conclusions qu'ils maintiennent.

RENÉ SIMON
Assistant de la Clinique chirurgicale A,
à l'Université de Strasbourg.
(Professeur Sencert.)

DEUXIÈME QUESTION

SÉRO ET VACCINOTHÉRAPIE DANS LES AFFECTIONS OSTÉOARTICULAIRES

Rapporteurs : MM. Louis DELREZ (de Liége) et Raymond GRÉGOIRE (de Paris).

Deux mémoires étudient cette nouvelle donnée thérapeutique :

1° Dans le premier, M. L. Delrez rappelle les caractéristiques;

2° Dans le second, M. R. Grégoire rappelle les résultats cliniques.

A. **Séro et vaccinothérapie dans les affections ostéoarticulaires en général.** — M. L. DELREZ. Dans son préambule, Debrez définit ce qu'il faut entendre par séro et vaccinothérapie.

La *sérothérapie* tend à conférer une immunité *passive* (sérum antidiphtérique). Des éléments de défense spécifique, nés dans un organisme étranger imprégné d'antigène spécifique correspondant, sont injectés au sujet malade. Le sérum est ou *antitoxique* (sérum diphtéritique) ou *antimicrobien* (sérum antiméningococcique). Des faits expérimentaux et cliniques, nombreux, établissent la valeur à la fois préventive et curative de la sérothérapie.

La *vaccinothérapie* tend à créer l'état d'*immunité active* en

introduisant dans l'organisme, sous forme de vaccin (« produits microbiens »), l'antigène spécifique contre lequel on veut le protéger. Son action préventive indiscutable, née des travaux de Pasteur, repose sur des faits expérimentaux et cliniques (vaccination antityphoïdique). Sa valeur thérapeutique curative (Wright), basée sur des faits cliniques seuls, est moins établie et plus discutable. Le même sérum agit bien comme prophylactique, mais moins ou pas comme curateur (vaccin typhique). L'organisme infecté ne réagit plus à la vaccination comme un organisme neuf.

Préparation des sérums et vaccins. — Les sérums sont fournis par les instituts; les vaccins peuvent être préparés dans tout laboratoire. D'où la multiplicité des formules et des méthodes employées, mais aussi l'inconstance et l'inégalité des résultats. L'atténuation de la virulence des germes des vaccins est atteinte :

Par vieillissement des cultures (méthode pastorienne, type vaccin de Delbet, dosage difficile);

Par des agents chimiques (éther, chloroforme, vaccins fluorés de Nicolle, violet de gentiane (Delrez), sensibilisés de Besredka);

Par des agents physiques (rayons ultraviolets);

Par la chaleur surtout. Plus basse est la température minima à laquelle est détruite le microbe, plus actif est le vaccin (Salimbeni) car les toxines microbiennes sont moins altérées. Les vaccins sont préparés en solution physiologique (action rapide) ou huileuse d'action lente, prolongée (lypovaccin de Le Moignic). Il en est de spécifiques dans la même race, pour tel type d'infection : vaccins spécialisés (Grégoire et Marais). Les hétéro, auto, stock-vaccins peuvent être injectés à doses fortes, primitives, ou mieux à doses croissantes.

Spécificité des vaccins. — Fondamentale dans la vaccinothérapie (vaccin) préventive, la notion de spécificité a été très ébranlée ces derniers temps en ce qui concerne la vaccination thérapeutique, à la lumière de faits cliniques. D'abord spécifique, puis paraspécifique, la bactériothérapie vire à la protéinothérapie. La crise hémoclasique (Widal), l'effet peptoné (Nolf) traduisent des modifications semblables à celles obtenues par la bactériothérapie.

I. Séro et vaccinothérapie de l'ostéite typhique. — Les résultats plutôt heureux obtenus par P.-E. Weil, Chevrier, Sicard, Robineau établissent que l'ostéo-périostite typhique bénéficie largement de la vaccination, soit seule dans les cas fermés surtout et précocement traités, soit combinée à une intervention chirurgicale dans les cas fistulisés. Dès le diagnostic établi, le vaccin typhique et non le TAB (sauf si l'agent causal est para B) sera injecté à doses croissantes (16 injections en huit semaines de 0cc25 à 1cc5).

L'action inégale du vaccin typhique dans la prophylaxie où il triomphe, dans la typhoïde déclarée où il est inopérant, dans les ostéites où il paraît utile, garde d'un enthousiasme excessif.

II. Séro et vaccinothérapie de l'arthrite gonococcique. — A la suite des constatations de Wright, les vaccins de Wright, Nicolle et Blaizot, le lipogon de Le Moignic ont été utilisés : à doses faibles, progressives [5 à 40 millions par injection (Wright)]; à doses massives (Le Moignic et Sézary, 15 milliards par centimètre cube, 4 à 6 fois); une réaction indiquant seule l'efficacité thérapeutique (Fraser, Duncan). La blennorragie n'est pas modifiée, mais seulement ses complications, articulaires surtout; encore ces résultats sont-ils inconstants et inégaux. D'aucuns y voient une action spécifique, d'autres nullement spécifique (Fraser, Duncan, Gerachty, Harrison, Payenneville).

Le sérum antigonococcique, antibactérien, mais pas antitoxique, introduit par voie sous-cutanée, intramusculaire, à petite ou forte dose; dans le foyer d'arthrite (Debré et Paraf) a donné des résultats inconstants. Cette dernière méthode serait à préférer. Encore devra-t-elle probablement céder le pas à l'arthrotomie précoce suivie de mobilisation précoce, récemment essayée.

III. Affections séro-articulaires tuberculeuses. — Ces lésions locales ne paraissent pas avoir été heureusement influencées jusqu'à présent par les injections de tuberculine, ni de bouillon filtré de Denys.

IV. Affections articulaires de nature bactériologique mal déterminée. — Quelques essais plus ou moins heureux de cure du rhumatisme chronique faits avec des vaccins antistreptococciques ou des stock-vaccins ont été tentés par des médecins américains. Sur 123 cas de Rosenow, 99 améliorés, 22 stationnaires ou aggravés (ceci à titre documentaire).

V. Séro-vaccinothérapie des affections ostéo-articulaires strepto et staphylococciques. — A. *Sérothérapie.* — Les sérums purs staphylo ou streptococciques ont peu d'action préventive ou curative chez l'homme. Les sérums polyvalents (Leclainche et Vallée, Fianzi en Italie) plus employés ont une valeur prophylactique non étudiée, une valeur curative inconstante. Les résultats similaires obtenus à l'aide des sérums purs de cheval ou de l'hémostyl tendraient à nier leur action spécifique.

B. *Vaccinothérapie strepto et staphylococcique.* — Produit des réactions immédiates (réaction vaccinale, modifications biologiques locales ou générales) ou éloignées.

1. *Réaction vaccinale.* — Est fonction de la quantité des microbes injectés, de la qualité, souche et mode de fabrication (grande activité des vaccins peu chauffés et vieillis; de la période de la maladie, de l'âge [absente chez l'enfant (Ombrédanne)].

Caractères de la réaction vaccinale (avec des vaccins à basse température ou vieillis). — a. *Réaction locale.* — Dans les injections massives seulement ou de vaccin de Delbet. Varie de la plaque érythémateuse ou du nodule à l'abcès localisé; torpide pouvant donner, en cultures, des bacilles vivants.

b. *Réaction focale.* — Souvent fluidification des sécrétions dans le foyer malade.

c. *Réaction générale.* — Plutôt forte dans les doses massives (vaccin de Delbet). Existe plus ou moins apparente (maxima à la dixième heure) chez tous les sujets, même chez l'enfant (avis contraire d'Ombrédanne). La réaction vaccinale, à éviter dit Wright, serait, pour Sézary, Gerachty et Delbet, à rechercher; sa nécessité n'est cependant pas encore prouvée.

Accidents vaccinaux : métastases, intoxication. Pourraient indirectement résulter de l'abstention chirurgicale dans les cas graves.

VI. Action biologique éloignée des vaccins, dans les affections ostéo-articulaires. — 1° *Modifications du foyer d'infection : a.* De l'*exsudat* qui, de purulent, devient rapidement séreux et stérile dans les cas récents et fermés moins nettement dans les cas ouverts à cause de l'existence de séquestres sous-jacents.

b. Des *éléments microbiens.* L'aseptisation « chirurgicale », sinon bactériologique est un fait nouveau à l'actif de la bactériothérapie, bien des fois vérifié (Ombrédanne, Grégoire). Sa conséquence pratique est parfois la résolution du foyer, plus souvent la possibilité, en l'absence de séquestres ou après leur ablation, d'effectuer une suture secondaire précoce qui abrègera de beaucoup le temps classique d'évolution de l'ostéo-myélite.

c. Nécrose. Dans les cas non ponctionnés ou incisés, la vaccinothérapie réduit l'importance ou le nombre, on empêche totalement la nécrose osseuse dans cette affection cependant si nécrosante, grâce à des modifications des conditions de défense locale. Donc moins de séquelles (séquestres ou hyperostoses tardives) ainsi que le montre la radiographie. La limitation de la nécrose pourrait résulter en partie, mais non en totalité (1 obs. de Delrez) de la suppression du drainage dans les cas opérés après « aseptisation chirurgicale vaccinothérapique » et traités par la suture secondaire précoce.

B. **Applications et résultats de la séro et vaccinothérapie dans les affections ostéo-articulaires à staphylocoques.** — M. Raymond Grégoire (de Paris). Dans la lutte contre les infections déclarées le chirurgien ne fait que parer à ses conséquences, il fait un traitement symptomatique. La sérothérapie, peu fertile en résultats jusqu'à ce jour; la vaccinothérapie plus utilisée avec de nombreux résultats déjà favorables, tendent à agir sur le microbe dans l'intimité des tissus : c'est un traitement spécifique; la 2e étape de la lutte contre l'infection.

1. Sérumthérapie. Applications et résultats. — C'est une immunisation passive. Sa production par du sérum anti-

staphylocoque efficace, d'ailleurs très difficile à préparer, paraît infructueuse (exception faite pour 1 obs. incomplète de Thomas). Pour obtenir cette immunité, la transfusion de sang total (400 à 500 gr.) d'individus vaccinés antérieurement a été utilisée par les Anglais. Hooker (1 guérison, 2 morts immédiates sur 3 cas) et Fry (1 guérison sur 6), par Grégoire et Marais (1 cas immédiatement mortel). Une coagulation sanguine rapide avec embolie mortelle peut l'accompagner ou la suivre. Ce procédé est donc très dangereux. Donc la sérothérapie vraie dans les affections à staphylocoques est un procédé thérapeutique qui n'existe pas encore à l'état de réalisation.

II. La vaccinothérapie. Applications et résultats. — Entre des mains inexpérimentées, la vaccinothérapie n'est pas exempte de déboires et de dangers (Veau). Si, dans la plupart des cas, rares, elle guérit sans acte chirurgical, dans la plupart des autres, elle n'est qu'un adjuvant, augmente la résistance de l'individu, diminue la durée de la maladie et l'étendue du délabrement infectieux et opératoire

1. *Technique.* — Sous asepsie rigoureuse, l'injection se fera sous-cutanée. C'est par quantité de corps microbiens et non par quantité de liquide à injecter (vu la préparation délicate des vaccins) qu'il faut compter.

Quantité à injecter. — Partisans de produire la crise hémoclasique, qui serait seule indicatrice de l'efficacité du traitement, les uns injectent *des doses massives* (P. Delbet, 14 milliards par injection, de Fourmestraux 3 à 5 milliards). Cette thérapeutique par le choc n'est pas exempte de dangers. Les autres injectent des doses progressivement croissantes jusqu'à obtenir l'immunité sans dommages et sans heurts. (Grégoire et Marais). De 2 à 300 millions au début ($1/10^{cm^3}$) les injections peuvent atteindre 3 à 45 milliards (1 à 1^{cm^3} 1/2). Elles sont pratiqués tous les 3, 4 à 5 jours dès qu'est disparue la « phase négative » de Wright, qui correspond à la phase de défense de l'organisme.

Quand faut-il cesser le traitement? — La guérison clinique du cas aigu obtenue par 6 à 8 injections, il paraît nécessaire pour éviter toute récidive locale ou distale (5 cas de Grégoire) de poursuivre pendant 2 à 3 mois le traitement par une injection hebdomadaire de 4 à 500 millions.

Modes d'introduction du vaccin. — Courmont et Rochaix ont utilisé avec succès la voie digestive chez le lapin. La voie veineuse n'est pas exempte de dangers. La voie sous-cutanée ou musculaire, la plus employée est le plus recommandable.

III. Indications et résultats de la vaccinothérapie suivant la forme de l'ostéo-myélite. — Discutée pour d'autres infections, pour les infections osseuses staphylococciques, la vaccinothérapie antistaphylococcique, fertile en résultats heureux paraît être spécifique, ou du moins le staphylocoque y est nettement sensible.

Diverses formes cliniques dans l'ostéo-myélite sont à envisager :

1° *Forme septique.* — Révélée moins par la température que par l'altération de l'état général « typhus des os ». La recherche du staphylocoque dans le sang, parfois infidèle et qui demande du temps, alors qu'il n'y en a pas à perdre, n'est guère utilisable. L'organisme, sidéré, est impuissant à produire des anticorps à l'antigène injecté, et quelque soit le traitement employé, la gravité est grande (9 morts sur 11 cas, Grégoire). La sérumthérapie, s'il existait un sérum spécifique serait plus judicieuse. Dans ces formes septiques, où les phénomènes généraux l'emportent sur les manifestations locales, dit Grégoire, il faut opérer de suite; la vaccinothérapie sera peut-être un adjuvant (1 guérison, Broca), elle ne sera sûrement pas curatrice.

2° *Formes aiguës et subaiguës.* — A l'encontre des idées d'Ombrédanne, Mouchet, Hustein, c'est dans ces formes, et non pas dans les chroniques, que la vaccinothérapie a ses succès incontestables les plus remarquables. Mais le chirurgien doit savoir discerner dans les symptômes, la nécessité et les modalités de son application, afin d'éviter des déboires.

Contre-indications. — Aux altérations du myocarde, aux insuffisances mal compensées, il faudra éviter le travail nouveau que traduit la tachycardie observée après les injections. L'état du rein est à observer avant ou au cours du traitement.

Indications : A. Cas où l'on peut employer le vaccin seul, sans trépaner. — Ceux pris dès leur début et surtout dans lesquels la radiographie ne révèle pas de lésions destructives ou raréfiantes des tissus compact et surtout spongieux (28 cas sur 31 observés, Grégoire).

Ne seront pas des contre-indications dans ces cas :

la date reculée du début des accidents;

l'état de la température à condition que l'état général ne soit pas profondément atteint comme dans les formes septiques;

l'existence d'abcès (17 guérisons sur 24 cas);

l'existence de décollements épiphysaires, favorablement influencés (2 cas, *1 avant, 1 pendant*);

l'existence de complications articulaires : *réactions séreuses de voisinage*, elles sont rapidement influencées et cèdent avec la lésion originelle; *propagées* d'un foyer voisin, malgré 2 cas heureux à l'actif de la vaccinothérapie seule, elles sont plus souvent justiciables, surtout dans les formes septiques, où elles apparaissent le plus fréquemment, de l'arthrotomie, aidée de la vaccinothérapie.

Evolution de l'ostéomyélite aiguë et subaiguë traitée par le vaccin seul. — Dans ces formes où les travées osseuses sont encore intactes, l'état général d'abord et surtout, puis l'état local s'améliorent très vite.

La température tombe ou bien brusquement (cas les moins nombreux) ou progressivement en une huitaine de jours. Localement, la disparition rapide de la douleur, d'abord spontanée, puis provoquée, contribuent à l'amélioration rapide de l'état général. En sept à huit jours, l'œdème disparaît.

S'il y a *abcès* petit, il peut se résorber; grand ou tendant à s'étendre, on doit intervenir : 1° par la *ponction* unique ou répétée qui permettra de suivre la transformation séreuse et l'aseptisation progressive du pus (éviter de confondre la fluctuation vraie, avec la pseudofluctuation des fongosités d'aspect actinomycosiques parfois observées dans les infections staphylococciques atténuées); 2° par l'*incision*, procédé le plus simple.

Les *réactions articulaires, séreuses* de voisinage guérissent par la vaccinothérapie; les *suppurées : α. Manifestations des formes septiques* sont excessivement graves, quelque soit le traitement; β. *Propagations* de lésions voisines peuvent être, par ponctions répétées de l'articulation combinée à la vaccinothérapie, guéries avec ou sans limitation des mouvements (3 cas de Grégoire).

Le *décollement épiphysaire* spontané guérit comme s'il était traumatique et aseptique par le vaccin (2 cas de Grégoire).

La *durée de la maladie* se réduit à quelques jours dans les cas vaccinés non ponctionnés, à quelques mois (au lieu d'années) dans les cas plus graves et trépanés; en même temps, l'état général, l'habitus extérieur se maintiennent bons.

B. *Cas où il faut trépaner et vacciner.* — Ils sont nombreux et, dans ce cas, la vaccination donne des résultats inattendus. Ce sont ceux dans lesquels la radiographie montre des lésions des travées osseuses du tissu spongieux seul au début, des séquestres massifs ou pulvérulents. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale est nécessaire : il faut enlever le séquestre, séparer le mort du vif, la vaccinothérapie n'intervient qu'à titre d'adjuvant.

Evolution de l'ostéomyélite aiguë et subaiguë trépanée et vaccinée. — Dans ces cas, la vaccinothérapie modifie l'état général et local, elle modifie les lésions et aseptise avec trois à quatre injections. Elle permet d'opérer à froid, de trépaner l'os, d'énucléer les séquestres.

Ainsi évidée, la cavité osseuse sera comblée par une greffe pédiculée vivante, musculaire, qui prend généralement bien (3 succès) ou une greffe libre graisseuse. Puis les tissus sus-jacents seront suturés sur un simple drainage capillaire profond, temporaire.

Si la greffe graisseuse s'élimine, on aura une cicatrisation par bourgeonnement; elle peut être accélérée par une suture secondaire tardive. Cette intervention est de l'ordre de celle de l'épluchage des plaies de guerre.

Résultats immédiats. — Vaccins et méthodes sont à présent nombreuses ; leur sélection mérite toute l'attention des chercheurs.

Des résultats jusqu'ici obtenus, il est possible de conclure que :

1° Dans les cas où l'os est intact, les symptômes locaux et généraux sont très améliorés, l'évolution écourtée, même en l'absence de trépanation (24 cas sur 32).

2° Dans les cas où il y a nécrose, le pronostic est singulièrement amélioré du fait de l'accélération de la guérison, après nettoyage de la cavité, liée à la suture primitive ou primo-secondaire.

Résultats à longue échéance. — Les cas aigus et subaigus rapidement guéris, le seront définitivement, si l'on continue pendant deux à trois mois, une injection hebdomadaire.

Ils auront chance de donner des récidives locales ou distales, sous la forme d'ostéomyélite chronique ou d'hyperostoses s'il n'est pas fait ainsi.

Le vaccin, s'il n'est pas prolongé, n'annihile donc pas complètement toute action du staphylocoque infectant. Ces cas ne doivent pas être confondus avec ceux que caractérisent des poussées chroniques correspondant à des lésions osseuses primitivement méconnues et qui auraient dû être à la fois vaccinés et trépanés.

3° *Formes chroniques.* — A l'encontre d'Ombrédanne, Grégoire pense que ce n'est pas dans ces formes qu'agit surtout efficacement la vaccinothérapie.

α. *Ostéomyélites chroniques fermées.* — Les poussées inflammatoires subaiguës ou aiguës, greffées sur une lésion chronique habituellement bien tolérée, peuvent être ou non influencées par la vaccinothérapie. Elles le sont parfois heureusement par le simple pansement alcoolisé humide. L'action du vaccin est donc douteuse. Comme elles sont souvent liées à l'existence de lésions osseuses sous-jacentes formant épine irritative, même si la radio ne les montre pas, le mieux est de préparer par le vaccin, puis de trépaner et faire la suture primitive (2 guérisons sur 2).

β. *Ostéomyélite chronique fistulisée.* — La vaccinothérapie seule, est inopérante. Des séquestres et des associations microbiennes sont certains. Ici il faut trépaner l'os par la voie la plus commode et facilitant le mieux la greffe musculaire, enlever les séquestres, curetter la cavité, la combler et faire la suture primitive avec drainage filiforme temporaire. La réunion de certaines plaies de guerre infectées, curettées et secondairement suturées avec succès, en l'absence de vaccinothérapie laisse douter de l'efficacité des vaccins dans la cure chirurgicale ci-dessus décrite des ostéomyélites chroniques fistulisées.

Discussion des rapports et communications diverses.

M. Frœlich (de Nancy) apporte une statistique portant sur dix-huit cas observés sur des enfants de un à quinze ans.

Dans les *formes septiques*, l'espoir qu'il avait fondé sur la vaccinothérapie a été déçu. Deux cas très septiques ont donné deux morts; deux autres cas se sont terminés, l'un par l'amputation d'un bras, l'autre (ostéomyélite lombaire) par une guérison longue à obtenir.

Le vaccin a donc été peu utile.

Dans les *formes bénignes*, il a essayé la vaccination, mais il lui a fallu trépaner comme sans vaccinothérapie. D'autres cas, vaccinés avant et après trépanation, se sont comportés comme en l'absence de vaccinothérapie.

Dans les formes ordinaires, traînantes ou diffuses, pas de de résultats probants.

En résumé, la vaccinothérapie a peu modifié le pronostic chez l'enfant.

M. de Fourmestreaux (de Chartres) qui, dès 1912-1913, essaya sans succès le vaccin antigonococcique Nicolle, reprit ses essais de vaccinothérapie antistaphylococcique à la suite des communications de Grégoire. Sa statistique est de 5 cas. Injectant sept fois 2 milliards (v. Salimbeni) à un enfant de douze ans, il obtint une guérison complète avec une seule ponction d'abcès.

Son enthousiasme se modéra à la suite de l'observation d'un second malade atteint d'ostéomyélite fermée, qu'il fut obligé d'ouvrir après la deuxième injection. Guérison tardive par suture secondaire.

Deux autres cas fistulisés, sans lésions radiographiques, guérirent rapidement après une injection Salimbeni.

Dans le cinquième cas, forme septicémique, une injection intraveineuse de 250 millions Salimbeni paraissait devoir agir heureusement après quarante-huit heures, lorsque le cinquième jour, l'enfant mourut brusquement.

Doses. — En injectant de 250 millions à 2 milliards, Grégoire s'écarte de la vérité. Et sans aller aussi loin que Delbet, on peut injecter des doses plus fortes; il y a certainement intérêt à produire le choc vaccinal.

La méthode n'est donc pas à négliger, mais il faut surveiller le bistouri à la main.

M. Barbarin (de Paris) a traité deux cas, l'un chez une fille de huit ans, soignée pendant trois semaines pour rhumatisme, qui fit un abcès de la jambe droite avec réaction séreuse tibio-tarsienne et hyperthermie. Il fit du vaccin trois jours après avoir trépané et obtint une guérison en un mois. L'autre chez un nouveau-né infecté par le cordon et qui fit plusieurs localisations. L'autovaccin antistreptostaphylococcique employé amena la guérison, laissant un coude mobile et la hanche guérie.

Il accepte donc les conclusions de Grégoire.

M. Bérard (de Lyon) rapporte :

α. Deux cas d'ostéomyélites du tibia et du radius avec abcès ponctionné, nettement améliorés par le *vaccin seul*.

β. Deux arthrites consécutives, l'une à une blessure de guerre, l'autre à une piqûre septique de l'articulation du genou furent suivies en quarante jours d'un retour fonctionnel complet.

γ. Quatre périostites alvéolo-dentaires au début (3 guéries, 1 fistulisée) par vaccin seul.

Après intervention chirurgicale typique, la vaccinothérapie dans les infections à strepto et staphylocoques provoque une détersion rapide, la cicatrisation est raccourcie et l'évolution bénigne.

Dans la cure de lésions osseuses, consécutives à des blessures de guerre, l'autovaccinothérapie donna trois succès, deux incertains, deux échecs.

Deux arthrites suppurées tibio-tarsienne et du genou ont été, après arthrotomie et vaccinothérapie suivies d'un retour fonctionnel bon.

Deux angines gangréneuses de Ludwig soignées, dès leur début, par incision, du sérum antigangréneux et du stock-vaccin de Delbet, furent guéries en huit jours, ce qui est remarquable.

En résumé, la vaccinothérapie est une méthode non dangereuse, sous-cutanée, mais non infaillible, cependant très encourageante.

Elle doit être appliquée le plus près possible du début de l'infection, après évacuation du pus, s'il en existe, collecté.

Les différents vaccins ont leurs succès; les autovaccins spécifiques sont les meilleurs, scientifiquement et pratiquement, mais leur préparation, qui exige au moins deux jours, crée un temps perdu précieux, pendant lequel on peut employer un de ces vaccins « à tout faire » (stock bouillon Delbet).

Les *doses* à employer varient avec le mode et la température en préparations des vaccins. L'agent pathogène est à déterminer, car dans les infections à streptocoques, par exemple, la vaccinothérapie est inefficace.

Le mode d'action des vaccins n'est sans doute pas spécifique, puisque des vaccins antityphiques, par exemple, ont fait rétrocéder des infections antigonococciques, puisqu'on note de bons effets avec la bactériothérapie (crise hémoclasique, effet peptoné). Ceci explique la réelle efficacité des abcès de fixations térébenthinés et les beaux résultats obtenus par Vignard et Bérard dans la cure des lésions ostéoarticulaires infectieuses.

M. Viannay (de Saint-Etienne), des 5 cas graves qu'il a eu à traiter, note :

1 forme hyperseptique suivie de mort (ne prouve rien pour la méthode);

2 cas douteux;

2 cas où l'action fut nette, bonne. L'état général fut très amélioré, l'état local le fut également, mais moins.

La vaccinothérapie est un appoint très important dans le traitement des formes graves, mais il ne faut pas abandonner le traitement chirurgical. Elle est seulement un précieux adjuvant.

M. Mouchet (de Paris). De 12 observations (1 septique, 3 subaiguës, 8 aiguës), M. Mouchet conclut que, dans les formes aiguës, la vaccinothérapie limite la nécrose si elle ne l'empêche pas, elle améliore le pronostic. Sera à utiliser dans ces cas, car son influence sur l'état général est très heureux. Doses : au début utilisa de 1/10 à 3/10 de centimètre cube; il

préconise actuellement des doses plus fortes de 4/10 à 10/10 de centimètre cube; celles-ci n'ayant jamais produit d'effets fâcheux. Les malades devraient être soignés très tôt. L'ostéomyélite doit cependant rester une maladie chirurgicale. On ne peut actuellement dire ce que deviendra l'os dans l'avenir des cas vaccinés. C'est en tout cas une arme thérapeutique adjuvante précieuse qui doit être utilisée avec discernement.

MM. Sencert et Ferry (de Strasbourg) apportent les résultats de 13 cas traités à l'hétéro et à l'auto-vaccin suivant la technique de Grégoire.

3 formes suraiguës ont donné :

2 morts malgré la combinaison de la vaccinothérapie et du traitement chirurgical larges et précoces ;

1 amélioration très nette, en voie actuelle de guérison.

8 formes aiguës :

3 d'entre elles ont été traitées par vaccinothérapie (2 à 5 injections) et ponction immédiate répétée tous les jours. La chute de la température, l'amélioration des manifestations locales et générales furent surprenantes. L'un d'eux (ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur) qui ne s'est pas représenté après la cinquième injection est revenu trois mois plus tard avec un abcès du menton. Incisé et revacciné, il est en voie de guérison;

5 par incision ou trépanation et vaccinothérapie se sont rapidement modifiées et guéries sans qu'on ait eu à recourir à la suture primitive.

3 formes chroniques, ont subi cette même dernière évolution vers la guérison après séquestrectomie et pansement à plat.

Ces faits apportent une contribution nouvelle à l'opinion de Grégoire. La vaccinothérapie, employée à doses progressivement croissantes, est une méthode anodine, efficace, adjuvant important du traitement chirurgical.

M. Mock (de Paris) rapporte un cas d'abcès de la prostate consécutif à une ostéite du maxillaire inférieur complètement guérie en quinze jours par le stock-vaccin; un autre cas de pyélonéphrite consécutive à une ostéomyélite du fémur. Les urines recueillies par le cathétérisme urétéral contenaient des staphylocoques. La guérison survint au bout de trois séries d'auto-vaccin. Le traitement par auto-vaccin est à préférer à celui par stock-vaccin dans les complications urinaires de l'ostéomyélite.

M. Dupont (de Paris) a utilisé dans 2 cas du vaccin Salimbeni à 6 milliards :

1° Sur un vieil ostéomyélitique (1 centimètre cube tous les jours). A la cinquième injection, hématurie. A continué le vaccin malgré cet incident jusqu'à douze. L'albuminurie antérieure n'a pas augmenté. Revu un an après, sa néphrite n'était pas aggravé. Il est cependant mort plus tard d'urémie.

2° Dans le second cas, 1/4, 1/2, puis 1 centimètre cube sont successivement injectés jusqu'à neuf injections, faute de vaccin. Ce traitement n'a pas empêché la formation d'abcès et la nécessité d'une trépanation secondaire.

En résumé, la vaccinothérapie est utile dans les formes à rechutes, comme elle est efficace dans la furonculose à répétition.

M. Robineau (de Paris) a utilisé des cultures jeunes (alors que Delbet utilise des grosses doses de cultures vieillies (sans incidents (donc l'âge serait sans grande importance). Il ne croit pas beaucoup à l'importance des réactions locales ou générales. L'injection d'emblée de grosses doses est importante. Il utilise les lypo-vaccins mixtes de Le Moignic qui permettent d'injecter de fortes doses de microbes sans réaction vaccinale. Deux ostéites typhiques ont été traitées par le lypo-vaccin T. A. B.; plusieurs arthrites blennorragiques aiguës ont guéri après injection de lipogon, sans persistance de raideurs. Une ostéomyélite suraiguë de l'enfance s'est terminée par la mort quelques heures après la vaccination et l'opération; une ostéite récidivante de guerre n'a pas été influencée. Par contre, deux ostéomyélites prolongées, dont une très grave, ont guéri sans opération en quatre semaines. Une ostéopériostite dentaire grave a complètement guéri en dix jours; une arthrite aiguë suppurée tibio-tarsienne en onze jours sans intervention. M. Robineau pense que les vaccins méritent d'être appliqués en même temps que le traitement chirurgical dont ils sont un adjuvant précieux; les lypo-vaccins sont inoffensifs et parfaitement tolérés; ils peuvent diminuer l'importance de l'acte chirurgical ou même parfois le rendre inutile; ils procurent des guérisons beaucoup plus rapides et complètes.

M. Silhol (de Marseille) a traité tardivement 2 cas plusieurs années après les premières atteintes. Les atteintes successives ont été améliorées par des séries de 12 piqûres, mais leur retour n'a pu être évité, faute de soins dans l'intervalle, l'un de ces sujets présentant un sang peu fameux (50 p. 100 d'hémoglobine), l'autre étant atteint d'une forme « ravageante et sournoise ». La vaccinothérapie agit utilement au début; son action plus tard est plus discutable.

M. Girou (d'Aurillac). Partisan fervent de la vaccinothérapie des salpingites et des pleurésies purulentes, M. Girou note des résultats moins brillants dans les affections ostéo-articulaires. Plusieurs facteurs sont en cause :

La difficulté de trouver les cas-types de Grégoire;

La rareté des cas où après avoir ouvert l'on peut fermer complètement ou obtenir une réunion per primam; contre la tendance à la suppuration et à la cachexie dans ces cas, il faut user de vaccins mixtes polyvalents pour empêcher les infections secondaires;

La multiplicité des germes dans ces cas ouverts.

Seule la vaccinothérapie des lésions aiguës sera pleinement satisfaisante dans les cas où l'on pourra se borner à la simple incision ou dans ceux où l'on pourra obtenir la réunion per primans. La vaccinothérapie a donné à Girou des résultats intéressants dans les bacilloses osseuses fistulisées et infectées.

M. Hallopeau (de Paris) apporte 44 observations (dont 1 à Eberth), traitées 33 au stock-vaccin, 4 à l'auto-vaccin, 6 au bouillon de Delbet, 1 à l'entérococcine. La réaction produite par le stock a été à peu près nulle et la méthode peut être considérée comme sans danger pour l'enfant. Le propidon donne une réaction peu importante : 4 formes septicémiques suraiguës non améliorées; 3 ostéo-myélites fistuleuses traitées sans aucun bénéfice; de même 2 formes chroniques d'emblée malgré les circonstances très favorables, 2 bons résultats contre 3 échecs dans les formes subaiguës. La lecture des observations des cas aigus est indispensable pour apprécier le rôle du vaccin. Il ne faut pas employer le terme de guérison pour parler de ses effets, on peut dire tout au plus, influence favorable. L'abaissement de la température ne paraît pas en être la conséquence, non plus que la sédation des douleurs. *Jamais la nécrose n'a été empêchée*, ni même réduite. L'arrêt de la suppuration est rare. Constamment dans les cas aigus, sauf 3, il a fallu inciser. Il serait imprudent de se baser sur la radiographie pour juger de l'utilité d'une incision. La vaccination, même prolongée n'empêche pas le réveil de l'O. M. au bout de plusieurs mois. En résumé, Hallopeau enregistre : action nulle dans 26 cas, douteuse ou insignifiante dans 10, bonne dans 7, excellente dans 1 sur 44 observations. Ces résultats, s'ils ne sont pas brillants, sont toutefois encourageants. La *vaccination* est un auxiliaire thérapeutique sans danger, qui dans des cas rares impossibles à discerner à l'avance, exerce une action favorable sur l'évolution de l'ostéo-myélite.

M. Auvray (de Paris), dans le traitement des arthrites gonococciques enregistre : un échec complet sur la vaccinothérapie ou lipogon, associée à des injections intraveineuses de sérum antiméningococcique, puis antigonococcique, deux cas très amélioré et guéri par des ponctions évacuatrices ou non évacuatrices articulaires suivies de l'injection dans l'articulation de 20 centimètres cubes de vaccin de Nicolle (méthode Paraf). Convaincu de l'efficacité de cette méthode, il continuera les injections intra-articulaires de vaccin dans les arthrites gonococciques.

M. Portmann (de Bordeaux) préconise la ligne de conduite suivante en oto-rhino-laryngologie :

a. Les *stocks-vaccins* dans les affections aiguës, douloureuses, réclamant un traitement immédiat ou lorsque le praticien est éloigné d'un laboratoire;

b. Les *auto-vaccins* dans les suppurations chroniques où l'absence de réactions graves permet une thérapeutique plus lente.

c. Dans tous les cas il est loisible de commencer par les

stocks pour gagner du temps en attendant la fabrication de l'auto-vaccin avec lequel on continuera.

Portmann base ses indications sur 97 cas traités par 600 injections au stock ou à l'auto-vaccin (otites externes, guérisons sans ouverture 100 p. 100, moyennes, aiguës, suppurées chroniques (50 p. 100 de guérisons, mastoïdites, ici la chirurgie a tous ses droits, sinusites, suppurations naso-pharyngiennes, furoncles du nez, ostéo-myélite du maxillaire, érysipèle de la face). De ses résultats encourageants, il conclut que la vaccinothérapie est une méthode thérapeutique de choix en oto-rhino-laryngologie.

Communications individuelles diverses (*n'ont pu être toutes faites à cause de l'heure tardive*).

M. Descarpentries (de Roubaix) envisage les avantages plus nombreux que les inconvénients de l'*anesthésie prolongée au chlorure d'éthyle*.

M. H.-L. Rocher (de Bordeaux) recommande vivement après 150 observations la *rachi-anesthésie chez l'enfant et l'adolescent* dans les opérations chirurgicales et orthopédiques. Moralement préparé avant l'opération, dans la moitié des cas l'enfant préfère la piqûre au masque.

M. Jayle (de Paris) estime que *pour restreindre encore les morts et les complications opératoires* : 1° il faut absolument et de très près veiller à l'asepsie de l'outillage;

2° L'anesthésie peut être aisément cause de complications directes ou indirectes;

3° Toute intervention importante doit être précédée d'un examen complet du sang;

4° Le cœur, le système réno-vasculaire, le tube digestif, le système nerveux, les glandes endocrines, l'anatomie morphologique sont à étudier dans chaque cas;

5° La préparation d'une opération, basée sur ces règles, n'est pas d'une grande simplicité, mais la vie humaine a une si grande valeur qu'aucune précaution ne doit être négligée pour la conserver.

M. Reynès (de Marseille) après une expérience de quinze années, recommande vivement l'emploi des *fils métalliques perdus en chirurgie*. Ils sont toujours bien tolérés et ne provoquent pas d'accidents s'ils sont enroulés en crosse et entortillés. Ils peuvent être employés dans les *sutures* (colpo-périnéoraphie, omphaloraphie, sutures de la paroi abdominales, rectopexie...), ou en *ligatures* (pédicule annexiel, méso-appendice).

M. Luys (de Paris) étudie les bienfaisants effets du *lavage des vésicules séminales* dans la spermatocystite non tuberculeuse qui ne guérit pas par les moyens habituels, dans les récidives d'épididymite, dans l'azoospermie par foyers de spermatocystite, dans le rhumatisme chronique toujours accompagné de spermatocystite chronique.

Par la voie uréthrale et du canal éjaculateur la méthode est difficile. Il vaut mieux agir dans le sens du sperme par la voie du canal déférant que l'on aborde directement après incision des parois du canal inguinal, ou à travers la paroi (ce qui est très difficile).

Le collargol à 5 p. 100 injecté sort à la première miction.

Dans 23 cas, l'auteur a vu s'assouplir ces glandes et le gonocoque disparaître.

M. Voronoff (de Paris) donne un film cinématographique de quelques temps et procédés de suture et de greffes osseuses.

Dr G. FERRY
Assistant de la Clinique chirurgicale A
à l'Université de Strasbourg
(Professeur Sencert).

SÉANCE DU MATIN (5 OCTORRE)

M. Guisez. L'œsophagoscopie faisant voir directement les lésions et permettant la prise d'un fragment biopsique, améliore le pronostic des corps étrangers et facilite le traitement des sténoses.

Les sténoses inflammatoires sont dues au cardiospasme et ne sont pas syphilitiques. Elles sont curables par la dilatation. Amélioration du cancer de l'œsophage par le radium.

M. Calvé rapporte plusieurs cas d'ostéochondrite de l'épiphyse du fémur où l'on peut suivre la transformation de la tête à l'aide de radiographies.

M. Calot y voit des luxations congénitales.

M. Abadie, sur 100 résections pylorogastriques pour ulcère d'estomac n'a eu que 4 cas de mort. Il insiste sur l'heureux effet de cette opération.

Indications : phénomènes douloureux résistant au traitement médical.

Traitement : Gastropylorectomie large, Billroth II. Ecrasement avec écraseur Mayo. Analgésie pariétale et rachianesthésie.

M. Témoin trouve l'écraseur inutile et n'emploie que la pince.

MM. Bérard et Salomon insistent sur la fréquence de l'indication de la gastrostomie pour affection de l'œsophage.

M. Hartmann, à propos de deux cancers sigmoïdiens, propose de simplifier la résection intestinale en laissant le bout rectal sous-péritonéal en place.

M. Duvergey rapporte une très grande amélioration d'un brightique avec œdèmes généralisés, rebelle au traitement médical par la décapsulation double en deux temps.

M. Léo apporte neuf observations de dysménorrhées guéries par un traitement antihelminthiasique, dont six avec lésions des organes génitaux, auparavant rebelles au traitement chirurgical.

M. Goullioud signale les résultats, heureux au point de vue de la fonction et de l'état général, des entérectomies pour tuberculose iléocæcale par iléotransversostomie latéro-latérale et résection du segment intermédiaire.

M. Calot démontre le rôle étendu en pathologie de la luxation congénitale de la hanche.

M. H. Paschoud (de Lausanne) préconise dans le traitement des ulcères variqueux dont la réaction est acide, des alcalins et le port d'un bandage compressif. Après cicatrisation, excision variqueuse sur tout le pourtour de l'ulcère, associé à la résection de l'aponévrose jambière, ceci pour combattre l'hypertension profonde par stase.

M. de Nabias. La résection de la branche jambière du nerf saphène interne contenant une grande partie des filets sympathiques pour la face interne de la jambe, amène la disparition des phénomènes douloureux au niveau des ulcères variqueux, un assèchement rapide de la pyodermie et une vasodilatation persistante. La cicatrisation de l'ulcère est rapide.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Election à l'unanimité de M. Témoin comme vice-président pour l'année prochaine. Discours de remerciements de M. Témoin.

Election de M Grégoire comme secrétaire.

Dans un but d'économie, M. Lenormant, trésorier, propose certaines restrictions des communications. Adopté. La date du prochain congrès est fixée au 2 octobre 1922.

TROISIÈME QUESTION

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA CHIRURGIE DES CANCERS DU SEIN

MM. Forgues (de Montpellier) et Walther (de Paris), rapporteurs.

M. Forgue. L'appréciation des résultats de l'opération radicale, pratiquée depuis 1896, se heurte à de nombreuses difficultés (insuffisance des statistiques, documentation imparfaite des caractères anatomiques). L'intérêt de la question est marqué par la fréquence des cas et par leur opérabilité fréquente.

Résultats opératoires : Les chiffres des statistiques doivent être acceptés avec une grande réserve. Celles-ci ne tiennent pas compte de la variabilité formes anatomiques et cliniques et se heurtent, surtout pour la poursuite des cas lointains à des difficultés insurmontables. Le pourcentage de survie sans récidive après trois ans, qui a été rapidement croissant de 1875 à 1905, est restée depuis sensiblement la même et oscille entre 43 et 50 p. 100 (Forgue, sur 285 opérées 115 sans récidive). Cet arrêt ou même ce léger recul dans l'amélioration des résultats s'explique par l'opérabilité jugée plus fréquente, qui ne trouve de contre-indication que dans la propagation ou dans les métastases inaccessibles. La formule

de Volkmann, fixant à trois ans le délai au delà duquel la guérison est obtenue, a perdu sa vérité. Pour les récidives locales, la borne doit être reculée jusqu'à quatre ou cinq ans (19 récidives retardées sur 115 ayant dépassées la troisième année, statistique Forgue). Au lieu de siéger sur la cicatrice ou autour d'elle les récidives se trouvent dans les ganglions sus-claviculaires et dans la région chondrale avec infection lymphatique de la voie mammaire interne. Les métastases internes semblent plutôt en progression, non pas à cause de l'intervention, mais parce que l'absence de récidive locale leur permet de se développer. On les trouve dans le poumon ou le médiastin, dans le foie, dans le péritoine, dans l'autre mamelle et le squelette (33 femmes sur les 115 ayant dépassé la troisième année, mortes de métastases tardives lointaines). Il semble que l'opération radicale prolonge la vie de quelques années et préserve des souffrances lamentables du cancer local.

Le résultat dépend des conditions anatomo-pathologiques. Les tumeurs circonscrites sans adhérences à la peau et sans ganglions de l'aisselle donnent 70 p. 100 de chance de guérison. Une fixation étendue de la peau avec paquet ganglionnaire et développement rapide de la tumeur fait tomber la chance à 28 p. 100. En cas d'envahissement des ganglions sus-claviculaires, aucun résultat favorable. Les caractères histologiques ne sont pas superposables au pronostic, bien que le squirrhe à stroma dense soit considéré comme plus bénin que l'encéphaloïde. Le jeune âge, l'hérédité, la lactation sont des coefficients biologiques de malignité.

Technique : Excision large de la peau, sans souci de couvrir la surface cruentée, quitte à employer les greffes de Tiersch, l'ablation étendue de l'aponévrose est très importante. A moins de tumeurs étendues, l'ablation du faisceau sternal du grand pectoral suffit. L'ablation systématique, à titre de prophylaxie, des ganglions susclaviculaires préconisée par Halsted n'est pas justifiée. En cas d'envahissement de la voie lymphatique mammaire interne, l'excision peut être tentée, mais le résultat est douteux. Le traitement des récidives peut réserver des surprises. Les complications dans le bras peuvent nécessiter la désarticulation de l'épaule. La castration des femmes jeunes dans le but de modifier l'allure du cancer a eu quelques résultats heureux. L'amélioration du traitement du cancer du sein, arrivé actuellement à son point mort, ne peut être trouvée que dans le perfectionnement des détails de la technique et dans l'emploi d'autres procédés, tel que la radiation. Pour celle-ci aucune conclusion n'est permise ni pour la technique ni pour l'indication. En aucun cas, elle ne doit primer le traitement chirurgical.

M. Walther. La curabilité opératoire du cancer reste incontestable depuis Pierre Delbet, mais pour établir des chiffres certains, on se heurte à des difficultés insurmontables. Les résultats, actuellement obtenus, ne diffèrent pas sensiblement de ceux mis en lumière par la discussion du Congrès international de chirurgie de Bruxelles en 1908. Légère tendance à la diminution des guérisons durables, due à ce qu'on a reculé la limite de l'indication opératoire. L'efficacité de l'opération précoce est démontrée. L'auteur a trouvé les mêmes chiffres de guérison que M. Forgue et constate également qu'il y a stationnement après la période de progrès constant entre 1875 et 1890. La technique actuelle, réglée par Halsted et Willy Meyer et justifiée par les travaux de Handley sur les voies de propagation des éléments néoplasiques et le rôle capital des aponévroses, a atteint la limite de l'exérèse. La large résection de la peau atteindra les limites de la glande; l'ablation des aponévroses sera aussi étendue que possible. Il n'est pas prouvé qu'il vaut mieux ne pas rechercher la réunion de la peau pour recouvrir la surface cruentée par des greffes, ce qui, par l'irritation produite stimulerait la lutte de défense contre le néoplasme. Même désaccord sur la nécessité du curage de la région sus-claviculaire avec ou sans résection de la clavicule. En cas d'infection des ganglions une longue survie est exceptionnelle. Leur exérèse est rejetée par les Mayo, défendue par Delbet quand la tumeur siège dans le cadran supérieur. Nécessité de l'ablation de la moitié inférieure du grand pectoral, sans suite de trouble fonctionnel, mais il y a avantage à conserver le petit pectoral qui cependant devra être enlevé en cas d'adhérences. Même règle pour les muscles de la paroi postérieure. Une tumeur plus étendue sera poursuivie jusqu'au delà du plan costal. Heurtaux a eu 123 survivantes sans récidives, après quatre ans, sur 284 opérées par simple résection du sein et du contenu de l'aisselle. L'étude histologique ne permet pas encore de pronostic.

La fréquence relative des récidives profondes que Depage nous montrait, passant de 7,6 à 23 p. 100, ne peut être attribuée au trouble apporté par le très large délabrement opératoire. L'opération réduit de 75 p. 100 les récidives superficielles et accorde une survie de trois ans à 45 ou 50 p. 100 des opérées, elles laissent donc aux métastases le temps de se développer. Le traitement des récidives cutanées obtient quelques résultats par la résection large des noyaux. La castration ovarienne, chez les femmes en période d'activité génitale a eu quelques résultats heureux (Reynès, en 1904). Elle peut être réalisée par la radiothérapie.

Pour juger le traitement par le radium, les documents font entièrement défaut. De même, il n'est pas possible d'après M. Béclère de recueillir les éléments d'une statistique, sur l'adjonction de la radiothérapie à la chirurgie. Pour terminer le rapporteur insiste sur la nécessité d'établir une documentation plus précise pour faciliter le travail d'une étude ultérieur.

Suit une série de statistiques à l'appui des chiffres déjà donnés. Un relevé d'ensemble des résultats de la radiothérapie montre la contradiction complète des auteurs.

Discussion.

M. Alessandri insiste surtout sur l'importance des récidives tardives dont il apporte deux cas, l'un après douze ans, l'autre après quatorze ans de la première opération et ce dernier cas encore opérable.

M. Grenade (de Verviers). Deux-cent-quatre observations. Nécessité de l'excision des tumeurs bénignes à titre de prophylaxie, 53 p. 100 de survie de trois ans, 28 p. 100 survie de cinq ans.

M. Bérard. L'opération précoce et large est le meilleur traitement. Les erreurs de diagnostic sont redoutables. Il demande la répression de la publicité en faveur de la réclame de guérison. Toute femme atteignant trente-cinq ans devrait subir une visite médicale.

Des chirurgiens insuffisants, improvisés pendant la guerre, pratiquent des opérations incomplètes, d'où fréquence des récidives. Inutilité des grands délabrements.

M. Delagénière, pratiquant l'ablation en bloc, a obtenu, sur 413 cas, 38 p. 100 de survie de plus de trois ans. Il confirme les conclusions des rapporteurs au sujet de la précocité de l'opération.

MM. Hartmann et Bergeret donnent leur statistique, 331 cas. Ils constatent la contradiction entre l'histologie et la clinique et rapportent un cas de mastite cancéreuse considéré comme perdu et devenu opérable par l'influence de la radiothérapie.

M. Auvray conseille de se méfier des tumeurs bénignes dans lesquelles on peut trouver un point de dégénérescence maligne.

M. J.-L. Faure, sur 84 malades de clientèle de la ville, a eu un tiers de guérison. Il estime que le cancer du sein est plus grave que celui de l'utérus Il a quelque confiance dans

la thermoradiothérapie. Dans les cas inopérables, elle est d'un heureux effet moral.

MM. ARNAUD et Paul DELBET signalent leurs résultats.

M. POTHERAT. L'opération est sans danger et apporte une grande amélioration.

M. REYNÈS, après vingt-cinq ans d'expérience, conclut que le meilleur traitement est l'opération classique. La précocité du diagnostic est capitale. Inefficacité et danger des grands délabrements dans les cas trop avancés. Quatre cas de régression des lésions par la castration ovarienne.

M. LE JEMTEL. L'ablation des tumeurs profondes et avancées donne un bon résultat immédiat, mais la survie lointaine est rare. Deux résultats excellents, mais encore récents, par l'emploi du radium.

M. BRODIER. L'opération large, chez une femme âgée, détermine un choc important.

M. FAUGÈRE introduit après le curettage de l'aisselle et des espaces intercostaux des tubes de radium. Les récidives sont reculées; les métastases augmentées. La castration ovarienne mérite l'attention. Incision profonde des aponévroses pour traitement des œdèmes chroniques.

Communications diverses.

M. J. GUYOT rapporte l'heureux résultat de l'opération de Crile chez un homme atteint d'un branchiome malin de la région carotidienne.

M. MAUCLAIRE attire l'attention sur la mésentérite sclérosante et rétractile, probablement plus fréquente qu'on ne le pense, créant des troubles intestinaux mécaniques.

M. LUYS préconise dans l'inflammation des vésicules séminales, en cas d'insuccès des méthodes courantes, des lavages, soit par cathétérisme des canaux éjaculateurs, soit par le canal déférent, après isolement de celui-ci dans l'aine.

M. Jack MOCK rapporte un cas de fistule stercorale traitée avantageusement par le sérum de Leclainche et Vallée en application locale.

M. P. DELBET propose, d'après un cas personnel, d'entreprendre la réduction sanglante de la luxation traumatique ancienne de la hanche.

ED. ORTSCHEIT,
Assistant de la clinique chirurgicale A
à l'Université de Strasbourg
(Prof. Sencert).

Le prochain Congrès de chirurgie se tiendra le 2 octobre 1922, à Paris.

Président : M. le prof. Hartmann ; vice-président : M. le Dr Témoin (de Bourges) ; membre du Comité (élu) : M. Bégouin (de Bordeaux).

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR : 1° « Résultats actuels des greffes osseuses. » Rapporteurs : MM. Cunéo (de Paris) et Rouvillois (armée).

2° « Résultats éloignés des opérations portant sur les gros troncs artériels des membres. » Rapporteurs : MM. Leriche (de Lyon) et P. Moure (de Paris).

3° « Technique des résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (rectum excepté). » Rapporteurs : MM. Abadie (d'Oran) et Okinczyc (de Paris).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1921)

Sur la protection individuelle contre l'oxyde de carbone : réactif et appareil. — MM. DESGREZ, GUILLEMARD et HEMMERDINGER. Le réactif utilisé est un mélange d'anhydride iodique et d'acide sulfurique disposé à la surface d'un support granulé en pierre ponce. La boite filtrante disposée dans l'appareil respiratoire est de 1l5 de capacité; elle protège pendant plus d'une heure un sujet respirant dans une atmosphère renfermant 10 p. 1000 d'oxyde de carbone, c'est-à-dire cinq fois la dose mortelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1921)

Cette séance de rentrée a été quelque peu confuse et troublée par le fait des conversations particulières qui, malgré les appels réitérés de M. le Président, ont été plus animées que de coutume et qui ont rendu notre tâche bien malaisée.

Persistance de la perméabilité du pylore après la gastro-entérostomie. — M. HARTMANN a présenté un travail d'un auteur dont le nom n'est pas venu jusqu'à nous. Il s'agit d'expériences sur les chiens Dans ces expériences, la persistance de la perméabilité du pylore, après une gastro-entérostomie, peut s'expliquer par ce fait que la bouche se trouve généralement trop éloignée du pylore, d'où l'indication pratique de placer cette bouche aussi près que possible du pylore.

Abcès putrides multiples guéris par une injection intraveineuse de peptone. — M. Louis BAZY fait un rapport sur une observation adressée par M. Leclerc. Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans qui a présenté une série d'abcès graves; l'incision de ces abcès et l'évacuation du pus n'amenaient pas la guérison. La fièvre persistait et l'état général restait mauvais : au point de vue microbien l'hémoculture resta négative. M. Leclerc fit alors, très lentement, une injection intraveineuse de peptone (1gr50 dans 30 gr. d'eau). La fièvre tomba, l'état s'améliora rapidement et la guérison fut définitive.

M. Louis Bazy fait suivre cette observation de quelques réflexions et du résultat de quelques expériences qu'il a faites en collaboration avec M. Vallée.

Traitement des arthrites blennorragiques. — M. SIEUR fait un rapport, très documenté, sur un travail adressé par M. Costa (de l'armée) et relatif au traitement des arthrites blennorragiques par la vaccination.

Tumeur inflammatoire de l'appendice avec péritonite gélatineuse. — Second rapport de M. SIEUR sur un fait intéressant de tumeur appendiculaire d'origine inflammatoire avec ce que nos maîtres appelaient « maladie gélatiniforme du péritoine », par M. Polosson.

Ulcères perforants du duodénum. — M. ROUX-BERGER apporte 6 nouveaux cas d'intervention, avec 4 guérisons et 2 morts. Le diagnostic a pu être fait dans les 6 cas. Les 2 cas de mort ont été opérés tardivement. Dans les 4 cas de guérison, l'opération a été précoce. Le traitement appliqué par M. Roux-Berger a toujours été le même : fermeture de l'ulcération, extériorisation du pylore.

Péricardite tuberculeuse. — M. JACOB fait un rapport très complet, très documenté, sur un cas de péricardite tuberculeuse présenté par M. Dugué.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans qui, à la suite d'une amygdalite, a continué à présenter une température élevée et une dyspnée toujours croissante. Bientôt, il offrait tous les signes d'une péricardite et tombait dans un état grave. M. Dugué n'hésita pas à intervenir chirurgicalement; il s'agissait d'une péricardite avec petit épanchement. M. Dugué laissa la plaie ouverte et il obtint une bonne guérison, malgré une complication pulmonaire secondaire. C'est un beau succès à l'actif du traitement chirurgical de la péricardite avec épanchement.

M. Jacob rapproche de ce fait plusieurs observations analogues et les fait suivre de réflexions générales sur la péricardite et son traitement.

Décortication pulmonaire. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation adressée par M. Taillefer. Il s'agit d'un cas de pleurésie purulente chronique traitée d'abord par la résection costale et, en second lieu, par la décortication pulmonaire. Guérison, cicatrisation seulement après deux ans.

M. MATHIEU apporte un nouveau cas de décortication pulmonaire dans lequel il a eu de grandes difficultés opératoires et une très grave hémorragie qu'il n'a pu arrêter que par un tamponnement. La guérison était complète après deux mois et demi.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 28 octobre. — MM. Bloch (Marcel), 19,21; Weissembach, 17,81; Brodin, 19,909; Dumont, 16,72; Weill (A.), 17,18.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve supplémentaire.* — *Dissection.* — Séance du 28 octobre. — Question donnée : « Muscle de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar avec leur nerf. »

MM. Huet, 29; Reinhold, 30.

Sont admis définitivement : MM. Michon et Reinhold.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Séance du 27 octobre. — Question donnée : « Le tronc du nerf radial depuis la région moyenne du bras et la branche postérieure de ce nerf. »

MM. Petit-Dutaillis, 30; Richard, 26; Monod, 27; Fey, 25; de Gaudart d'Allaines, 27; Sénèque, 24; Quénu, 29; Ducastaing, 27.

Médecine opératoire. — Séance du 28 octobre. — Question donnée : « Ligature de l'artère tibiale postérieure dans la gouttière rétro-malléolaire. — Désarticulation du poignet. »

MM. Gaudard d'Allaines, 27; Ducastaing, 26; Monod, 25; Quénu, 29; Richard, 25; Fey, 26; Petit-Dutaillis, 27; Sénèque, 26.

Sont admis définitivement : MM. Quénu et Petit-Dutaillis.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 27 octobre. — Question donnée : « Complications de la blennorragie chez l'homme. »

Mlle Vidal, 11; MM. Tillé, Sorton et Vermorel, 13; Wolfsohn, 14; Thomopoulos et Mlle Vallet, 15; MM. Sourdille et Turmann, 17; Vidal (Louis), 10; Tilman et Wauthier, 15; Quilliot, 13; Regner, 12; Markovitch, 5; Lefèvre (H.), 11.

MÉDAILLE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille d'argent est décernée à M. le Dr Gauja (de Bordeaux).

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE (prof. : M. LEJARS). — M. le prof. Lejars commencera son cours de Clinique chirurgicale le samedi 5 novembre 1921, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 1/2.

Programme de l'enseignement. — Mardi, 9 h. 1/2 : Examens cliniques à l'amphithéâtre par le professeur.

Jeudi, 9 h. 1/2 : Examens cliniques à l'amphithéâtre par les élèves, sous la direction du professeur.

Samedi, 9 h. 1/2 : Leçon clinique par le professeur.

Lundi et mercredi, 9 h. 1/2 : Conférences de diagnostic chirurgical par MM. les Drs Brocq, chef de clinique, et Séjournet, chef de clinique adjoint.

Mercredi, 10 h. 1/2 : Examens de laboratoire.

HOPITAL LAENNEC. — Durant les mois de novembre et de décembre 1921, le Dr Rist continnera, dans son service hospitalier et au dispensaire Léon Bourgeois à donner, avec la collaboration de MM. Ameuille, médecin des hôpitaux; P. Brissaud et Jacob, assistants; J. Rolland, chef de laboratoire; Weiss et Hirschberg, internes; un enseignement théorique et pratique sur la pathologie, la clinique, la thérapeutique et la prophylaxie sociale de la tuberculose pulmonaire. Cet enseignement est réparti dans la semaine de la façon suivante :

Le lundi à 11 h., leçon de pathologie; de 14 h. à 17 h., pratique du pneumothorax artificiel avec examens radioscopiques. — Le mercredi à 11 h., conférence : examen critique des observations des malades sortants, au point de vue clinique et social; de 14 h. à 18 h., consultation du Dispensaire avec examens radiologiques. — Le jeudi à 11 h., leçon clinique. — Le samedi à 10 h., examens radiologiques avec M. le Dr Maingot.

La première leçon aura lieu le *jeudi 3 novembre à 11 h.* : M. Rist. Conception moderne de la tuberculose humaine.

Lundi 7 novembre. — M. E. Brissaud. Contagion et hérédité de la tuberculose.
Lundi 14 novembre. — M. Jacob. Les bacilles acido-résistants.
Lundi 21 novembre. — M. E. Brissaud. Poisons du bacille tuberculeux.
Lundi 28 novembre. — M. Rolland. Tuberculines.
Lundi 5 décembre. — M. Jacob. Y a-t-il une bacillémie tuberculeuse?
Lundi 12 novembre. — M. Rolland. Allergie.
Lundi 19 décembre. — M. Ameuille. Climats et sanatoria.

COURS SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE, sous la direction de M. le prof. Léon BERNARD. — Le cours supérieur d'hygiène, destiné à la préparation du diplôme universitaire d'hygiène (arrêté ministériel du 25 avril 1921) commencera le 7 novembre 1921, à 16 h., au laboratoire d'hygiène de la Faculté.

Le cours aura lieu tous les jours, sauf les dimanches, jusqu'au 17 janvier 1922, avec une interruption du 23 décembre 1921 au 3 janvier 1922, en raison du congé du nouvel an.

Il comprendra, chaque jour : deux leçons (à 16 h. et à 17 h.), des stages, des visites, des démonstrations et manipulations pratiques, qui auront lieu soit le matin, soit de 14 h. à 16 h.

Le programme détaillé des leçons et travaux pratiques sera publié ultérieurement.

Ce cours est ouvert : 1° aux docteurs en médecine français; 2° aux docteurs étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention Médecine; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de Paris; 4° aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions et aux internes en médecine des hôpitaux de Paris reçus au concours.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine les jeudis et samedis de midi à 3 h.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAUX A LOYER

PROROGATION. CESSIONNAIRES

La question de la prorogation, au profit des cessionnaires, de baux afférents à des locaux à usage commercial ou industriel, est toujours discutée et intéresse toujours les médecins.

Un arrêt récent de la Cour de cassation du 19 juillet 1921, en se fondant sur les dispositions finales de l'article 4 de la loi du 23 octobre 1919, a refusé à un cessionnaire la prorogation de bail qui fait l'objet de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918; il s'agissait d'une cession de bail antérieure à cette loi et même à la guerre.

« Attendu, dit la Cour, qu'il résulte de la sentence attaquée que, par acte du 24 décembre 1906, D..., propriétaire, a donné à bail à L..., négociant en cuirs, pour une durée de neuf années devant prendre fin le jour de Noël 1915, un immeuble à usage commercial, et qu'en novembre 1912, L... a cédé son fonds de commerce et le droit au bail à Ch..., lequel, étant demeuré en possession des lieux, a, par acte extrajudiciaire du 3 avril 1919, signifié au bailleur une demande à fin de prorogation de bail;

Attendu, d'après le pourvoi, qu'en déclarant Ch... mal fondé dans sa demande en prorogation par le motif qu'aux « termes de l'article 4 de la loi du 23 octobre 1919, les cessionnaires n'ont droit à la prorogation que s'il s'agit de locaux à usage d'habitation », la sentence attaquée aurait violé cet article par défaut d'application et faussement appliqué l'article 56 de la loi du 9 mars 1918;

Mais attendu que cette disposition finale de l'article 4 de la loi du 23 octobre 1919 a été introduite dans la loi, dans l'intention expressément déclarée de réserver la question des droits respectifs du propriétaire et du locataire, relativement au renouvellement des baux de locaux à usage commercial ou industriel arrivés à expiration jusqu'au vote de la loi sur la « propriété commerciale »;

Qu'elle est, en conséquence, volontairement restrictive des autres dispositions de cet article et exclusive de leur application aux baux et locations de locaux à usage commercial ou industriel, lesquels demeurent régis par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, non modifié à cet égard par la loi du 23 octobre 1919; d'où il suit qu'en rejetant la demande de prorogation formée par Ch..., cessionnaire du droit au bail d'un immeuble à usage commercial, la sentence attaquée, loin d'avoir violé les textes visés au moyen, en a fait, au contraire, une exacte application. »

La Cour de cassation avait déjà décidé dans le même sens, par arrêt du 5 janvier 1920 (voir dans le *Recueil de la Gazette des tribunaux*, 1920-1-28). Il faut rapprocher de ces deux décisions celle que nous avons mentionnée antérieurement (1) et qui porte la date du 8 juin 1920. Dans le dernier arrêt, il s'agissait d'une cession faite *postérieurement* à la loi du 9 mars 1918; les cédants avaient pu, dans ces conditions, transmette leur droit à prorogation à titre d'accessoire de la jouissance des lieux loués.

On sait qu'une proposition de loi est déposée pour accorder le droit à la prorogation à tous les concessionnaires de baux sans distinction; mais son vote n'a pas encore eu lieu.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1920, nº 107, p. 1714.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1920-1921

40. JUSTER. — Conduite à tenir dans la sérothérapie antiméningococcique. Revue générale.
41. MÉTRAL. — Des réactions méningées urémiques.
42. DE GASQUET. — Contribution à l'étude de la peste, d'après une relation inédite de l'épidémie de Marseille en 1720, suivie des moyens de préservation employés à cette époque.
43. FERRIER. — La cure hélio-marine chez les adultes, à Palavas.
44. SEVI. — Etude d'un milieu spécial pour le vibrion cholérique (travail de l'Institut Pasteur de Paris).
45. MALLARD. — Excitabilité idio-musculaire et réflexes tendineux dans la myopathie primitive progressive (une observation inédite).
46. NIVOLLE. — Sur quelques cas de hoquet épidémique.
47. REGAUDIE DE GIOUX. — Sur un cas de tabes dorsal spasmodique.
48. AIMÉ. — Contribution à l'étude des paralysies récurrentielles débutant par la corde droite au cours de l'anévrisme de l'aorte.
49. CONSTANTIN. — Du danger de la ponction lombaire dans les lésions organiques de l'encéphale.
50. CASTANIER. — Les résections sous-périostées du calcanéum pour ostéite bacillaire.
51. REYNES. — A propos d'un cas de torsion aiguë des annexes herniées.
52. DOUSSIN. — Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques.
53. JEANJEAN. — Un cas d'athrepsie guéri par la reprise de l'allaitement maternel après une interruption de trente-trois jours.

CONGRÈS DE STRASBOURG

IIIe RÉUNION ANNUELLE

DE

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

PREMIÈRE QUESTION

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DANS LE TRAITEMENT DES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE PAR LA MÉTHODE NON SANGLANTE

M. Frœlich (de Nancy), rapporteur.

Dans la grande majorité des cas de luxation congénitale de la hanche, lorsque la réduction est pratiquée à l'âge opportun, la guérison s'obtient, et au bout d'un an en moyenne, la marche devient tout à fait normale.

Une question se pose : ces bons résultats se maintiennent-ils ou bien, dans le courant des années, des modifications se produisent-elles qui déterminent partiellement la guérison? Si l'on choisit avec l'auteur du rapport, comme limite inférieure, un minimum de dix années, on arrive à des résultats très favorables.

De 160 malades opérés, avant 1910, par l'auteur, 98 seulement ont donné des nouvelles utilisables pour une statistique.

Chez 21 d'entre eux, il persistait un peu de claudication.

Dix-sept cas ont pu être soigneusement contrôlés et radiographiés.

L'auteur n'a pu tirer aucun profit de la bibliographie ; seuls Joachimsthal (de Berlin) et Bradfort (de Boston) et plus récemment Gaugele, en Allemagne, ont publié des observations de luxations — 6 en tout — opérées depuis dix ans et plus. Les conclusions du rapporteur se basent donc uniquement sur l'étude de ses 17 cas personnels, qui représentent 26 hanches réduites.

Il en donne dans son rapport les observations détaillées avec de nombreuses figures.

Toutes les luxations ont été réduites d'après la même méthode devenue classique et toujours avec le contrôle radiographique avant et après l'opération et à la fin du traitement. En analysant ce matériel de 17 observations par rapport aux résultats éloignés, on remarque qu'il n'y a que 4 malades chez lesquels, tardivement, des troubles fonctionnels se sont produits qui nécessitèrent un traitement. Les 17 opérés se divisent en trois catégories :

1° Chez trois malades, dont un garçon, des troubles fonctionnels graves tardifs apparurent : la tête fémorale d'aspect normale, mais dont la périphérie s'usait, glissait vers en haut et usait progressivement le toit de la cavité cotyloïde. Il fallait diagnostiquer : reluxation tardive.

Chez une seule malade, la tête était préalablement déformée en « tampon de wagon » dans la cavité normale. Dans tous les autres cas, malgré la fréquence de quelques douleurs et un peu de contracture au moment de la puberté, la marche était absolument normale, l'amplitude des mouvements également normale.

2° La deuxième catégorie de faits comprend 12 hanches, dans lesquelles il existait des cavités cotyloïdes tout à fait normales et profondes, mais avec déformation de la tête et du col rappelant, plus ou moins et à des degrée très variables, la coxa vara, la déformation en champignon ou en tampon de wagon ; elles présentaient du tassement et de l'épaississement de la tête et du col et un raccourcissement de ce dernier. Mais dans tous les cas, sauf dans un seul, la marche était parfaitement normale et rien dans la fonction ne faisait prévoir les modifications découvertes à la radiographie.

3° Enfin 11 de ces hanches étaient absolument normales comme aspect radiographique et, à première vue, rien ne faisait penser qu'il s'agissait de hanches anciennement luxées.

Il résulte de cet exposé — les 21 cas cités plus haut, considérés comme insuccès — que dans environ 75 p. 100 des cas de luxation congénitale de la hanche, opérés depuis plus de dix ans, le résultat fonctionnel est resté parfait.

De l'étude des nombreuses radiographies du rapporteur, il découle une série de constatations particulièrement intéressantes :

Il se produit, dans la luxation congénitale réduite, une cavité cotyloïde qui, lorsqu'on l'examine plus de dix ans après la réduction, ne diffère pas du tout ou très peu d'une cavité normale ; tout au plus le toit a-t-il quelquefois une obliquité un peu plus grande que le toit normal.

Du côté de la tête fémorale et du col, les modifications anatomiques sont plus importantes ; cependant, dans plus du tiers des cas, la tête et le col sont tout à fait anormaux. Plus souvent, la tête et le col ont subi une augmentation de volume et un raccourcissement; la tête s'est aplatie et déborde plus ou moins le col vers en haut et en bas; l'image simule une coxa vara cervicale ou une déformation atténuée en tampon de wagon. L'essentiel c'est que ces lésions, qui surviennent ou continuent à se montrer vers la puberté, n'ont aucune conséquence au point de vue fonctionnel, sauf de très rares exceptions.

La pathogénie de ces modifications tardives est aussi douteuse. Le traumatisme opératoire est sûrement une des causes et agit comme dans la spondylite traumatique. L'immobilisation dans le plâtre, d'autre part, pourrait jouer un rôle par son action décalcifiante sur l'os. Il y a un fait à retenir : radiologie et clinique ne permettent pas d'attribuer ces déformations à une affection sui generis et de les identifier à l'arthrite déformante ou à l'ostéochondrite déformante juvénile.

Dans les cas de reluxation tardifs (4 p. 100), l'auteur a constaté de l'usure superficielle de la tête fémorale, usure du toit de la cavité et subluxation progressive, lésions qui rappellent en tout l'image de la coxalgie sèche. Leur nature tuberculeuse est probable. Dans leur traitement, il faut remplir les mêmes indications que dans l'arthrite sèche de la hanche.

Discussion du rapport.

M. Trèves (de Paris) préconise l'appareil de Le Damany qui lui a donné d'excellents résultats durables dans 3 cas personnels. De 51 malades qui figurent dans la statistique de Broca, ceux qui ont porté cet appareil ont eu les meilleurs résultats. Il recommande d'employer un appareil de Le Damany modifié qui se laisse adapter à des enfants de tout âge.

M. Estor (de Montpellier) apporte sa statistique de 36 cas avec résultat excellent dans 15 cas, résultat satisfaisant dans 11, amélioration dans 4 cas, 6 fois le résultat était nul.

M. Nové-Josserand (de Lyon) verse au débat une statistique très importante de 212 cas de luxation congénitale observés pendant plus de dix ans. Au point de vue du résultat éloigné, ces cas se répartissent ainsi : 1° guérison dans 61 p. 100 des cas; 2° légère boiterie dans 23,5 p. 100; 3° reluxation dans 6,5 p. 100; 4° une boiterie tardive survenue après une période de guérison dans 9 p. 100 des cas. L'auteur met en lumière les faits suivants : le pronostic des luxations bilatérales n'est pas plus défavorable que celui des luxations unilatérales. Les opérations tardives peuvent donner des résultats satisfaisants dans quelques cas favorables. Le degré de la luxation n'influe pas sur le résultat. Les accidents tardifs survenant cinq à six ans après l'opération, soit sans rime ni raison, soit après une diphtérie, une grossesse, etc., présentent les mêmes symptômes qu'une arthrite de la hanche. Ils doivent être traités comme telle.

M. Rœderer (de Paris) a traité dix luxations congénitales et arrive aux mêmes conclusions que Frœlich et Nové-Josserand.

M. Gourdon (de Bordeaux), d'après les examens radiologiques de 23 hanches, conclut que la guérison anatomique de la luxation congénitale est obtenue dans beaucoup de cas. Le nombre des guérisons fonctionnelles est encore plus élevé. Le résultat tardif dépend de la précocité de la réduction.

M. Ducroquet (de Paris) insiste sur la nécessité d'une mmobilisation rigoureuse et prolongée dans l'appareil âtré. Sa durée doit dépendre de la conformation anatomique

du toit du cotyle; s'il est peu développé, il laisse le plâtre jusqu'à un an et demi en première position. Chez les malades atteints d'arthrite tardive l'immobilisation s'impose souvent pendant quinze mois pour aboutir à l'ankylose complète comme dans la coxalgie.

M. Frœlich, résumant les débats, conclut : la guérison de la luxation congénitale de la hanche reste durable dans 75 à 80 p. 100 des cas, une guérison anatomique ne s'obtient que dans le tiers des cas, mais un résultat fonctionnel parfait est possible, même avec des lésions anatomiques grossières.

DEUXIÈME QUESTION

LES ARTHRODÈSES DU PIED

M. Ombrédanne (de Paris), rapporteur.

Le rapport de M. Ombrédanne est une monographie critique sur tous les procédés d'arthrodèse du pied. Il y critique successivement les multiples moyens de fixation des pieds déséquilibrés.

L'auteur passe en revue toutes les méthodes pratiquées jusqu'à ce jour et déclare notamment que, en face de l'impuissance de la chirurgie des muscles et des tendons à rétablir l'équilibre dans une articulation du pied déséquilibré — quelle qu'en soit la forme, talus paralytique d'une part, équin paralytique varus ou valgus d'autre part — on est forcément et naturellement amené à l'indication du blocage de la jointure.

A elles seules, les opérations ténoplastiques (ténotomie, allongement ou raccourcissement des tendons, anastomose, transplantation) sont insuffisantes et n'ont aucune valeur durable en ce qui concerne la stabilité et le bon fonctionnement du pied, mais elles doivent être conservées à titre de procédés adjuvants, et comme manœuvre complémentaire, d'autres interventions.

M. Ombrédanne reconnaît parmi les méthodes de blocage moyennant l'ankylose de la jointure, *une arthrodhèse proprement dite ou vraie*, c'est-à-dire qu'elle se fait par la décortication des surfaces cartilagineuses articulaires en bonne position, et une arthrodèse au sens plus large, à savoir les enchevillements, les greffes osseuses, les tarsectomies cunéiformes, etc., et donne une étude comparative des différents modes de blocage articulaire dont voici succinctement le résumé :

On a tout d'abord, et pour des raisons logiques, l'idée de faire un blocage unilatéral. Ne serait-ce pas possible, en effet, de remédier par exemple à la paralysie de la fonction flexion, sans supprimer simultanément la fonction de la flexion et de l'extension de pied, autrement dit de bloquer le mouvement nocif en lui conservant son mouvement utile ?

La *ténodèse* ou fixation tendineuse de Codivilla serait un des procédés de blocage unilatéral; son utilité n'est cependant que relative et ne saurait avoir de valeur réelle qu'associée à l'arthrodèse, tel est l'avis d'Ombrédanne qui estime que, somme toute, la ténodèse bloque peu ou pas les mouvements de torsion du pied; elle est cependant très utile pour en bloquer l'extension. Il faut toujours veiller à ne pas fixer par ténodèse une attitude en hypercorrection.

Quant au blocage unilatéral par ligament de soie, méthode préconisée par Lowett, elle ne vaut que pour les pieds équins paralytiques, la résistance de la soie n'étant pas suffisante pour contenir un pied talus paralytique. En outre, elle ne donne de résultat appréciable, plus ou moins bons, que dans 58 p. 100 des cas. C'est donc un procédé par trop défectueux. Il en est de même, et à plus forte raison, des autoplasties périostiques, des greffes du fascia lata, des butées par enchevillement osseux recommandées et pratiquées par Toupet, si bien qu'il faut considérer à l'heure actuelle le blocage unilatéral, en général, comme donnant de mauvais résultats éloignés. Le meilleur procédé est encore la ténodèse; encore ne peut-elle être employée que comme un adjuvant des arthrodèses.

L'auteur en dit presque autant des blocages obtenus autrement que par décortication. Telle l'opération de Withman qui se promet du succès par l'astragalectomie associée à une déposition du tarse dans la mortaise tibio-péronière. Cette opération donne cependant de très bons résultats pour traiter le pied creux talus paralytique. Il serait excessif d'en vouloir trouver d'autres indications.

Pour ce qui est de l'opération de Robert Jones qui consiste en une tarsectomie cunéiforme transversale directe, intéressant la tête astragalienne, le scaphoïde et une partie des cunéiformes et, ensuite, en une tarsectomie cunéiforme horizontale intéressant le corps astragalien et aussi un peu du bord postérieur de la mortaise tibio-péronière, elle est réduite aux mêmes inconvénients que l'astragalectomie.

Enfin, le blocage par enchevillement des interlignes articulaires ne saurait être considéré que comme adjuvant de l'arthrodèse; ce n'est pas un moyen suffisant par lui-même.

C'est donc par l'exclusion progressive des méthodes qu'Ombrédanne, d'accord en cela avec Putti et Curtis, donne la préférence à l'arthrodèse par décortication et établit deux types opératoires qui méritent l'attention des chirurgiens et qui donnent actuellement de toutes les méthodes les meilleurs résultats. Ce sont :

1° La double arthrodèse (médio-tarsienne et sous-astragalienne). (Ducroquet et Launay);

2° La triple arthrodèse ou arthrodèse totale (tibio-tarsienne, sous-astragalienne, médio-tarsienne).

Ces sortes d'opérations ne doivent pas être tentées avant l'âge de 8 ans. Certains vont jusqu'à 12 et 14. D'après Faylor il ne faudrait pas opérer avant 10 ans. Quoiqu'il en soit, 2 ans au moins doivent s'être écoulés après l'établissement de la paralysie infantile pour qu'une intervention, quelle qu'elle soit, soit légitime.

Le *double arthrodèse* bloque complètement le mouvement de torsion (varus-valgus). Elle laisse persister dans la tibio-tarsienne les mouvements de flexion-extension nécessaires à une marche correcte. Elle ne compromet ni la forme, ni la fonction du pied. Mais elle ne suffit pas quand la pointe du pied est tombante. C'est là que les ténodèses complémentaires entrent heureusement en action. Mais il ne faudrait pas croire qu'elle pût jamais être une panacée. Il est incontestable, cependant, qu'elle donne des résultats de qualité et de durée vraiment remarquable lorsqu'elle est pratiquée à ses indications.

La *triple arthrodèse* nécessite les ténodèses complémentaires pas autant que la double. Toujours est-il recommandable d'ajouter une ténodèse du court péronier latéral, extenseur commun, jambier antérieur, séparément ou simultanément. L'appareil plâtré, inutile après la double arthrodèse est pour Ombrédanne presque indispensable après la triple arthrodèse pour pied entièrement paralysé, sauf dans les cas où l'on aurait pu réaliser une bonne ténodèse complémentaire.

C'est à cet appareil plâtré qu'on confiera de fixer l'attitude qu'on veut en définitive donner à un pied qui va se bloquer en masse.

Tandis que Putti prétend que souvent l'opéré par arthrodèse totale du pied marche le pied en rotation externe, n'appuyant au sol que par le bord interne de la plante, Ombrédanne affirme n'avoir jamais vu marcher ainsi ses opérés et impute la démarche vicieuse signalée par Putti à une mauvaise habitude prise par les malades.

L'auteur nous donne finalement des renseignements précieux pour l'indication des deux types d'arthrodèse.

Dans les *pieds tombants*, coexistant avec une paralysie totale des moteurs du pied, la triple arthrodèse semble la seule avantageuse, à condition qu'il n'existe pas de troubles troploïques trop accentués et que le raccourcissement du membre ne soit pas trop considérable.

Pour le *pied creux talus* il paraît indiqué de faire une tarsectomie dorsale transverse cunéiforme au niveau de la médio-tarsienne. Cette tarsectomie agit comme arthrodèse. On ajoute ensuite la ténodèse transosseuse du tendon d'Achille ou bien, à travers le calcanéum foré transversalement, on attelle en tension le couple jambier postérieur-court péronier latéral.

Le *pied varus équin par contracture* (pied de guerre) relève d'une double arthrodèse, médio-tarsienne et sous-astragalienne, telle qu'elle a été pratiquée, par MM. Mouchet et Toupet, Cotte.

Le *pied plat valgus de surcharge* n'est justiciable d'une opération que s'il est invétéré et s'accompagne de graves déformations. L'opération de choix sera alors une tarsectomie

cunéiforme à base interne complétée ou non par un enchevillement.

Un point est capital : il ne faut guère attendre de la technique de ces opérations de plus en plus perfectionnée des résultats toujours plus parfaits, mais plutôt du choix judicieux des articulations à bloquer, et surtout, de l'association opportune des manœuvres de fixation complémentaires, variables suivant les formes cliniques des pieds bots acquis.

Discussion du rapport sur les arthrodèses du pied.

M. Trèves (de Paris) a obtenu chez un malade de 14 ans un résultat excellent par la méthode de Ducroquet-Launay modifiée et la préfère à la triple arthrodèse, car elle permet une marche meilleure. Chez un autre malade de 14 ans, atteint de pied plat valgus douloureux, le résultat après l'arthrodèse était également favorable, supérieur à celui qu'aurait pu avoir la résection cunéiforme.

M. Nové-Josserand (de Lyon) persiste sur les avantages de l'arthrodèse tibio-tarsienne et sous-astragalienne, qui seraient meilleures que la triple arthrodèse. Il fait observer qu'il faut en première ligne une arthrodèse complète, car les opérés qui marchent mal sont surtout ceux qui ont une arthrodèse incomplète.

M. Rendu (de Lyon) a vu de très bon résultats dans 7 cas, de pied talus après une arthrodèse dont il explique les détails techniques. Il appuie son exposé par de nombreuses photographies.

Pour M. Barbarin, l'arthrodèse complète est également de grande importance. Pour l'obtenir il emploie l'enchevillement par cheville en ivoire ou bien par grosse vis en acier doux. Dans quelques cas il avait pratiqué l'extirpation temporaire de l'astragale; mais les résultats, parfaits au début, ne se sont pas maintenus définitivement. Il propose d'abandonner cette méthode en faveur de l'arthrodèse classique ou de l'opération de Nové-Josserand.

M. Frœlich (de Nancy) trouve que M. Ombrédanne est trop sévère pour la transplantation tendineuse. Il en a vu des succès remarquables dans le traitement du pied bot varus paralytique.

M. Ducroquet (de Paris) n'opère jamais avant 12 ans, généralement à 16 ans. Il recommande de fixer pendant 3 mois et d'immobiliser le membre pendant environ 6 mois dans les cas de paralysie très importante.

M. Rocher (de Bordeaux) a adopté dans le pied bot paralytique l'opération de Whitman. Il préconise une longue incision en J remontant le long du péroné vers le tiers inférieur de la jambe. Il ne place le plâtre qu'après 48 heures et obtient des résultats, esthétiques et fonctionnels parfaits.

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES ANKYLOSES DU GENOU

Rapporteur : M. L. Tavernier (de Lyon).

Tavernier étudie, dans son rapport, les interventions dans les ankyloses du genou. Ces opérations, écrit-il, peuvent viser des objectifs bien différents : les unes, palliatives, se proposent simplement de corriger une attitude vicieuse en vue d'obtenir une ankylose en bonne position; les autres, radicales, visent la restauration de la mobilité articulaire. Le rapporteur ne reprend plus la vieille question des opérations palliatives et renvoie au travail minutieux de Brocq publié, en 1918, dans la *Revue de chirurgie*. Il se borne à quelques courtes considérations générales sur l'emploi de ces opérations desquelles on peut conclure en substance ceci :

1° Chez l'adulte. Pour les ankyloses à faible déviation tous les procédés sont bons. Lorsque la flexion dépasse 135 degrés, les inconvénients de l'ostéotomie commencent à apparaître (déformation en Z, distension poplitée dangereuse), la résection cunéiforme garde tous ces avantages. Au delà de 90 degrés, la résection commence à imposer des raccourcissements gênants, surtout si le membre a déjà diminué de longueur, et c'est alors que prend toute sa valeur la résection arciforme de Helferich (1890), avec redressement progressif et au besoin ténotomies poplitées complémentaires.

2° Chez l'enfant. La fréquence des déviations secondaires après redressement d'une ankylose vicieuse pousse à attendre pour l'intervention la fin de la croissance toutes les fois que la position n'est pas trop mauvaise et permet la marche dans des conditions suffisantes. Dans le cas contraire, le souci de respecter le cartilage d'accroissement malgré les lésions dont il peut être le siège fera préférer les opérations paraarticulaires. Si la déviation est trop importante pour pouvoir être corrigé par une simple ostéotomie sus-condylienne, on songera aux ressources qu'offrent l'ostéotomie chantournante, l'ostéotomie oblique double fémorale et tibiale de Nové-Josserand, l'arthroclasie avec redressement par étapes que Vignard, récemment, a essayé de remettre en honneur.

Dans la seconde partie de son rapport, l'auteur fait une étude approfondie des opérations visant la restauration de la mobilité articulaire. Jusqu'en 1900 suivant les préceptes d'Ollier, on recherchait l'ankylose du genou en bonne position. C'est Murphy, en 1900, qui tenta systématiquement le premier de rendre la mobilité aux genoux ankylosés. Payr et Putti suivirent son exemple. Deux sortes de procédés sont actuellement usités : l'arthroplastie et la greffe articulaire.

L'opération de l'arthroplastie s'exécute d'après la plupart des auteurs de la façon suivante : l'indication posée on procèdera avec l'asepsie la plus impeccable. Il est inutile de faire emploi de la bande d'Esmarck pour anémier le membre. Parmi toutes les voies d'accès signalées pour l'auteur, il semble que l'incision de Putti soit la plus recommandable. Elle comporte une incision médiane sus-rotulienne se continuant au niveau de la rotule par deux incisions latérales qui encadrent cet os en fer à cheval. Puis le tendon du quadriceps, isolé latéralement des insertions des vastes, ce qui permet de l'allonger aussitôt par la section en Z, est rabattu en bas avec la rotule, si tant est qu'elle existe, afin de découvrir la face antérieure de la jointure par une assez large étendue. Puis l'opérateur, arrivé sur le plan osseux, le libère au bistouri et cherche à établir l'interligne articulaire. Celui-ci se trouve aisément lorsque l'ankylose n'est que fibreuse et il suffit souvent d'un léger mouvement de flexion pour la disjoindre. Si l'ankylose est osseuse, il faudra se servir d'un large ciseau ostéotome. Puis on reconstitue la conformation anatomique de l'articulation fémoro-tibiale, à savoir qu'on modèle — avec une large gouge spéciale ou une scie à chantourner — des condyles fémoraux, d'une part, et des condyles tibiaux, d'autre part. Les ligaments latéraux doivent, si possible, être ménagés. En même temps on a soin de creuser une gorge pour la rotule dans le fémur, ce qui doit contribuer à la stabilisation transversale de la jointure. Ces temps de l'opération doivent être exécutés avec une minutie extrême. Payr et Schepelmann insistent beaucoup sur l'ablation de la capsule et des culs-de-sac articulaires et sur la résection des tissus fibreux péri-capsulaires. Tavernier la croit également très importante parce que le bloc fibreux péri-articulaire est susceptible de se rétracter et de limiter peu à peu le jeu de l'articulation. La capsulectomie terminée, il faut interposer entre les surfaces osseuses soit un lambeau de muscle ou d'aponévrose, soit de la graisse ou même de la membrane morte (membrane amniotique conservée, vessie de porc chromée). Cette interposition tissulaire est la base même de l'arthroplastie; tel est l'avis de la plupart des chirurgiens, à l'exception peut-être de Schepelmann qui a une conception toute différente de l'arthroplastie et qui considère l'adaptation fonctionnelle par la mobilisation méthodique comme facteur essentiel de la reconstitution de l'articulation. L'interposition de lambeaux pédiculés musculaires ou de lambeaux pédiculés aponévrotiques et graisseux est difficile au genou. La greffe libre de fascia lata, procédé qu'a toujours employé Putti, semble bien être le procédé le plus simple et le plus pratique; il est aussi efficace qu'aucun autre et rallie actuellement la majorité des opérateurs. Pour le mode et l'endroit de fixation des lambeaux il est important de les faire remonter loin derrière les condyles fémoraux et de ne les fixer qu'à un seul os qui est le tibia pour Murphy et le fémur pour la plupart des autres. Si la rotule ne participe pas à l'ankylose de l'articulation principale, elle n'exige aucun traitement spécial. Mais si elle a dû être détachée du fémur il faut se servir pour empêcher une réankylose du même procédé qui a été employé pour l'articulation principale, interposition tissulaire y comprise.

les soins postopératoires comportent l'immobilisation en gouttière du genou étendu combinée à une traction sur la

jambe de 4 à 5 kilos. Après une quinzaine de jours en moyenne, on commencera la mobilisation, dont l'importance est capitale pour le succès. Les mouvements, d'abord passifs, seront aussi tôt possible remplacés par des mouvements actifs qui viseront d'une façon rationnelle la rééducation des muscles. Comme mesures supplémentaires, on aura recours aux bienfaits de la physiothérapie.

L'auteur jette alors un coup d'œil synoptique sur les résultats obtenus dans les arthroplasties par les chirurgiens qui ont publié leurs statistiques. Anticipons ce fait important : les statistiques qui ne relatent que peu de cas sont relativement beaucoup moins favorables à l'opération que les statistiques riches.

Citons les principaux opérateurs : les deux statistiques de Payr, dont l'une date de 1912, l'autre de 1914 avec 12 et 14 cas donnent, prises en bloc, 6 échecs, 5 résultats assez bons, 6 bons, 4 très bons. Ces derniers sont des restaurations fonctionnelles intégrales.

Putti dans le mémoire de Serra nous donne une statistique complète de 34 arthroplasties du genou. Elle comprend 1 décès, 5 récidives, 25 bons résultats dont ces moins bons ont une mobilité de 30 degrés, les cas moyens de 60 à 70 degrés, 4 ont leurs mouvements complets, 5 opérés sont encore en traitement.

Murphy, en 1913, rapporte 28 cas et ne peut enregistrer qu'un insuccès par réankylose ou flexion et 5 superbes résultats. Ajoutons que les échecs des trois chirurgiens sont des réankyloses utiles et non des genoux ballants.

Devant cette proportion de guérisons on a quelques surprises à constater les nombreux insuccès en d'autres mains.

Quant à la greffe articulaire c'est un problème encore complètement irrésolu qui n'a guère dépassé le laboratoire de chirurgie expérimentale. En clinique Leser l'a réalisé 4 fois sur le genou mais sans obtenir de résultat bien appréciable. Chez d'autres auteurs il y a eu presque toujours une élimination du transplant suivi de réankylose ultérieure. Ajoutons toutefois que le problème, s'il est irrésolu à l'heure actuelle ne semble point insoluble.

S'il faut donc reconnaître, d'après l'état actuel de la question des arthroplasties comme indication générale la moins contestable de l'opération, les ankyloses vicieuses qui exigent de toute façon une intervention, il n'en faut pas moins tenir compte, pour peu qu'on veuille éviter des échecs, des conditions défavorables à une opération de cette nature telles que la participation de la rotule à l'ankylose, l'ossification de tout les interlignes articulaires, l'atrophie musculaire, l'absence de la rotule, enfin et surtout l'origine tuberculeuse de l'affection.

Discussion du rapport sur le traitement opératoire des ankyloses du genou.

M. Rocher (de Bordeaux) a fait, chez une jeune fille de treize ans, l'arthroplastie des deux hanches d'après la méthode de Putti. Après l'opération, sa malade pouvait s'asseoir et marcher avec des béquilles. Chez la même malade, il a pratiqué une arthroplastie d'après Murphy et a obtenu une mobilité de 40 degrés. Dans une autre arthroplastie du genou, chez un homme, il a employé la technique de Putti qu'il dit plus facile que celle de Murphy.

M. Mauclaire (de Paris) a pratiqué l'arthroplastie dans cinq cas d'ankylose fibreuse et dans un cas d'ankylose osseuse.

M. Trèves (de Paris) insiste sur les avantages de l'incision de Putti.

M. Kirmisson observe que la discussion de cette question lui paraît prématurée, le nombre des cas n'étant pas assez considérable. Dans l'unique cas où il eût pratiqué l'arthroplastie, le résultat, bon au début, s'est terminé par une ankylose. Il insiste sur la précocité de la mobilisation.

M. Tavernier, en résumant le débat, déclare que toute la question de l'arthroplastie n'est qu'une question de technique et que les résultats qu'ont obtenus Putti, Murphy et Payr par des méthodes perfectionnées justifient la recherche de la mobilité par l'arthroplastie et encouragent à persévérer dans cette voie.

Drs ALLENBACH et STULZ
Clinique chirurgicale A, à l'Université de Strasbourg
(Professeur Sencert).

XVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE[1]

COMMUNICATIONS

Orchites ourliennes et atrophie testiculaire. — M. René Bénard, se basant sur ses observations personnelles portant sur plus de 400 cas d'oreillons, sur diverses statistiques publiées par divers auteurs, et, en outre, sur les chiffres de la statistique médicale de l'armée pendant 21 années, représentant un ensemble de près de 200.000 cas, entreprend la révision des notions classiques relatives à la fréquence des orchites, des atrophies testiculaires et de l'impuissance consécutive à cette affection. Au lieu du chiffre de 33 orchites simples pour 100 oreillons établi par Laveran, il montre que cette proportion n'est en réalité pas supérieure à 16-18 p. 100. La proportion des orchites doubles est ramenée par lui de 20 doubles pour 100 simples (chiffre classique) à celui de 6-10 p. 100. Au chiffre classique de 66 p. 100 d'atrophies, il substitue celui de 50 p. 100. Encore s'agit-il dans tous ces cas d'atrophies unilatérales, presque toujours partielles, souvent minimes, et même, dans un certain nombre de cas, transitoires et susceptibles de retour à la normale. Quant à l'atrophie bilatérale, suivie d'impuissance ou de féminisme, celle à laquelle on pense toujours en présence des oreillons de l'adulte, les recherches bibliographiques les plus minutieuses lui en ont fait retrouver pour environ 180.000 cas d'oreillons, 5 certains, 5 possibles et 2 suivies de féminisme, ce qui ferait une proportion moyenne de 0,005 p. 100 ou de 1 cas pour 20.000 oreillons. Bien entendu, chez les malades qu'il a observés, même après orchite double, il a toujours constaté la persistance de l'aptitude génitale, et, dans les cas où il l'a recherchée, n'a jamais constaté d'azoospermie.

Comme conclusion à cette étude, il étudie la valeur qu'il faut attribuer à la méthode récemment proposée de thérapeutique préventive de l'affection par la sérothérapie antidiphtérique. Il constate d'abord que, d'après ses protagonistes eux-mêmes, cette méthode ne fait pas disparaître complètement les orchites ; en outre, les statistiques publiées prouvent peu de choses, car la loi des séries joue en cette matière un rôle considérable. Il mentionne des séries personnelles importantes d'oreillons sans une seule orchite, suivies deux mois après d'une autre série avec la proportion considérable de 70 p. 100 d'orchites. Or, la même thérapeutique, banale, avait été employée dans les deux cas. Aussi repousse-t-il une méthode qui, d'une part, n'a pas fait la preuve manifeste de son efficacité, et qui, en outre, l'eût-elle fait, crée des risques d'anaphylaxie, non négligeables, en vue d'éviter l'apparition d'une hypothétique atrophie double avec impuissance, dont chacun parle mais que presque personne n'a jamais rencontrée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1921)

Traitement de la syphilis par le bismuth. — MM. Louis Fournier et Guénot. MM. R. Sazerac et Levaditi ont, il y a quelques mois (1921), annoncé que le bismuth exerce une action thérapeutique énergique et rapide dans la syphilis expérimentale du lapin et dans la syphilis humaine.

Avec diverses préparations bismuthiques qu'ils leur ont confiées, en particulier, avec le tartro-bismuthate de potassium et de sodium en suspension huileuse, MM. Louis Fournier et Guénot ont traité 110 malades atteints de syphilis à ses diverses périodes. Les résultats qu'ils ont obtenus confirment ceux annoncés par MM. Sazerac et Levaditi. Le bismuth peut être considéré comme un des agents antisyphilitiques des plus énergiques.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 81, p. 1285; n° 82, p. 1302, et n° 83, p. 1324.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1921)

Hygiène de l'enfance. — M. MARFAN fait un rapport au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance. Cette Commission a surtout pour but de s'assurer de la bonne application de la loi Roussel. Il est regrettable d'avoir à constater l'insuffisance des rapports des inspecteurs. Aussi la Commission n'a-t-elle pas donné de récompenses pour l'année 1920. Il y a lieu d'espérer qu'on sera plus heureux pour l'année 1921.

Sur l'asthme hydatique. — MM. Louis RÉNON et André JACQUELIN viennent d'observer un fait qui permet de poser la question de l'asthme hydatique.

Un homme, pris à trente-huit ans de crises typiques d'asthme, est opéré deux ans plus tard d'un kyste hydatique du foie. Les crises d'asthme cessent pour ne reparaître qu'atténuées. Les auteurs voient le malade dix-huit ans après son opération; il est atteint d'une éruption artificielle eczématiforme. Les examens de laboratoire leur révèlent de nombreux éosinophiles dans les crachats et dans le sang qui en contient 16 p. 100. La réaction de fixation de l'échinococcose et la recherche des parasites intestinaux restent négatives. Il existe 11 p. 100 d'éosinophiles au niveau du placard d'eczéma. Une cuti-réaction et une sous-cuti-réaction, faites avec du liquide hydatique, ne provoquent point de crise d'asthme et n'amènent aucune réaction locale ou générale.

Dans ce cas, en faveur de l'asthme hydatique, on peut invoquer le début tardif de la première crise à l'âge de trente-huit ans, la coïncidence de l'asthme et du kyste hydatique du foie, l'influence de l'ablation du kyste sur la cessation et la diminution des crises. Contre cette opinion, il faut tenir compte de la réaction de fixation négative et de l'impossibilité de reproduire la crise d'asthme par la cuti et la sous-cuti-réaction hydatiques. La persistance d'une éosinophilie sanguine considérable (14 à 16 p. 100) mérite aussi d'être relevée dans cette observation, sans pouvoir résoudre le problème de l'existence de cette nouvelle variété d'asthme.

Du schock postpartum. — M. Paul GUÉNIOT fait observer que le schock post partum s'observe le plus souvent après de graves hémorragies ou après une rupture utérine. Il est beaucoup plus rare de le voir apparaître en dehors de ces lésions. M. Guéniot vient d'en observer un cas. Il fut appelé auprès d'une femme qui était en travail depuis déjà longtemps : c'est une main de l'enfant qui se présentait; on n'entendait plus les battements de son cœur, une procidence du cordon permit de constater qu'il n'y avait pas de battements.

M. Guéniot s'empressa de pratiquer la version par manœuvres internes; l'accouchement se fit alors assez rapidement. La femme présentait tous les signes d'un schock intense. On fit des piqûres de sérum, d'huile camphrée. La délivrance se fit normalement sans hémorragie. La malade était pâle, frissonnante; le pouls était à 140. M. Guéniot s'assura qu'il n'y avait pas de rupture utérine, mais il constata la présence, sur la paroi postérieure, d'un fibromyome. On donna de l'hypophyse, on fit une injection intraveineuse de sérum, on appliqua de l'air chaud. Les troubles s'amendèrent et la malade guérit.

M. Guéniot pense qu'il faut, dans ce cas, admettre la même pathogénie que celle qu'ont admise MM. Quénu et Delbet pour les grands blessés de guerre. L'intoxication est à la base de ces accidents de schock.

Traitement de l'angine de poitrine par la résection du sympathique. — M. JONESCO (de Bucarest) rappelle avoir présenté à l'Académie un cas de guérison d'angine de poitrine après la résection de la portion cervico-thoracique du grand sympathique.

Il apporte un nouveau fait du même genre dans lequel cette résection a mis fin à des accidents très graves d'angine de poitrine.

L'anémie cancéreuse. — MM. Albert ROBIN et A. BOURNIGAULT font une communication sur ce sujet.

Les cancéreux, disent-ils, sont tous plus ou moins anémiques. Or, il résulte de leurs analyses que cette anémie est causée par la déminéralisation ferrugineuse du sang et surtout de la réserve en fer des tissus.

Le fer désintégré se retrouve, en effet, dans l'urine en une proportion double qu'à l'état normal.

L'anémie est donc due à une insuffisance de la réparation globulaire par pénurie des réserves dans lesquelles les hématies détruites puisent l'élément fondamental de leur reconstitution.

Cette carence ferrugineuse justifie l'emploi du protocarbonate de fer dans les cancers non saignants et du perchlorure de fer dans les cancers hémorragiques comme traitement, non du cancer lui-même, mais de l'anémie qui en est la conséquence et qui dans plusieurs cas a été améliorée, au moins temporairement, par cette médication.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1921)

Otites et suppurations du rocher chez les nourrissons. Leur extrême fréquence. Leur gravité. — M. Maurice RENAUD a acquis la certitude que les otites et les suppurations du rocher jouent un rôle essentiel dans la pathologie du nourrisson. Ce sont elles qui sont presque exclusivement facteur de mort et qu'il faut rendre responsables de la léthalité de la première enfance.

Ayant pratiqué en série continue l'autopsie des soixante-quinze nourrissons décédés à l'hôpital Bretonneau pendant les mois d'août et de septembre, il a trouvé, en examinant systématiquement les rochers et sans exception dans tous les cas, des suppurations étendues et profondes de l'oreille associées aux lésions banales des viscères qu'on rencontre dans tous les états toxi-infectieux.

M. Renaud étudie ces suppurations et montre qu'il s'agit, non pas d'otites légères, mais d'ostéomyélites étendues et profondes du rocher développées autour des cavités de l'oreille et qui s'accompagnent constamment de lésions de l'encéphale et de ses vaisseaux.

Rencontrées chez des nourrissons qui ont succombé, soit au cours d'un syndrome aigu après quelques heures de séjour à l'hôpital, soit après une maladie de plusieurs semaines de durée ayant déterminé une athrepsie plus ou moins profonde, ces lésions doivent être rendues directement responsables de la mort à laquelle elles conduisent par un double mécanisme : infection continue secondaire à la présence de pus en cavité close et provocation de lésions cérébrales de voisinage.

Ces lésions de l'oreille sont infiniment plus importantes que toutes les causes habituellement invoquées pour expliquer la mortalité infantile (tares héréditaires, dyspepsie, syphilis ou tuberculose exceptionnellement rencontrées).

Les nourrissons meurent donc en général de toxi-infection avec d'énormes lésions locales des oreilles dont l'histoire clinique sera minutieusement étudiée par l'auteur à la prochaine séance pour en tirer les conclusions convenables au point de vue thérapeutique.

M. GUINON rappelle un mémoire de Barbillon paru en 1903 et qui montre la fréquence de l'otite chez le nourrisson, et les travaux de Netter. Un grand nombre de nourrissons morts d'entérite sont porteurs d'otite.

M. MÉNÉTRIER insiste sur la difficulté du diagnostic des lésions du rocher si fréquentes chez le nourrisson. L'infection est peut-être la cause de la mort, mais pour cet auteur la thrombo-phlébite des sinus est rare.

M. COMBY, s'appuyant sur des statistiques importantes et son expérience personnelle, pense qu'on doit toujours songer à l'otite chez le nourrisson.

M. TIXIER partage l'opinion de M. Renaud sur la fréquence de l'otite du nourrisson, mais pour lui les lésions de l'oreille ne peuvent réaliser le syndrome de l'athrepsie.

M. PAISSEAU montre la fréquence de l'otite au cours des états infectieux en particulier de la rougeole, mais il refuse d'admettre que cette complication soit spéciale à l'athrepsie.

M. BABONNEIX partage la même opinion.

M. MARTIN, se basant sur la notion que le nourrisson meurt

toujours d'infection, sinon d'otite, demande l'isolement dans les crèches.

M. LESNÉ ne peut admettre que l'athrepsie relève plus d'une double otite que de la syphilis héréditaire.

M. RIBADEAU-DUMAS insiste sur l'importance de l'infection dans la mortalité du nourrisson et considère que l'isolement serait nécessaire dans les services hospitaliers.

M. MERKLEN n'admet pas l'opinion de M. Renaud en ce qui concerne les rapports de l'otite et de l'athrepsie.

Récidives de syphilis cutanées et viscérales après l'érythrodermie postarsenicale. — M. GOUGEROT. Contrairement à l'opinion des auteurs allemands, les récidives existent et l'auteur insiste sur la continuation du traitement par les sels mercuriels.

Les fausses mélanodermies syphilitiques. Hypochromie et hyperchromies cervicales postlésionnelles. — M. GOUGEROT a observé deux cas de mélanodermie du cou non spécifiques, et il insiste sur la nécessité de recherches biologiques avant d'affirmer la nature syphilitique des lésions observées.

La tuberculose aiguë au cours des hépatites alcooliques. L'anergie hépatique. — MM. N. FIESSINGER et P. BRODIN rapportent cinq observations de granulies terminales au cours d'hépatites alcooliques.

Dans chacune de ces observations, on peut distinguer deux phases : une première phase d'assez longue durée caractérisée uniquement par des troubles digestifs et un amaigrissement très prononcé en rapport avec l'insuffisance hépatique; une deuxième phase terminale avec cachexie rapide et fièvre coïncidant avec une généralisation tuberculeuse. En dehors des lésions hépatiques classiques, l'autopsie a, en effet, montré deux ordres de lésions tuberculeuses : des lésions anciennes, discrètes, cicatrisées, surtout fréquentes au niveau du poumon, et des lésions récentes de granulie généralisée à prédominance tantôt pulmonaire, tantôt péritonéale.

Ces faits se confondent, d'ailleurs, avec certaines observations de cirrhoses graisseuses dites tuberculeuses et dans lesquelles les arguments cliniques et expérimentaux n'autorisent pas l'affirmation de la nature primitivement pathogène de la tuberculose.

Pour vérifier cette hypothèse, les auteurs ont recherché comment réagissaient à la cuti-réaction les malades atteints d'affections du foie, et ont pu constater que la cuti-réaction est presque toujours négative lorsqu'il existe un trouble sérieux du fonctionnement hépatique.

Il existe donc une anergie hépatique en rapport avec l'insuffisance fonctionnelle du foie.

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1921)

Un cas de péritonite tuberculeuse guérie par quatre mois de cure héliothérapique à l'hospice d'Ivry. — M. A. DELILLE présente une jeune femme de vingt-sept ans qui, malgré un séjour de plus d'un an dans un service de chirurgie où elle avait subi trois laparotomies, était arrivée à un état de cachexie profonde. Elle a été guérie par une cure de grands bains de soleil qui ont pu être pratiqués à l'hospice d'Ivry, grâce à l'été exceptionnel que nous avons eu. L'ascite ne s'est pas reproduit, la température est normale et la malade, qui est très pigmentée, a engraissé de 10 kilos.

Otites et suppurations du rocher chez le nourrisson. — M. Maurice RENAUD insiste à nouveau sur la fréquence des suppurations du rocher chez le nourrisson.

Certaines de ces otites ont une allure aiguë, mais la plupart d'entre elles ont une allure subaiguë, lente, entrecoupée de poussées dont l'une se termine par la mort.

Elles donnent peu de signes locaux aboutissant rarement à la perforation spontanée du tympan.

D'après l'auteur, il faut en pareil cas pratiquer la paracentèse et la trépanation de l'antre. Il aurait ainsi obtenu 15 guérisons sur 45 cas.

Bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire complète d'origine traumatique. — MM. LAUBRY, S. BLOCH et J. MEYER. Une jeune fille de vingt ans, en parfaite santé, présente subitement, à la suite d'un violent coup de timon de voiture sous le sein gauche, une bradycardie à 40 qui s'installe en quelques heures.

Pendant les mois suivants, le moindre effort provoquait une accélération désordonnée du pouls, mais au repos le rythme était inaltérable à 40. Depuis lors, les efforts ne provoquent plus qu'une légère accélération, le pouls restant lent au repos.

L'examen du cœur, l'auscultation jugulaire suffisent pour porter le diagnostic de dissociation complète confirmée par les tracés.

L'intérêt principal de cette observation réside dans l'étiologie. Il ne peut s'agir que d'un pouls lent traumatique par lésion du faisceau de His, celle-ci relevant probablement d'une hémorragie dans l'épaisseur de la cloison. C'est un exemple unique d'une telle variété de dissociation.

En dehors de cette particularité les auteurs insistent :

1° Sur le souffle systolique perçu à la pointe et qui est la marque même d'une absence de coordination auriculo-ventriculaire;

2° Les systoles en écho qui trahissent la contraction de l'oreillette anormalement perçue au travers d'un myocarde en état de relâchement diastolique;

3° Des salves d'extrasystoles interpolées, fréquentes au cours des dissociations complètes;

4° La tachycardie relative, à la suite de l'épreuve de l'atropine, malgré la persistance de la dissociation qui semble indiquer l'intégrité des filets nerveux qui cheminent dans le faisceau de His.

Tension superficielle, dégradation des albuminoïdes et insuffisance hépatique. — M. J. TROISIER expose ses recherches cliniques et expérimentales sur la tension superficielle du sang et des urines effectuée sur une technique stalagmo-pondérale.

Chez l'homme, on observe fréquemment chez les hépatiques une dénivellation des urines et même du sang lors de la digestion peptonique, le foie ne paraissant pas retenir suffisamment les produits dénivelants de la dislocation protéique. On trouve néanmoins des dénivellations digestives chez des sujets dont les fonctions hépatiques ne paraissent guère troublées. Il faut tenir compte simultanément de l'action du foie, de l'utilisation des dérivés protéiques par les tissus et la désassimilation azotée.

Leucémie aiguë aplastique à cellules indifférenciées. — MM. PAISSEAU et ALCHECK rapportent un cas où une leucocytose courte et modérée s'est intercalée entre deux phases de leucopénie; la formule leucocytaire était celle de la leucémie aiguë, les cellules indifférenciées ayant atteint 84 p. 100 du taux des éléments blancs du sang.

Cette leucémie a revêtu la forme anémique décrite par MM. Gilbert et Weil et caractérisée par la prédominance des signes généraux : pâleur, asthénie, fièvre; sur les signes locaux : lésions bucco-pharyngées et purpura qui ont fait presque complètement défaut chez leur malade.

Ils signalent le début par un état infectieux avec arthralgie, subictère et splénomégalie, suivi d'une rémission de plusieurs semaines. La rechute prit de suite les caractères d'une leucémie aiguë remarquable par l'intensité des douleurs osseuses, l'apparition de leucémides et de petites tumeurs ostéopériostées d'apparence chloromateuse qui disparurent avant la mort et ne purent être retrouvées à l'autopsie. Celle-ci montra les lésions classiques de la leucémie aiguë.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1921)

A propos de la réaction de Schick. — MM. LESNÉ et BLAMOUTIER. Pour obtenir des résultats utiles, il faut employer une toxine bien déterminée, récemment diluée, conservée à la glace. Les diphtéries les plus graves apparaissent chez les sujets qui ont eu la réaction de Schick la plus forte. Quand on constate la diphtérie chez un enfant ayant eu antérieurement une réaction de Schick fortement positive, il importe d'injecter des doses de sérum plus considérables et plus

répétées: La réaction de Schick permet de suivre la disparition de l'immunité passive; elle disparaît en moyenne du vingtième au vingt-cinquième jour, plus rapidement du dix-septième au vingtième jour s'il y a eu des accidents sériques; elle ne dépasse pas dix jours pour la deuxième injection de sérum. Ce sont ces points qu'il ne faut pas perdre de vue lorsque les enfants séjournent longtemps dans un pavillon de diphtérie.

Les bacilles rencontrés dans la gorge des convalescents qui ont subi des injections de sérum ne sont jamais virulents avant le trentième jour; il existe donc une période de cinq à dix jours pendant laquelle, bien que le malade ait perdu son immunité, le bacille est encore sensibilisé par l'antitoxine; il est probable que pendant cette période le porteur de germes n'est pas contagieux.

Parmi les porteurs de germes examinés vingt-cinq jours après la première injection de sérum, 28 p. 100 avaient une réaction de Schick positive démontrant qu'ils avaient perdu leur immunité et 72 p. 100 avaient une réaction de Schick négative montrant qu'ils avaient conservé leur immunité.

Ces résultats présentent un grand intérêt au point de vue du traitement et de la prophylaxie de la diphtérie.

Discussion. — M. Marfan rappelle que la recherche des précipitines permet aussi d'établir la durée de l'immunité passive après le sérum, qu'il y ait eu des accidents ou non. Elle persiste jusqu'au vingt-cinquième jour s'il n'y a pas eu d'accidents, du huitième au dixième jour s'il y en a eu. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par M. Lesné par la réaction de Schick.

Modifications du liquide céphalo-rachidien au cours d'une paralysie diphtérique chez une enfant de onze ans. — M. G.-L. Hallez et Mme Génin rapportent un nouveau cas de paralysie diphtérique avec réaction méningée. Lymphocytose très discrète et passagère, avec hyperalbuminose, s'accompagnant surtout d'hyperglycorachie durable, oscillant entre 1g50 et 2 grammes.

La dissociation albumino-cytologique, accompagnée d'hyperglycorachie, semble constituer la formule céphalo-rachidienne la plus habituelle au cours des paralysies diphtériques.

Syndrome d'origine hypophysaire. — M. Nobécourt présente, au nom de M. Deshayes (d'Orléans), l'observation d'un enfant de dix ans et demi présentant une obésité considérable, dans la station debout des troubles cérébelleux tels que la position verticale est impossible, développement sexuel très précoce. La radiographie montre un développement anormal du sinus cérébelleux. Le diagnostic de tumeur de la région épiphysaire est porté : tumeurs dont le pronostic est très sombre; avec le traitement hypophysaire les symptômes s'améliorent rapidement et en huit mois le malade est complètement guéri.

Le traitement de la fracture du cubitus accompagnée des luxations de la tête du radius. — M. P. Hallopeau. Les trois malades dont l'auteur apporte les radiographies et qui présentaient une fracture du cubitus compliquée de luxation radiale ont été traités tous trois par la réduction opératoire immédiate de la fracture du cubitus. La réduction de la tête radiale est ordinairement difficile et nécessite pour elle seule l'anesthésie générale; ici, au contraire, elle n'a demandé aucune manœuvre spéciale et s'est produite pendant qu'on réduisait le déplacement des fragments cubitaux. Ce qui s'explique facilement puisque la membrane interosseuse entraîne le radius lorsqu'on attire en bas et en dedans le fragment inférieur du cubitus. Chez le premier malade, la fracture était transversale et l'auteur s'est contenté d'engrener les fragments. Chez les deux autres a été faite une ostéosynthèse. Celle-ci est indispensable dans les fractures obliques pour maintenir l'axe normal du cubitus et empêcher la reproduction de la luxation. Elle doit être faite avec l'aide d'une plaque latérale que des lames circulaires maintiendront solidement. La suture osseuse simple employée autrefois a donné les résultats imparfaits qui expliquent l'opinion encore admise généralement qu'il faut s'attaquer d'abord et surtout à la luxation. Les trois observations présentées, où la réduction parfaite de la fracture a entraîné la remise en place définitive du radius, prouvent le contraire. Si la « luxation est tout » au point de vue fonctionnel, c'est cependant en traitant d'abord la fracture qu'on la réduira, à condition que ce traitement soit fait par les méthodes d'ostéosynthèse appropriées.

Endocardite aiguë et anévrisme de l'artère pulmonaire greffés sur une cardiopathie congénitale. — M. G. Blechmann rapporte l'observation d'une fillette de sept ans chez laquelle on avait porté le diagnostic de maladie de Roger et qui n'avait jamais présenté ni cyanose, ni dyspnée.

Quelques jours après cet examen, elle présenta un état infectieux avec hyperthermie, facies toxique, réaction méningée, péricardite, etc., qui se termina par la mort au dix-huitième jour. Deux hémocultures montrèrent la présence du pneumocoque.

A l'autopsie, on trouva du liquide dans le péricarde, des infarctus pulmonaires anciens et récents et des lésions cardiaques complexes : 1. une perforation interventriculaire; 2. un rétrécissement de l'infundibulum de l'artère pulmonaire; 3. un anévrisme inflammatoire remplaçant le tronc de cette artère depuis son origine jusqu'à sa division.

Le fait paradoxal en apparence, mais relevé dans maintes autopsies, de la dilatation de l'artère pulmonaire au delà du rétrécissement fut sans doute, dans ce cas, l'amorce de l'anévrisme.

Cette observation confirme, d'autre part, l'action connue sur les lésions congénitales des maladies infectieuses les transformant en lésions évolutives.

Fréquence de la syphilis congénitale chez les nourrissons atteints de la maladie des vomissements habituels. — MM. A.-B. Marfan et Henri Lemaire. Sous le nom de « maladie des vomissements habituels », M. Marfan a décrit, en 1919, une affection atteignant les nourrissons très jeunes, qui ne dépend pas d'une sténose pylorique, qui est sans rapport avec une intolérance anaphylactique pour le lait et qu'on ne peut rattacher à des lésions constantes de l'estomac. Elle semble due à une sorte de gastro-névrose émétisante.

M. Marfan avait signalé la fréquence de la syphilis congénitale chez les enfants atteints de cette affection et indiqué que le traitement spécifique avait donné dans quelques cas des résultats remarquables.

Avec M. H. Lemaire, il apporte une contribution à l'étude de ce point.

Sur 57 nourrissons atteints de maladie de vomissements habituels, la syphilis était certaine 19 fois, probable 20 fois. Elle était donc certaine ou probable 68 fois sur 100. Si on prend en bloc les nourrissons qui constituent la clientèle des consultations et des crèches dans lesquelles les auteurs ont recueilli leurs observations, on voit que le nombre des sujets syphilitiques certains ou probables ne dépasse pas 35 p. 100. On peut donc conclure que cette affection est beaucoup plus fréquente chez les vomisseurs que chez les autres nourrissons. C'est la seule conclusion que les auteurs veulent aujourd'hui tirer de leur étude. Le moment ne leur paraît pas encore venu de le rechercher, si la syphilis est la seule cause de la maladie des vomissements habituels, ni par quel mode elle peut la déterminer.

Toutefois, en terminant, ils attirent l'attention sur les bons résultats que donne souvent le traitement mercuriel dans cette affection. Dans 63 p. 100 des cas où la médication anti-émétique avait échoué, le traitement a été suivi d'amélioration au bout d'une dizaine de jours, et de guérison après un mois environ.

Discussion. — M. Hallé remarque qu'il n'est pas exceptionnel de voir une endocardite se greffer sur des lésions congénitales du cœur. Dans un cas de maladie de Roger, chez lequel il était survenu du rhumatisme articulaire, à l'autopsie, il trouva des lésions d'endocardite récente.

Scoliose congénitale sans lésion osseuse apparente. — M. Rœderer présente une scoliose congénitale considérable, sans hémivertèbre, chez un enfant de trois ans. Il attire l'attention sur la gravité de ces scolioses dont il oppose l'évolution généralement mauvaise, en dépit des soins, à celle, habituellement favorable, des scolioses par hémivertèbre, lesquelles sont extrêmement améliorées par le traitement, poursuivi pendant toute la croissance.

Discussion. — M. Mouchet a vu un cas analogue chez un

enfant de huit mois, la scoliose était apparue à quatre mois, assez accentuée déjà. Il n'y avait aucune malformation osseuse et des signes très minimes de rachitisme.

M. Lance rappelle qu'il a rapporté en mars 1913, à la Société, le cas d'un enfant de six ans et demi, présentant une scoliose dès la naissance. La mère était porteuse d'une scoliose, vue aussi dès la naissance et la grand'mère maternelle une scoliose de la première enfance.

Il a vu un deuxième cas de scoliose sans lésions osseuses nettes et de nature vraisemblablement congénitale, car l'enfant était porteur, en même temps, d'un bec de lièvre, une coxa vara congénitale, une luxation congénitale double de la tête des radius. Elle s'est améliorée de manière rapide et satisfaisante par le traitement.

M. Trèves met en doute l'origine congénitale de ces cas. Dans des observations analogues où le rachitisme pouvait être mis en doute, il a trouvé le Wassermann positif et se demande si l'hérédosyphilis ne serait pas en cause.

M. Lance fait remarquer que l'hérédosyphilis est une des grandes causes des malformations congénitales, et que sa présence ne peut que venir à l'appui de l'origine congénitale de ces déformations.

Note sur un cas d'intolérance pour le lait chez un nourrisson et son traitement par l'injection sous-cutanée de lait (méthode de Weill). — M. Hallé présente au nom de M. Lauze (du Gard) l'observation d'un enfant qui, à quatre mois, n'avait que 400 grammes de poids de plus qu'à la naissance. Il présentait de l'insomnie absolue avec agitation extrême. Ni vomissements, ni diarrhée. Dès la première injection de lait, ces symptômes disparurent et en trois semaines il avait repris l'aspect normal.

Diphtérie extensive, mortelle, chez une enfant d'un mois, ayant présenté dix jours auparavant une réaction de Schick négative. — MM. G. Blechmann et M. Chevalley ont observé un cas de diphtérie à localisations multiples (angine pseudomembraneuse engainant la luette, coryza, etc., chez une enfant d'un mois qui avait présenté (au cours de recherches en série) une réaction de Schick négative, dix jours auparavant.

On retrouva aisément l'origine de la contagion : un nourrisson de dix mois, entré pour angine rouge et coryza, avait passé vingt-quatre heures dans le service et était porteur de bacilles diphtériques longs.

La forme typique d'angine pseudomembraneuse est absolument exceptionnelle avant deux mois et les auteurs n'en ont retrouvé que sept cas signalés depuis vingt ans. D'autre part, ce fait clinique démontre qu'on ne doit pas trop compter, chez le nourrisson, sur l'immunité passive d'origine maternelle et qu'il convient d'appliquer rigoureusement les mesures de prophylaxie en usage dans les crèches et les nourriceries, que l'on y recherche ou non la réaction de Schick.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1921)

Etude de la circulation du membre supérieur par l'oscillographie, la capillaroscopie et la pléthysmographie simultanées. — MM. Charles Laubry, S. Bloch et Jean Meyer rappellent que, si l'on pratique un examen capillaroscopique en même temps que l'on prend un tracé oscillographique à l'aide d'un brassard compresseur antibrachial, en exerçant une décompression graduelle, on observe à la maxima, une circulation lente : un peu au-dessous de cette pression apparaît subitement une circulation rapide avec dilatation des capillaires et recrudescence du champ microscopique.

Ils ont enregistré, pendant ce même examen, une courbe pléthysmographique, et ils ont constaté que le point d'ascension de cette courbe, c'est-à-dire le moment où l'afflux du sang entraîne l'augmentation du volume du doigt, répond à la dernière image capillaroscopique (dilatation des capillaires et circulation rapide).

En surveillant, par la palpation, la réapparition du pouls radial en aval du brassard antibrachial, on le perçoit au moment même où ces deux phénomènes apparaissent.

Ainsi donc, les tensions systoliques indiquées par les méthodes oscillatoire et palpatoire correspondent à deux images capillaires parfaitement distinctes : le premier se rapporte à une circulation lente, sans dilatation capillaire, la seconde à une circulation rapide, avec dilatation capillaire et augmentation du volume du doigt constatée au pléthysmographe.

Les types de pneumocoques d'avril 1919 à mars 1921. — M. Sacquépée a étudié dans la période avril 1919 à mars 1921 les pneumocoques provenant des pneumonies ou de leurs complications.

La plupart des échantillons, 34 sur 36 (soit 94 p. 100) ont pu être identifiés par agglutination avec l'un ou l'autre des types 1, 2 ou 3.

Parmi ces échantillons agglutinables, les uns (types purs) ne sont agglutinés que par un seul sérum, alors que d'autres (types mixtes) sont agglutinés par deux sérums à la fois. Une même fonction antigène, 2 par exemple, se trouve ainsi représentée non seulement dans les pneumocoques type 2, mais encore dans les types mixtes 1 + 2 et 1 + 3.

Au total, le type 2 pur a été rencontré 23 fois (63 p. 100); la fonction 2 est présente 31 fois, c'est-à-dire dans 86 p. 100 des cas. Type 2 et surtout fonction 2 se sont ainsi montrés de beaucoup les plus largement répandus.

L'antigène 3 est moins répandu ; on le trouve 8 fois (soit 22 p. 100), dont trois types 3 purs.

Le plus rare de tous est l'antigène 1 ; il n'a pas été rencontré en particulier un seul échantillon de type 1 pur.

Conclusion pratique : dans cette période, le sérum 2 était particulièrement indiqué dans le traitement des infections pneumococciques.

Présence de formations lymphoïdes diffuses dans le poumon. — M. A. Guieysse-Pellissier. A côté des cellules épithéliales des alvéoles pulmonaires, il existe dans l'épaisseur des parois des petits groupes de cellules qui sont des cellules lymphoïdes. On rencontre souvent aussi des éléments monstrueux ressemblant à des mégacaryocytes. Dans les irritations pulmonaires, les cellules épithéliales se multiplient dans l'alvéole, et sont les éléments des alvéolites catarrhales; les cellules lymphoïdes se développent dans les parois et sont les éléments des réactions parenchymateuses.

Le pouvoir lipasique des sucs pancréatique et intestinal. Influence de la bile. — MM. H. Roger et Léon Binet étudient, à l'aide de la méthode de Carnot et Mauban, le pouvoir lipasique du suc pancréatique et du suc intestinal recueillis chez le chien par les méthodes des fistules; ils envisagent, d'autre part, l'effet de l'addition de bile sur le pouvoir lipasique de ces liquides; la bile renforce le pouvoir lipasique du suc pancréatique et du suc intestinal actif des animaux en digestion, et fait apparaître l'action lipasique du suc intestinal inactif des animaux à jeun.

Métastases rhabdomyomateuses dans l'ovaire de la poule, dans l'évolution expérimentale du sarcome infectieux des oiseaux. — M. Peyron. Les auteurs américains de l'Institut Rockefeller avaient cru que le champ d'action de l'agent pathogène (virus filtrant) était limité au tissu conjonctif banal. M. Peyron a montré antérieurement que le virus, introduit dans le muscle pectoral, produisait une néoplasie mixte aux dépens des éléments conjonctifs, interstitiels et des fibres musculaires.

Il a cherché ensuite à obtenir la prolifération des fibres musculaires à l'état pur (rhabdomyome).

Ultérieurement, il a réalisé des métastases identiques dans les poumons.

Il présente des métastases massives de même structure rhabdomyomateuse, obtenues dans l'ovaire et dans lesquelles on retrouve des myofibrilles.

Il conclut que trois groupes d'éléments cellulaires peuvent être qualifiés de cellules réceptrices vis-à-vis du virus spécial de cette tumeur ; savoir : les tissus de substance conjonctive proprement dite, les chromatophores du système pigmentaire, le muscle strié.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, COMPLICATIONS ET DIAGNOSTIC

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE [1]

b. Tantôt il s'agit d'un *typhique connu et soigné* dans un service de médecine générale. L'infection est sévère; parfois des hémorragies intestinales sont survenues à plusieurs reprises; il faut surveiller le malade de près et dépister toute perforation. Deux types de malades peuvent être observés :

Tantôt il s'agit d'un *malade peu prostré*, peu abruti, qui réagit et se défend bien. Dans ce cas, le premier signe net est l'*hypothermie* brusque. La température tombe à 36 degrés, mais remonte le deuxième ou troisième jour, le pouls s'accélère. On observe alors l'évolution des signes physiques et généraux d'une péritonite purulente généralisée.

Tantôt il s'agit d'un malade très atteint, plongé dans un état de prostration intense, qui réagit peu ou pas, et chez lequel une perforation intestinale peut passer souvent inaperçue. Le malade peut mourir rapidement dans le collapsus, le coma, et c'est alors l'aspect clinique d'une péritonite septique diffuse.

c. Signalons quelques *aspects cliniques* :

— la forme avec diffusion progressive;

— la péritonite localisée, enkystée avec formation d'un abcès;

— la perforation du cæcum ou de l'appendice;

— la perforation du côlon;

— opposer la péritonite par *perforation* à la péritonite par *propagation*;

— la cholécystite suppurée;

— l'appendicite aiguë ou subaiguë à la convalescence.

3. *Les séquelles gastro-intestinales.* — Atonie et dilatation gastriques;

— ulcus gastrique ou duodénal;

— cholécystite chronique;

— diarrhée chronique et persistante;

— entéro-colite;

— appendicite chronique, etc.

On n'oubliera pas le rôle prédominant de la vésicule et de l'appendice chez les porteurs de germes typhiques.

II. **Myocardite typhique et insuffisance surrénale.** — La myocardite est une des complications les plus redoutables de la fièvre typhoïde. Aussi est-il nécessaire d'ausculter systématiquement le cœur des malades tous les jours. Les bruits du cœur s'assourdissent; le premier bruit devient plus sourd, puis le deuxième également. La tachycardie avec rythme fœtal est d'un pronostic sévère; l'arythmie est encore plus grave. Le pouls est mou, petit, dépressible, rapide, incomptable à la fin. Le malade ne tarde pas à tomber progressivement dans le collapsus. La mort subite n'est pas rare. Ces troubles de collapsus cardiaque qui étaient rattachés autrefois surtout aux lésions du myocarde par les toxines typhiques, sont interprétés différemment à l'heure actuelle. De même que pour la diphtérie, pour la scarlatine, on admet qu'il survient au cours de la fièvre typhoïde une insuffisance des capsules surrénales, avec chute de la pression artérielle, raie blanche et tendance au collapsus cardiaque. La mort subite chez le typhique aurait donc la même pathogénie que la mort subite au cours de la diphtérie ou de la scarlatine (voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 32, 35, 37 et 40).

Signalons aussi d'autres *complications cardio-vasculaires* : la péricardite, l'endocardite, surtout l'insuffisance aortique, l'artérite oblitérante tardive, la phlébite de la convalescence (phlegmatia alba dolens).

III. **Complications nerveuses.** — Rappelons les *accidents méningés* très fréquents : céphalée, vomissements, Kernig, raideur, constipation, troubles oculaires,

et les *lésions organiques* : les myélites, les paralysies. Les paralysies de la convalescence peuvent être dues à une hémorragie cérébrale, à un ramollissement cérébral, à des phénomènes urémiques, à de l'imprégnation toxique.

Les *troubles psychiques* apparaissent à la convalescence : amnésie, délire de dépression, troubles intellectuels (confusion, mélancolie, agitation maniaque).

IV. **Complications diverses.** — Tous les organes ou viscères peuvent être atteints au cours de la fièvre typhoïde ou à sa suite :

— les *poumons* : pneumonie, pleurésie, broncho-pneumonie, congestion hypostatique bronchites;

— le *foie* : ictère dû à une cholécystite ou à un ictère grave; cholécystite, infection chronique des voies biliaires, pouvant aboutir à la lithiase;

— la *rate* : abcès, rupture de la rate;

— les *reins* : néphrite, cystite;

— les *muscles* : myosite typhique;

— les *os* : ostéomyélite typhique, périostite, ostéo-arthrite, parotidite, orchite, thyroïdite, pyodermites diverses, escarres (surtout dans les formes graves).

DIAGNOSTIC. — I. **Diagnostic positif.** — Quand on soupçonne une fièvre typhoïde, il faut appuyer cette hypothèse par une série de recherches chimiques, hématologiques et bactériologiques, qui en font la preuve.

1° DIAGNOSTIC CHIMIQUE. — Diazo-réaction d'Ehrlich, nous en avons déjà parlé à propos des urines. Disons cependant qu'elle n'est pas pathognomonique et qu'elle est positive aussi dans la granulie, les septicémies, la pneumonie. Elle manquerait dans le rhumatisme articulaire aigu.

— le syndrome urologique (Robin) : l'urine donne avec l'acide azotique trois disques de bas en haut : l'indican, l'albumine, l'acide urique. Les urines sont rares, bouillon sale, légèrement albumineuses.

2° DIAGNOSTIC HÉMATOLOGIQUE. — Au début, hyperleucocytose passagère avec polynucléose à la période d'état, *leucopénie* nette avec mononucléose et lymphocytose, à la convalescence, éosinophilie.

Si complication péritonéale, leucocytose polynucléaire nette.

Toutes les phlegmasies (pneumonie, suppurations, appendicite aiguë), s'accompagnent d'hyperleucocytose; mais non la granulie.

— *fibrino diagnostic* (Hayem) : réticulum fibrineux très discret dans la fièvre typhoïde. Au contraire le reticulum est dense dans les phlegmasies et non dans la granulie.

— *hémolyso-diagnostic* (Widal et Le Sourd), basé sur la présence d'une sensibilisatrice dans le sérum des typhiques.

3° DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE. — Les méthodes directes sont les plus utiles. Elles consistent à chercher l'isolement du bacille d'Eberth dans les selles et le sang; et à mettre en évidence l'existence des agglutinines du sérum des malades.

a. La *recherche du bacille* peut être faite dans la rate, par ponction, mais cette pratique est dangereuse et à écarter.

Il est préférable de rechercher les bacilles dans les selles ou le sang.

Dans les selles, on peut isoler le bacille d'Eberth par ensemencement sur boite de Petri en gélose lactosée tournesolée. Les colonies d'Eberth sont petites et bleues, alors que le coli donne des colonies rouges.

On peut aussi avoir recours, pour isoler le bacille d'Eberth, au filtre de sable fin en tube en U. Le bacille d'Eberth très mobile traverse en 14 heures une colonne de sable de 12 centimètres de haut, alors que le coli reste en arrière.

Dans le sang, l'isolement du bacille d'Eberth est des plus aisés grâce à l'hémoculture. Cette hémoculture est positive deux fois sur trois. Le bacille isolé est reconnu pour un bacille d'Eberth, grâce à sa mobilité très grande, à ses réactions de fermentations des sucres, à ses réactions agglutinantes.

Il ne produit pas d'indol, ne coagule pas le lait, ne verdit pas l'artichaut, ne vire pas le rouge neutre.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 80, p. 1279; n° 82, p. 1311, et n° 84, p. 1343.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE À MADÈRE
AVANT LE REPAS



SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 29 octobre. — MM. Weil (M.-P.), 19,27; Huber, 17,63; Feuillié, 17,72; Duvoir, 17,54.

Séance du 2 novembre. — MM. Gautier, 15; Leblanc, 17; Salmon, 18,27.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 29 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des luxations antérieures de l'épaule. »

Mlle Krukowska, 15; MM. Lacroix (Louis), 13; Mendailles, 12; Mlle Morel, 14; M. Kintgen, 10; Mlle Stoeber, 18; MM. Schapiro, 14; Petithory, 10; Lacroix (Célestin), 5; Picard (Jean), 14; Coffin, 12; Chureau, 14; Chevereau, 18; Champenois, 16; Cattan, 14; Buisson (Jean), 13; Chapaut, 12; Bucquoy, 16.

Anatomie. — Séance du 28 octobre. — Question donnée : « Artère sous-clavière droite. »

MM. Andrieu, 18 ; Boëlle, 14; Bourgeois (Aimable), 15; Anchel, 12; Mlle Bogdanovitch (Val) et MM. Andréassian, 10; Bernard (Etienne), 12; Bachelier, 18; Diamant, 15; Daubourg et Dausse, 12; Donon, 13; Deléage (Pierre), 8; Dérot, 17; Daudans, 15; Flandre, 12; Deransart, 15.

Séance du 2 novembre. — Question donnée : « Nerf sciatique poplité externe. »

MM. Derancourt, 16; Donias, 13; Dinichert et Frossard, 14; Fréchin, 15; Dubois, 13; Forest-Defaye, 17; Derome, 13; Dansac, 16; Drouhard, 17; Farrando, 13; David, 15; Fort, 17 ; Dreyfus (Gilbert), 19; Mlle Dartin, 15; MM. Detrois, 14; Dreyfus (Pierre), 15; Decressac (G.), 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à six places d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 29 décembre 1921. Les épreuves commenceront à 4 h. 1/2, à l'hospice général, salle des séances.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'administration, quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 14 décembre 1921, avant midi.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Le concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens s'est terminé par la nomination de M. le Dr Bax.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le prof. A. Chauffard commencera son enseignement clinique, à l'hôpital Saint-Antoine, le lundi 7 novembre 1921.

Sa première leçon aura lieu à l'amphithéâtre de la Clinique le vendredi 11 novembre 1921, à 10 h. 1/2, et les leçons suivantes auront lieu dans le même amphithéâtre, à la même heure, le vendredi avec présentations de malades.

HOTEL-DIEU. — COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. (Prof. : M. Henri HARTMANN.) — M. le prof. Henri Hartmann commencera son cours de clinique chirurgicale le samedi 5 novembre 1921, à 10 h., à l'Hôtel-Dieu.

Du lundi 7 novembre au samedi 24 décembre, tous les matins, à 8 h. 1/2 : cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie par M. Okinczyc, agrégé; Cadenat, chirurgien des hôpitaux; Bergeret, chef de clinique; Gouverneur, prosecteur.

HOPITAL BROCA. — Conférences sur *les applications thérapeutiques des sels de terres rares,* par le Dr Grenet, les samedis 5, 12, 19 et 26 novembre, à 10 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE THÉRAPEUTIQUE. — M. le prof. Carnot commencera son cours le mardi 8 novembre, et le continuera les jeudis et mardis, à 5 h.

— COURS DE MÉDECINE LÉGALE.. — M. le prof. Balthazard commencera ce cours le lundi 7 novembre, à 18 h. (Grand amphithéâtre), assisté de M. Garçon, professeur à la Faculté de droit, et de M. Duvoir, agrégé.

Le cours aura lieu les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, à la même heure et au même amphithéâtre.

Sujet du cours. — M. le prof. Balthazard (lundis, mardis, mercredis, vendredis, des mois de novembre et décembre) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Le problème de l'identité. Empoisonnements. Asphyxies.

Leçon d'ouverture (7 novembre) : « La lutte contre la criminalité. »

M. Duvoir, agrégé (les lundis, mardis, mercredis et vendredis, en janvier et février) : Attentats à la pudeur. Grossesse, avortement, infanticide. Coups et blessures. Déontologie.

M. le prof. Garçon (les samedis, à partir du 12 novembre) : Législation et jurisprudence médicales. Lois sur l'exercice de la médecine. Secret médical. Responsabilité médicale. Associations professionnelles et syndicats médicaux. Lois sociales.

Cours pratiques. — Autopsies à la morgue, les mardis, jeudis, samedis, à partir du jeudi 10 novembre, de 1 h. 1/2 à 3 h. : les jeudis, par M. le prof. Balthazard; les mardis, par M. Duvoir, agrégé; les samedis, par M. Dervieux, chef des travaux.

(Les élèves du nouveau régime devront justifier pour l'examen de dix présences à la Morgue),

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Raymond Beausoleil (de Bordeaux) et Georges Dubosc (de Sceaux).

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE BUENOS-AIRES

Le professeur Marcel Labbé qui vient d'être chargé d'une mission en Argentine a assisté récemment au centenaire de l'Université de Buenos-Aires. Il vient d'adresser à ce sujet au *Temps* une intéressante lettre dont nous extrayons quelques passages.

« La Faculté de médecine a célébré son centenaire très simplement, par un discours du professeur Fernandez, conseiller de la Faculté, en même temps qu'elle procédait à la cérémonie de collation des grades. C'est la séance annuelle où le doyen distribue à tous les nouveaux docteurs le diplôme sur parchemin classique et où sont proclamés les prix et distribuées les médailles accordées aux meilleurs élèves. J'ai pu voir que la Faculté de médecine de Buenos-Aires compte, comme nos Facultés françaises, des étudiantes en médecine et en pharmacie de plus en plus nombreuses, dont quelques-unes se distinguent, non seulement par leur grâce, mais aussi par leur valeur qu'attestent des mentions répétées. J'ai applaudi avec plaisir la médaille accordée au professeur Houssay, dont l'enseignement et les travaux de physiologie font grand honneur à l'école.

Après la proclamation des récompenses, un discours est prononcé par un professeur de la Faculté, puis par un délégué des étudiants. Celui-ci a fait l'éloge de l'organisation nouvelle des facultés, qui donne un grand pouvoir aux étudiants, mais il a sagement conseillé à ses camarades de ne pas abuser de ce pouvoir pour ne pas le discréditer. Ainsi, dès le début, j'étais mis au courant de la révolution qui s'est produite, il y a quelques années, au sein des universités argentines, et qui introduit les étudiants, à titre d'électeurs, dans les conseils directeurs des facultés.

Cette mesure, que les partisans de l'ordre établi qualifient de soviétiste, et dans laquelle d'autres professeurs voient une conséquence naturelle de l'évolution sociale, est encore difficile à apprécier. Si les étudiants ont pour desideratum de faire de bonnes études et d'avoir des professeurs qui les fassent fortement travailler, elle sera excellente; mais on craint que certains professeurs, pour se pousser plus vite, cherchent à gagner par des flatteries et des complaisances exagérées la voix des étudiants. Il me semble que ces craintes sont exagérées; j'ai assisté aux conférences de mes amis, le professeur Araoz Alfaro et le professeur Mariano Castex, et j'ai pu constater, par leur succès, que c'est toujours en se donnant le plus de peine pour l'instruction des élèves, qu'on les attire autour de soi. En tout cas, il est d'usage ici de louer officiellement la réforme universitaire, car elle est l'œuvre du ministère actuel, et elle a été imposée par l'autorité quasi dictatoriale du président de la République.

La séance solennelle du centenaire de l'université a eu lieu au Collège national, vaste et luxueux établissement qui a été édifié à la place d'un ancien collège de jésuites et qui donne une instruction analogue à celle de nos lycées français.

Dans la grande salle des fêtes, les invités attendaient, assez patiemment, le président de la République. Après une bonne heure de retard, le docteur Irigoyen s'est avancé enfin vers le fauteuil présidentiel, avec ses allures de vieux paysan basque et son masque volontaire.

L'hymne argentin marqua le début de la cérémonie. Il fut chanté en chœur par une centaine d'enfants des écoles, garçons et filles, vêtus de blanc, massés dans une grande salle voisine de la salle des fêtes et séparée de celle-ci par une grille de bois.

Plusieurs discours furent prononcés. Le ministre de l'Instruction publique, M. Salinas, avec une éloquence très simple, fit l'éloge de la réforme des universités, son œuvre, qui, à son avis, met les universités de l'Argentine à la première place dans le monde. Le docteur Uballès, recteur de l'université, homme âgé et souffrant, dont la tête s'incline douloureusement sur la poitrine, loue, en termes élevés, le passé, le présent et l'avenir de l'université de Buenos-Aires. Viennent ensuite les adresses prononcées par les recteurs de Cordoba et de la Plata, et, au nom des délégués étrangers, par l'éloquent Bernardo Lobo, professeur à la Faculté de droit de Rio de-Janeiro. »

La cérémonie prit fin par les discours du professeur Quesada, juriste, et du professeur Carlès.

« Dans ces cérémonies du centenaire se dévoile bien le caractère argentin, qui est fait de simplicité et d'amour des réalisations; on expose des faits et des idées, on parle avec une éloquence discrète, d'où les images brillantes et les phrases sonores sont généralement absentes. Rien n'est fait pour l'apparat : pas d'uniformes galonnés; on préside en jaquette. Et devant cette simplicité extrême, peut-être très moderne, ajoute en terminant M. Marcel Labbé, mes yeux de vieil Européen ne peuvent s'empêcher de regretter les magnifiques et vénérables uniformes des grands dignitaires des universités anglaises, leurs colliers, leurs décorations, et même la rangée brillamment colorée des robes professorales françaises qui, dans les grandes assemblées de la Sorbonne, rappellent l'ancienneté de la maison. Il y a une esthétique traditionnelle des solennités dont mon esprit ne s'est pas encore débarrassé. »

NOTES DE PRATIQUE

URÉMIE DE LA SCLÉROSE CARDIO-RÉNALE

Huchard a établi, comme base de ce traitement, la *méthode des trois lavages* : *a.* Lavages de l'estomac; *b.* lavages de l'intestin; *c.* lavages du sang (injections sous-cutanées de 200 à 300 g. de sérum).

Comme médication pathogénique et préventive, on prescrira la Théosalvose caféinée ou spartéinée (2 cachets de 0g50 par jour) et on alternera le régime lacté exclusif et le régime lacté mitigé.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 10 novembre. — Jury : MM. Ménétrier, président; Chauffard, Nobécourt et Villaret. — M. Bouchet (Marcel). Les doses massives de sérum dans le traitement de la diphtérie. — M. Jars (Armand). Contribution à l'étude de l'orchite. — M. Lemaux (Julien). Essai sur l'ironie et la raillerie chez les aliénés.

REVUE GÉNÉRALE

LES MÉNINGITES A BACILLE DE PFEIFFER

Par G. BOULANGER-PILET et J. OLLIVIER,
Internes des hôpitaux de Paris.

Plusieurs cas de méningites à bacille de Pfeiffer viennent d'être observés et présentés à la Société de pédiatrie de Paris. La localisation du bacille de Pfeiffer sur la pie-mère est assez peu fréquente et la méningite qu'il détermine s'est montrée presque constamment mortelle. A notre connaissance le dernier travail d'ensemble publié sur cette question est la thèse de Blacque (Paris 1912) suivie de près de l'article de Lagane (*Le Nourrisson*, 1913). Plusieurs nouveaux cas ont été relatés depuis, tant en France qu'à l'étranger, et la série des cas qui viennent d'être recueillis dans le milieu parisien semble pouvoir être rapprochée de ce qu'on a appelé « l'épidémie de l'hôpital Bretonneau » (Simon et Aine, 1910).

***

Historique. — La première observation publiée le fut par Pfühl (1892) concernant un cas où le bacille de Pfeiffer était associé à d'autres microorganismes (streptocoques, pneumocoques).

La première observation de méningite pure à bacille de Pfeiffer est due à Haedke (1897). De nouveaux cas furent ensuite publiés par d'autres auteurs allemands (Fraenkel, Heubner, Lange).

La première observation française, nettement caractérisée, est celle de Meunier (1900). En 1901 et 1902, sont publiés les cas de Trailescu et de Gohn. La thèse de Dubois (1902) vient faire une mise au point de la question en étudiant tous les cas publiés et rapportant deux observations personnelles (Simon et Dubois). De 1902 à 1910, un assez grand nombre de cas sont publiés par les auteurs français (Carles, 1907; Triboulet et Harvier, 1900), italiens (dont Mya, 1903), allemands, anglais (dont Batten, 1910), américains (dont Cohen, 1909; Cohoe, 1909). En 1910, Simon et Aine publient cinq observations réunies sous l'étiquette d' « épidémie de l'hôpital Bretonneau ». Presque à la même époque, Netter et Labbé présentent un cas, Méry et Weill deux nouveaux cas, Marfan et Lagane un cas. La thèse de Blacque (1912) réunit cinquante observations. En 1913, Haushalter et Jacquot font une étude très complète d'un nouveau cas; puis paraissent les observations de Ross et Moore (1914), de Bhat (1917).

Durant l'épidémie de grippe de 1918-1919, aucune observation n'est publiée, quelques cas sont simplement cités dans le rapport sur l'épidémie d'influenza des armées britanniques en France, et par Legroux; Netter, dans son rapport sur l'épidémie de 1918, Schreiber dans une étude sur les complications méningées au cours de la grippe, n'en signalent aucun cas.

Cette année (1921) plusieurs cas sont publiés à la Société de pédiatrie de Paris (Richardière et Salès, Richardière et Laplane, Lemaire, Turquéty et Salès, Lemaire et nous-mêmes). Quelques autres faits cités n'ont pas été publiés (Lereboullet, Guillemot). Enfin, récemment, sont signalés deux cas à Berlin (H. Kotz).

***

Etiologie. — La méningite à bacille de Pfeiffer n'est pas d'observation très fréquente. Soixante cas environ sont actuellement publiés.

Dans sa thèse, Blacque établit d'après la statistique de l'hôpital Bretonneau et pour une période d'un an et demi environ (mars 1909-août 1910) que la méningite à bacille de Pfeiffer vient au point de vue fréquence immédiatement après la méningite à méningocoques, avant celle à pneumocoques; mais il est bon de noter qu'il y eut cette année-là à l'hôpital Bretonneau une série exceptionnelle de méningite pfeifférienne.

Dans la plupart des cas, la méningite à bacille de Pfeiffer apparaît chez le nourrisson, surtout dans les trois premières années. On a signalé seulement un cas authentique chez un adulte, quelques rares cas chez de grands enfants ou des adolescents.

L'apparition et l'évolution presque constamment mortelle de la maladie ne semblent modifiées en rien ni par l'état antérieur du nourrisson, ni par le mode d'alimentation. Pour Kotz, cependant, cette méningite apparaîtrait surtout au moment du sevrage.

Plusieurs cas de méningites à bacille de Pfeiffer sont apparus presque simultanément (séries de Batten 3 cas, Mya 4 cas, Simon et Aine 3 cas, Cohen 3 cas), enfin la série des cas récemment publiés. Pour Blacque, pour Simon et Aine, ce fait plaiderait en faveur de l'existence de petites épidémies de méningites à bacilles de Pfeiffer. Mais, en réalité, peut-on qualifier d'épidémies des séries de quelques cas ne semblant jamais avoir présenté plus d'extension?

De même la contagion ne semble pas pouvoir être nettement établie; on n'a jamais observé de séries familiales ou scolaires de méningite.

Dans leur thèse, Dubois, Blacque ont recherché si l'on pouvait établir une relation entre la grippe et la méningite à bacille de Pfeiffer. Il est à remarquer que pendant la dernière pandémie grippale il n'y eut que quelques très rares cas signalés. Trémolières et Rafinesque insistent même sur l'intégrité des méninges au cours de cette épidémie. La série des cas publiés en 1921 à la Société de pédiatrie est survenue en dehors de toute épidémie, il en est de même du second cas signalé par Kotz. La plupart des observations publiées ne permettent pas de conclure à ce sujet, car elles ne donnent aucun renseignement sur l'état de santé de l'entourage du malade; dans le cas que nous avons vu il nous a été impossible de dépister l'infection grippale parmi l'entourage du nourrisson. Les constatations tirées de la dernière épidémie de grippe seraient plutôt en faveur de l'indépendance de la méningite à bacille de Pfeiffer par rapport à la grippe.

***

Bactériologie. — Le bacille de Pfeiffer a été découvert, en 1890, dans des produits d'expectoration pulmonaire de malades atteints de grippe. Sa spécificité, comme agent de l'infection grippale, a été très discutée. Des travaux récents ont montré que si le bacille peut être offensif pour l'homme et certains animaux, du moins n'est-il pas l'agent de la grippe.

C'est un bacille court, très grêle, habituellement deux fois plus long que large, à extrémités arrondies. Il est immobile, ne possède pas de capsule,

ne donne pas de spores. Les éléments sont isolés, ou groupés deux à deux, formant parfois des chaînettes constituées exceptionnellement de plus de quatre éléments. Sur les frottis, on peut les trouver extra ou intracellulaires.

Telle est la morphologie habituellement décrite. Dans des cas récents, d'autres formes ont été signalées qui peuvent dérouter l'observateur non prévenu. Fréquemment, le bacille a l'aspect d'une bactérie courte, trapue, ovoïde, dont les deux extrémités retiennent plus la matière colorante que le centre, c'est en somme un bacille en navette se rapprochant des pasteurelloses ; dans d'autres cas, on trouve des éléments arrondis en forme de cocci très petits ayant au centre, à un fort grossissement, un espace clair linéaire (forme en grain de café); enfin, l'on peut observer des formes bacillaires grêles de la taille du bacille de Koch, ou plus longues encore rappelant celles des vieilles cultures. Ce pléomorphisme du bacille, non admis par Pfeiffer, a été signalé depuis bien souvent (Adams, Simon et Aine, Legroux, Dujarric de la Rivière, Lemaire).

Ce bacille prend difficilement les matières colorantes. Il faut le colorer longuement par le bleu phéniqué, ou mieux par la fuchsine diluée. Il ne prend pas le Gram.

C'est un microbe strictement aérobie, se développant à 37 degrés. *Il ne donne aucune culture sur les milieux usuels.* Il ne pousse que sur les milieux additionnés de sang. Le microbe pousse bien sur les milieux au sang de pigeon qui est particulièrement riche en hémoglobine. Il cultive également sur milieux vitaminés. Cette action favorisante du sang serait due, soit à l'action de l'hémoglobine (Dujarric de la Rivière, O. Olsen, Tocunaga), soit à la présence de vitamines dans la partie figurée du sang (Agulhon et Legroux). Le cocco-bacille poussera donc bien sur gélose-sang, bouillon-sang et gélose ou bouillon vitaminé. Les cultures sur gélose ou bouillon T sont beaucoup moins abondantes.

Le développement du microbe semble être favorisé par la présence d'autres germes, staphylocoque, prodigiosus (Meunier, Rosenthal). Ensemencé en même temps que le staphylocoque, le bacille de Pfeiffer donne sur gélose-sang des colonies géantes autour des colonies de staphylocoques (« satellisme cultural » de Meunier). Grâce à cette propriété, on a pu faire pousser sur gélose ordinaire du cocco-bacille en symbiose avec du staphylocoque (Neisser).

La vitalité du microbe est faible. L'agglutination, possible avec le sérum d'animaux vaccinés, n'a pu être réalisée que rarement avec le sérum du malade (Cohen).

Pfeiffer n'admettait pas la virulence du microbe pour les animaux usuels de laboratoire. Certains auteurs, se basant sur cette opinion et niant la présence possible du microbe dans le sang du malade, ont cru pouvoir décrire des *para-cocco-bacilles* doués de propriétés inverses et cultivables sur milieux usuels. Cette distinction ne paraît pas devoir être maintenue. Le bacille de Pfeiffer peut être virulent pour l'animal; on a pu l'inoculer avec succès au cobaye en injection intrapéritonéale, ou mieux au lapin en injection intrapleurale (Dujarric de la Rivière); enfin, l'hémoculture a pu être réalisée avec le sang du malade (Orticoni) et la septicémie prouvée par ce procédé ou par celui de l'inoculation du sang humain dans la plèvre du lapin.

*
* *

Anatomie pathologique. — La méningite à bacille de Pfeiffer est une méningite cérébro-spinale.

A l'ouverture de la boîte cranienne, on peut, ou non, trouver une collection purulente extra-dure-mérienne. En tous cas, la dure-mère adhère fortement au squelette; elle est terne dans les points où elle est en contact avec le pus, elle est brillante dans les régions indemnes.

A l'incision de la dure-mère, on constate le plus souvent une méningite de la convexité, ayant un aspect comparable à celui des méningites à pneumocoque ou à méningocoque. C'est une véritable calotte de pus jaune verdâtre, épais, gélatiniforme (Blacque) présentant souvent un piqueté hémorragique (Dubois) coexistant parfois avec une collection siégeant à la partie postérieure des hémisphères. Dans quelques cas on voit des nappes purulentes localisées sous forme de traînées le long des vaisseaux, ou à la base, et parfois au niveau de la lame criblée de l'ethmoïde. Au niveau de ces lésions, les circonvolutions cérébrales sont aplaties, effacées, la substance cérébrale semblant même ramollie.

Les ventricules peuvent être distendus et contenir un liquide louche ou du pus véritable; on a pu observer leur rupture (Blacque).

Les hémisphères cérébelleux ont jusqu'à présent paru indemnes de toute lésion.

A l'ouverture du canal médullaire, on trouve la moelle tapissée, surtout sur sa face dorsale par un exsudat purulent; des fusées purulentes engainent souvent les racines.

La moelle est parfois indemne, d'autres fois, elle est diffluente. Pour Blacque, elle peut être détruite sur une certaine hauteur. On a observé des thromboses du système veineux rachidien.

Les *constatations histologiques* peu nombreuses, n'ont pas permis de déterminer, de façon précise, les lésions nerveuses. D'après les rares observations complètes sur ce point, la névroglie paraît intacte, les tubes nerveux ne semblent pas dégénérés, on aurait cependant trouvé çà et là quelques granulations graisseuses.

On a constaté la présence du bacille de Pfeiffer au niveau des exsudats purulents et pour Frænkel, il ne se trouverait jamais ailleurs, mais Pfühl l'a rencontré disséminé dans la névroglie, le long des espaces lymphatiques, dans les gaines périvasculaires ; il en a trouvé des amas dans les capillaires sanguins et les artérioles.

Au niveau du *squelette cranien*, on a assez souvent constaté l'existence de lésions ayant pu être regardées comme origine de l'infection méningée : otite moyenne, mastoïdite (n'ayant parfois aucune relation apparente avec l'inflammation des méninges), suppuration de la lame criblée de l'ethmoïde paraissant plus en rapport avec une méningite de la base.

Examen des autres organes. — Le poumon n'est presque jamais indemne, on peut trouver tous les degrés d'inflammation des voies respiratoires : bronchite, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, pneumonie.

La plèvre présente assez souvent des lésions : pleurésie sèche, séro-fibrineuse ou purulente.

L'appareil cardiaque peut être atteint en chacun de ses éléments : péricardite purulente (Simon

et Aine), myocardite (Slawyck), endocardite (Hecht).

Le foie, la rate, les reins sont presque toujours congestifs et sont parfois le siège de lésions de dégénérescence.

Les organes lymphoïdes intestinaux sont augmentés de volume.

Dans de nombreuses observations, on a signalé des arthrites purulentes de diverses articulations, avec parfois ouverture de la synoviale et communication avec un foyer sous-cutané.

Le bacille de Pfeiffer a pu être trouvé à l'état pur au niveau de toutes ces lésions, le plus souvent associé avec d'autres microbes au niveau du poumon.

*
* *

Symptomatologie. — La méningite à bacille de Pfeiffer est surtout une méningite du nourrisson. Elle se présente et évolue généralement comme une méningite aiguë à pneumocoque ou à méningocoque.

L'apparition des symptômes méningés est le plus souvent précédée de quelques signes d'allure grippale, soit troubles respiratoires, soit troubles gastro-intestinaux, accompagnés d'un peu de fièvre.

Le syndrome méningé se constitue progressivement, et c'est ordinairement parce qu'il vomit ou parce qu'il a des convulsions ou de l'abattement que l'enfant est amené au médecin.

Le petit malade présente alors de la raideur de la nuque. Cette raideur constante est intense et douloureuse; la tête est souvent spontanément rejetée en arrière. Le même état de rigidité existe au niveau des membres. Assez fréquemment, on peut mettre en évidence le signe de Kernig. L'enfant prend souvent spontanément la position dite en chien de fusil. La dépression du ventre en bateau est moins constante. Complétant cet état, on note fréquemment, au niveau de la face, des grimacements, du grincement des dents, du mâchonnement, apparaissant de manière intermittente.

Les réflexes tendineux sont, le plus souvent, au moins un peu vifs, parfois nettement exagérés. Pour Dubois, ils sont variables au cours de l'évolution de la maladie, chez un même malade.

La fontanelle est distendue.

Les troubles oculaires existent toujours, mais varient suivant les sujets. On a noté du strabisme, la fixité du regard, on a pu constater l'inégalité pupillaire, la dilatation des pupilles qui réagissent mal à la lumière.

Au niveau de la face, se voient très souvent des troubles vaso-moteurs. La raie méningitique est assez fréquemment observée, mais à sa recherche s'oppose parfois une hyperesthésie cutanée manifeste.

La température s'est élevée progressivement à 39 degrés, baissant peu le matin. Le pouls est rapide, petit, irrégulier. Les urines sont peu abondantes, foncées, mais ne contiennent habituellement pas d'albumine. La diazo-réaction d'Ehrlich est positive (Dubois).

Aux poumons, on note soit quelques râles de bronchite diffuse, soit quelques symptômes de congestion pulmonaire.

La rate est un peu augmentée de volume.

Tels sont les symptômes que l'on observe dans les premiers jours. Il existe, en somme, des signes caractéristiques d'une réaction méningée qui légitiment une ponction lombaire.

Au bout de quelques jours, parfois très rapidement, on voit apparaître des symptômes plus alarmants encore, convulsions localisées ou généralisées, altération rapide de l'état général, bientôt suivis de phénomènes de dépression : paralysies intéressant les muscles de la face ou des membres, relâchement des sphincters, respiration difficile, tendance au collapsus, sueurs visqueuses, hypothermie.

Fréquemment, apparaissent des abcès sous-cutanés avec présence de cocco-bacille. Lorsque ces abcès siègent au voisinage d'une articulation, ils peuvent communiquer avec la cavité articulaire, ou tout au moins, on peut soupçonner leur relation avec une inflammation de la synoviale. Ils contiennent alors, soit un liquide louche, soit un liquide franchement purulent. Ces abcès sous-cutanés comme ces arthrites purulentes, résultent d'une véritable septicémie à bacille de Pfeiffer, comme le prouvent les résultats positifs de l'hémoculture.

L'*évolution* de la maladie est presque constamment mortelle ; elle se fait en quelques jours (4 à 12), plus rapidement encore (trente heures, Simon et Aine).

*
* *

Formes cliniques. — A côté de cette forme la plus communément observée chez le nourrisson, on a pu constater des *formes subaiguës*, à début lentement progressif et pouvant simuler la méningite tuberculeuse. Seul, l'examen du liquide céphalo-rachidien permet de reconnaître ces méningites à bacille de Pfeiffer, qui évoluant, moins bruyamment n'en ont pas moins la même terminaison mortelle, au bout de quinze jours à trois semaines.

Chez les *grands enfants*, Blacque a décrit comme chez le nourrisson, deux formes, aiguë et subaiguë de méningite à cocco-bacille.

Chez l'*adulte*, cette méningite est très rarement observée. Il en existe une observation de Cohœ, chez un homme de trente-trois ans. La maladie a évolué lentement vers la guérison et n'a pas laissé de séquelles. Il en a été cité un autre cas douteux : La méningite était apparue au cours d'une épidémie de grippe, et avait eu une évolution rapidement mortelle (*Dauphiné médical*, 1897). Dans sa thèse, Blacque insiste sur la rareté des observations de méningites à bacille de Pfeiffer chez l'adulte. Il l'attribue à ce fait que dans ces cas, la maladie a une allure subaiguë et une symptomatologie assez fruste pour passer inaperçue.

*
* *

Pronostic. — La méningite pfeifférienne a presque toujours une évolution mortelle. Elle est comparable en cela à la méningite à pneumocoque.

On a observé chez le nourrisson, quelques rares cas de guérison : un cas de Mya (nourrisson de neuf mois), un cas de Botten (nourrisson d'un an), ces deux cas ayant guéri, non sans laisser des séquelles, l'enfant de Mya a conservé une hémiplégie alterne (avec syndrome de Millaud-Gübler), celui de Batten a gardé une diminution notable de l'acuité visuelle. La persistance de ces troubles semble due à ce que l'infection a atteint non seulement les méninges, mais la substance nerveuse

elle-même, elle semble liée également à la localisation, particulièrement fréquente, des exsudats purulents au niveau de la base.

Si le pronostic paraît presque absolument fatal chez le nourrisson, il semble s'améliorer chez l'enfant plus âgé. Chez le grand enfant des guérisons durables ont été signalées : un cas de Thomesco (enfant de 7 ans), un cas de Lange (enfant de 9 ans).

Enfin le seul cas bien caractérisé chez un adulte de trente-trois ans (Cohoe) a évolué vers la guérison.

* * *

Diagnostic. — Chez le nourrisson et le grand enfant le diagnostic de méningite est le plus souvent facile à établir. Dans la plupart des cas on distingue assez aisément une méningite vraie des réactions méningées qui se peuvent observer au cours de la gastro-entérite, de l'helminthiase, des accidents de la dentition, de la pneumonie, des maladies infectieuses.

Chez l'adulte le même problème différentiel se posera et l'on aura le plus souvent à éliminer : les formes cérébrales des maladies infectieuses, les troubles cérébraux de certaines intoxications (de l'urémie par exemple), les phénomènes convulsifs de certaines tumeurs cérébrales, de l'hémorragie méningée.

Si la nature de méningite aiguë est en général facile à percevoir, la nature pfeiffférienne de la méningite n'est, dans la règle, précisée que par la ponction lombaire.

Le plus souvent *dans les formes aiguës on pense à une méningite cérébro-spinale à méningocoque, ou à une méningite à pneumocoque.* Dans ces cas, comme dans la méningite à bacille de Pfeiffer, il existe dans les jours précédant l'apparition de la réaction méningée, une légère infection, un léger catarrhe des voies respiratoires ; en cas de pneumonie, la localisation pulmonaire est souvent nettement caractérisée. L'existence d'herpès et d'autres manifestations cutanées pourraient plaider en faveur du méningocoque alors que la pneumococcie s'accompagne seulement d'éruption herpétique.

Mais ce ne sont là que des symptômes secondaires et en réalité seule la ponction lombaire pourra procurer, en général, une certitude diagnostique. Ajoutons que, en cas de diagnostic hésitant et avant l'identification du microbe en cause, la constatation d'un liquide purulent devra toujours commander l'injection intrarachidienne de sérum antiméningococcique.

Dans les formes subaiguës c'est le diagnostic avec la méningite tuberculeuse qui se pose. L'habitus du malade, son amaigrissement progressif et rapide, la longue phase prodromique seront en faveur de la méningite à bacille de Koch. Mais là encore la ponction lombaire, pourra seule, en affirmer l'existence.

Ponction lombaire. — La ponction lombaire donne à la période d'état de la maladie un liquide louche ou nettement purulent, ayant alors l'aspect d'un pus verdâtre, comparable au pus d'une méningite à méningocoque ou à pneumocoque mais qui pour Richardière et Salès se sédimenterait plus rapidement.

Cependant au début de la maladie on peut obtenir un liquide, seulement hypertendu, clair; on peut voir dans le tube quelques flocons légers de fibrine et ce caractère joint à l'hyperalbuminose nette pouvait en imposer pour une méningite tuberculeuse. Mais cette hypothèse sera éliminée par l'examen cytologique et bactériologique.

Au cours des ponctions successives, le liquide devient louche, puis plus ou moins rapidement purulent.

Parallèlement on peut observer une modification de la formule cytologique. Il semble qu'au début les lymphocytes prédominent, puis les polynucléaires deviennent plus nombreux. La période d'état est nettement caractérisée par une polynucléose avec éléments désintégrés. Il s'agit d'une méningite purulente aiguë dont l'examen bactériologique va permettre d'établir la nature.

Examen bactériologique. — Il est en général facile de constater parmi les éléments cellulaires, l'existence d'un microbe se présentant avec les caractères morphologiques que nous avons signalés (forme coccobacillaire, forme en navette, forme bacillaire), ne se colorant bien qu'avec la fuchsine diluée, ne prenant pas le Gram, extra ou intracellulaire.

On devra parfaire son identification par des cultures : *Sur les milieux habituels, le cocco-bacille ne pousse pas*, c'est là un caractère important. *Sur milieu au sang*, ou *milieu vitaminé,* ou en symbiose avec un autre microbe il pousse au contraire abondamment.

Sur les milieux liquides il se produit d'abord un trouble uniforme, puis des dépôts floconneux; en quelques jours le liquide s'éclaircit totalement et les bacilles se trouvent rassemblés à la partie inférieure du tube soit en petits flocons, soit en amas d'aspect muqueux. Sur gélose sang ou gélose vitaminée les colonies sont isolées, rondes, blanches, laiteuses, brillantes, un peu proéminentes, à contours assez nets, d'un diamètre variant de celui d'une tête d'épingle à celui d'une petite lentille; leur teinte brune, permet de les distinguer assez facilement de la couleur du milieu de culture.

L'examen microscopique des cultures montre la prédominance des formes bacillaires dans les milieux liquides celles des formes cocco-bacillaires sur milieux solides.

Au cas de *localisation extraméningée* le bacille de Pfeiffer pourra être mis en évidence directement ou par cultures, dans les abcès sous-cutanés ou articulaires par exemple. Dans ces cas également l'*hémoculture* a été réalisée quelquefois (Triboulet et Harvier, Méry et Weil). L'ensemencement se fait sur milieu ordinaire ou dans le sang humain prélevé qui suffit à constituer un milieu favorable. Mieux encore le sang sera inoculé dans la plèvre du lapin (Dujarric de la Rivière).

* * *

Traitement. — Nous avons vu en étudiant le pronostic l'extrême gravité de la méningite à bacille de Pfeiffer puisque sur environ cent cas observés, cinq seulement ont guéri. Dans les quelques cas terminés favorablement, le seul traitement institué avait été, les ponctions lombaires successives, l'administration par la bouche d'urotropine, la vaccinothérapie.

Le traitement général sera celui de toute méningite aiguë. L'on mettra le malade au repos complet, à l'abri de l'air et de la lumière. La balnéation chaude, les applications de glace sur la tête sont indiquées pour diminuer l'excitabilité. L'adulte sera alimenté dans la mesure du possible, et légèrement;

l'on sera sobre de médicaments, seuls le bromure, la valériane, ou même le chloral pourront être employés.

Naturellement l'on soutiendra les forces du malade par des injections d'huile camphrée et l'on pourra essayer de lutter contre l'infection générale au moyen d'injections intramusculaires ou intraveineuses de métaux colloïdaux, ou d'urotropine.

Localement l'on pratiquera les ponctions lombaires, rejetées, au besoin quotidiennement. Celles-ci agissent principalement en diminuant l'hypertension, accessoirement par soustraction du pus, des microbes, des toxines.

L'on pourra tenter le lavage des espaces sous-arachnoïdiens par injection, après ponction lombaire, le sérum physiologique ou de solutions antiseptiques telles que le protargol.

L'on devra, enfin, toujours essayer la vaccinothérapie, celle-ci sera réalisée par l'injection d'autovaccin. C'est là la méthode de choix, mais qui demande quelques jours de préparation. Etant donné la rapidité de l'évolution l'on devra, en général, se contenter de stock-vaccin (vaccin antigrippal de l'Institut Pasteur). Plus simplement encore on utilisera la plasmothérapie, ou la réinjection sous-cutanée du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux antérieurs à 1911, voir les thèses de Dubois (*Th. de Paris*, 1902), Blacque (*Th. de Paris*, 1911).

Lagane. Le bacille de Pfeiffer chez le nourrisson, *Le Nourrisson*, 1913, p. 144.

Haushalter et Jacquot. Méningite subaiguë à bacille de Pfeiffer à la suite d'une paralysie infantile, *Arch. de méd. des enf.*, 1913, p. 845.

A. Ross et E. Moore. Un cas de méningite grippale, *Brit. med. Journ.*, 25 oct. 1913.

Bhat. Un cas de méningite grippale, *Lancet*, 1917, p. 384.

Rapport sur l'épidémie d'influenza dans les armées britanniques en France (1918), *Brit. med. Journ.*, 1919, p. 505.

Netter. L'épidémie d'influenza de 1918, rapport, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1918, p. 543.

Schreiber. Les complications méningées au cours de la grippe, *Paris méd.*, 1919, p. 246.

Trémolières et Rafinesque. Quelques remarques sur l'épidémie de grippe, *Presse méd.*, 24 fév. 1919.

Richardière et Salès. Méningite à cocco-bacille de Pfeiffer chez un nourrisson, *Soc. de pédiat.*, 15 mars 1921.

Lereboullet. Cas cité oralement, *Soc. de pédiat.*, 15 mars 1921.

Richardière et Laplane. Un cas de méningite à bacille de Pfeiffer chez un nourrisson, *Soc. de pédiat.*, 21 juin 1921.

H. Lemaire, Salès et Turquéty. Un cas de méningite à bacille de Pfeiffer chez un nourrisson, *Soc. de pédiat.*, 21 juin 1921.

H. Lemaire, Boulanger-Pilet et Ollivier. Un cas de méningite à bacille de Pfeiffer chez un nourrisson, *Soc. de pédiat.*, 21 juin 1921.

Guillemot. Deux cas cités oralement, *Soc. de pédiat.*, 21 juin 1921.

H. Kotz. La méningite à bacille de Pfeiffer dans la première enfance, *Berl. klin. Woch.*, 1921, t. LVIII, n° 17.

H. Agulhon et R. Legroux. Contribution à l'étude des vitamines utilisables à la culture des microorganismes. Applications au bacille de l'influenza, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1918, t. CXLVII, p. 537.

O. Olsen. Recherches sur le bacille de Pfeiffer, *Centralbl. f. Bakt.*, 1920, t. LXXXV, p. 12.

Tocunaga. Biologie du bacille de Pfeiffer, *Deut. med. Woch.*, 2 déc. 1920.

Dujarric de la Rivière. *Le Virus grippal.* Conf. Institut des Hautes-Etudes de Belgique, Masson, 1921.

Rob. Pfeiffer et H. Prausnitz. Sérum de convalescents dans le traitement de la grippe, *Münch. med. Woch.*, 31 janv. 1919.

A. Grigaut et F. Moutier. Essai de traitement de la grippe par la plasmothérapie, *C. R. de l'Acad. des sc.*, nov. 1918, t. CLVII, p. 765.

ACTUALITÉS

BIOLOGIE ET DIAPHYLAXIE

Les procédés de défense (*natura medicatrix* des anciens) tiennent aujourd'hui en médecine un rôle considérable, car on suppose que l'organisme réagit d'une manière adéquate à toutes les causes de troubles et de maladies et adapte, en chaque cas, ses moyens de lutte à l'ennemi qu'il doit combattre. On a été si loin dans cette voie que le professeur Ch. Richet, qui a, le premier, donné un exposé magistral de la doctrine diaphylactique, en est arrivé à voir dans les fonctions de nutrition, de reproduction et de relation des réactions de défense et à trouver, dans l'anaphylaxie, une forme de protection, à la vérité fort dangereuse, contre une modification des albumines spécifiques.

En présence de ces exagérations manifestes, les biologistes de l'école mécaniste commencent à protester. Non seulement ils découvrent, dans cette doctrine, une survivance d'idées vitalistes et même anthropomorphiques inconciliables avec une explication vraiment scientifique, mais encore ils lui opposent des faits qui semblent conduire à une interprétation toute différente de celle que l'on donne présentement des « prétendus » procédés de défense. Or, ce point de vue paraît à peu près ignoré des médecins. Peut-être sera-t-il intéressant de le leur faire connaître.

* * *

On distingue d'habitude les procédés de défense morphologiques et les procédés de défense physiologiques. Les premiers se réfèrent à des dispositions de structure, de formes, de couleurs, carapaces, piquants, autotomie, mimétisme, homochromie, couleurs prémonitrices, etc. Ils ne nous arrêteront pas longuement parce que, à leur sujet, l'opinion semble désormais faite et que, d'ailleurs, ils n'appartiennent pas proprement au domaine médical. Parmi les biologistes, très peu admettent encore que la ressemblance d'un papillon avec une feuille sèche, d'un bacille (orthoptère) avec une brindille de bois, d'un insecte comestible pour l'oiseau avec un autre insecte qui ne l'est pas, etc., ait un but et un résultat protecteurs.

En effet, prenons par exemple, les *Kallima*, ces papillons asiatiques qui ressemblent à des feuilles mortes. Que ce soit par sélection ou mutation qu'ils aient acquis ce caractère, sa valeur protectrice est-elle réelle ? Non, répond M. Et. Rabaud (1), attendu que, « à côté des insectes ressemblant parfaitement à une feuille sèche, d'autres existent qui ne leur ressemblent que très incomplètement. Ces derniers, pourtant, vivent et se multiplient ; ils possèdent donc une raison de le faire indépendante de leur aspect : s'ils la possèdent, l'aspect perd toute importance ». Le même raisonnement s'applique au

(1) *Eléments de biologie générale*, p. 384-385.

mimétisme et aux colorations prémonitrices, car on a effectivement constaté que souvent les espèces mimantes ont des représentants plus nombreux que les espèces mimées, ce qui enlève au mimétisme son utilité positive. C'est le cas des petits serpents-corail inoffensifs imitant l'*Elaps*. Il en est encore ainsi pour l'homochromie, puisque certains papillons feuille-morte ne vivent qu'au printemps, c'est-à-dire à une époque où ils tranchent nettement sur le vert éclatant des plantes. Il y a plus. JUDD a constaté que des criquets, immobilisés par amputation des pattes et répandus sur des tas de feuilles avec lesquelles ils se confondaient, ont été cependant immédiatement découverts et mangés par les oiseaux. Nous attachons une valeur utile à l'homochromie et aux procédés analogues, parce que nous supposons que les animaux voient et agissent comme nous; c'est une assimilation anthropomorphique contre laquelle s'élèvent des faits de plus en plus nombreux. Donc, les défenses morphologiques, n'ayant pas d'utilité et ne pouvant, en conséquence, donner prise à la sélection, constituent simplement des phénomènes de convergence, liés au comportement ou à la parenté.

* * *

La même conclusion est-elle applicable aux défenses physiologiques et, en particulier, ce qui nous intéresse surtout, aux réactions microbicides et antitoxiques et à l'immunisation? C'est ce que nous avons à examiner.

Quand une graine tombe en terre, mais ne se développe pas par suite des circonstances, disons-nous que le sol se défend? Non. Considérons donc ce qui se passe quand un microbe quelconque pénètre dans un organisme. Nous n'avons ici que deux cas à envisager : ou bien le parasite continue de vivre et finit par tuer son hôte, et il n'y a pas à s'occuper d'une diaphylaxie dénuée d'efficacité, ou bien le parasite, après une période de développement, est détruit par l'organisme qui s'en débarrasse et guérit. C'est en cette occurrence seulement que l'on peut parler de l'efficacité de la diaphylaxie. Analysons ce phénomène et, pour plus de simplicité, limitons-nous à la phagocytose et à la formation des anticorps.

PHAGOCYTOSE. — Elle s'exerce contre les corps étrangers au milieu, poudres inertes aussi bien que corps microbiens : c'est un simple tactisme. Elle peut manquer; elle peut ne pas digérer le microbe, mais au contraire servir à sa dissémination. Que devient alors la défense leucocytaire? Quant à l'hyperleucopoièse, elle est conditionnée par des actions chimiques analogues à celles des acides gras et de l'eau de mer hypertonique dans les expériences de J. LOEB sur la fécondation articielle. Son utilité protectrice apparaît d'autant moins qu'elle n'est jamais proportionnelle à la gravité de l'infection et qu'on la voit parfois entraîner, en dehors de tout infection, des accidents très graves (leucocythémie).

FORMATION DES ANTICORPS. — L'hypothèse classique admet que la pénétration d'un virus détermine, de la part de l'organisme, la production de substances qui sont spécifiquement antagonistes à ce virus. Les faits les plus récents ne sont guère favorables à cette spécificité : des sérums non spécifiques et même les corps les plus divers produisent des effets semblables à ceux des sérums spécifiques. Ils ne le sont guère davantage à la notion d'utilité que comporte l'hypothèse. Aucun des anticorps supposés n'a pu être défini chimiquement; on ne leur connaît que certaines constantes physiques, pour la bonne raison que ce sont, non des corps chimiques, mais l'expression de modifications d'équilibre aboutissant à la destruction de colloïdes qui ne sont pas nécessairement ceux des microbes. Les pouvoirs catalytiques en présence luttent suivant les lois de la chimie physique (loi des phénomènes réciproques, loi de LENZ, etc.), dans lesquelles n'intervient et ne peut intervenir aucune utilité préétablie. Si l'action catalytique des colloïdes étrangers est la plus forte, nos propres colloïdes sont détruits et la mort s'ensuit; si celle de nos colloïdes l'emporte, les colloïdes étrangers sont assimilés et la guérison survient. Cette dernière éventualité n'est malheureusement pas celle qui se réalise le plus souvent, puisque, s'il en était autrement, on ne mourrait presque jamais d'infection. Néanmoins il est des circonstances où les réactions colloïdales entraînent une modification du terrain telle que, pendant un temps plus ou moins long, il devient impropre à la culture de certains germes : c'est l'immunisation; elle est secondairement avantageuse, mais on ne saurait oublier, non seulement qu'elle peut manquer, mais encore que parfois l'organisme, au lieu d'être immunisé, se trouve dangereusement sensibilisé et, par un mécanisme colloïdal qui demeure exactement le même que celui de l'immunisation. Nous n'avons donc pas le droit d'attribuer à des phénomènes, qui se passent exclusivement dans le plan mécaniste, une finalité que nous introduisons après coup et par simple analogie avec le comportement de l'homme se défendant contre ses ennemis.

* * *

Tel est le point de vue actuel de la biologie; pour elle, il n'y a pas d'utilité dans la nature. Sans doute. Mais s'ensuit-il que, finalement, l'organisme ne tire pas avantage du phénomène accompli? Non évidemment, puisque des espèces ont survécu alors que tant d'autres se sont éteintes. Par conséquent, il me semble permis de grouper tous les résultats avantageux des réactions physico-chimiques qui se déclenchent dans les êtres vivants sous un nom commun, défense organique, diaphylaxie ou antixénie. A la condition qu'on n'y veuille pas trouver une utilité préétablie qui fausserait l'interprétation des faits et entraînerait, comme on le voit de nos jours si souvent, des illusions et des mécomptes, l'étude de ces résultats devient au contraire des plus fructueuses, car elle met le médecin et le thérapeute à même de favoriser, dans certaines circonstances qu'il importe de préciser avec plus d'exactitude, les réactions avantageuses, et de modifier ou de neutraliser les réactions nuisibles.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1921)

Un nouveau groupe de diurétique; les diurétiques interstitiels. La diurèse par déplacement d'ions. — M. Léon BLUM (de Strasbourg). « La thérapeutique actuelle des hydropisies consiste à associer un régime pauvre en chlorure de sodium et pauvre en eau à une médication cardiotonique

ou rénale, selon que la rétention d'eau est causée par une affection du cœur ou une affection des reins. Ce traitement, qui convient à nombre de ces hydropisies, reste cependant inefficace pour certaines d'entre elles et les rétentions d'eau qui ne relèvent pas d'une affection cardiaque ou rénale n'en sont pour ainsi dire pas influencées. Nous avons constaté que très souvent l'administration de fortes doses de sels de potassium et de calcium, associés au régime déchloruré, était extrêmement efficace là où le traitement, précédemment indiqué, avait échoué ; après avoir soumis nos malades à un régime sans sels et pauvre en eau, nous donnions tour à tour de la digitale, de la théobromine ou de la théophylline à hautes doses. Et dans les cas où ce traitement avait échoué nous commencions l'administration des sels.

« C'est dans ces conditions que nous avons enregistré la réduction parfois très rapide et considérable de certains œdèmes brigthiques, de certains œdèmes de cause inconnue, d'épanchements pleuraux, d'épanchements ascitiques et plus exceptionnellement enfin d'hydropisies cardiaques rebelles à la digitale.

« L'emploi des sels de potassium comme diurétiques est déjà ancien, l'usage des sels de calcium a été recommandé à diverses reprises dans ces dernières années, mais on n'en avait obtenu que des résultats médiocres : parce qu'on n'y avait pas associé un régime approprié et parce qu'on n'avait pas donné des doses suffisantes. L'institution d'un régime pauvre en sodium, condition parfaitement réalisée par un régime déchloruré, puisque la presque totalité du sodium que nous absorbons est prise sous forme de chlorure de sodium, est indispensable pour obtenir une action diurétique des sels de calcium et de potassium. La question de dose est également capitale et nos observations nous ont prouvé nettement que là où 3 grammes ou 4 grammes de sel de potasse ou de calcium sont inopérants, 15 grammes à 25 grammes agissent au contraire puissamment. Doses importantes de sels et association au régime pauvre en sodium, telles sont donc les caractéristiques de la médication diurétique que nous proposons. Le fait qu'elle agit très efficacement dans les hydropysies de localisation et d'origines les plus variées, inflammatoires, mécaniques, rénales ou cardiaques donne à penser que son mode d'action est général et pour nous il consiste en un déplacement d'ions dans les humeurs.

« Les liquides d'hydropisies sont, on le sait, essentiellement constitués par une solution de chlorure de sodium et l'on admet que c'est la rétention de sel qui conditionne la rétention d'eau. Mais, si nous poussons plus loin l'analyse des faits, nous sommes amenés à conclure que c'est en définitive l'ion sodium qui règle les phénomènes d'hydratation (1). Lorsqu'un sujet en état d'hydropisie ingère des quantités suffisantes de sel de potassium et de calcium, le sang et les liquides épanchés s'enrichissent en potassium et en calcium, s'appauvrissent en sodium et son urine élimine du sodium en excès (2). Pour nous, le potassium et le calcium agissent donc en déplaçant dans les humeurs l'ion sodium. Nous pensons donc qu'il y a lieu de considérer à côté des diurétiques rénaux qui agissent sur la cellule rénale et des diurétiques cardiaques qui font uriner en améliorant la circulation des reins, les diurétiques interstitiels qui agissent sur les liquides déposés dans les interstices tissulaires provoquant l'élimination d'eau en l'entraînant par un départ de sodium. »

Traitement de la névralgie faciale par la résection du sympathique cervico-thoracique. — M. Thomas Jonnesco. Les opérations pratiquées contre la névralgie faciale sont très nombreuses. On s'est adressé successivement aux branches périphériques du trijumeau, aux ganglions extracraniens et au ganglion de Gasser. Toutes ces opérations ont donné des résultats incertains, puisque la récidive est survenue très fréquemment.

(1) L. Blum, Aubel et R. Hausknecht. Le mécanisme de l'action du chlorure de sodium et du chlorure de potassium dans les néphrites hydropigènes, *C. R. Soc. de biol.*, t. 85, p. 123; *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 29 juillet 1921.

(2) L. Blum, E. Aubel et R. Hausknecht. Les variations de la teneur du sang et des humeurs en sodium et en potassium après ingestion des sels de sodium et de potassium, *C. R. Soc. de biol.*, t. 85, 1921, p. 498.

Il y a quelques années déjà, en raison de la gravité de quelques-unes de ces opérations (gasserectomie) et de l'inefficacité de la plupart d'entre elles, on s'est adressé au sympathique cervical (Jaboulay, Chipault, Delagénière, Poirier, Delbet, Cavazzani, Jonnesco). Les résultats n'ayant pas été durables, on y a renoncé. Dans ces opérations, on s'était adressé seulement au ganglion supérieur du côté malade, pensant que sa résection suffirait à amener la guérison.

M. Jonnesco croit que l'ablation complète du sympathique cervical, y compris le premier ganglion thoracique pratiquée des deux côtés peut, seule, amener des modifications durables, voire permanentes, dans la circulation des vaisseaux du nerf et de ses ganglions.

Les nerfs vaso-moteurs du sympathique qui agissent sur les vaisseaux intracraniens passent, en effet, par deux voies : par le cordon prévertébral avec ses trois ganglions cervicaux, pour le terrain carotidien, et par le nerf vertébral, émanation du dernier ganglion cervical et du premier thoracique, qui passe dans le canal intervertébral, accompagnant l'artère vertébrale qui constitue la zone postérieure ou basilaire des artères intracraniennes.

M. Jonnesco pratique cette opération sous la rachianesthésie supérieure, en introduisant entre la dernière vertèbre cervicale et la première dorsale (ponction cervico-thoracique), 2 centigrammes de stovaïne et 1 milligramme de strychnine.

L'opération est faite en deux temps, comprenant la résection complète du sympathique du côté malade. Quelques jours après, on procède à la résection du sympathique du côté opposé.

Dans deux cas rebelles, cette opération a donné à M. Jonnesco deux succès complets.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 28 octobre 1921)

Otites et suppurations du rocher chez le nourrisson. — M. Maurice Renaud, répondant à ceux qui l'ont critiqué, montre qu'aucune attaque n'a directement atteint les faits qu'il a rapportés et que si les conséquences logiques qu'il en tirait ont été accueillies, par certains, avec méfiance, c'est surtout parce qu'elles sont en désaccord avec les théories habituellement admises.

M. Variot, à propos de la communication de M. Renaud, insiste sur la fréquence des otites latentes, mais considère comme une grave erreur de faire prendre un rôle important aux suppurations de l'oreille dans la pathogénie de l'athrepsie.

M. Martin proteste contre l'opinion de M. Renaud. Les otites n'ont qu'un rôle d'importance secondaire dans la mortalité infantile. L'infection, en général, est la cause de la mort du nourrisson, d'où la nécessité de l'isolement.

M. A. Delille insiste sur l'importance de la communication de M. Martin et demande que la Société consacre une séance pour la discussion de l'isolement dans les crèches.

Pneumo-péritoine. — M. H. Carelli (de Buenos-Aires), présente une très belle collection de films radiographiques obtenues grâce au pneumopéritoine.

Il complète sa communication en exposant une méthode nouvelle et personnelle qui permet d'explorer plus facilement le rein, organe extrapéritonéal. Il suffit pour cela d'injecter avec une fine aiguille, une certaine quantité de gaz dans la loge cellulo-adipeuse du rein. Les films obtenus par ce procédé tout à fait inoffensif, sont de toute beauté.

Prophylaxie de certains accidents de la thérapeutique par les arsenobenzènes : l'hémo-exophylaxie. — MM. Ch. Flandin, Tzanck et Roberti, à la topophylaxie de M. Sicard, substituent une technique consistant à mettre en contact pendant dix minutes dans la seringue même qui servira à faire l'injection, la solution d'arsenobenzène faiblement diluée et le sang du sujet. Tout accident est évité, grâce à l'action anticoagulante des arsenobenzènes.

Evolution d'une grossesse chez une malade présentant un syndrome parkinsonnien consécutif à une encéphalite léthargique. — MM. Guillain et Ch. Gardin rappellent que

l'évolution de la grossesse chez des sujets atteints d'encéphalite épidémique peut être normale; l'encéphalite, dans certains cas, revêt une forme grave et l'accouchement peut se produire avant terme, on a même dû parfois provoquer volontairement l'accouchement. La grossesse au cours du syndrome parkinsonnien postencéphalitique n'a été signalée que tout à fait exceptionnellement. MM. Guillain et Gardin présentent une malade chez laquelle, dans les semaines qui ont suivi une encéphalite léthargique, s'est développé un grand syndrome parkinsonnien avec hypertonie, attitude soudée, rétropulsion, phénoménes cataleptoïdes, salivation. En même temps que ce syndrome parkinsonnien évoluait une grossesse. Celle-ci fut tout à fait normale, l'accouchement se produisit au neuvième mois, la lenteur de la période d'expulsion nécessita une application de forceps. L'enfant pesait 2.760 grammes à la naissance et était bien conformé; il fut nourri au sein et ne présenta aucun syndrome pathologique.

Cette observation paraît intéressante en ce qu'elle montre que le syndrome parkinsonnien n'a pas été aggravé par la grossesse, que d'autre part la grossesse a évolué normalement et que l'enfant n'a pas souffert en apparence de l'infection du névraxe encore évolutive.

Syndrome hyperthyroïdien transitoire provoqué. — MM. Rist et Marc Weiss signalent six cas de syndrome basedowien survenu au cours de l'œsophagoscopie. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'une irritation du sympathique cervical; mais l'origine thyroïdienne du syndrome paraît vraisemblable. Les auteurs pensent que le traumatisme laryngé a peut être une action sur la sécrétion thyroïdienne.

M. Lian signale, à ce propos, avoir constaté un syndrome basedowien à la suite d'interventions sur le pharynx.

Prix de la Société médicale des hôpitaux. — 1° *Prix Gingeot* (1.500 fr.). — Sujet : « Les hépatites dysentériques et leur traitement. »

Les mémoires devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1922. Le prix sera décerné à la fin de décembre 1922.

2° *Prix Paul Le Gendre* (3.000 fr.). — Sujet : « Etude historique, statistique et critique sur le rôle du corps médico-chirurgical français civil et militaire pendant la guerre 1914-1918 et les conséquences qui ont pu en découler (dommages pour les médecins, conclusions en vue de l'avenir. »

Les ouvrages imprimés ou manuscrits devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1923.

Le prix sera attribué à la fin de décembre 1923.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1921)

Traitement chirurgical de la péricardite. — M. Picqué, à propos du rapport fait dans la dernière séance par M. Jacob, communique l'observation d'un malade âgé de vingt-cinq ans qui présentait une double congestion pulmonaire au cours de laquelle apparurent tous les symptômes d'une péricardite. Il pratiqua, chez ce malade, une péricardotomie, retira un litre de liquide séro-sanguin et gratta des granulations tuberculeuses qui siégeaient surtout sur la paroi postérieure. Il laissa le péricarde ouvert et ferma la plaie sans drainage.

Les accidents de péricardite s'améliorèrent, puis survinrent ultérieurement de la pleurésie double tuberculeuse, de la péritonite tuberculeuse. Toutefois, l'état général s'améliora, tous les accidents péricardiques disparurent. La péricardotomie est une bonne opération d'urgence. Elle devrait être pratiquée plus souvent.

M. Hallopeau, chez un jeune homme de seize ans atteint de péricardite, après deux ponctions infructueuses, pratiqua une péricardotomie qui amena une amélioration immédiate. Il a eu recours à l'anesthésie locale. Cette opération, proposée par M. Delorme en 1898, donna de bons résultats.

Traitement de l'arthrite suppurée par l'arthrotomie transversale transrotulienne. — M. Alglave fait un rapport s.r une observation communiquée par M. Miginiac (de Toulouse). Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui se blessa au genou; il se fit une plaie qui saigna. On appliqua de la teinture d'iode. Malgré cela, le genou se tuméfia, la température monta à 39 degrés et le pouls à 140. Il s'agissait d'une plaie pénétrante de la face interne du genou. M. Miginiac proposa une intervention qui fut refusée par le malade. On fit une ponction qui amena du pus. Mais les accidents persistant, le malade accepta alors l'opération. M. Miginiac fit une arthrotomie par section transversale de la rotule. Il eut ainsi une large ouverture qui lui permit un examen complet de la cavité articulaire. Il n'y avait pas de lésions osseuses, mais la synoviale était pleine de pus. Il fit un grand lavage à l'éther et referma. La rotule fut suturée par des fils d'argent. Les suites furent simples. L'examen bactériologique du pus montra la présence de rares cocci. Les fils furent enlevés le huitième jour et on commença la mobilisation de l'articulation et la marche. La guérison fut parfaite et les résultats éloignés sont très satisfaisants.

M. Miginiac se félicite de cette opération, arthrotomie transversale transrotulienne, qui, dans ce cas d'arthrite traumatique, lui a donné un très beau succès.

M. Robineau estime qu'il n'était pas nécessaire, dans ce cas, de faire une large arthrotomie. La ponction au bistouri suffit très généralement.

MM. Mouchet, Lapointe et Anselme Schwartz partagent la même opinion.

M. Duval, pendant la guerre, a vu se produire des désastres après des arthrotomies pratiquées par des chirurgiens plus ou moins expérimentés.

M. Thiéry, qui a été un des premiers à proposer l'arthrotomie transversale, a eu surtout en vue la tuberculose des synoviales. Mais dans l'arthrite suppurée ou même l'arthrite blennorragique la simple incision latérale suffit.

M. Quénu fait observer, avec raison, qu'il faut tenir compte de la diversité des arthrites microbiennes. Dans bien des cas la ponction suffit. Il faut subordonner l'importance de l'intervention au degré de septicité de l'arthrite.

M. Alglave n'a pas voulu ériger, en méthode générale l'arthrotomie transversale transrotulienne. Il a seulement rapporté un cas d'arthrite grave dans lequel cette opération a donné un fort bon résultat.

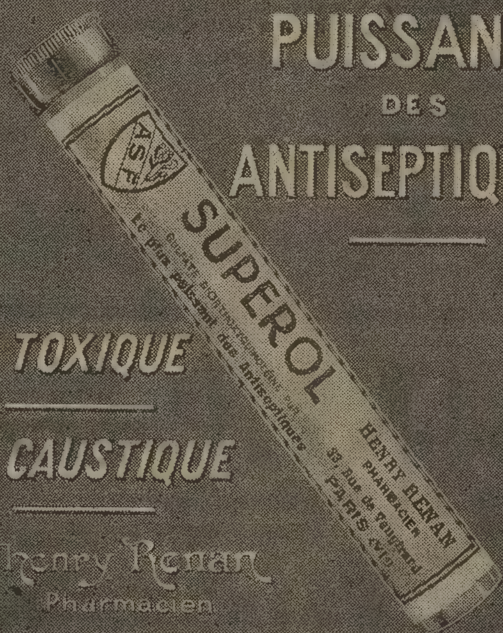
Paralysie radiale, guérison presque instantanée par libération du nerf. — M. Wiart fait un rapport sur une intéressante observation adressée par M. Courty (de Lille) : Fracture par balle, paralysie radiale; M. Courty va à la recherche du radial, qui était comprimé, libération du nerf, cinq heures après l'opération, M. Courty constate lui-même que le blessé relève les doigts. Le blessé affirme qu'il a pu relever ses doigts immédiatement après l'opération. La guérison a été définitive. De ce fait, M. Wiart rapproche deux cas semblables, dont un a été publié par M. Jaboulay.

M. Quénu rappelle un fait qu'il a observé dans le service de Tillaux : Il s'agissait d'une suture du médian suivie de restitution immédiate. A la suite d'une chute, la paralysie reparut. Tillaux découvre le médian et le trouve intact. M. Quénu dans un cas de paralysie du médian et du cubital, s'est contenté de suturer ce dernier et il a obtenu une guérison complète.

M. Hallopeau, dans un cas de fracture du coude avec paralysie du radial, découvre ce nerf, ne trouve aucune lésion, referme la plaie et dès le lendemain la paralysie avait disparu.

M. Auvray, en présence d'une paralysie complète du nerf sciatique poplité externe, dégage le nerf et obtient une restitution immédiate des mouvements du pied.

Tumeur du médiastin. — M. Duval fait un rapport sur une observation de M. Constantini : Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui était atteint d'une tumeur assez volumineuse du médiastin. Pour l'aborder il fallait créer un champ opératoire très vaste ; il fallut réséquer la clavicule et plusieurs côtes ; il y eut une hémorragie abondante, il fallut pratiquer beaucoup de ligatures, entre autres celle de la sous-clavière et du tronc brachio-céphalique. Il n'y eut aucun trouble de la circulation. Il y eut un pneumothorax accidentel. Ces pneumothorax, d'origine opératoire, sont généralement plus dangereux que le grand pneumothorax chirurgical.


LE PLUS
PUISSANT
DES
ANTISEPTIQUES
SUPEROL
HENRY RENAN
PHARMACIEN
NI TOXIQUE
NI CAUSTIQUE
Henry Renan
Pharmacien
33 Rue de Vaugirard PARIS (VI)
TÉLÉPHONE FLEURUS 23-01


AMPOULES POUR INJECTIONS Hypodermiques
1cc.=1gr. Seigle ergoté


NÉVROSTHÉNINE

Cependant, dans le cas de M. Constantini, il n'y eut pas d'accidents et la tumeur du médiastin put être enlevée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1921)

Les variations de la formule leucocytaire sous l'influence d'actions nerveuses immédiates. — MM. TINEL et SANTENOISE signalent tout d'abord un curieux phénomène. C'est la provocation par le réflexe oculo-cardiaque, d'une leucopénie périphérique souvent considérable. Le sang recueilli par piqûre au doigt montré, pendant le réflexe, des chutes de 2.000, 3.000, parfois jusqu'à 5.000 et 6.000 leucocytes, avec prédominance sur les polynucléaires et les grands mononucléaires, et tendance à l'inversion de la formule. Cette leucopénie considérable, rapide, éphémère, à peu près parallèle au ralentissement provoqué du pouls, disparaît du reste avec une égale rapidité dès que cesse la compression oculaire.

Elle ne paraît aisément explicable que par un mécanisme vaso-moteur dont les auteurs ont pu du reste confirmer l'existence par d'autres expériences :

La vaso-constriction provoquée soit par la réfrigération brusque d'un doigt au moyen d'un jet de chlorure d'éthyle, ou encore par l'excitation électrique d'un nerf mixte comme le médian ou le cubital, provoque immédiatement dans le doigt refroidi ou dans le territoire nerveux, une chute brusque et considérable du chiffre des leucocytes, avec réascension également rapide.

Au contraire, la vaso-dilatation obtenue par l'air chaud ou par une inhalation de nitrite d'amyle, déterminent avec une égale brusquerie une augmentation du nombre des leucocytes.

Enfin, pour mieux mettre en évidence encore l'action du système nerveux dans ces variations de la formule leucocytaire, les auteurs montrent que la vaso-constriction limitée à un territoire nerveux, telle que la réalisent par exemple certaines névrites du médian, s'accompagne d'une diminution des leucocytes du côté malade.

De même s'il existe une paralysie d'une main, avec paralysie vaso-motrice, la leucopénie du réflexe oculo-cardiaque se manifeste exclusivement à la main saine, sans aucune modification du côté malade.

La vaso-constriction observée dans diverses circonstances ou provoquée par diverses manœuvres, est donc capable de provoquer des leucopénies rappelant par leur intensité et leur tendance à l'inversion, la chute leucocytaire qui accompagne le choc hémoclasique, on peut donc se demander si ce n'est pas de même par une réaction vaso-motrice périphérique que le choc hémoclasique détermine sa leucopénie si caractéristique. Elle traduirait simplement la participation aux phénomènes du choc, de réactions nerveuses du système organo-végétatif.

MM. P.-E. WEIL et FIESSINGER élèvent quelques critiques sur ces résultats. Ils se demandent quelle valeur attribuer à des variations somme toute peu considérables de la formule leucocytaire.

M. LAPICQUE estime qu'il s'agit de leucopénie relative, plutôt qu'essentielle.

Vagotonine rénale. — M. ROGER. On peut extraire du rein normal une substance ayant la propriété d'exciter les terminaisons cardiaques des nerfs pneumogastriques injectée dans les veines d'un lapin ou d'un chien, elle provoque une chute brusque de la pression artérielle, suivie d'une longue série de systoles très lentes et extrêmement énergiques.

Dans certains cas une dose un peu forte a été sujette de provoquer une syncope mortelle.

La section des pneumogastriques ne modifie pas les résultats. Une injection préalable d'atropine empêche l'action de cette vagotonine rénale, démontrant ainsi que l'effet se porte sur les terminaisons des nerfs pneumogastriques.

On peut donc dire que le rein renferme une substance qui est pour le pneumogastrique ce que l'adrénaline est pour le sympathique.

La réaction du benjoin colloïdal dans les méningites des maladies infectieuses : rubéole et oreillons. — M. René BÉNARD a étudié la réaction du benjoin colloïdal dans les cas de syndromes méningés survenus dans deux catégories de maladies infectieuses : la rubéole et les oreillons.

La méningite rubéolique n'est pas signalée par les classiques. L'auteur, qui a soigné près de 300 rubéoles, en a observé 13 cas, dont 7 légers, 3 de moyenne intensité, 1 prolongé, 1 compliqué de zona, et 1 mortel. Dans les 12 premiers, la réaction fut négative. Dans le dernier, méningo-myélite ascendante aiguë, à type Landry, évoluant en trois jours, la réaction fut positive. Le malade était un hérédo syphilitique.

La méningite ourlienne est bien connue. Dans 12 cas de réactions méningées d'intensités diverses, frustes, bénignes, moyennes, sérieuses, qu'il a étudiés, la réaction fut toujours négative.

Ces faits, s'ajoutant à ceux qui ont déjà été publiés témoignent de la valeur et de l'utilité de cette réaction pour le diagnostic de la syphilis nerveuse.

Valeur comparée de la réaction du benjoin colloïdal. — M. H. RABEAU a étudié cette réaction depuis une année dans le laboratoire de M. Ravaut, 200 liquides céphalo-rachidiens, dont 112 provenant de syphilitiques aux diverses périodes ont été ainsi examinés, en même temps qu'était faite la recherche des cellules, de l'albumine, le Wassermann et en outre pour 50 liquides la réaction de Sachs et Georgi.

Jamais il n'a observé de réactions du benjoin positive en dehors de la syphilis. Dans l'ensemble, la réaction s'est montrée parallèle à celle de Wassermann, quelques discordances ont été fournies par des liquides provenant de syphilis jeunes ou fortement traitées qui ont donné un benjoin négatif avec un Wassermann faiblement positif.

Bien supérieure à la réaction de l'or colloïdal, elle donne des résultats plus certains que la réaction de Sachs et Georgi. Du fait de la facilité de sa technique, de la netteté de son interprétation, de ses résultats, cette réaction mérite de prendre place dans l'étude du liquide céphalo-rachidien, à côté de la réaction de Bordet-Wassermann, ayant sur elle l'avantage d'être beaucoup plus simple.

Contribution à l'étude expérimentale et thérapeutique du coup de chaleur. — M. Charles RICHET fils a essayé d'établir les lois de l'insolation et du coup de chaleur et a démontré que dans la mort par insolation, ce sont les rayons thermiques qui tuaient seuls; les animaux nouveau-nés sont très sensibles au coup de chaleur, mais les jeunes animaux sont plus résistants que les adultes. Le jeûne ou les hémorragies diminuent la résistance des sujets.

Enfin, si l'alcool, l'adrénaline, la morphine, l'éther, la kola, n'ont aucune action nette dans un sens ou dans l'autre, la caféine et l'huile camphrée augmentent notablement la résistance des animaux chauffés ou insolés. Ces faits justifient l'usage systématique de ces médicaments chez les insolés.

M. PIERON. Il y a lieu de faire remarquer que, chez le blanc, les rayons caloriques, perçus par les corpuscules nerveux du derme, produisent une sensation immédiate, tandis que les rayons lumineux, traversant la peau pour se rendre aux plans profonds, ne produisent aucune sensation de chaleur. Ceux-ci seront donc, toutes choses égales d'ailleurs, plus dangereux que ceux-là.

Origine des spirochètes des régions buccale et trachéo-bronchique. — M. H. VIOLLE. Les spirochètes qui parasitent la cavité buccale et qui, dans certains cas encore mal déterminés, se propagent dans les régions voisines y provoquant des lésions diverses (pyorrhée alvéolo-dentaire, angine de Vincent, broncho-spirochétose de Castellani ou bronchite sanglante) paraissent provenir du sol.

Dans les eaux d'égout, dans les boues, dans les terres humides bien aérées et à réaction légèrement alcaline, on trouve de nombreux spirochètes de toutes dimensions et de toute mobilité.

Dans les boues activées, soumises à un brassage d'air continu et débarrassées parfois des 9/10 de leurs microbes initiaux, on note encore la présence de spirochètes.

L'homme paraît se contaminer par l'ingestion de fruits, de légumes, etc., frais, mal détergés de la terre humide qui les recouvre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

VIIe CENTENAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

SOMMAIRE

LES FÊTES DE MONTPELLIER

La ville de Montpellier vient de célébrer avec un éclat incomparable le VIIe centenaire de la réorganisation de la Faculté de médecine. Dans cette ville où sont gardées précieusement les grandes traditions universitaires, cette belle manifestation scientifique a pris un caractère populaire qui a vivement frappé les savants étrangers venant pour la première fois à Montpellier.

C'est sous un soleil radieux, au son des cloches de la cathédrale et de toutes les églises de la ville, que le Président de la République, précédé par les massiers au costume médieval et accompagné par le ministre de l'Instruction publique et le doyen de la Faculté de médecine a fait son entrée dans la cour d'honneur de la vieille Faculté. Cette cour si pittoresque, qui s'étend au chevet de la cathédrale, à l'ombre de sa haute masse, était transformée en amphithéâtre et offrait le coup d'œil le plus brillant.

Tout le corps professoral de Montpellier était là, revêtu des antiques robes dont la splendeur éclipse les robes des autres facultés. Là aussi étaient les corps constitués, les délégués des Facultés françaises et des Universités étrangères, des Académies et des Sociétés savantes du monde entier.

Au milieu de ces soies multicolores tranchait la pourpre cardinalice de Mgr de Cabrières, le vénéré évêque de Montpellier, rappelant par sa présence le rôle primordial joué par l'Eglise dans l'évolution de la Faculté de médecine. Tout autour, enfin, sur les galeries et les escaliers, la foule débordante de jeunesse et d'enthousiasme des étudiants venus de tous les pays du monde pour acclamer la grande et illustre Faculté.

L'éminent doyen, M. le professeur Derrien prend, le premier, la parole et salue le président de la République. Puis, M. le professeur Vires, le brillant successeur de Barthez et de Grasset donne lecture de son beau discours sur « sept siècles de médecine ». C'est ensuite M. le professeur Emile Forgue, le gardien des grandes traditions chirurgicales de Guy de Chauliac, de Lapeyronie et de Delpech qui lit son discours sur « Sept siècles de chirurgie ». Nous remercions vivement MM. Virès et Forgue d'avoir bien voulu nous autoriser à publier aujourd'hui même ces deux beaux morceaux d'éloquence qui sont un véritable traité d'histoire de la médecine.

M. le professeur Fernand Widal apporte, à son tour, à Montpellier, l'hommage de la médecine française dont il est le maître indiscuté. Discours d'une forme impeccable, d'une grande élévation de pensée alliée à une grande simplicité. Il est très applaudi. M. le professeur Bordet, l'illustre savant belge, prend la parole au nom des Univertés étrangères et prononce un discours d'une belle envolée qui lui vaut une formidable ovation. L'émotion est intense quand M. Millerand quittant son fauteuil va lui serrer chaleureusement les mains.

Alors a lieu le défilé traditionnel et si pittoresque des délégués étrangers. Ils viennent déposer leurs adresses entre les mains du doyen de Montpellier. Ce sont successivement les Universités belges, anglaises, canadiennes, danoises, espagnoles, grecques, hollandaises, italiennes, polonaises, roumaines et suisses qui défilent, puis les Facultés françaises, l'Institut, l'Académie de médecine, le Val-de-Grâce, les Sociétés savantes...

Après un discours de M. le recteur Coulet, M. le Ministre de l'Instruction publique apporte enfin l'hommage du grand maître de l'Université. Dans son discours, particulièrement

apprécié, il rappelle le souvenir de Grasset. Et ce fut une touchante pensée que celle de faire revivre dans cette cérémonie unique, l'homme qui, digne de ses plus grands prédécesseurs, a tant ajouté au lustre quasi millénaire de la Faculté de médecine de Montpellier.

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 novembre. — MM. May, 18,72; Debré, 20; Lévy (Fernand), 17; Jacquet, 15.

Candidats admissibles à la deuxième épreuve de nomination :

MM. Debré, Lévy-Valensi, Brodin, Laroche, Bloch (Marcel), Weil (M.-P.), Chevallier, Pruvost, May, Salmon, Tinel, François, Jacob, Weissembach, Feuillié.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 3 novembre. — Question donnée : « Examen clinique d'un urémique. »

M. Bureau (Jean), 12; Mlle Bucsan, 16; M. Constantoulakis, 14; Mlle Choquart, 17; MM. Chlyvitch, 16; Chavanon, 15; Chapard, 12; Chartol, 19; Clitandre, 17; Corlay, 13; Cavalier et Calmels, 12; Bucquet, 17; Cros, 14; Coudrain, 17; Coste (Léon), 14.

Anatomie. — Séance du 4 novembre. — Question donnée : « Muscle psoas iliaque. »

MM. Ferrer, 17; Delvaille, 14; Deshors, 16; Fortier, 12; Delton, 15; Emmanuelli et Ducrot, 5; Dhaussy et Duclaux, 15; Folliasson, 18; Drouart (André), 12; Feury, 17; Decressac (Jean), 15; Ducroix et Cros-Decam, 14; Damond, 16; Fournier, 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Vandendorpe et Druon, internes titulaires.

MM. Le Marc'hadour et Lefebvre, internes provisoires.

— NANTES. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par la nomination de Mlle Cullerre, MM. Duquesne, Defouloy, Viel, Letourneur, Girod et Jeulin, internes titulaires.

MM. Goubin, Pasgrimaud, Mme Girod, MM. Legal, Germain et Gouraud, internes provisoires.

— Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Joubert, Monnier, Tétau, Loué, Legrand, Lefebvre, Jagot, Gouraud, Mlle Sellier, MM. Bretéché, Horveno, Duvic, Mlle Delaunay, MM. Pourieux, Aubry, Guillot, Rousseau, Touchard, Mlle Barreau, MM. Le Fur, Mercereau, Neis, Moinet.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Ont été élus : Membre titulaire : M. le Dr Swaen; membres honoraires étrangers : MM. les Drs Forgue et Leclainche; membres correspondants belges : MM. les Drs Bruynoghe et Félix Daels; membres correspondants étrangers : MM. les Drs Delezenne, Moureu et Borrel.

— M. le prof. Brachet (Bruxelles) s'est vu décerner le prix quinquennal des sciences médicales pour la période 1911 à 1915.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA NAVIGATION AÉRIENNE. — Le Comité médico-physiologique du Ier Congrès international de la navigation aérienne se tiendra à Paris, du 15 au 26 novembre 1921.

Président : M. le prof. Charles Richet, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine.

Vice-présidents : MM. les Drs André Broca, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; Guillain, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; J. Camus, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux; Crouzon, médecin des hôpitaux, membre du Comité de direction de l'Aéro-Club de France; Aug. Pettit, secrétaire général de la Société de biologie.

Secrétaires : MM. les Drs Garsaux, chef du service médical de la navigation aérienne; Behague, médecin du service de la navigation aérienne.

Adresser toutes les demandes d'inscriptions à M. le Secrétaire général du Ier Congrès international de la navigation aérienne, 9, rue Anatole-de-la-Forge, Paris (XVIIe), accompagnées de trois photographies 4/4 et de la cotisation (50 fr.) donnant droit à l'entrée gratuite au Salon.

LE VOYAGE MÉDICAL FRANCO-BELGE AU MAROC. — L'organisation de ce voyage dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, dans la *Gazette des hôpitaux* du 8 octobre 1921, remporte un véritable succès auprès des médecins belges et français.

Le *Bruxelles médical* qui en est le brillant organisateur nous signale que c'est entre la fin de janvier et la mi-février que se fera de Bordeaux le premier départ pour rentrer à Paris viâ Marseille, trente jours plus tard, exactement. Cette saison est remarquablement choisie à tous points de vue et les réceptions officielles dont s'occupe le Dr Colombani, directeur de la Santé et de l'hygiène du Maroc, compteront parmi les plus puissantes attractions : il faut avoir été sur place pour savoir comment, en ce pays du Moghreb, « on » sait faire les choses.

L'itinéraire suivra la route Paris-Bordeaux-Casablanca-Azémour-Mazagan-Marrakech-Seta-Rabat-Meknès-Fez-Taza-Oudjda-Tlemcen-Oran-Marseille-Paris, traversant cette admirable région où, il y a quelques années encore, les Lyautey, les Mangin, les Gouraud et tant d'autres (1910-1912 et même 1914) luttaient pour donner à leur patrie le pays pur et pacifique qu'est aujourd'hui le Maroc, bien que tout proche d'un volcan que l'on cotoiera en cours de route, impunément d'ailleurs, car la France sait s'y faire aimer et respecter.

Le *Bruxelles médical* enverra aux confrères qui en feront la demande, la superbe brochure illustrée où deux prestigieux écrivains, les frères Tharaud, décrivent point par point le voyage projeté, il fera connaître également par écrit les prix véritablement avantageux qui ont été spécialement consentis.

Nous conseillons aux confrères que tente ce merveilleux voyage, d'écrire sans retard, pour tous renseignements, au *Bruxelles médical*, 176, chaussée d'Ehrbeek, à Bruxelles.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé aura lieu le lundi 21 novembre 1921, au Cercle militaire, à 20 h. 30.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « La prophylaxie du paludisme en milieu militaire », par M. le médecin principal de 2e classe Visbecq, chef de la section technique du Service de santé au ministère de la Guerre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Hauben, l'éminent anatomiste de Bruxelles; Eugène Lust (de Bruxelles).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — La première leçon du cours de M. le prof. Chauffard, qui devait avoir lieu le 11 novembre, à 10 h. 1/2, est remise au vendredi 18 courant, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. JEANSELME.) — M. Gougerot, agrégé, fera à l'hôpital Saint-Louis, amphithéâtre de la clinique de la Faculté, tous les dimanches, à 10 heures, des conférences dermato-vénéréologiques.

ACTUALITÉS

L'ÉVOLUTION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Par M. Paul DELMAS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Dans un discours d'apparat prononcé au début du XVIIe siècle, le professeur François Ranchin, alors chancelier de cette Université de médecine déjà célèbre, raconte qu'Apollon, dieu de la médecine, chassé du reste du monde, errait par la Gaule narbonnaise quand le charme de la jeune cité de Montpellier et de ses alentours exerça sur lui une telle séduction qu'il la choisit pour sa résidence.

A se servir, selon l'usage de son temps, d'allusions mythologiques, cet auteur eut été mieux inspiré en plaçant au début de son récit Mercure, l'autre porteur de caducée, emblème des commerçants. Montpellier leur doit, en effet, sa naissance quand, après la destruction de Maguelone, en 737, par Charles Martel, ils viennent reconstituer, non loin de là, leur centre de négoce maritime avec tout le bassin méditerranéen.

Dès le xe siècle, affluent dans son enceinte les Juifs d'Espagne, les Arabes d'Afrique et les hommes d'affaires italiens parmi lesquels se trouvent des lettrés. Au milieu de l'ignorance ou des superstitions ambiantes, posséder et comprendre de passables traductions d'Hippocrate leur donne une incontestable valeur qui asseoit promptement leur renommée. Passé l'an 1000, leurs continuateurs apparaissent dans les archives revêtus du titre de « magistri physici ». Cent ans plus tard, Saint-Bernard rendait hommage plus à leur science qu'à leur désintéressement.

Les bulles pontificales rediront plus tard combien étaient nombreux les élèves venus puiser auprès d'eux le meilleur de la science médicale de l'époque. Cet enseignement privé entre particuliers ne connaît d'autre loi que celle de l'offre et de la demande, d'où faute de réglementation, une concurrence sans frein, source d'abus si criants que le pouvoir local est sollicité, en janvier 1181, de concéder à quelques-uns seulement le droit de tenir école. Cette réclamation tourne contre ses auteurs, car Guilhem VIII, après l'avoir qualifiée d'odieuse, d'injuste et d'impie, déclare au contraire donner plein pouvoir d'enseigner à quiconque le désirera, quel qu'il soit et d'où qu'il vienne.

Quarante ans ne se sont pas écoulés que de l'excès du mal va naître le remède. Depuis la donation de Pierre de Melgueil à Grégoire VI en 1085, Montpellier est terre pontificale. Or, en 1220, le cardinal Conrad, légat du pape Honorius III, traverse la ville à l'occasion de l'affaire des Albigeois. Pris comme juge des graves incorrections nées de l'absence de contrôle, il édicte le 17 avril les fameux statuts auxquels son nom est demeuré attaché. Après avoir rendu hommage à l'ancienneté et à l'excellence de la médecine à Montpellier, il déclare que, désormais, loin de se concurrencer, les maîtres formeront un groupement, on disait alors une université. Point d'autres rangs entre ces égaux que ceux marqués par l'ancienneté, mais en ce qui concerne la discipline intérieure l'un d'entre eux sera investi par l'autorité diocésaine dont le siège est encore à Maguelone, du titre de chancelier pour rendre la justice aux maîtres et aux élèves.

Les constitutions successives que par la suite l'Université se donnera à elle-même ne sont, pour importantes qu'elles soient, que de simples retouches nées de l'expérience, tels ces statuts complémentaires des 14 et 21 janvier 1240 qui règlent la scolarité et la collation des grades, allant du baccalauréat, simple candidature qualifiée, à l'autorisation, ou licence, de prendre part aux disputes scolaires jusqu'au doctorat qui confère avec la maîtrise le droit de régenter « hic et

ubique terrarum », ainsi que le permet la bulle de Nicolas IV en date du 26 octobre 1289.

Informé de regrettables irrégularités provenant d'interventions abusives de l'official, Clément V, par sa bulle du 8 septembre 1309, décide que, sans diminuer en rien l'autorité nominale de l'évêque de Maguelone, seront seules valables les décisions prises à la majorité des deux tiers des voix des régents, acte d'une portée considérable puisque par là l'Ecole est rendue maîtresse de ses destinées. C'est une sécularisation véritable : il est à noter qu'elle est l'œuvre du Saint-Siège lui-même.

De bonne heure, dès 1340, se fondant sur ce que « l'expérience est le meilleur des maîtres », une part importante est faite à l'observation, et l'article 13 des statuts de la même année astreint le chancelier, sous l'obligation du serment, à organiser des dissections, une fois au moins tous les deux ans. Jusqu'alors, sans autre local de réunion que l'église Saint-Firmin, paroisse de la ville, les maîtres dont l'enseignement se faisait encore à domicile font à frais communs l'acquisition d'un modeste immeuble que l'Université devait occuper jusqu'à la Révolution, et sur l'emplacement duquel se dresse aujourd'hui la Faculté de pharmacie.

De si importants débours épuisèrent fortement les ressources des régents puisqu'ils n'en ont d'autres que la contribution volontaire de leurs élèves. La longue durée des hostilités avec l'Angleterre — c'est l'époque de la guerre de Cent ans — entraîne avec une grave dépréciation de l'argent de lourdes charges fiscales Aussi la Faculté se tourne-t-elle vers le roi de France, à qui Montpellier a été vendu le 18 avril 1349 par Jayme III d'Aragon, pour en obtenir exemptions et privilèges, volontiers accordés le 16 mars 1380 par les lettres patentes du roi Charles V.

En fait l'esprit égalitaire du bayle et des consuls y apporte-t-il mille entraves. Ce sont d'incessantes tracasseries dans la vie quotidienne où les droits les mieux assis sont âprement contestés. Aussi les exodes se multiplient-ils et la vitalité de l'Ecole en est fort compromise.

Tels sont les arguments qu'en 1496 le régent Honoré



Cliché L. Sollelliand, Montpellier.

La Faculté de médecine et la Cathédrale de Montpellier.

SEPT SIÈCLES DE MÉDECINE A MONTPELLIER

Discours prononcé le 5 novembre 1921 par **M. le Professeur VIRES**

Nous fêtons aujourd'hui l'enseignement médical de Montpellier qui, donné dans le même lieu, et sans discontinuité dans le temps depuis plus de neuf siècles, est sans doute le plus ancien du monde.

Nous fêtons particulièrement le VIIe centenaire de la réorganisation de nos écoles médicales, réalisée le 17 août 1220 par les bulles du cardinal Conrad, légat du pape Honorius III. Dès ce moment, l'enseignement des maîtres chrétiens, arabes et juifs est admirablement fusionné. Cette fusion permet le développement d'une école originale, disciplinée avec mesure et ordre, imprégnée d'un large esprit démocratique, qui, du moyen âge à la Révolution, a répandu le rayonnant éclat de ses doctrines médicales, philosophiques et pratiques en France et dans le monde entier.

Aussi, cet honneur que l'on rend à la plus vieille université médicale de France, nous le considérons comme un hommage, qui doit s'adresser à la France elle-même, puisque l'Université de 1220 n'a fait que traduire, sur un sol spécial, sur un coin de terre privilégié, sous un ciel prédestiné, quelque chose de l'âme et du génie de la grande patrie française. Rappeler ce passé, c'est donc montrer ce qu'il y a de généreux, d'accueillant, dans notre âme méridionale et nationale. Rappeler ce passé, c'est montrer que, fille de l'Hippocratisme antique par les médecins arabes et juifs ses premiers maîtres, l'école a toujours conservé les traditions du Père de la médecine. Le chemin parcouru, que jalonnent dix siècles d'existence, elle a la gloire de voir affirmer, par les découvertes les plus précises de la médecine expérimentale contemporaine, la véracité et l'excellence de ses conceptions et de ses doctrines.

Avant 1220. — A quelque époque reculée que l'on remonte, on trouve à Montpellier des écoles de médecine. Sur cette terre que nous foulons, où avaient passé les Phéniciens et les Grecs, les Romains et les Arabes, une importante agglomération urbaine se forme au VIIIe siècle après la chute de Maguelone. Dès sa naissance, la jeune ville de Montpellier est industrielle et bienveillante aux étrangers. Placée à mi-chemin de l'Espagne et de l'Italie, près de la mer, à la rencontre de toutes les routes de la civilisation, elle profite du réveil qui marque, après la chute de Rome, l'ère des temps nouveaux. Déjà dès le IXe siècle existent dans le Bas-Languedoc, à Lunel, à Narbonne, à Béziers, à Arles, à Nimes, des écoles rabbinistes de médecins. D'autre part, des médecins arabes venus d'Espagne, s'empressent de gagner la ville nouvellement née où les mœurs sont d'une relative tolérance. Juifs et Arabes, disciples d'Avicenne ils apportent avec eux la science arabe, elle-même toute imprégnée de la pensée médicale grecque. C'était vers 1020-1030. Salerne brille en Italie d'une incomparable renommée, les étudiants chrétiens de Montpellier à la fin du XIe siècle vont y chercher un complément de l'enseignement local. Revenus à Montpellier, les Salernitains y enseignent la médecine salernitaine. Voici donc au moins deux groupes d'écoles médicales : les unes avec les maîtres judéo-arabes; les autres avec les maîtres chrétiens les Salernitains. Des querelles s'engagent. Guilhem VIII, seigneur de Montpellier, veut avoir la paix. Il la fonde sur la liberté d'enseigner qu'il reconnaît à tous ceux qui exercent la médecine. Mais le pape et l'empereur luttent pour l'hégémonie du monde. L'empereur Frédéric II, roi de Naples, possède l'Université de Salerne. Le pape réclame celle de Bologne que lui refuse l'empereur. Or, par son représentant, l'évêque de Maguelone, le pape est comte souverain de Melguiel, et suzerain de Montpellier, il choisira naturellement Montpellier comme siège de l'université rivale. En août 1220, le pape Honorius III en fera le centre intellectuel de la chrétienté en accordant le diplôme de maître régent en médecine, mondial, valable « urbi et orbi » à tous ceux qui y auraient été agréés. Les statuts du cardinal Conrad sont la grande charte et resteront longtemps la législation de notre école. Ils apportent une organisation forte, une coordination précise dans des efforts jusque-là dissociés. Ils font surgir une grande idée, l'idée de l'union des enseignements médicaux en une seule école, l'école de Montpellier.

Le moyen âge. — Le moyen âge, à demi-monastique, à demi-féodal donne à la cité ce double aspect. Montpellier est une place forte entourée de murailles et de fossés, abritée derrière de solides remparts. A l'intérieur, s'érige l'antique majesté de N. D. des Tables, avec ses hautes tours. Dans les faubourgs d'immenses couvents. Partout, des sonneries de cloches, graves, sévères, parfois rivales.

Dans ce cloître fortifié, cherchons les étudiants et leurs maîtres.

Les étudiants se répartissent en deux groupes. Les uns vivent dans les couvents, avec des moines; ils y étudient la médecine et la pharmacie; ils sont les hôtes des collèges fondés par les amis de l'Université, les rois, les cardinaux, les papes. Les autres, les étudiants libres, établis sur la colline, qui, de la tour Sainte-Eulalie, se penche jusqu'à l'église Saint-Mathieu, vivent une vie ardente et agitée redoutables à la maréchaussée et à la bourgeoisie. Ils viennent d'Espagne et d'Italie, des bords du Rhin et du Danube, du fond des Allemagnes, de toutes les parties de la France. Ils sont là un millier environ dans cette école qui représentait bien dans l'Europe morcelée par sa doctrine traditionnelle et son organisation hiérarchisée l'unité intellectuelle, scientifique et morale.

Maîtres et étudiants s'agitent : bruyants et ambitieux, mais amusements et distractions ne viennent cependant qu'au second plan. L'étudiant médiéval consacre à l'étude la plus grande partie de son temps. Il a pour cela de bonnes raisons. Il vient

s'instruire de tous les coins du monde au foyer médical, au prix d'énormes sacrifices. Il a dû accepter souvent des privations de tout ordre, la pauvreté, l'exil. Il remplit les plus humbles emplois pour gagner sa vie matérielle et les quelques pécunes nécessaires pour payer ses professeurs. Avant tout, il veut travailler. Il ne payera le maître qu'autant que la denrée qui lui sera offerte par ce dernier lui sera précieuse et profitable. De là cette organisation excellemment démocratique, qui donne aux étudiants la place prépondérante dans l'organisation et le mode d'enseignement de l'université, le droit de surveillance et le droit de contrôle sur les maîtres.

L'enseignement est plus particulièrement représenté par la médecine arabe. Les auteurs grecs y ont une place restreinte. Ce sont à peu près les mêmes textes que ceux que l'on étudiait dans l'ancienne école d'Alexandrie au VIIe siècle. Il n'y avait qu'une façon d'enseigner. Le professeur lisait, c'est-à-dire prenait pour base de sa leçon le texte latin de l'auteur grec ou arabe et il se contentait de le commenter après l'avoir lu. Aussi les leçons s'appelaient-elles des « lectiones ». Cette méthode était un legs des grammairiens de l'Empire que les maîtres du moyen âge avaient conservé. Seulement, à la lecture, ils joignaient la dispute qui avait prise une importance extraordinaire. Lire et discuter, on ne faisait pas autre chose dans les écoles. On comprit bientôt toutefois que l'étude des textes et leur discussion ne suffit pas pour connaître les maladies et les guérir, qu'il y faut joindre la pratique personnelle et l'observation. On décida alors, que le bachelier avant de se présenter à la licence, serait tenu d'exercer son art pendant six mois, hors de Montpellier, loin de la ville sous la direction d'un praticien expérimenté.

Les œuvres d'Arnaud de Villeneuve, de Jean d'Alais, de Guillaume de Mazert, de Pons de Latreille, de tous les maîtres médiévaux contiennent de singuliers mélanges d'alchimie et d'astronomie, d'occultisme et d'averroïsme, d'hippocratisme et de gallénisme. Les erreurs et les désharmonies de leur enseignement sont inhérentes au temps où ils vécurent. Leurs œuvres portent l'empreinte de cette vie errante et agitée, coupée de mille traverses, qui fût le lot des grands esprits de cette époque.

En ces temps de communications difficiles, de voyages agrémentés de vols et de pillages, de manuscrits rares, les savants imitent les sages de l'antiquité. Ils parcourent le monde pour y recueillir des lumières. De leurs travaux se dégage cependant un caractère commun, à savoir la persistance de l'idée antique, avec un sens déterminé pour l'observation exacte de l'homme et de la nature et cette croyance que c'est la nature qui est responsable de la vie, de la maladie, de la guérison et de la mort.

Au moyen âge finissant, alors que partout la scolastique domine le monde, que l'alchimie, la magie, asservissent partout ailleurs, la médecine et les médecins, Montpellier proclame que l'expérience est maîtresse de la vérité « Rerum magistra sciencia ».

La Renaissance. — La tendance générale des esprits seconde singulièrement les efforts de l'école dans cet âge de la Renaissance, où tout est vie et mouvement. Le même monde monastique que celui du moyen âge peuple Montpellier. Mais, nous sommes sous François Ier et l'aspect de la vieille cité n'est plus celui qu'elle avait au temps des Guilhem et des rois de Majorque. C'est partout le même empressement, la même joie de vivre, dans les rues, dans les loges bourdonnantes, où se pressent toujours les marchands, les moines, les étudiants. Mais, les mêmes cloches avaient beau sonner encore dans les mêmes clochers, il était évident qu'elles n'avaient plus le même son. Car à présent, un génie hardi et libre les mettait en branle et il leur arrivait parfois sous la main joyeuse de Rabelais ou de ses amis de carillonner follement je ne sais quelles matines fantastiques qui annonçaient l'éveil de la pensée moderne.

Le chef de l'Université, c'est, en 1536, l'évêque Guillaume Pelicier. Nul en vérité, n'était plus digne que lui de présider à l'enseignement de l'Université. Par son esprit largement accueillant et généreux, les idées nouvelles pénètrent à flots dans toutes nos écoles. Autour de ce chef, il conviendrait de grouper quelques maîtres qui enseignèrent alors, Fontanon, Schirron, les Saporta, véritable dynastie de professeurs éminents, Jean Bocaud, Griffi, Nicolas Reynes, Honoré Chatelain, Rondelet, Laurent Joubert. Rondelet est un de nos premiers naturalistes. Spirituel et gai, ardent à la recherche, bienveillant, il provoque autour de lui l'esprit d'observation, zoologiste et botaniste il a pour élèves, Félix Platter, Lobel, Dalléchamp, de Lezcluzes, Borin, tous ceux que Linné a appelés les pères de la botanique. Rondelet apporte à l'école deux choses qui permettent l'étude de la nature : le laboratoire où l'on cherche et la collection où l'on apprend à regarder. Car le premier, au collège royal où il enseignait, il avait groupé la plupart des plantes médicinales. Laurent Joubert, intelligence novatrice et passionnée de justice, attaque avec autant de courage que de bon sens, les préjugés de son temps dans un traité des erreurs populaires. Cet esprit d'indépendance des maîtres se communique aux élèves, témoin l'admirable dissertation de Hucher sur la liberté d'enseignement dans notre école. Ce fut là, sans aucun doute, un grand mobile de progrès : de tous les pays, Montpellier voit accourir de nombreux étudiants qui, plus tard, porteront dans leur patrie, en même temps qu'une science véritable, un attachement profond à l'école généreuse qui les a formés. Platter donnera un grand élan à l'Université de Bâle, de Lescluzes à celle de Leyde, d'où sortira le grand Boerhaave. Montpellier reste donc, pendant la Renaissance, hospitalier aux nouveaux venus, sans qu'ils donnent des comptes sur leurs idées philosophiques ou religieuses. Aussi, ce n'est pas à Paris que va se rendre Rabelais, échappé du couvent et désireux de recouvrer sa liberté. C'est dans notre bonne ville du Languedoc, où il trouve, comme il le dit lui-même, joyeuse compagnie. Rabelais fût un de ceux qui exercèrent sur la rénovation intellectuelle de l'école une action heureuse en la ramenant au souffle hippocratique. C'est le grand service qu'il a rendu non seulement à notre école, mais aussi à l'école de Paris. Restaurateur et commentateur des textes médicaux grecs, il a pu, s'appuyant sur le passé, préparer l'avenir. Il est le précurseur à Montpellier de Dulaurens, de Ranchin ; à Paris des grands hippocratisants du XVIe siècle dont s'honore la Faculté de médecine, les Houllier, les Fernel, les Baillou. A partir de Rabelais, Montpellier n'a plus cessé de demeurer fidèle aux conceptions hippocratiques.

Le formidable Pantagruel est bien l'exacte pein-

ture de la vie de ce siècle. Le sérieux et la gaieté, l'érudition et la folie s'y mêlent dans une confusion étrange. La passion des idées, l'avidité des connaissances, d'une part, de l'autre une turbulence joyeuse et parfois grossière, une revanche violente de la nature sur l'ascétisme, une échappée brusque de pétulence et de fantaisie. La vie des étudiants traduit ce double aspect de la Renaissance. On travaille tout autant qu'au moyen âge, mais on travaille mieux. On instaure le régime de l'observation, on dissèque, on fait des anatomies, on suit des cours de botanique. L'école s'achemine vers les méthodes précises et sans délaisser la théorie revivifiée par la restauration de la pensée grecque, elle prend son essor dans les sphères de la médecine pratique. Ce labeur est coupé et égayé par toute une série de fêtes retentissantes. Félix Platter (de Bâle) qui étudiait la médecine à Montpellier, vingt ans après Rabelais nous a laissé un journal exquis qui est bien le tableau le plus exact de l'existence sérieuse et folle des étudiants de la Renaissance.

Tous les fléaux de la deuxième moitié du XVIe siècle, en s'abattant sur la France, n'épargnent pas Montpellier. Les troubles religieux bouleversent le pays, entassent partout des ruines, l'Université de médecine souffre cruellement. Il y eut un moment de désespérance : déchirée, sanglante, notre chère patrie ne se résigne pas à déchoir. Les discordes religieuses et politiques s'apaisent devant la sereine et libérale sagesse de l'Edit de Nantes. L'Université se relève. C'est la période moderne qui s'ouvre.

Les temps modernes. Le XVIIe siècle. — Le moyen âge et la Renaissance avaient vécu sur un enseignement original, spontané, personnel. Avec les temps modernes, va s'atténuer de plus en plus, cette multiplicité de vues et de doctrines, va diminuer de plus en plus l'esprit démocratique, animateur de notre vieille Université. Voici que le roi représente les intérêts du pays. A ce titre, il se considère comme seul investi du droit d'enseigner et du droit de donner les grades. L'absolutisme royal étouffera les mille aspects des constitutions communales et provinciales si pittoresques, les enseignements nombreux divers et rivaux, les corporations universitaires si vivantes et si animées. Pendant le siècle de Louis XIV, l'école est la grande lumière médicale. C'est que les médecins du grand roi Vallot, d'Aquin, Fagon, sont professeurs royaux de Montpellier, et grâce à eux l'école accapare les faveurs de la famille royale, des princes du sang, des grands du royaume. Ranchin et Richer de Belleval occupent la première place dans l'Université du XVIIe siècle. Ranchin, nourri de l'esprit de la Renaissance, continuateur de la pensée grecque, est bien le trait d'union entre le XVIe et le XVIIe siècle. C'est un demi-païen, il célèbre le culte d'Esculape, d'Apollon et d'Hippocrate. Et dans le conclave d'Apollon dont les murs sont presque allégoriques, au milieu d'une solennelle assemblée de disciples et de maîtres, l'illustre auteur de l'*Apollinare sacrum*, brûle le mercredi, jour consacré à Hippocrate, le grain d'encens rituel en l'honneur des divinités médicales. Richer de Belleval crée, sous Henri IV, en 1593, le Jardin des Plantes. « Comme notre ville, dit Astruc, avait été la première où l'on eut démontré publiquement l'anatomie, elle a été la première aussi où l'on a fait des leçons publiques de botanique et où l'on a joui d'un jardin royal des plantes médicinales. » Richer de Belleval porta bonheur à la science nouvelle. Du XVIe siècle jusqu'à nos jours, l'essor de la botanique est jalonné ici par des noms célèbres. N'est-ce point aussi, parce que la botanique est comme une production spontanée de notre sol? Entre la mer azurée et les montagnes puissantes, sur une terre fertile et largement pourvue des trésors multiples d'une flore exceptionnelle, avec l'infinie variété des horizons changeants et d'un ciel toujours renouvelé, la science de la nature ne pouvait pas ne pas charmer et séduire les hommes attentifs, amis du recueillement et de l'observation.

L'Université participe encore à l'évolution du progrès, en fournissant le premier journaliste médical Renaudot qui fut en butte aux persécutions de l'école parisienne ; en faisant la première transfusion du sang, le 16 juin 1667, avec Denys et Kemerez, en introduisant la chimiothérapie dans la pratique avec Turquet de Maillerne et Lazare Rivière, en défendant enfin la grande découverte de la circulation du sang par Harvey.

Le XVIIIe siècle. — Au XVIIIe siècle une réaction se produit contre l'absolutisme, l'intolérance et l'arbitraire du XVIIe siècle. Le XVIIIe siècle reprend les grandes idées directrices tolérantes et humanitaires apparentes ou cachées du moyen âge et de la Renaissance. Sous Louis XV, l'autorité royale traite avec une majestueuse déférence les héritiers de la grande tradition hippocratique. « Le roy accorde le témoignage le plus sensible de son affection en ordonnant de faire poser son buste dans la salle des actes avec une inscription toute faite, venue de Paris, et qui sera gravée sur le piédestal ». L'école prend désormais sous le cancélariat d'Imbert le nom de Ludovicée ou école de Louis « nom à jamais cher aux Français, dit Bordeu, et qui fera oublier celui d'Apollon qui n'y a été que trop longtemps révéré ».

Les maîtres de cette époque mériteraient une longue étude. Ils s'appellent Imbert, Chirac, Marcot, Chicoyneau, Barbeyrac, Fizes, Henri Haguenot, Boissier de Sauvages, François de la Mure, Charles Leroy, Gabriel Faucon, Venelle, Bordeu, Grimaud, Paul Joseph Barthez.

Paul Joseph Barthez devait affranchir la médecine du XVIIIe siècle de la tutelle étroite de la physique et des mathématiques; asseoir la physiologie et la pathologie sur une base sûre : la connaissance de l'homme vivant à l'état sain et à l'état pathologique; fonder enfin une méthode rigoureuse, assez souple pour contenir toutes les conquêtes futures, la thérapeutique, fin et couronnement de la médecine. La doctrine barthézienne est au fond inspirée de conceptions hippocratiques. Dépouillée de ses formules algébriques, elle montre que Barthez renoue la tradition antique : la santé est l'équilibre et l'harmonie. La maladie est la perte de cette harmonie et de cet équilibre. C'est pourquoi, malgré la froide éloquence d'une exposition dogmatique rigoureuse, l'œuvre barthézienne n'est point de celles qui gisent enfouies et méconnues dans un recoin des catacombes. Le principe vital, ce sont les forces actives de la matière vivante. C'est l'énergie vivante et agissante, en harmonie à l'état de santé avec le monde extérieur. C'est l'énergie vivante et réagissante défensive essayant de reconquérir l'équilibre et l'harmonie que la cause morbifique, en créant la maladie, a détruit dans l'organisme vivant. Barthez ne pouvait pas connaître les moyens de défense de l'organisme en lutte contre la cause morbifique, ni

le mécanisme intime de cette défense humorale et solidienne, que seuls, cent cinquante ans plus tard les progrès convergents des sciences accessoires devaient nous permettre de déceler et d'étudier. Et cette étude ouvre tous les jours à la médecine contemporaine d'immenses horizons.

En médecine pratique, Barthez rend les plus grands services. Avant lui, il n'y avait pas de méthode dans l'examen des malades, pas de méthode dans l'étude de la maladie, rien qui ressemblât à une thérapeutique intelligente et raisonnée. Barthez va éclairer le malade et la maladie par l'analyse clinique et donner à la thérapeutique des méthodes véritablement scientifiques. L'analyse clinique, génératrice des éléments morbides, source à leur tour d'indications et de contre-indications: la meilleure manière de remplir les indications, après les avoir hiérarchisées, par les médications, en temps opportun; les règles du traitement des fluxions; les lois de la dérivation et de la révulsion; la notion des synergies et des sympathies; la part qu'il faut faire aux dispositions générales de l'organisme et leur influence sur les maladies locales..., tout cela constitue un ensemble considérables de lois et de faits de premier ordre qui toujours doivent être présents à l'esprit du praticien.

Puisée dans l'observation attentive de l'homme vivant sain et malade, la notion barthézienne reste debout. Elle n'est certes pas le dernier mot de la science. Elle reçoit, elle recevra sans cesse des accroissements multiples. Elle n'exclue rien. Les vérités nouvelles y prennent place à côté des vérités anciennes et celles-là ne détruiront pas celles-ci.

Le XIX° siècle. — L'école poursuit sa mission, attentive à l'évolution des sciences, elles-mêmes en progrès et devenues populaires, dans ces heureuses années où le vieux monde creuse lui-même sa tombe au bruit des chansons. La flamme de la révolution paraît tout détruire. Les vieux systèmes d'instruction s'effondrent, la loi du 12 août 1792 suprime le Ludovicée de Montpellier. Mais la flamme en réalité ravive l'ardeur des intelligences. Les hommes de la Révolution du 14 frimaire an III remettent debout intactes et respectées trois grandes écoles : Paris, Strasbourg, Montpellier. Huit ans après le décret de la Convention l'ordre est rétabli. Une Faculté de médecine remplace l'antique Université qui du reste n'avait jamais cessé de continuer l'enseignement et de conférer des grades. Montpellier reprend le cours de sa destinée, liant les temps anciens aux temps nouveaux, le génie de Barthez préside à cette restauration. Sous ses auspices favorables s'ouvre ce XIX° siècle, qui va poursuivre la réalisation des grandes inspirations du XVIII° et par ce dernier, renouer la chaîne qui le lie aux siècles antérieurs, jusqu'au moment où dans la grande unité de la science contemporaine, les enseignements des diverses facultés furent groupés en Universités, agencés dans un labeur commun, rétablissant en fait l'antique université dont elles étaient les filles.

Trois hommes sont les continuateurs immédiats de l'œuvre barthézienne, Dumas, Bérard et Lordat. Ils allègent la biologie du maître, lui impriment une allure qui la rend plus souple et plus accessible. Sous l'initiative féconde de Lordat, Montpellier étend son influence, non seulement dans le monde de la science médicale mais encore dans le domaine de la philosophie. Ses doctrines paraissent constituer le fondement solide du spiritualisme cousinien. Aussi Guizot, ministre de l'Instruction publique en 1838, obtient-il la création de la chaire de pathologie et de thérapeutique générale dont l'objet sera l'enseignement philosophique des vérités générales de la science. Rizueno d'Amador, Jaumes, Cavaillier illustrèrent à des titres divers la nouvelle chaire.

Ce haut enseignement philosophique, Montpellier l'avait déjà complété par l'étude de la médecine pratique. En 1763, était créée une consultation de médecine interne à l'hôpital Saint-Eloi. En 1783, Baumes établit au même Saint-Eloi, officiellement, la clinique interne. Cet enseignement s'honore d'avoir été successivement assuré par Fouquet, Charles-Louis Dumas, Broussonnet, Caizergues, Fuster, Dupré, Combal, Castan.

Que de choses encore resteraient à dire sur les enseignements de l'école au XIX° siècle : sur la chimie, illustrée par Chaptal à la fin du XVIII° siècle; par Chaptal qui fut le bienfaiteur de la Faculté qui vivifia le commerce et l'industrie par les apports de la science pure et appliquée, Anglada, Bérard, Béchamp, Inguel furent ses continuateurs. L'histoire de l'anatomie pathologique évoque les noms de Ripes, d'Estor, de Kiener. L'hygiène, ceux de Rives et de Fonsagrives. La thérapeutique, ceux de Berthe, Golfin, Combal, Fuster, Fonsagrives. La médecine légale et la toxicologie, ceux d'Anglada et de Jaumes. L'histoire des doctrines générales et des doctrines particulières à notre école ceux de Bérard, de Boyer, d'Alquier.

L'influence philosophique médicale et pratique exercée par l'École au XIX° siècle s'inspire toujours de la médecine hippocratique. « L'histoire dira, écrit Alquier, que ce furent des disciples distingués de notre école qui allèrent dans la capitale même, en face de Broussais tout puissant, arborer le drapeau de la résistance, rappeler les dogmes de la médecine hippocratique, et fonder, en 1820, la *Revue médicale de Paris* pour y concilier les protestations énergiques et salutaires de la médecine antique contre les systèmes physiologiques et anatomo-pathologiques. A cette œuvre nécessaire, mais ingrate de combats, l'Ecole de Montpellier se dépensa tout entière. Elle s'y transforma, elle s'y rénova, elle substitua un corps vivant et réel aux abstractions un peu superficielles en honneur dans l'antique Faculté. C'est à ces tenants attardés de la vieille Ecole que revient une bonne part du maintien des plus hautes vérités médicales qui sans eux auraient fui de l'horizon.

A chaque phase de son développement, l'Ecole de Montpellier a gardé, dans son enseignement oral comme dans son enseignement écrit, son caractère et son tempérament propres. Si chaque âge a été, par la force des choses, représentatif des préoccupations générales et du goût particulier des temps et des mœurs, ils ont tous dans l'ensemble été les continuateurs attentifs et éclairés des grandes idées doctrinales qui vont plonger leurs racines vigoureuses dans le lointain hippocratisme. Les notions nouvelles pour si déconcertantes qu'elles soient à première vue ne débordent pas en les faisant éclater les cadres surannés et vieillis de la tradition. Elles marquent nettement le triomphe du vitalisme et de l'humorisme rajeunis, le retour au dynamisme de la matière vivante. Qu'est-ce en effet que la séro-agglutination, la phagocytose, les rétentions chlorurées et azotées, les œdèmes, les réactions thermiques... sinon des procédés de défense? Les tra-

vaux les plus récents les plus pénétrants, les plus riches d'avenir et d'utilité, ceux auxquels le professeur Widal et ses collaborateurs ont attaché leur nom, ne viennent-ils pas confirmer encore la simplicité, la pérennité et la véracité de nos idées doctrinales fondamentales?

Eclectiques, nous empruntons à l'organicisme, à l'humorisme, à l'expérimentation, aux sciences latérales, à la physiologie, leurs admirables découvertes. Nous accueillons tous les progrès, mais nous comptons avec les contingences de la vie. C'est l'être vivant atteint dans son unité qui fait la maladie; ayant consenti la cause et réagissant vis-à-vis d'elle pour rétablir la santé, c'est-à-dire pour reconquérir son état d'équilibre et d'harmonie antérieur. La médecine d'aujourd'hui est inspirée comme il y a vingt siècles par la pensée hippocratique, travaux séculaires et travaux contemporains se complètent. Ils s'accordent à placer au premier rang, en première ligne, dans ce déséquilibre qu'est la maladie, l'effort réactionnel, l'effort curateur, l'effort salutaire de l'antique « natura medicatrix ».

SEPT SIÈCLES DE CHIRURGIE A MONTPELLIER

Discours prononcé le 5 novembre 1921 par **M. le Professeur Émile FORGUE.**

Evoquer, en moins d'une heure, plus de sept siècles de chirurgie Montpelliéraine, c'est entreprendre une œuvre superficielle et vaine, si on veut la traiter comme une revue à toute vitesse, comme un cinéma ultra-rapide des événements et des hommes. Il n'est pas possible, ici, dans un temps aussi bref, il n'est d'ailleurs intéressant que de tracer à grands traits un tableau de l'évolution chirurgicale de notre Ecole, de remonter à ses origines, d'étudier les grandes périodes de rénovation qui l'ont marquée, de mettre en relief les maîtres qui les ont dominées et dirigées, de dégager leurs conditions de formation technique ou scientifique à ces diverses phases, de les situer dans le milieu politique et social où ils ont agi et dont ils dépendaient, enfin de résumer les caractères de doctrine et de pratique par lesquels s'affirme la personnalité des chirurgiens de notre Ecole et qui relient, comme c'est la loi d'évolution humaine, le progrès actuel aux traditions du passé.

Donc, remontons au principe et aux sources de notre école Montpelliéraine de chirurgie, et, malgré les incertitudes inévitables tenant à quelques lacunes de nos archives, revivons ces humbles débuts par lesquels elle a préludé, il y a plus de sept cents ans, à cette prodigieuse évolution qui s'est accomplie en une triple phase : d'abord, *un métier*, et l'un des plus subalternes ; puis, *un art*, et le plus grand puisque sa matière est la vie humaine ; enfin, une *science*, l'une des plus exactes et des plus bienfaisantes qu'aient fondées la pensée et l'action des hommes.

Nos grands anciens, les barbiers-chirurgiens de Montpellier, qui avaient la fierté de leur antique origine, prétendaient avoir des statuts remontant à 1088; dès le XIe siècle, ces pièces leur auraient donné la qualité de « maîtres et consuls de l'art de chirurgie » leur assurant le droit d'instruire des élèves et de conférer la maîtrise. Voilà des titres qui reculeraient, bien au delà du centenaire que nous fêtons aujourd'hui, la date anniversaire de notre constitution en corps civil et qui nous conduiraient presque jusqu'au millénaire; le malheur est que, malgré les « représentations pour les maîtres en chirurgie de Montpellier » formulées, sur ce point d'histoire, en 1748, nous manquons de parchemins pour justifier ces titres de noblesse.

Ce qui est plus véridique, c'est que, dès le XIIe siècle, il y avait à Montpellier, un centre de pratique et d'enseignement médico-chirurgical, préexistant à notre école, mais non régularisé, et que l'élément juif et arabe avait fortement contribué à constituer. C'est même un des faits les plus piquants de notre histoire, que cette part, prise par les médecins arabes et juifs, à la première ébauche de notre Ecole : En vérité, voilà, pour une Université dont l'Eglise catholique et romaine a été, en 1220, la marraine et la fondatrice, des commencements bien hérétiques !

Un autre fait est remarquable : c'est le régime de liberté, presque d'anarchie, qui marque cette période initiale de nos premières écoles Montpelliéraines et qui trouve son expression officielle dans la fameuse déclaration de Guilhem VIII, à la date de janvier 1181. Pas de monopole; pas de grades; liberté d'enseignement pleine et entière ; liberté d'exercice ; le premier venu, sans distinction de pays ou de religion, peut tenir école dans la ville seigneuriale des Guilhems. C'est l'appel à toutes les valeurs, à toutes les concurrences : maîtres et praticiens se jugeront à leurs œuvres. De là, ce mouvement intellectuel qui, au XIIe siècle, fait de notre cité un centre où affluent, comme à Salerne, de nombreux écoliers ; les régences devenant libres, honorées et lucratives, garanties contre toute molestation, les maîtres s'y multiplient. Cette déclaration libérale a certainement décidé de l'avenir de notre Ecole : par cette affirmation des droits de l'enseignement, par ce concours libre des opinions, elle y a créé, dès son origine, cet esprit critique qui est son caractère. Rien d'étonnant à ce que, dès le XIVe siècle, notre plus grand ancêtre, Guy de Chauliac, ait secoué le joug de la scolastique et affirmé le principe du libre examen : « Je m'esbahys d'une chose, disait-il, en parlant des chirurgiens d'Italie : qu'ils se suivent comme les grües; car l'un ne dit que ce que l'autre a dit. » Assurément, il est logique de supposer que ces idées d'émancipation vis-à-vis de l'autorité des textes, Guy de Chauliac, les avait puisées dans notre ancienne commune de Montpellier, où s'alliaient si libéralement les institutions chrétiennes et les tendances démocratiques.

A cette phase première de l'Ecole libre, l'enseignement est, d'ailleurs, commun à la médecine et à la chirurgie : c'est encore un trait essentiel à souligner. Ce n'est que vers la fin du XIVe siècle que se prononce la séparation définitive entre les deux enseignements ; et il est à considérer que l'Ecole de Montpellier, marquant ainsi, dès ses débuts, sa

conception élevée de la formation chirurgicale, a maintenu, plus longtemps que celle de Paris, l'union nécessaire de ces deux branches d'un même art. N'est-il pas remarquable que, le divorce une fois accompli entre ces deux parties de l'art de guérir, il ait fallu près de quatre siècles pour, qu'en 1794, un décret de la Convention ait rétabli, dans les trois écoles de santé, la fusion des deux enseignements et n'est-ce point matière à méditation que de voir le moyen âge et la Révolution s'accorder sur ce principe unitaire !

Mais, voyons à l'œuvre cet enseignement libre de nos primitives écoles médico-chirurgicales. Hélas ! comme il advient toujours, l'excès même de liberté n'a pas tardé à engendrer des abus : chaque maître a ses élèves qui le paient (tels les professeurs des Universités allemandes contemporaines!); chaque élève choisit son maître ; aucun grade ne garantit la capacité d'enseignement des uns, ni le degré d'instruction des autres. Or, il est arrivé que, les émoluments du maître étant en proportion du nombre des auditeurs, certains régents, ignorants ou médiocres, n'en sont que plus remuants pour se procurer des écoliers par de mauvais moyens ; de là, les cabales continuelles des maîtres qui s'enlèvent les élèves et des élèves qui, comme c'est le tort des jeunes, grossissent les conflits des maîtres. Il faut discipliner tout ce monde; régler les grades ; les fameux statuts de Conrad, en 1220, y pourvoient avec sagesse et autorité. Mais, dans quelle mesure ces réglements nouveaux furent-ils appliqués aux chirurgiens ? Il faut considérer que, dans la pensée du moyen âge, l'exercice de la chirurgie ne convient ni au prêtre, ni au moine ; l'Eglise a horreur du sang; et le texte du 18e canon du Concile de Latran, de 1215, c'est-à-dire cinq ans avant les statuts de Conrad, a fait défense aux clercs d'exercer cette partie de la chirurgie qui recourt aux cautérisations et aux incisions. La chirurgie tend donc à devenir laïque.

Et cependant (car il est avec le ciel des accommodements), il y a à Montpellier, des clercs qui continuent à exercer la chirurgie plus d'un siècle et demi après le veto du Concile de Latran, plus d'un demi siècle après que les docteurs de Paris ont cessé de la pratiquer. « C'est comme le dit Malgaigne, un fait bien remarquable dans l'histoire des institutions religieuses qu'elles se sont toujours montrées beaucoup plus sévères dans le Nord que dans le Midi ; et, pour le catholicisme en particulier, que nulle part il n'y a eu autant de tolérance que près du Saint-Siège lui-même et au voisinage de la cour des papes ». Mais, quand, en 1376, Grégoire XI transporte le Saint-Siège à Rome, ce régime de tolérance s'en va avec les papes : finies les indulgences; l'Université de médecine de Montpellier interdit à ses docteurs l'exercice de la chirurgie et suspend l'enseignement chirurgical.

D'ailleurs, au XIIIe et au XIVe siècles, ces chirurgiens lettrés et médecins, issus de l'Université, pour qui la chirurgie n'était qu'un complément ou une spécialisation de leurs études médicales étaient la minorité. Notre état se composait surtout de professionnels de plus humble condition. Il y avait des maîtres chirurgiens, des chirurgiens opérateurs, indépendants de l'École : Guy de Chauliac cite à Montpellier maistre André, maistre Pierre qui opéraient les hernies par les caustiques, maistre Bonet, fils de Lanfranc, de même qu'il a reconnu à Avignon « maistre Pierre d'Arles » et à Lyon « maistre Pierre de Bonant », chirurgiens de métier, suivant la profession de leurs pères, ou bien continuant la routine des patrons qu'ils avaient vu opérer. Il y avait cette race audacieuse des empiriques et des ambulants, véritables trimardeurs de la profession qui couraient les campagnes, incisant la vessie pour extraire les pierres, opérant la cure radicale des hernies, abattant les cataractes et qui, en somme, étaient les seuls à oser la grande chirurgie. Il y avait les rebouteurs auxquels étaient abandonnés la réduction des luxations et le traitement des fractures. Mais, il y avait surtout les barbiers-chirurgiens, les prolétaires de notre état, dont nous verrons par la suite la laborieuse ascension sociale : ce sont des ouvriers simples et illettrés qui, dans la boutique du patron, apprennent à peigner, à raser, puis à saigner; au maniement du rasoir, leur main est devenue agile et précise; les outils du « figaro » préludent à la lancette; ils ont de l'ambition et étendent peu à peu leur zone d'action; les médecins clercs et même les chirurgiens laïques leur abandonnent d'abord la saignée et les scarifications, puis les sangsues, puis les cautères, puis les pansements.

Or, nous trouvons la première mention de notre corporation Montpelliéraine de barbiers dans une pièce curieuse appartenant à la seconde moitié du XIIIe siècle qui est le statut consulaire placé en tête des établissements du *Petit Thalamus*, règlant la répartition de la population de Montpellier en échelles, pour la garde journalière des portes de la ville : la corporation des « barbiers et saigneurs » est inscrite à l'échelle du dimanche, « à l'escala del dimerge » et a pour charge de garder « lo portal del Legador ». Qu'on se représente. à cette époque, notre mur d'enceinte, ses 25 tours, ses 1.757 créneaux et ses 10 portes, à l'abri desquels nos anciens vivaient en paix, étrangers aux luttes qui se livraient autour de leur cité, vaquant à leurs études, faisant progresser les sciences, travaillant à leurs métiers, dotés d'institutions politiques très avancées; car, c'est là toute notre histoire pendant les XIIIe et XIVe siècles.

C'est dans cette sécurité de la ville, dans sa libérale administration, dans sa prospérité commerciale et ses relations scientifiques avec l'Italie et l'Espagne, qu'il faut trouver les raisons de l'éclat dont brilla notre Ecole chirurgicale au XIVe siècle, « éclat si puissant, nous dit Malgaigne, qu'elle éclipsa et rejeta dans l'ombre les autres Ecoles et qu'elle nous apparaît encore aujourd'hui comme un phare qui projette sur tout le moyen âge sa forte lumière ». Donc, le moment est favorable à l'apparition d'une de ces fortes personnalités qui représentent une époque et une étape de la science : notre Ecole a maintenant reçu toutes les traductions venues d'Italie; elle a achevé de nouvelles versions des auteurs arabes. Un intense mouvement d'idées y fermente ; on ne s'y borne plus à la compilation servile des anciens; des esprits originaux, d'une audacieuse ardeur, cherchent des pensées nouvelles. La grande œuvre préparatoire du XIIIe siècle est achevée; les matériaux sont à pied d'œuvre pour une synthèse puissante : Guy de Chauliac va la réaliser.

Il y a cinq siècles et demi, Guy de Chauliac, « chirurgien et maistre en médecine des frontières d'Auvergne, diocèse de Mende, médecin et chapelain commensal de notre Seigneur le Pape, ayant vu maintes opérations et beaucoup d'écrits des maîtres, ayant colligé son œuvre, comme Dieu l'a voulu », en faisait l'hommage à sa chère Eschole de Mont-

pellier »; et, il y a vingt-deux ans, le chirurgien parisien Nicaise, à la première page de son excellente édition, renouvelait, en l'honneur de la célébration de notre VIe Centenaire d'Université, cette dédicace à notre Faculté. Nous avons bien le droit de le réclamer comme un des nôtres, par ses premières études, son séjour prolongé et son enseignement dans notre ville, à son retour de Bologne et de Paris, par son culte envers notre école (car, dans ses écrits reviennent souvent ces mots, « nostre commune estude de Montpellier »); enfin, par son origine lozérienne et ses qualités de rectitude d'esprit, de raison sévère, de labeur entêté capable de surmonter les difficultés qui s'opposaient, dans la rareté des manuscrits, aux études approfondies, qualités qui sont bien de sa race cévenole, rude et forte. N'est-ce point une destinée égale à celle d'Ambroise Paré devenu, de garçon barbier, chirurgien des rois de France, que celle de ce simple garçon de ferme du hameau de Chauliac élevé en 1363, à l'époque où il compose sa grande chirurgie, à la dignité de médecin et chapelain des papes? Et n'est-ce pas une de nos plus grandes gloires chirurgicales que de compter comme un de nos maîtres celui dont le livre est resté, pendant près de quatre siècles, le guide érudit et méthodique des chirurgiens et que Verneuil a salué du titre de *Père de la chirurgie française*?

Treize ans après l'apparition de la grande chirurgie de Guy de Chauliac, un fait mémorable se produit dans notre Ecole : en 1376, un édit du duc Louis d'Anjou, lieutenant de Charles V, en Languedoc, accorde à nos médecins la permission de prendre, chaque année, le cadavre d'un des criminels suppliciés. Cette date est glorieuse pour notre Ecole : déjà des démonstrations publiques d'anatomie y avaient été faites du temps de Guy de Chauliac, comme il appert de la curieuse miniature placée en tête de l'anatomie, dans le superbe manuscrit sur papier qui est la pièce rare de notre bibliothèque; « tout artisan, dit Guy, est tenu de cognoistre le subjet sur lequel il travaille, autrement il erre en ouvrant; et tels sont comme les mauvais cuisiniers qui ne tranchent pas selon les joinctures, mais brisent, cassent et deschirent ». Ce privilège est d'une telle nouveauté que le duc d'Anjou, en le notifiant à tous les officiers de justice du Languedoc, le motive par de longues considérations préliminaires sur la portée scientifique et sociale de cette mesure et que, durant tout un siècle, à plusieurs reprises, le pouvoir royal doit en confirmer la décision. De cette licence, il résulte que notre Ecole est la première en France qui ait inauguré les leçons anatomiques, plus d'un siècle avant la Faculté de Paris qui ne commença à faire quelques démonstrations cadavériques aux barbiers et aux chirurgiens qu'en 1498.

Voilà donc nos chirurgiens dotés de ces deux moyens de perfectionnement théorique et technique : une *doctrine;* une *base anatomique.* Nous allons assister, dès maintenant, à leur montée intellectuelle et sociale, qui va prendre plus de quatre siècles pour s'achever, avant que chirurgiens et médecins n'aient été remis au même niveau d'équivalence scientifique et d'unité d'origine. Nous allons voir leurs cadres particuliers d'enseignement se constituer peu à peu, la police de leur métier et le contrôle des capacités s'organiser, leurs moyens matériels d'études s'améliorer, leur culture s'élever et, comme résultat, leur rang social se hausser au point où la porté la fameuse déclaration royale de 1743, qui est véritablement la déclaration des droits des chirurgiens. Or, l'homme qui sut inspirer au roi ces libérales décisions est un Montpelliérain : c'est Lapeyronie; sa statue monte la garde devant la porte de notre Ecole; et la foule bruyante des étudiants qui passe devant elle ne connaît pas ce que la chirurgie doit à son influence et, comme nous le verrons, a ses libéralités.

Dès la fin du XIVe siècle, et en exécution des lettres de Charles VI, du 3 juin 1399, le *contrôle de la capacité chirurgicale devient officielle :* ce n'est d'abord, qu'une ébauche du jury, purement professionnel; il est formé de quatre maîtres jurés de l' « Office de chirurgie et barberie »; le candidat, s'il est reconnu apte et idoine, reçoit des consuls, représentant l'autorité municipale, un « brevet de maîtrise »; il est *barbi tonsor médicus*, et peut désormais, maniant rasoir et lancette, cumuler les fonctions de chirurgien et de barbier; mais, il a dû prêter le serment professionnel; et, dès ce moment apparaît ce fait caractéristique de notre Cité et de notre Ecole, *c'est la règle et la puissance du serment* chez nos aïeux, la forme universelle de cette prescription qui, dans notre ville, astreint à tous les degrés de la hiérarchie sociale, depuis le seigneur jusqu'à l'humble barbier, tous ceux qui prennent part à la vie municipale : n'est-ce point un haut sentiment d'honneur qui, dès le début, fait vivre toute notre ancienne commune dans le culte de la parole librement jurée; et, lorsque dans notre Ecole qui seule a conservé cette tradition, le jeune docteur prête le serment, ne doit-il pas avoir la fierté d'accomplir, en même temps qu'un engagement de forte valeur morale, un rite conforme aux plus vieilles coutumes de notre organisation communale?

A la fin du XVe siècle, un fait capital se produit dans la composition du jury d'examen des chirurgiens-barbiers : c'est l'*entrée dans ce jury, jusqu'alors simplement corporatif, de deux membres de l'Université de médecine :* le chancelier ou le doyen et un docteur régulièrement élu à la pluralité des voix par le corps professoral. C'est ce *jury mixte*, qui « en toute équité devant Dieu et devant sa conscience » doit décider de l'aptitude des candidats à la maîtrise; ainsi en ordonnait les lettres de Charles VIII à la date de mai 1496. Voilà donc, une solide garantie de régularité, sinon de compétence; mais, aussi, voilà, pour les trois siècles suivants, bien des querelles en perspective, les maîtres chirurgiens ayant, par la suite, une continuelle tendance à s'affranchir du contrôle universitaire.

En effet, dès le commencement du XVIe siècle, à Montpellier, sous Louis XII, un pas de plus avait été franchi : *après le contrôle de l'aptitude, était venue l'organisation de l'enseignement chirurgical.* Le statut universitaire du 27 mars 1514, qui la règle, est d'importance majeure par ses considérants et ses décisions. Il y est prescrit qu'en raison de la valeur sociale et de l'utilité de la chirurgie, l'enseignement chirurgical, ne pourra être confié qu'à un maître choisi par l'Université, et que cet enseignement qui aura lieu dans l'enceinte du collège royal de médecine, s'adressera à la fois aux garçons chirurgiens et aux élèves de l'Université désireux de s'instruire en chirurgie.

Mais, étudiants en médecine et garçons barbiers sont un mélange socialement disparate, qui ne va pas sans querelles et sans rixes. Et une délibération

de 1547 prend soin de séparer, pour leurs leçons, ces deux turbulentes catégories.

Dès cette époque, c'est-à-dire dès la première moitié du XVIe siècle, à Montpellier, la position d'un chirurgien-barbier s'est déjà fortement relevée; en vérité, c'est un barbier de qualité; il appartient à une confrérie, dite de Saint-Côme qui a sa discipline et sa hiérarchie; il a entendu une lecture de chirurgie à l'Université de médecine; il a subi ses examens devant les quatre maîtres jurés et les deux délégués de l'Ecole; et quand il a reçu son brevet de maîtrise, qui lui permet de lever boutique en l'art de barberie et de chirurgie, il a quelque orgueil à ouvrir son officine, qui est peinte en rouge, pour la distinguer de celles des barbiers proprement dits, ou perruquiers dont la devanture est de couleur bleue; il suspend au-dessus de sa porte les trois bassins qui sont l'insigne de sa profession et qui représentent les palettes servant à la saignée. Il tient à son officine qui est un fond de valeur, transmissible et négociable que sa veuve, s'il vient à disparaître, pourra conserver en la faisant tenir par un élève en chirurgie, ou mettre en vente. C'est beaucoup que d'avoir boutique et enseigne; c'est là que, dans les cas pressants, chutes, blessures, apoplexies, on porte d'urgence tous les accidents de la rue; et notre grand Lapeyronie lui-même, qui tint son officine dans la Grand'Rue, ne la quitta, nous dit-on, qu'en soupirant, pour se rendre à Paris où l'attendaient les dignités et la richesse. Sans doute, la barberie est la part humiliante du métier; mais, c'est la plus rémunératrice, la plus sûre, comme le fait observer Combalusier, dans son mémoire au Roi. D'autant que la profession s'est fortement épurée; les statuts de la confrérie de nos barbiers-chirurgiens, révisés en 1528, interdisent aux ambulants « aux tailleurs et broyeurs de pierres, aux abatteurs de cataractes, d ouvrer dans la ville et la banlieue de Montpellier, sans la licence des quatre maîtres jurés »; quant aux empiriques, personnages ignorants « lesquels, pour tirer de l'argent, publient avoir l'expérience de guérir toutes plaies et blessures », une délibération prise en 1573, dans une assemblée où se sont réunis les maîtres chirurgiens et les docteurs de la ville a décidé de « les exterminer de cette cité », et deux ans plus tard, le maréchal de Damville, faisant fonction de gouverneur du Languedoc, prescrit aux officiers de Justice, de les saisir et appréhender au corps « pour les mettre en mains des juges ordinaires qui en feront prompte et brève justice »; en ce temps là, il ne faisait pas bon faire de l'exercice illégal de la chirurgie.

A la fin du XVIe siècle, deux édits d'Henry IV vont compléter l'organisation de l'enseignement chirurgical à l'Université de médecine, aux quatre chaires professorales, ou régences, déjà existantes, viennent se joindre deux créations, celle d'*anatomie* en 1593, et celle de *chirurgie* en 1597. Mais, étrange accouplement des matières d'enseignement, chacune de ces chaires créées est en partie double : la première est d'anatomie et botanique, la seconde de chirurgie et de pharmacie! On ne peut s'expliquer pareille association qu'en considérant la place que tenaient, dans les anciens traités de chirurgie, les décoctions de plantes et la composition des topiques, comme base du traitement des plaies. N'empêche que Richer de Belleval, qui avait charge d'enseigner l'anatomie pendant l'hiver et l'explication des plantes tant estrangères que domestiques, durant le printemps et l'été, et qui était un doux botaniste, sans vocation pour l'anatomie, que l'étude des simples intéressait plus que la dissection du cadavre, se refusa à s'acquitter de sa fonction anatomique : la Faculté, lui fit les plus fortes remontrances, suspendit son traitement; un arrêt du Parlement le somma de faire son cours; le chancelier lui écrivit une lettre de blâme : peines perdues; le cours d'anatomie chômait tout l'hiver; et, deux ans après, de guerre lasse, il fallut lui adjoindre un « dissecteur et anatomiste royal » ayant mission de « découper et monstrer l'anatomie, tant ez os que d'autres parties d'icelle ». Ce fut Cabrol qui fut nommé à cette charge, avec cent écus de pension et les droits des gants et dragées des gradués de l'Université.

Pierre Dortoman qui était de Montpellier, et neveu d'un professeur, fut nommé par l'édit du 15 juin 1597, « professeur et lecteur » de pharmacie et de chirurgie. Mais, à cette double charge quel surmenage le malheureux va subir, et quels obstacles il va rencontrer, d'autant qu'aux termes de la déclaration de l'année suivante, les étudiants en médecine sont admis à partager ses leçons avec les garçons chirurgiens et apothicaires! Carabins, fraters et potards : ce sont trois éléments qui ne vivent guère en paix. De là, insultes, provocations et rixes : il faut donc séparer ces tumultueux auditeurs. L'assemblée per fidem. du 25 septembre 1599 y pourvoit : Dortoman fera des leçons aux compagnons chirurgiens et apothicaires dans un local à part, d'abord au collège de Boutonnet, puis dans une maison sise à la descente du Pila Saint-Gély; garçons-chirurgiens et pharmaciens s'y rendront par la rue du Cannau, en abandonnant aux élèves en médecine le pavé de la rue Saint-Mathieu. L'enseignement sera bilingue : pour les carabins lettrés, la leçon sera en latin; elle sera en langue vulgaire, c'est-à-dire en français, pour les illettrés qui viennent des boutiques de chirurgie et de pharmacie. Il ne suffit pas de séparer les lieux; on espace les heures d'enseignement : à quatre heures du matin (on se levait de bonne heure, en ces temps!), leçon aux chirurgiens, avec commentaire de Guy de Chauliac; à midi, leçon aux pharmaciens, avec interprétation du cinquième livre de Dioscoride; à deux heures de l'après-midi, leçon aux étudiants en médecine, avec explication du livre de Galien : quelle journée, Messeigneurs! Rien d'étonnant qu'après dix ans de ce métier, Dortoman se soit senti un peu las et qu'il ait demandé, à la première vacance, une mutation de chaire! Henry IV fit droit à sa requête, et décide que le nouveau nommé prendrait l'enseignement de la chirurgie et de la pharmacie : cette déclaration royale consacre, en vérité l'omni-compétence; les professeurs sont « bons à tout faire », à tout enseigner! Et, si notre époque pèche peut-être par la spécialisation excessive, l'ancien régime avait vraiment le défaut de ne point assez distinguer les matières d'enseignement.

Au XVIIe siècle, la vie chirurgicale, à Montpellier, n'offre aucun haut relief ni des faits, ni des hommes : nous pouvons la juger en détail, grâce aux archives de la congrégation des maîtres chirurgiens dont les deux registres vont de 1635 à 1683. C'est l'histoire professionnelle, assez médiocre, en somme, d'une corporation, dont les membres suivent la routine du métier, sont divisés (déjà!) par des rivalités de clientèle ou de préséance, ne montrent point toujours une tenue irréprochable, ne sont pas exempts de favoritisme, cherchent à s'émanciper du contrôle

de l'Université, et parfois, mènent grand tapage dans la ville. Tant il est vrai qu'il n'est point facile de discipliner des chirurgiens, race indépendante et volontaire! Et, les scandales ne manquent pas: les fraudes dans les examens, les inscriptions de faux actes de maîtrise, en faveur de parents ou alliés, ne sont point à l'honneur de la confrérie. Le népotisme, y sévit. Et quels bruyants compagnons que ces fraudeurs de diplômes : ils sont une trentaine et leurs assemblées sont animées de telles disputes, de telles vociférations, avec accompagnement de « reniements et blasphèmes du saint nom de Dieu », qu'ils sont successivement expulsés des locaux qui servent de siège à la Chambre de juridiction de la compagnie, d'abord du couvent des « Révérans Pères de l'Observance », au faubourg de Lattes, puis de la maison de Gariel, au bas de la Blanquerie, proche voisine des Visitandines que ces « crieries fréquentes » inquiètent dans leurs exercices de dévotion.

Vers la fin du XVIIe siècle, cependant, ils tendent à s'assagir; et, à l'occasion de l'établissement par Louis XIV des offices de chirurgiens royaux, dont deux sont acquis par leur communauté, ils rédigent, en 1692, un règlement prescrivant l'immatriculation des apprentis, contrôlent leur présence aux démonstrations anatomiques, opérations et leçons des « Messieurs de l'Université » et fortifiant les garanties des examens des aspirants à la maîtrise de chirurgie. De plus, comme l'uniforme est l'expression et le meilleur respect de la discipline, ils s'astreignent, dès 1675, à porter la robe à l'instar des médecins et à en prescrire le port obligatoire dans les assemblées et les examens de maîtrise.

Vers cette époque. fin XVIIe siècle, nous assistons à Montpellier aux très modestes commencements d'une éminente carrière. Fils de barbier et formé dans la boutique paternelle, François Lapeyronie, « aspirant lui-même à l'estat de maistre chirurgien-barbier, après avoir subi, selon la règle, son examen tentatif, ses semaines et chefs-d'œuvre et ses triduanes et après l'avis du médecin d'Université et des vingt-six maîtres chirurgiens jurés de la ville, est jugé capable d'exercer l'art de chirurgie et barberie »; ceci se passe le 19 février 1695. Or, en 1743, est publiée la fameuse déclaration du Roi, rédigée par l'immortel d'Aguesseau, déclaration libératrice pour la chirurgie qui sépare à jamais des chirurgiens la compagnie des barbiers, exige des élèves une instruction littéraire, relève la maîtrise par la sévérité des examens et place la chirurgie au même rang social que la médecine; et cette déclaration est établie, conformément aux vues élevées et grâce à l'action personnelle sur le Roi dont il est le chirurgien et l'ami, du même homme qui, quarante-huit ans avant, avait été reçu maistre chirurgien-barbier dans notre ville, avec droit de « pendre bassins et d'y tenir boutique ouverte »!

Quel point de départ et quelle arrivée! Mais, aussi, y eut-il jamais un chirurgien plus passionné pour la dignité de son état, qui ait mis plus de talent d'organisation et de diplomatie à la soutenir, qui ait mieux employé son crédit à la relever, qui ait fait plus de sacrifices pécuniaires pour le pourvoir des établissements et enseignements nécessaires. C'est, assurément, Lapeyronie qui a le plus contribué à la création de l'Académie de chirurgie, l'événement le plus remarquable de la chirurgie moderne, grâce auquel la grande école française de chirurgie a gardé le premier rang pendant la fin du XVIIIe siècle et le commencement du XIXe. C'est lui qui, après avoir libéré notre art, en a organisé l'enseignement indépendant; à Paris, il est fondé cinq places de démonstrateurs aux appointements de 500 livres par an; Lapeyronie en ajoute un sixième à qui il assure, sur ses biens, les mêmes émoluments. Mais il ne se borne pas à faire progresser la chirurgie dans la capitale; il n'oublie pas Montpellier où il a exercé et enseigné; il obtient du Roi, pour notre ville, la nomination de quatre démonstrateurs et de quatre adjoints; mais comme Montpellier n'a point encore d'amphithéâtre de chirurgie et comme on a négligé d'attacher des honoraires aux fonctions des démonstrateurs, c'est sa générosité qui va y pourvoir. Voici son testament : « Je lègue à la communauté des maîtres de chirurgie de Montpellier les deux maisons qui m'appartiennent dans la Grand' Rue, avec 100.000 livres pour y faire construire un amphithéâtre; j'institue la communauté légataire pour le tiers des biens que je laisserai à mon décès; je veux et j'entends que les revenus soient employés au paiement de 4.000 livres par chaque année aux quatre démonstrateurs et à leurs adjoints. La construction de l'amphithéâtre n'alla pas sans encombres : dépassement de devis, comme toujours; dépenses supplémentaires pour les sculptures, les menuiseries, la pose d'une fleur de lys en cuivre doré, les 10.000 livres d'honoraires à l'architecte Giral; pour couvrir ces frais il fallut, après la vente des deux maisons de la Grand'Rue, recourir à d'onéreux emprunts. Malgré tous obstacles, en 1758, dix ans après la mort de son fondateur, notre amphithéâtre Saint-Côme était à peu près achevé; et nos trente-quatre maîtres chirurgiens fondaient, pour le repos de l'âme de leur bienfaiteur, un service funèbre annuel auquel ils devaient assister en robe et collet. » La communauté des chirurgiens, qui avait jusqu'alors erré, d'un quartier à l'autre de la ville, du faubourg Saint-Jaumes (le nom de pont Saint-Côme paraît dû à cette première station), au Courreau, à Boutonnet, avait enfin son domicile fixe. Mais, hélas! l'amphithéâtre Saint-Côme ne resta point longtemps la maison commune de nos maîtres chirurgiens; il demeure encore un des joyaux de notre ville; mais il a changé de destination et est devenu la Bourse du Commerce!

Dans son « hôtel Saint-Côme », tout flambant neuf, le collège des maîtres en chirurgie de Montpellier écrase du luxe de son logement les bâtiments dégradés où se tient l'Université de médecine, les deux salles humides où se font les cours et les actes publics, la tour qui sert d'amphithéâtre pour les leçons d'anatomie; curieux revirement de fortune, qu'un homme bienfaisant a provoqué! Ses cadres sont largement constitués par les statuts du 9 septembre 1770, visés par Louis XV, sur l'avis de Lamartinière et qui ne comprennent pas moins de 140 articles : l'école royale de chirurgie se compose de dix professeurs démonstrateurs royaux, assurant le cours complet de chirurgie par cinq équipes doubles.

La police des études est sévère; les élèves doivent se comporter avec décence, honneur et respect; ils n'ont plus le droit de se placer chez les perruquiers en qualité de garçons; les professeurs démonstrateurs font l'appel, signent des certificats d'assiduité. Les aspirants à la maîtrise qui doivent être de la religion catholique, apostolique et romaine, doivent avoir suivi, pendant une année, le cours complet de chirurgie et exercé pendant quatre ans la chirurgie chez les maîtres ou dans les hôpi-

taux; ils doivent être pourvus de lettres de maîtrise ès-arts. Pour obtenir la licence, ou grande jurande, c'est-à-dire pour parvenir à la maîtrise il y a toute une longue filière à suivre,

En vérité, il fallait pour devenir maître chirurgien, à la fin du XVIIIe siècle, subir de plus longues épreuves qu'en l'an de grâce 1921 pour obtenir le doctorat; et l'on ne peut contester qu'il y avait là, à la veille de la Révolution, une forte Ecole, logiquement organisée, d'instruction spéciale et de formation professionnelle! D'autant que la fondation de Lapeyronie s'était complétée, en 1782, par l'importante création qu'y fit François Houstel (de Viols-le-Fort) d'une *école pratique de dissections et d'opérations,* pour laquelle il avait inscrit dans son testament, une somme de 30.100 livres; c'était là une véritable école d'application, par sélection d'une élite avec un programme de telle valeur pratique, que nous pourrions le prendre comme modèle pour l'établissement de nos cours de perfectionnement!

Sans doute, il ne suffit pas de créer les moyens d'instruction; il faut adapter les esprits. Et, la mentalité des élèves chirurgiens ne répond pas encore à l'excellence de cette organisation matérielle, ni à l'effort des maîtres. En 1783, Poutingon, professeur à Saint-Côme, constate qu'il règne dans le collège de chirurgie les plus grands abus parmi les étudiants; ils négligent leur immatriculation, n'assistent presque jamais aux leçons, dissipent les fonds que leurs parents leur envoient (ce n'est pas nouveau!), s'adonnent au jeu et à la débauche; il en est qui poussent l'aplomb jusqu'à se faire inscrire sur la liste des professeurs en exercice; ils bâclent en hâte leur préparation d'examen, et, une fois reçus à la maîtrise, grâce à l'indulgence de leurs examinateurs, ignorants des premiers principes des opérations « ils osent les pratiquer et faire par là autant de victimes qu'il y a de personnes qui se livrent à eux ». Curieux document, sévère admonestation, et qui, peut-être n'a point perdu toute actualité!

Mais, l'école de chirurgie de Montpellier, si solidement codifiée par les statuts de 1770, avait ses jours comptés : moins d'un quart de siècles après, elle était législativement supprimée le 18 août 1792, et elle cessait de vivre le 5 prairial an II (24 mai 1774) : le collège Saint-Côme finissait en beauté, et sa clôture était marquée par une dernière fête chirurgicale, pour la distribution des prix de l'Ecole pratique. La même année, le 14 frimaire, an III (4 décembre 1794), la Convention nationale créait l'Ecole de santé qui fusionnait le Collège de chirurgie et l'Ecole de médecine; ainsi triomphait définitivement le principe de l'unité de notre science, qui dirige vers un même but toutes nos recherches, principe fécond de collaboration médico-chirurgicale, qui a été la plus salutaire à la défense de la vie humaine et qui a trouvé, dans nos interventions modernes, son application large et bienfaisante. Mais, ne l'oublions pas, si ce mur, qui a si longtemps séparé la médecine et la chirurgie a été abattu, son plus actif démolisseur a été l'un des nôtres, le grand Lapeyronie!

Nous voici au seuil des temps modernes. Une grande figure les domine : c'est celle de Delpech. Je n'ai pas ici à faire son panégyrique : Serre, Bouisson, Tedenat ont déjà écrit l'éloge de ce maître. Je ne puis que rappeler les traits les plus saillants par lesquels s'affirme sa personnalité; sa passion opiniâtre pour l'étude; ce feu sacré qui le possédait et qui animait l'enthousiasme de ses élèves : sa parole ardente, colorée et précise; la forme militante de son activité chirurgicale, qui se manifestait dans l'audace improvisée de ses interventions; sa dextérité manuelle qui justifiait ses plus aventureuses entreprises. C'était, en vérité, sous son aspect débile, et avec un corps frêle qui résistait à tout, un tempérament chirurgical, de haute école; il était égal à Dupuytren; et Bouisson a écrit, sur ces deux hommes, un parallèle, à la mode classique, qui est un chef d'œuvre littéraire. Il a été un précurseur : il a lié les vaisseaux les plus profonds, extirpé l'utérus par l'hypogastre; il s'est risqué à lier les deux carotides primitives; l'élégance et la sûreté du jeu de ses mains impressionnaient les spectateurs, et le jour où il excise, à coup de bistouri, cette énorme masse éléphantiasique qui fait l'étonnement des visiteurs de notre musée, des applaudissements partirent de tous les points de la salle : Delpech se retourne, les arrête et s'écrie : « Vous m'auriez donc sifflé si je n'avais pas réussi! » Cette même impétuosité, il l'apportait dans la rédaction : Serre raconte qu'en moins de quinze jours, Delpech lui dicta tout le premier volume de sa chirurgie clinique et que souvent il était forcé de l'interrompre pour lui demander quelques instants de repos. C'était un esprit créateur, qui a eu des vues neuves sur la réunion immédiate, sur les propriétés du tissu de cicatrice, sur la ténotomie, sur la pourriture d'hôpital, sur l'orthopédie : on comprend bien, à distance, quelle dut être, dans notre vieille ville médicale, l'impression produite par l'apparition d'un chirurgien de cette trempe et de cet éclat, succédant, dans sa chaire, à Poutingon, ancien professeur de Saint-Côme, homme d'un caractère doux et timide!

En somme, Guy de Chauliac, Lapeyronie, Delpech, voilà les trois noms qui émergent dans notre passé : tous trois ont, au cours de cette longue évolution scientifique, marqué trois étapes de renaissance chirurgicale. Et c'est une part contributive qui suffit à la gloire d'une Ecole.

Cette école de chirurgie de Montpellier, a, dès ses débuts, montré ses directions caractéristiques. Une de ses doctrines dominantes est la suivante : c'est la nature qui opère la guérison; le médecin et le chirurgien ne sont jamais que ses ministres. Ce dogme, que tous les travaux contemporains ont confirmé, a été enseigné ici, dans la plus haute antiquité : Adelbert II, archevêque de Mayence, qui vint à Montpellier au commencement du XIIe siècle, y trouve déjà des maîtres qui expliquent « les formes salutaires de la nature »; Arnaud de Villeneuve enseigne aussi que « c'est la nature qui prépare la maladie à être détruite et que le médecin n'est qu'un instrument employé pour la seconder dans son travail »; toute notre thérapeutique moderne des plaies n'est que l'application de ce vieux principe et la réunion a trouvé à Montpellier ses premiers défenseurs.

Une autre idée dont nous avons, ici, été toujours pénétrés, c'est que la Médecine est une et indivisible et que la chirurgie en fait partie intégrante. Quand fut créé l'enseignement de la chirurgie de notre Ecole, le cours de Dortoman qui en fut le premier titulaire avait pour titre « de auxiliis médico-chirurgicis ». D'emblée, donc, la coopération médico-chirurgicale a été ici affirmée; et la doctrine de notre Ecole imprégnait tellement ses disciples que l'on a toujours reconnu dans les chirurgiens de Montpellier un « médecin opérant », association de

deux mots qui résume bien notre constante tendance : apporter la plus sévère rigueur dans la détermination des indications opératoires; considérer que l'opération n'est qu'un temps de traitement et que les suites doivent nous préoccuper autant que l'acte chirurgical lui-même. Chirac, dont on a injustement médit, voulut, dès le début du XVIIIe siècle, réunir ces deux branches d'une même science, par la création de médecins-chirurgiens; il légua même à la Faculté de médecine de Montpellier une somme de 30.000 livres dont la rente devait servir annuellement à la réception gratuite de trois docteurs de cette espèce. Nos vieux maîtres ont toujours enseigné l'importance des états constitutionnels sur le pronostic des traumatismes et des opérations; Verneuil n'a fait que reprendre cet antique dogme Montpelliérain, et tous les travaux contemporains en ont montré la valeur clinique. On souriait autrefois à Paris de ces mots chers à nos grands anciens, imbus des doctrines hippocratiques, le dynamisme, la nature médicatrice, la sympathie; on nous les a, depuis, présentés comme des nouveautés. Nous avons toujours été habitués, ici, à penser physiologiquement; et, lorsque John Hunter publiait ses belles études physiologiques sur l'inflammation et les cicatrices, leur analogie avec les principes de l'Ecole de médecine de Montpellier était telle que Barthez répétait souvent à ses élèves : « Mais cet homme nous vole. »

Un autre trait caractéristique, chez nos anciens, c'est leur culte de nos traditions, l'attachement profond à notre Ecole, qui se manifeste pratiquement par de larges dotations, parmi lesquelles il faut commémorer, pour rester sur le terrain chirurgical, celles de Chirac, de Lapeyronie, de Houstel, de Bouisson-Bertrand, de Dubreuil, de Jaumes, de Paulet. Est-il une école qui puisse montrer une semblable liste de bienfaiteurs. Et toutes ces libéralités sont inspirées de la même pensée; n'attendre point tout progrès de l'appui financier de l'Etat; seconder par une dotation personnelle les insuffisances de son budget; aider aux créations nouvelles et aux nouveaux besoins; servir les intérêts et la valeur de notre enseignement et de notre production scientifique. N'est-ce point montrer, par là, en même temps que la fidélité au passé, le désir du progrès et l'esprit de corps. Car, c'est notre double tendance d'être traditionnalistes et progressistes. Nous sommes conservateurs certes, de nos coutumes, de nos vieilles pierres, de notre serment professionnel, de notre galerie d'ancêtres. Mais, les idées et les techniques nouvelles trouvent, dans cette vieille et noble maison, rapide et large accueil. Pour ne pas en chercher bien loin les preuves, y eut-il ailleurs cerveaux plus novateurs que ceux de Delpech, à l'esprit original et fécond en projets; de Lallemand, qui fut un socialiste de la première heure, un professeur de clinique chirurgicale, doublé d'un philosophe et qui, bloqué par une tourmente sur le Larzac, écrivit, en trois jours, un petit livre, le Hachych, étonnant par la profondeur et la prescience de ses vues d'avenir, où il prévoit le canal de Suez, la traversée des Alpes par un tunnel, l'électricité substituée à la vapeur; enfin de Courty qui, s'il eût eu l'asepsie, aurait été le créateur de la gynécologie française? Nous avons le culte du souvenir; mais, nous avons aussi la foi dans l'avenir. Et nous pensons, comme notre grand ancêtre Guy de Chauliac, que « les sciences sont faites par additions, n'estant possible qu'un mesme commence et achève; nous sommes comme enfants au col d'un géant; car nous pouvons voir tout ce que voit le géant et quelque peu davantage ».

VARIÉTÉS

UNE AMBASSADE DE RABELAIS

On a tout dit et tout écrit sur Rabelais. Hier encore, à Montpellier, lorsque le Président de la République a inauguré dans l'antique Jardin des Plantes le monument du « Chinonais », les orateurs ont montré l'influence considérable qu'il a eue sur l'évolution des esprits de la grande Université, et ils ont vanté les services qu'il rendit à l'École de médecine.

Le moindre de ces services ne fut pas la mission que Rabelais remplit auprès du cardinal de Bellay pour défendre les privilèges de la Faculté.

Rabelais accomplit cette ambassade avec toute la grasse fantaisie dont il était capable.

Quoique l'anecdote soit bien connue, sans doute, elle mérite d'être rappelée car elle est toute d'actualité.

Nous l'empruntons, ainsi que le portrait qui suit, au premier volume des œuvres de Rabelais, éditées à Amsterdam, en 1711, par Henri Bordesius :



« On dit que le chancelier du Prat, ayant conceu quelque mauvaise volonté contre la ville de Montpellier, fit donner Arrest portant l'abolition des privilèges de la Faculté de médecine de ladite ville, Rabelais qu'on savait capable et cognu de Monsieur le cardinal du Bellay, fut député pour venir en Cour poursuivre la révocation de cet Arrest par la faveur dudit Sieur du Bellay qui estoit bienvenu près dudit

Roy François. Estant à Paris et ne pouvant avoir accès près dudit sieur Chancelier, il fit le fol, se revestit d'une robe verte et d'une grande barbe grise, se promena longs-temps devant sa porte, qui était lors sur le quay des Augustins; et quantité de monde, mesme des domestiques dudit Sieur Chancelier, le pressant de dire quel il estoit, il leur dit qu'il estoit l'escorcheur de veaux, et que ceux qui voudraient estre les premiers escorchez se hastassent.

Le Chancelier ayant entendu ce discours, commanda à ses gens de le faire entrer sur l'heure de son disner; et estant entré, Rabelais luy fit une harangue si docte et si pleine d'authorité, qu'il le fit mettre à sa table et disner avec luy avec promesse de faire confirmer les privilèges de Montpellier; ce qui fut depuis exécuté. Et, en mémoire de ce tous les médecins qui sont receus à Montpellier portent la robe dudit Rabelais, laquelle est en vénération ainsi que chacun sçait (1). »

L. G.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

OUVRIER A L'ESSAI. APPLICATION DE LA LOI DU 9 AVRIL 1898

Un ouvrier qui a été blessé au cours de son travail d'essai peut-il invoquer les dispositions de la loi du 9 avril 1898? Cette question a été soumise à la 7e chambre du Tribunal civil de la Seine, qui a répondu par l'affirmative dans son jugement du 6 juin 1921.

Dans l'espèce qu'il avait à examiner, l'ouvrier avait été blessé le 13 mai 1919, dans les ateliers de son patron, une heure et demie après avoir commencé son travail, à la suite d'une convocation qui lui avait été adressée. Le patron soutenait que l'accident qui était ainsi survenu ne constituait pas un accident du travail. en invoquant le règlement affiché dans les ateliers et le bureau d'embauchage où il était dit : « après convocation verbale ou par écrit, l'ouvrier sera soumis à faire un essai dont la durée ne devra pas dépasser une journée de travail; si l'essai est reconnu bon et si le taux du travail à l'heure est accepté par l'ouvrier, ce dernier sera conduit au bureau de pointage pour signer le contrat d'embauchage ».

Après l'essai, aucun contrat de louage ne fut signé. Cette circonstance ne pouvait être prise en considération; elle ne pouvait l'être que s'il s'était agi d'apprécier la validité d'un congédiement en dehors de l'observation du délai de préavis; elle ne pouvait pas être invoquée pour refuser à l'ouvrier le bénéfice de la loi de 1898.

« Attendu que l'article 1er de cette loi, dit le Tribunal, qui vise tous les accidents qui surviennent par le fait du travail ou à l'occasion du travail aux ouvriers et employés occupés dans les entreprises qu'il énumère, ne fait aucune distinction qui permette d'écarter les accidents survenus dans la période d'essai, même qualifiée ainsi, alors que ce travail, exécuté sous la direction du chef de l'entreprise ou de ses préposés, contribue au résultat de cette entreprise;

Attendu que l'ouvrier soumis à cette direction doit être protégé comme les autres et pour la même raison contre les risques du machinisme et des entreprises collectives contre lesquelles la loi susvisée a pour but de le garantir;

Attendu qu'à raison de son caractère d'ordre public la loi n'est susceptible d'aucune dérogation résultant d'une convention contraire, en tant qu'elle aurait pour objet de priver du bénéfice de ladite loi l'ouvrier employé dans les entreprises qui y sont assujetties; que, si la période d'essai qui, dans l'entreprise C..., ne serait que de huit heures, pouvait être considérée comme placée en dehors de l'application de la loi, rien n'empêcherait d'autres entreprises d'établir des dérogations plus importantes ayant pour effet de laisser l'ouvrier sans protection pendant la durée de l'essai prolongé;

Attendu que si le patron est en droit de suspendre l'embauchage jusqu'après la vérification de l'aptitude de l'ouvrier et de la soumettre à une épreuve d'essai qui n'entraîne pas en cas d'accident l'application de la loi, c'est à la condition que l'ouvrier demeure maître de régler le travail d'après son aptitude et sa capacité, sans participer au travail en commun qui l'expose à des risques imprévus inhérents à l'organisation de l'entreprise;

Attendu que la rémunération des heures d'essai, fixée d'après la moyenne des salaires payés aux ouvriers de la même catégorie dans les ateliers de C..., démontre que l'ouvrier pendant la durée de cet essai est considéré comme collaborant immédiatement au résultat de l'entreprise en vertu du contrat de travail fait pour une durée de huit heures et susceptible de prendre fin si le travail n'est pas jugé bon, parce qu'il n'intervient pas de contrat d'embauchage d'après les termes du règlement, mais que toutes les conditions prévues par la loi du 9 avril 1898 se trouvant réunies, P... est en droit de l'invoquer pour être indemnisé des conséquences de l'accident survenu dans son travail le 13 mai 1919... »

Cette décision ne peut être qu'approuvée; car il y a eu embauchage rémunéré en vue d'un essai à faire sous la surveillance du patron; il y avait donc un véritable contrat entre l'ouvrier et le patron. La loi ne serait pas applicable s'il s'agissait d'un accident survenu à un ouvrier se rendant dans une usine pour demander du travail, par exemple; car, en ce cas, aucun contrat n'existe encore; de plus, aucun salaire n'ayant été convenu, on se trouverait, dans l'impossibilité de calculer l'indemnité. (Cass., 15 janvier 1913, D. 1913-5-43. Sachet, *Accidents du travail*, t. Ier, n° 317.)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau Traité de médecine (1). Fasc. 3 : *Maladies infectieuses* (suite), publié sous la direction de G.-H. Roger, Fernand Widal et P. Teissier.

Le troisième fascicule du *Nouveau Traité de médecine* de Roger-Widal-Teissier vient de paraître; il est consacré, comme le précédent, aux maladies infectieuses, et nous ne doutons pas que la qualité des articles qui le composent et la beauté de son illustration assurent à ce nouveau volume le succès complet qu'a obtenu le fascicule I dans le monde entier et dans la presse scientifique

Sur 556 pages que comprend ce fascicule, 252 sont consacrées aux *fièvres typhoïdes et paratyphoïdes*. Cette remarquable étude du professeur Widal et des docteurs Lemierre et Abrami, dont les nombreux travaux sur les maladies infectieuses sont connus de tous, constitue la mise au point la plus complète et la plus récente. Il faudrait analyser longuement ce magistral article pour en faire apprécier la documentation et la clarté d'exposition, mais il y a lieu de signaler le long chapitre consacré à la symptomatologie. De toutes les maladies infectieuses la fièvre typhoïde est une de celles dont la symptomatologie est la plus riche et l'évolution la plus fertile en incidents de toutes sortes.

Il conviendrait également de s'attarder longuement sur chacun des articles qui complètent ce fascicule et sont signés de noms connus :

Colibacillose, par F. Widal et A. Lemierre; *Dysenteries*, par M. Dopter; *Choléra*, par M. A. Ruffer et Crendiropoulo; *Botulisme* et *Fièvre de Malte*, par Sacquépée; *Fièvre des tranchées*, par R. P. Strong; *Grippe*, par Menetrier et Stevenin; *Peste*, par Sacquépée et Garcin; *Fièvre jaune*, par Azevedro Sodré.

(1) *Particularitez de la vie et mœurs de M. François Rabelais*, p. xxxiii-xxxiv. Œuvres de maître François Rabelais publiées sous le titre de Faits et Dits du géant Gargantua et de son fils Pantagruel, avec la Prognostication Pantagrueline, l'épître du Limosin, la crème Philosophale et deux épitres à deux Vieilles de mœurs et d'humeur différentes. — Nouvelle édition, à Amsterdam, chez Henri Bordesius, MDCCXI, 5 vol.

(1) Un vol. de 556 pages avec 62 figures et 4 planches en couleurs. — Prix : 40 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Picquet fait valoir à Charles VIII auprès duquel il est fort en crédit. Par lettres patentes données à Lyon en mai 1496, ce prince accorde à l'Université « une somme de 500 livres tournois à valoir sur les finances du Languedoc, à savoir pour chacun des docteurs 100 livres et pour les réparations desdites écoles 100 livres par an ». Mais ces lettres sont inopérantes parce que Charles VIII est mort avant qu'elles aient été enregistrées. Il faut donc en obtenir confirmation, le 29 août 1492, de Louis XII qui, après avoir désigné nommément les quatre d'entre les régents qui seront désormais professeurs royaux, stipule que « quand lesdits offices vaqueront, il en soit mis, en leur lieu, autres à la dispute ». C'est la nomination au concours.

Il en résulte pour l'Ecole une favorable impulsion à laquelle, en 1530 et 1537, le séjour de Rabelais ne manquera pas d'ajouter. Malheureusement, les guerres de religion, d'une violence exceptionnelle dans cette ville, anéantissent la bibliothèque, ruinant l'immeuble et dispersent les maîtres. Les actes universitaires sont interrompus et l'existence de l'Ecole en péril.

L'influence bienfaisante d'Henri IV va lui redonner une vigueur nouvelle par d'opportunes créations où se retrouve cette tendance si persistante vers l'observation que, dès le 23 novembre 1529, les étudiants y faisaient dresser par leur procureur Albert Pelletier le premier amphithéâtre d'anatomie qui fut au monde.

C'est donc, en 1593, la création d'une chaire d'anatomie et de botanique, doublée deux ans plus tard d'une charge de chef des travaux anatomiques sous la dénomination de dissecteur ou anatomiste royal. Une nouvelle chaire de chirurgie et de pharmacie est créée en 1597, suivie l'année suivante de l'organisation d'un Jardin des Plantes pour remplacer, hors des remparts où il est encore, le Jardin des Simples qui existait depuis le XIVe siècle dans l'enceinte de l'Ecole.

Des huit à dix maîtres qui jusqu'alors avaient distribué l'enseignement à une soixantaine d'étudiants, ceux qui ne sont pas appointés et pourvus d'une chaire subsistent encore sous le nom de docteurs agrégés. Les lettres patentes du 6 avril 1610 en réduisent le nombre à deux. La création, en 1673, de la chaire de chimie, sur la demande de la Faculté qui s'opposait sans cela à ce qu'un démonstrateur choisi hors de son sein par Louis XIV y organisat des travaux pratiques, ne laissera plus subsister qu'une agrégature qui disparaîtra à son tour deux ans plus tard par la fondation d'une huitième chaire pour enseigner aux étudiants « à consulter et à pratiquer ». C'est l'enseignement clinique officiellement spécialisé, innovation d'ailleurs purement nominale dans une Ecole où, depuis les statuts de 1239, nul ne peut affronter la licence qu'il n'ait fait, hors de Montpellier il est vrai, un stage clinique d'au moins six mois.

Malgré quelques abus, telles les survivances, qui intronisent à la Faculté de véritables dynasties avec les Chicoyneau, l'Ecole est en pleine prospérité à la veille de la Révolution : en 1789, son registre d'immatriculation comportait 100 étudiants alors que Paris atteignait à peine la soixantaine.

La loi du 19 août 1792 supprimait les dix-huit facultés de médecine, en tant qu'associations. Cependant, l'Ecole de Montpellier ne cesse pas de fonctionner, bien que l'exercice de la médecine fut devenu libre, sous réserve de payer patente.

Devant la nécessité d'un recrutement sérieux pour le personnel sanitaire des armées, la loi du 14 frimaire, an III, en réorganisant trois écoles de santé, Paris, Montpellier et Strasbourg, ne faisait pour la seconde que constater sa persistance. Son corps enseignant comportait huit professeurs titulaires, doublés chacun d'un adjoint pour cent cinquante élèves militaires appointés.

Dès 1801, des étudiants civils y étaient admis, d'où l'appellation d'Ecole de médecine qui, deux ans plus tard, procédera à de nouvelles réceptions doctorales. Enfin, dans l'Université

impériale de 1808, l'Ecole reprenait son titre de Faculté avec ses professeurs nommés au concours à la tête desquels le doyen électif, et non plus désigné par l'ancienneté, remplissait l'ancienne charge du chancelier.

Dernier remaniement, survenu en 1823, des agrégés nommés d'abord au concours sur place, puis, à partir de 1880, au concours commun à Paris, viennent remplacer les adjoints.

Avec les diverses spécialisations qu'exige l'extension des sciences médicales, les chaires vont se multiplier. La dernière, celle de clinique urologique, date de septembre 1921.

Pour les étudiants, la progression est plus forte encore puisqu'au lendemain de la guerre leur nombre atteignait 786.

Depuis sa reconstitution en l'an III, l'Ecole a été mise en possession par le décret du 3 floréal de l'ancien évêché de Montpellier où elle s'est, depuis, développée au large par la création d'un amphithéâtre par Chaptal en 1802, de l'aile du Conservatoire par Bérard en 1838, du pavillon d'anatomie par Bouisson en 1867, de l'Institut de physique en 1869, agrandi en 1900 par Moitessier, et de l'Institut antirabique, en 1914, par Mairet.

A ces locaux il faut ajouter, pour l'enseignement théorique, sa riche bibliothèque réorganisée et considérablement enrichie par Prunelle en l'an XII, et, pour les sciences fondamentales, son Conservatoire d'anatomie qui date du 26 frimaire, an III, sans compter son Jardin des Plantes dont il a été plus haut question.

L'enseignement clinique que l'on a vu, à Montpellier, contemporain de la fondation de l'Ecole, est organisé sur ses bases modernes depuis l'arrêté du ministre de l'Intérieur, en date du 28 floréal, an VIII, par lequel le service de l'hôpital Saint-Eloi est confié aux professeurs de clinique.

En 1870, le préfet Lisbonne ouvrait à son tour l'hôpital général aux services de la Faculté, initiative suivie depuis de la réorganisation et de l'extension des services hospitaliers par la création de l'hôpital suburbain en 1889, de la clinique ophtalmologique en 1892, et de la Maternité en 1902.

Ainsi, par une série d'adaptations successives, nées le plus souvent des circonstances qui auraient pu tourner à sa perte, la Faculté de médecine de Montpellier montre-t-elle, dans son passé bientôt millénaire, une vitalité qui lui permet d'envisager l'avenir avec une confiance que l'événement n'a jamais démenti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic cardiologique, par le Dr SCHRUMPF-PIERRON (de Paris), privat-docent de l'Université de Genève. Préface de M. H. VAQUEZ, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8 de 300 pages avec 200 figures et tableaux synoptiques. — Prix : 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Peste. Etiologie. Formes cliniques. Prophylaxie. Traitement, par Ed. JOLTRAIN. Broch. de 184 pages, 15 figures. Prix : 8 fr. — Paris, Maloine et fils.

La Débilité arthritique chez l'enfant, par le Dr A. LESAGE, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Comité supérieur de protection de l'enfant du premier âge. 1 vol. in-8 raisin de 144 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Doin.

Les Trois états de la matière : état fluide, état corpusculaire, corps simples, par Mary LAURENT, pharmacien de première classe. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Maloine et fils.

Histoire d'une idée. L'Œuvre de Metchnikoff, par BESREDKA. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, COMPLICATIONS ET DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE [1]

b. Le séro-diagnostic de Widal. — Le sérum du malade agglutine une culture de 24 heures de bacilles d'Eberth au 1/50e en 15 minutes. Il faut chercher aussi le taux limite d'agglutination. Ce signe est positif à partir du huitième jour, parfois beaucoup plus tard. Il est des plus précieux pour différencier la fièvre typhoïde des *infections paratyphiques* (Achard et Bensaude). L'évolution clinique est absolument la même dans certains cas, seule la recherche de l'agglutination fera le diagnostic. D'une part le sérum du malade n'agglutine pas le bacille d'Eberth, mais un des bacilles paratyphiques A ou B.

D'autre part, on peut isoler par hémoculture une souche de bacilles que l'on peut identifier en cherchant son agglutination par un des sérums antityphique, antiparatyphique A ou antiparatyphique B, que livre actuellement l'Institut Pasteur. L'identification se confirme également par les réactions culturales diverses.

II. **Diagnostic différentiel.** — 1° La fièvre typhoïde AU DÉBUT est à différencier :

a. Des podromes de la *grippe* : début brusque avec fièvre très élevée.

b. Des prodromes de la *variole* : rachialgie, vomissements.

c. Du début d'une *scarlatine*, *rougeole*, *diphtérie*, embarras gastrique fébrile.

Se rappeler toujours les aphorismes de Wunderlich :

« Il n'y a pas fièvre typhoïde, quand dès le premier jour de la maladie, la température monte à 40 degrés; quand entre le quatrième et le sixième jour, la température du soir n'atteint pas 39°5; quand dans la seconde moitié de la première semaine, surviennent des abaissements progressifs de la température. »

2° A LA PÉRIODE D'ÉTAT le diagnostic se pose avec toutes les grandes pyrexies :

a. La *grippe* : évolution irrégulière, langue porcelaine, lésions pleuro-pulmonaires précoces et vives.

b. La *granulie* : la courbe thermique est plus irrégulière, avec oscillation il y a de l'hyperesthésie cutanée, le pouls est rapide et instable, la dyspnée toujours considérable ne répond pas aux lésions pulmonaires. L'amaigrissement est précoce et rapide, alors qu'il est tardif dans la fièvre typhoïde, la langue est humide, l'examen du fond de l'œil peut révéler des lésions oculaires. Antécédents de tuberculose.

c. Typho-bacillose (Landouzy) : infection tuberculeuse générale sans localisation, ni formation de granulations; fièvre irrégulière à oscillations, sueurs; pas de taches, le pouls est rapide. La quinine n'agit pas.

d. L'*endocardite maligne* : fièvre irrégulière, persistante, signes sthétoscopiques inconstants, parfois gros souffles cardiaques. Embolies multiples, pouls rapide.

e. Septicémies : la température est irrégulière, à grandes oscillations, avec poussées sudorales; le pouls est très rapide.

f. L'*appendicite* : il peut s'agir d'appendicite avec infection générale grave, ou d'une fièvre typhoïde avec douleur vive dans la fosse iliaque droite. Il y a des signes péritonéaux plus nets, de l'hyperleucocytose polynucléaire. Constipation, contracture de la paroi, vomissements.

g. Le *paludisme* : étude de la courbe thermique.

Signalons aussi rapidement : l'ictère grave; l'ostéomyélite des adolescents; la fièvre syphilitique secondaire; la lombricose; le typhus exanthématique; la fièvre de Malte; les courbatures fébriles; les intoxications gastro-intestinales d'origine alimentaire.

III. **Diagnostic avec les fièvres paratyphoïdes.** — Enfin, en présence d'un état typhoïde, on doit toujours se demander s'il s'agit bien d'une infection dûe au bacille d'Eberth ou aux bacilles para A et B. Au point de vue clinique, on a donné comme signes permettant de pencher plutôt vers les fièvres paratyphiques, le début plus brusque, l'évolution plus courte, la fièvre moins élevée, l'état typhique moins prononcé, l'absence fréquente des taches lenticulaires, etc. En réalité il est bien des cas où le diagnostic peut seul être précisé par les moyens de laboratoire : le *séro-diagnostic*, montrant que le sérum du malade agglutine une des variétés de bacilles para A ou B. Encore faut-il que cette agglutination se fasse à un taux élevé 1/50e et 1/100e); l'*ensemencement du sang* et la vérification des caractères culturaux des bacilles isolés. La fièvre paratyphique B est de beaucoup la plus fréquente et simule souvent une gastro-entérite grave.

IV. **Diagnostic des formes anormales.** — Le *pneumotyphus* : le diagnostic de la pneumonie franche seule se fait par la défervescence au huitième jour.

— le *pleurotyphus* avec la pleurésie simple.

— la *fièvre typhoïde à forme rénale* à diagnostiquer des néphrites à frigore.

— les *formes nerveuses* sont à différencier des méningites tuberculeuse et cérébro-spinale chez les enfants : contractures, Kernig, inégalité pupillaire, ponction lombaire.

— la *forme abortive* est à différencier de la grippe, de la granulie latente, des embarras gastriques.

— la *forme prolongée* ; le diagnostic se pose avec la tuberculose, les infections lentes septicémiques.

— la *forme ataxo-adynamique* est à différencier du choléra, de la pneumonie adynamique, de la manie aiguë, de la grippe infectieuse.

V. **Diagnostic des complications.** — L'hypothermie brusque du début d'une complication intestinale peut s'observer aussi dans divers cas :

— chutes brusques liées à la convalescence ;

— hypothermie d'ordre thérapeutique (quinine, pyramidon);

— hypothermie accidentelle (épistaxis, avortement);

— hypothermie liée à des lésions massives d'organes importants. Ce sont les *fausses perforations* : myocardite (pouls et pression artérielle, auscultation), rupture de la rate, atteinte massive du rein, forme hépatique de la fièvre typhoïde (Roger) ou dégénérescence aiguë du foie. Dans ce cas, on note l'hypothermie, les vomissements biliaires, la diarrhée verte, le hoquet, les érythèmes toxi-infectieux;

— enfin les *crises hypothermiques sans cause apparente* : suivies de réascension (lois de Chantemesse). La température pendant la période d'état reste à peu près constante chaque jour à condition que l'on fasse la moyenne de toutes les températures d'un jour. C'est ainsi qu'une élévation considérable de température sera suivie d'une chute brusque, et inversement sans pour cela qu'il existe de complications.

Ces crises hypothermiques légères ou graves ne s'accompagnent d'aucun signe abdominal; les signes thermiques sont transitoires.

Wunderlich a aussi signalé une rémission transitoire de la température durant un jour. Cette hypothermie relative se produit entre le septième et le onzième jour.

Le diagnostic d'une hémorragie ou d'une perforation survenant comme premier symptôme d'un *typhus ambulatoire* est plus difficile : l'hémorragie intestinale est à différencier de toutes les hémorragies d'ordre local, duodénal, grêle ou colique, ou dues ou non à de l'hypertension portale.

La perforation est à discuter avec toutes les péritonites liées à la perforation d'un ulcus gastrique ou duodénal, d'une vésicule, d'une appendicite, d'une occlusion intestinale.

Bien souvent le diagnostic est impossible en dehors de la notion de fièvre typhoïde.

Enfin, en présence de troubles cardiovasculaires, rechercher ce qui revient, dans leur production, à la myocardite, à l'insuffisance surrénale et à l'intoxication bulbaire.

Mais il est évident que le diagnostic de la fièvre typhoïde, dans tous les cas douteux se résoud facilement à l'heure actuelle en cherchant le bacille causal dans le sang par l'hémoculture et ultérieurement, à partir du huitième jour, par la séro-agglutination spécifique. C'est là bien souvent les seuls moyens certains que nous ayons pour différencier l'infection à bacilles d'Eberth des infections à bacilles paratyphiques A et B.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 80, p. 1279; n° 82, p. 1311; n° 84, p. 1343, et n° 86, 1375.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 novembre. — MM. Brodin, 17,54; François, 16,18; Weill (M.-P.), 17.

Séance du 8 novembre. — MM. Debré, 20; Pruvost, 18; Chevallier, 18,81.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 5 novembre. — Question donnée : « Symptômes et évolution de la cirrhose alcoolique du foie. »

MM. Courlant, 11 1/2; Camac, 12; Coffino, 18; Charles, 13; Brunier et Cosso, 16; Corman, 15; Chabaud, 16; Mlle Chatenet et MM. Caplain (Maurice), 17; Corbier, 15; Couperot, 16; Mlle Croisier, 15; MM. Coquelin, 12; Briou, 13; Bricou, 17; Mlle Cordier, 18; MM. Cnudde et Cassaigneau, 14; Brougniart, 15.

Séance du 8 novembre. — Question donnée : « Manifestations primaires et secondaires de la syphilis. »

MM. Bureau (Robert), 17; Capart, 16; Cousty, 10; Bulté, 14; Courtois, 13; Coupeau et Mlle Conil, 15; MM. Chevallier (Jean), 10; Casas dit Cazès, 14; Carle, 17; Capelin (Albert), 11; Capitaine, 12; Carrette, 13; Cabrol et Carbillet, 10; Couturat, 13; Bruyère, 10; Chatelot, 11; Camps, 10; Mlle Corbillon, 19.

Anatomie. — Séance du 7 novembre. — Question donnée : « Muscles longs fléchisseurs communs superficiels et profonds des doigts. »

M. Dervenagas, 14; Mme Drieu-Jeramec, 16; MM. Dubos, 18; Dupuys, 15; Drayton, 13; Debavelaere, 15; Flandrin, 17; Ducourtioux, Defaye et Forgeois, 14; Decourt (Ph.), 10; Desbruquois, 17; Davioud, 12; Danhier, 10; Delahaye (Marcel), 11; Mlle Demay, 15; MM. Dromer, 16; Desvallées, 15.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le lundi 9 janvier 1922, à 14 heures précises, il sera ouvert à la préfecture de la Seine, et dans les conditions prescrites par le décret du 13 mars 1920, un concours pour deux places de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du lundi 5 au samedi 17 décembre 1921, inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le prof. Francis Villar commencera le cours de clinique chirurgicale du semestre d'hiver, le samedi 12 novembre, à 10 h. 1/2 (amphithéâtre de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-André).

— Lille. — M. le Dr Leclercq, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, chargé du cours de médecine légale, médecin légiste, est nommé médecin de la Morgue municipale en remplacement de M. le Dr Dutilleul, décédé.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin principal de 2e classe Renault, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille, a été nommé aux fonctions de sous-directeur de cette école.

CONGRÈS DE L'AVIATION. — Les séances de la section médico-physiologique de ce Congrès sous la présidence du prof. Ch. Richet, auront lieu au Grand-Palais, en même temps que le Salon de l'aéronautique et que les membres du Congrès (cotisation : 50 fr.) ont l'entrée gratuite aux deux manifestations.

Pour tous renseignements, écrire à M. le Secrétaire général du Congrès, 9, rue Anatole-de-la-Forge (17e).

ASSOCIATION UNIVERSELLE DES MÉDECINS ESPÉRANTISTES. — L'Association universelle des médecins espérantistes (*Testmonda Esperantishe Kuracista Asocio*) a été rétablie au dernier Congrès de Prague.

Ont été élus : présidents d'honneur, les prof. Gariel et Richet (de Paris); membres d'honneur, les prof. A. Broca (de Paris) et Bergonié (de Bordeaux), les Drs Filipetti (maire de Milan), Mylo, Artigues, le médecin inspecteur Troussaint.

Les membres du bureau pour 1921 sont : prof. Vanverts (de Lille), président; Drs Bischitzky (Tchéco-Slovaquie) et Briquet (de Lille), vice-présidents; Dr Austerlitz (Tchéco-Slovaquie), secrétaire; Dr Cass (Angleterre), trésorier; Dr Robin, directeur de l'Office central (Markzalkowska 113,

Varsovie). Le Dr Dornec (à Arbes, Gironde) a été nommé consul pour la France.

L'organe de l'Association sera la *Internacia medicina Revue* qui paraîtra incessamment.

Les médecins, déjà espérantistes, sont instamment priés d'envoyer leur adhésion au Dr Briquet, rue de la Bassée, 31, à Lille. Ceux qui ne le sont pas encore et qui désirent connaître l'Esperanto n'ont qu'à envoyer une simple carte de visite à cette adresse pour recevoir gratuitement une petite grammaire espérantiste.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS. — Le réunion plénière annuelle et la conférence auront lieu le dimanche 20 novembre 1921 à l'amphithéâtre de la Faculté de médecide, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A 9 h. 1/2, conférence : « Les réactions à la tuberculine au point de vue du diagnostic et du traitement », par le Dr Rist, médecin de l'hôpital Laënnec.

A midi, déjeuner au restaurant Garnier, 111, rue Saint-Lazare (prix : 30 fr.).

A 14 h. 1/2, rapport : « Les troubles visuels à la suite des pertes de sang », par le Dr A. Terson. Discussion et communications sur le sujet du rapport.

Les confrères étrangers à la Société sont invités à cette réunion et priés de communiquer leurs observations personnelles sur la question à l'ordre du jour de la séance de l'après-midi.

S'inscrire pour les communications et pour le déjeuner auprès du secrétaire général, M. Dupuys-Dutemps, 14, rue de Marignan (tél. : Passy 78-74).

LES REMPLACEMENTS MÉDICAUX. — La Commission de l'hygiène de la Chambre vient d'être saisie d'un projet de loi ayant pour objet de majorer de quatre le nombre d'inscriptions requis pour chacune des catégories d'étudiants appelés temporairement à exercer la profession médicale, en raison du nouveau régime d'études médicales.

Aux termes de ce projet, les internes des hôpitaux nommés au concours et munis de seize inscriptions et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de vingt inscriptions pourront être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, sera limitée à trois mois : elle sera renouvelable dans les mêmes conditions.

L'IDENTIFICATION DES MORTS DE L'ARTOIS. — L'Association du monument de Notre-Dame de Lorette a pris une initiative qui mérite d'être signalée :

Elle a fait dresser la liste des morts récemment identifiés dans la région de Lorette, avec l'indication précise de l'endroit où les corps avaient été inhumés et celle des pièces et des objets qui ont permis d'en faire l'identification, ainsi que la liste des morts exhumés dont l'identification n'a pu encore être faite, mais pourrait l'être à l'aide, soit des renseignements recueillis touchant le point d'inhumation, soit des pièces trouvées sur le corps.

On peut, pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Comité de Lorette, 4, rue des Fours, à Arras.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des Drs Gustave Drouineau, ancien chirurgien en chef des hospices civils de la Rochelle, inspecteur général honoraire des services administratifs au ministère de l'Intérieur; Larrivé (de Meyzien); Plouzané (de Pont-Labbé), ancien député du Finistère; Guillaume Raynaut (de Marseille); Albert Soulié, professeur d'anatomie topographique à la Faculté de Toulouse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE (prof. : M. ACHARD). — M. Achard commencera ses leçons le samedi 12 novembre 1921, à 10 h. du matin à lh'ôpital Beaujon (208, rue du Faubourg-Saint-Honoré) et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (prof. : M. Pierre MARIE). — M. le prof. Pierre Marie fait tous les mardis à 10 h. 30, son enseignement clinique sur les malades atteints d'affections du système nerveux, à la consultation externe de la Salpêtrière (à gauche de la porte d'entrée).

— COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (prof. : M. Maurice LETULLE). — M. le Dr Gustave Roussy, agrégé, chargé de cours, commencera le cours d'anatomie pathologique, le lundi 14 novembre, à 15 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— COURS DE PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE (prof. : M. G. POUCHET). — M. le prof. Pouchet commencera le cours de pharmacologie et matière médicale, le lundi 14 novembre 1921, à 16 h (amphithéâtre Vulpian), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ce cours sera achevé pendant le second semestre, par M. le Dr Tiffeneau, agrégé.

— CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. Pierre Mocquot, agrégé, commencera ce cours le lundi 14 novembre 1921, à 18 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— COURS D'ANATOMIE. — M. le prof. A. Nicolas commencera le cours d'anatomie le mercredi 16 novembre 1921, à 16 heures (petit amphithéâtre) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — HÔPITAL LAËNNEC. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — M. le Dr Henri Bourgeois, chef de service, fera, à partir du 14 novembre, tous les lundis, mercredis et vendredis, à 11 heures du matin, une série de 17 leçons sur les maladies des fosses nasales, du rhino-pharynx et des sinus, avec la collaboration de MM. Rist, médecin de l'hôpital Laënnec; Vallery-Radot, médecin des hôpitaux; Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; André Bloch, Vernet et Tarneaud, assistants du service.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de MM. André Bloch, assistant du Service O.-R.-L. — Droit d'inscription : 150 fr.

— HÔPITAL COCHIN. — MALADIES DES YEUX. — M. le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, fera le mardi 15 novembre 1921, et les jeudis, samedis et mardis suivants, à 14 h. 1/2, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin, une série de 10 conférences pratiques d'ophtalmologie pour les praticiens généraux. Présentation de malades. Projections.

Elles sont gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, soit directement, soit par lettre.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 16 novembre. — Jury : MM. Letulle, président; Couvelaire, Lemierre et Ribierre. — M. DUTERTRE (Emile). Tabes et fonctions de reproduction. Le sens génital, la fécondité, etc. — M. MADET (André). Une œuvre de guerre (Comité franco-américain).

Jeudi 17 novembre. — Jury : MM. Rénon, président; Marfan, Brindeau et Guillain. — M. MICHEL (Fernand). Essai sur les signes cliniques de la tuberculose du nourrisson. — M. FOUBERT (Francis). La galvanisation abdomino-thyroïdienne dans le traitement des syndromes d'hyperthyroïdie.

Samedi 19 novembre. — Jury : MM. Chauffard, président; Achard, Cunéo et Claude. — M. RICCI (René). Des résultats éloignés de l'orchidyscocie transcostale chez l'enfant. — M. CHEVALLIER (Arthur). De l'influence du traumatisme à distance sur les affections de l'appareil pleuro-pulmonaire. — M. BAUMIER (Pierre). Recherches cliniques et expérimentales sur la teneur en alcool du liquide céphalo-rachidien.

REVUE GÉNÉRALE

ÉPILEPSIE BRAVAIS-JACKSONNIENNE

Par le Dr Stephen CHAUVET,
Ancien interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

Ce titre désigne un syndrome clinique caractérisé par des convulsions toniques et cloniques paroxystiques qui, après avoir débuté dans un groupe musculaire d'un membre ou de la face, s'étendent progressivement à la moitié du corps. Elles y restent en général circonscrites. Exceptionnellement elles se généralisent et, même dans ce cas, elles restent prédominantes dans la moitié du corps primitivement affectée.

I

Historique. — En schématisant, peut-être un peu trop, on peut dire que l'histoire de l'épilepsie Bravais-jacksonnienne a passé par trois phases :

Dans une *première période* fort longue, cette affection fut confondue avec l'épilepsie commune et avec toutes les convulsions, maladies connues depuis la plus haute antiquité. Hippocrate semble, cependant, avoir été frappé par quelques caractères particuliers, puisqu'il signale, dans son « Traité de la maladie sacrée », certains cas d'épilepsie commençant par les extrémités des membres et semblant avoir un pronostic assez souvent favorable. Galien avait proposé pour cette forme d'épilepsie différents moyens thérapeutiques (ligatures en amont du siège de l'aura, cautérisations sur le siège lui-même, etc.).

La *deuxième période* commence avec la remarquable thèse de Bravais (Paris, 1827) « Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique ». Dans ce travail, cet auteur établit les trois variétés admises encore actuellement : type facial, type brachial, type crural.

Jackson réétudia la question en 1866 et eut le mérite d'établir une relation de causalité entre la forme hémiplégique des convulsions et les lésions de l'hémisphère du côté opposé.

C'est pour consacrer l'importante contribution de cet auteur à l'étude de la question, que Charcot créa le terme d' « épilepsie jacksonnienne ». La découverte des localisations cérébrales et les recherches des physiologistes (Fritsch et Hitzig, Ferrier, Carville et Duret, François-Franck et Pitres, etc.), démontrant l'excitabilité de l'écorce grise, éclairèrent la pathogénie de l'affection et ouvrirent la voie à des interventions chirurgicales que l'antisepsie, puis l'asepsie permirent de réaliser avec des résultats satisfaisants. Pendant toute cette deuxième période, l'épilepsie Bravais-jacksonnienne fut considérée comme entièrement distincte du mal comitial : 1° elle seule était symptomatique, croyait-on, d'une lésion encéphalique, tandis que l'épilepsie commune était « essentielle » et par conséquent regardée comme une psychose; 2° au point de vue clinique, elle différait complètement, disait-on, de l'épilepsie essentielle et l'on donnait toute une série de signes pour diagnostiquer ces deux affections l'une de l'autre; 3° on considérait que seule l'épilepsie Bravais-jacksonnienne pouvait bénéficier d'une opération chirurgicale.

Troisième période. — Elle date de ces dernières années. De très nombreux travaux ont, en effet, montré qu'après une théorie dualiste il fallait plutôt revenir, au point de vue pathogénique et symptomatologique, à une conception uniciste. Les raisons qui militent en faveur de cette manière de voir furent magistralement exposées par mon maître M. Souques au XIe Congrès français de médecine (1910), et ont été vérifiées, à maintes reprises, par divers auteurs, chez des blessés de guerre.

II

Pathogénie. — Jackson comparait la cellule pyramidale à une bouteille de Leyde : une irritation pathologique prolongée déterminerait dans la cellule corticale motrice une accumulation d'influx nerveux : elle se mettrait progressivement « en charge ». Lorsque la condensation serait au maximum, il se produirait une décharge sous forme d'attaque. Puis, petit à petit la cellule s'épuiserait ou serait détruite et la parésie puis la paralysie feraient leur apparition. En résumé, pour qu'il y ait convulsion il faudrait : 1° que la zone motrice soit excitée directement ou indirectement par une lésion quelconque; 2° que le centre moteur ne soit pas entièrement détruit.

Expérimentalement quand on excite, électriquement, chez les animaux, la zone motrice, on détermine des convulsions dans le côté opposé du corps et les convulsions débutent par les muscles en rapport avec le centre excité, avant de se propager au reste du membre ou à la moitié du corps. Après ablation de ce centre, l'excitation électrique de la cicatrice ne provoque aucune convulsion.

Pathologiquement, une lésion quelqu'elle soit (tumeur, abcès, plaque de méningite, esquille osseuse, corps étranger, etc.), excite un groupe de cellules pyramidales. Cette première excitation engendre le « signal symptôme » qui sera décrit plus loin. De là, l'excitation se transmet aux zones corticales voisines comme les ondes déterminées par la chute d'une pierre dans l'eau, se propagent en cercles excentriques. L'ordre de propagation des ondes excitatrices, variable suivant le point de départ, conditionne l'ordre d'apparition des convulsions du côté opposé du corps.

Lorsque l'excitation est très forte, elle peut gagner, grâce aux systèmes commissuraux, la zone corticale motrice du deuxième hémisphère.

Les muscles qui possèdent une innervation bilatérale (muscles masticateurs, muscles palpébraux, muscles frontaux, sterno-cléido-mastoïdiens), se contractent synchroniquement, des deux côtés du corps. L'excitation peut inhiber les centres des fonctions psychiques supérieures (soit, d'abord, l'écorce du lobe frontal) et aboutir à la perte de connaissance. L'irritation du pied de la deuxième circonvolution frontale détermine le phénomène de la déviation conjuguée des yeux, si bien que le malade, au début d'une crise Bravais-jacksonnienne, regarde ses membres contracturés (du côté opposé à la lésion). Parfois, en sus de la déviation des yeux, il y a torsion de la tête du même côté.

Il est important de noter qu'une lésion du pli courbe peut conditionner une autre variété de déviation conjuguée des yeux du côté du foyer. Après destruction du lobe frontal par une lésion, on ne peut plus observer la déviation due à l'excitation du pied de la deuxième circonvolution frontale, mais on peut donc encore rencontrer une autre variété de déviation, si le pli courbe est lésé.

Ces notions ont une portée pratique. C'est en se basant sur elles, en effet, que Horsley a proposé de

pratiquer l'ablation du centre cortical qui donne le signal de l'attaque d'épilepsie Bravais-jacksonnienne, car, pour lui, supprimer le point de départ de la crise, c'est-à-dire le point où l'excitation est la plus forte, c'est empêcher l'apparition des convulsions. Pour dépister le centre à extirper, Horsley emploie une électrode unipolaire stérilisable, sur laquelle il fait passer un très faible courant faradique. Quand il a déterminé la zone de la frontale ascendante dont l'excitation provoque des convulsions identiques à celle du signal symptôme, il pratique l'ablation de ce centre. Si cette façon de procéder n'a pas toujours donné les résultats satisfaisants qu'on en attendait, il n'en est pas moins vrai que la pratique de l'excitation unipolaire est souvent précieuse pour repérer au cours d'une opération, au milieu du fouillis des circonvolutions cérébrales, la situation des centres moteurs.

Pendant la dernière guerre, les neurologistes et les chirurgiens ont eu, hélas, l'occasion d'observer de très nombreux cas d'épilepsie Bravais-jacksonnienne à la suite de blessure du crâne et de l'encéphale. Esquilles osseuses, corps étrangers, abcès, cicatrices méningo-encéphaliques étaient les causes provocatrices habituelles. La méthode d'excitation unipolaire de Horsley n'a guère été employée, les chirurgiens étant débordés de travail. A ce point de vue donc, aucun progrès notable n'a été réalisé.

Par contre, certains chirurgiens ont eu l'occasion d'observer l'état du cerveau, des méninges, de la circulation sanguine cérébrale et du liquide céphalo-rachidien sur des malades atteints d'épilepsie Bravais-jacksonnienne et qui étaient pris de crises pendant qu'on les opérait. R. Leriche a publié à cet égard certaines constatations qui ont un réel intérêt. Si certains auteurs (Béhague, Ebaugh et G. Stevenson, J. et R. Voisin, Leriche...) ont vu, parfois, la cicatrice bomber et devenir violacée au moment de la crise, par contre, beaucoup plus souvent, Leriche a remarqué que la couche du liquide céphalo-rachidien entourant les hémisphères était moins abondante qu'à l'ordinaire. De telle sorte qu'à côté d'épileptiques ayant une pression exagérée et qui sont améliorables par la ponction lombaire, il y a aussi, plus souvent d'après Leriche, des blessés qui ont de l'hypotension du liquide céphalo-rachidien et qui sont améliorés par des injections quotidiennes et vespérales de 150 centimètres cubes de sérum artificiel (le meilleur à injecter, est le sérum de Locke). D'autre part, Leriche a constaté qu'au moment de la crise épileptique il se produit un brusque spasme des artères cérébrales dépassant la zone épileptique et s'accompagnant d'une anémie corticale marquée. Ce phénomène avait déjà été signalé par Doyen et par Knies.

Tout ce qui précède démontre que, pour qu'il y ait crise d'épilepsie Bravais-jacksonnienne, il faut, d'une part, une *lésion cérébrale* (ce n'est pas la lésion destructive qui agit, mais le tissu de cicatrisation méningo-névroglique, ce qui explique que les crises ne surviennent pas immédiatement, mais de trois à dix mois après la blessure), lésion cérébrale qui ne constitue qu'une cause d'appel, de localisation, et, d'autre part, un *trouble vaso-moteur sympathique*. Mais ce n'est pas tout. Pour déclencher ce trouble épileptique, il faut, en outre, une intoxication. En règle générale, il s'agit d'un facteur toxique endogène ou alimentaire. Le facteur endogène peut être d'origine endocrinienne. Ce fait que l'épilepsie dite essentielle (ou la lésion consiste en une sclérose névroglique légère, consécutive à une hérédo-infection ou à une infection ou intoxication du bas-âge) se déclare, en général, au moment du déséquilibre endocrinien de la puberté, et cet autre fait qu'on peut obtenir, parfois, d'excellents résultats thérapeutiques avec l'opothérapie, démontrent le rôle joué par les glandes endocrines, soit qu'elles soient, par leur déséquilibre, le premier facteur, soit qu'elles n'agissent que parce que, tout d'abord, perturbées par une des intoxications que je vais signaler.

A cet égard, l'augmentation de l'urée sanguine, l'acidose jouent un rôle bien connu.

La stercorémie est, elle aussi, à juste titre incriminée depuis fort longtemps. Les épileptiques Bravais-jacksonniens (comme les épileptiques simples) savent bien qu'ils ont des crises plus fréquentes, plus longues et plus intenses quand ils sont constipés. C'est pourquoi de nombreux auteurs insistent sur la nécessité de mettre les comitiaux à un régime sévère, et il est bien évident que le régime strictement végétal diminue notablement le nombre des paroxysmes. Mais, à mon avis, on n'a pas encore assez insisté sur le rôle considérable de la stercorémie ou plutôt on n'a pas encore assez attiré l'attention, non seulement sur son rôle, mais surtout sur sa fréquence.

Certains auteurs, Lane, Pauchet, etc., ont attiré l'attention des médecins, au cours de ces dernières années, sur la fréquence de la *stase intestinale chronique* et sur son traitement chirurgical. Ces travaux semblent avoir échappé aux neurologues et à de nombreux médecins. Or, comme je l'ai écrit après 1.100 examens radiologiques complets du tube digestif pratiqués chez des malades ne se plaignant pas de constipation (car ils allaient à la selle tous les jours et abondamment), à côté des constipés évidents il y a ce que j'ai appelé la *constipation hypocrite*. Il s'agit de malades qui vont tous les jours à la selle, mais, chez eux, le bol fécal, au lieu d'arriver dans le rectum vers la vingtième heure, n'y arrive qu'au bout de trente-six, quarante-huit, soixante heures et souvent plus. Autrement dit, au lieu de restituer tous les jours ce qui a été avalé dix-huit à vingt-deux heures auparavant, ils évacuent des matières qui représentent le reliquat de ce qu'ils ont mangé trente-six, quarante-huit, soixante heures et plus auparavant. Or, seul, un examen radiologique complet, pratiqué systématiquement et comportant l'examen du malade à trois reprises différentes, de six heures en six heures, peut renseigner sur l'état du *transit intestinal*. C'est pourquoi on peut poser cette règle qui, sans ces commentaires, pourrait paraître extravagante, que *tout épileptique doit subir un examen radiologique complet du tube digestif*.

Enfin, certains auteurs ont pensé que les crises épileptiques pouvaient être déclenchées, comme d'autres manifestations paroxystiques telles que l'asthme, l'urticaire, la migraine, certains œdèmes locaux... par un processus de *choc colloïdoclasique*. Quelques faits intéressants ont été observés dans cet ordre d'idées, mais cette pathogénie, bien étudiée dans un article récent de Ph. Pagniez, réclame de l'avis de cet auteur, de nouvelles études et de nouveaux faits cliniques démonstratifs. Quoiqu'il en soit, cette dernière conception a été le point de départ d'essais de *protéinothérapie*. A cet égard, Bouche et Hustin, par des injections répétées de crotaline ou de sérum de cheval, Edgeworth (de Bristol) par des injections intraveineuses de très

petites doses de peptone, Dollken (de Leipzig) par des injections de lait, ont obtenu des résultats intéressants à la fois au point de vue thérapeutique et aussi parce qu'ils contribuent à montrer (rapprochés de l'influence suspensive bien connue qu'exercent la plupart des maladies fébriles sur les crises épileptiques) qu'il y a, dans l'épilepsie Bravais-jacksonnienne et dans l'épilepsie dite essentielle (qu'on doit de moins en moins opposer l'une à l'autre) « un élément humoral sur lequel on agit déjà par le régime alimentaire et sur lequel on doit arriver à agir de façon beaucoup plus régulière par les techniques de la protéinothérapie » (Pagniez). Tout en me ralliant à cet espoir, il y a lieu, à mon sens, d'espérer tout autant, sinon plus, de recherches qui étudieront les toxines de la stercorémie et la façon de les neutraliser et, ce qui serait mieux encore, d'en empêcher la genèse.

III

Symptomatologie et formes cliniques. — *A.* FORME CLASSIQUE. — La crise survient plus ou moins longtemps après les prodromes et immédiatement après l'aura qui est presque toujours la même pour un sujet donné. L'aura peut être :

1° *Motrice* (secousses dans un doigt ou un orteil, tremblements localisés) ;

2° *Sensitive* (douleurs localisées à un segment de membre, névralgies péri-orbitaires) ;

3° *Sensorielle* (sensations visuelles, olfactives, gustatives, auditives, vertigineuses, toutes les variétés peuvent être observées) ;

4° *Psychique* (hallucinations de toutes sortes, plus rares, ici, que dans le mal comitial) ;

5° *Vaso-motrice* (sensations de ruissellement d'eau chaude ou froide le long d'un membre, brusque changement de coloration de la face).

Accès épileptique. — Aussitôt après l'aura, les convulsions commencent sans cri initial et évoluent en trois phases : *tonique* (courte), *clonique*, *résolutive*. Les phases toniques et résolutives peuvent faire défaut : dès lors toute la crise consiste en secousses convulsives. La caractéristique de ces crises et leur intérêt diagnostique vient de la limitation de leur point de départ. La progression des secousses suit toujours un certain ordre. Il faut bien observer au niveau de quels muscles débutent les premières contractions, car ce premier « signal » est le signe qui permet de préciser la topographie de l'affection corticale, ce qui est d'une importance capitale lorsqu'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement. Les convulsions peuvent débuter par la face (type facial), par le membre supérieur (type brachial), par le membre inférieur (type crural).

Début à type facial. — Les secousses commencent le plus souvent par la bouche qui se dévie en haut et en dehors; le reste du visage devient vite grimaçant, les dents grincent, le malade bave. La tête s'incline sur l'épaule du côté convulsé, cependant que la face regarde du côté opposé. Parfois déviation conjuguée de la tête et des yeux. Rarement les convulsions restent limitées à la face et au cou. Généralement, elles envahissent le membre supérieur et le membre inférieur du même côté.

Début à type brachial (plus fréquent). — Les secousses commencent habituellement par le pouce, l'index, le médius qui décrivent des mouvements de flexion, d'extension ou de latéralité. Ultérieurement les convulsions s'étendent aux divers segments du membre supérieur. Tantôt le membre supérieur se met en flexion : avant-bras fléchi sur le bras, doigts fléchis sur la paume de la main, pouce fléchi sous les autres doigts; tantôt le membre supérieur se met plutôt en extension : avant-bras en pronation, bras tordu et porté en arrière du corps (attitude athétoïde). La face, le membre inférieur du même côté sont ensuite envahis.

Chez les blessés de guerre ayant des crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne débutant par le membre supérieur, Leriche a remarqué que les malades se plaignent souvent d'une *aura vaso-motrice* accompagnée de troubles qui paraissent bien aussi d'origine sympathique. Au moment où la crise vient, les blessés se plaignent, en général, d'une douleur plus ou moins vive au niveau de la tête, de raideur dans la main, de picotements, de brûlures, parfois d'une sorte de crampe, quelquefois de secousses irrégulières; la main est plus ou moins violacée et le siège d'une transpiration abondante diffuse ou localisée; puis la crise évolue; à la fin de celle-ci, les phénomènes de retour sont identiques à ceux du début et la main redevient souvent violacée.

Sentant venir la crise, un grand nombre de comitiaux se mettent un lien autour de la partie inférieure de l'avant-bras ou à la partie moyenne du bras. Sous l'influence de la striction, le pouls ne disparaît pas, mais faiblit beaucoup et si l'on enregistre ses oscillations au Pachon on les voit diminuer beaucoup d'amplitude. Quoiqu'il en soit, cette manœuvre fait avorter, souvent, les crises, si bien que certains blessés portent un lien à demeure et le resserrent quand ils se sentent menacé d'une crise.

Le mode d'action de ce lien est, en réalité, inconnu, mais il semble cependant qu'il agisse par excitation du sympathique péri-artériel, excitation qui, de là, diffuse sans doute dans tout le domaine du système sympathique et empêcherait la crise vaso-constrictive cérébrale qui accompagne toute crise épileptique (et qui, sans doute, contribue à la provoquer).

Cette répercussion cérébrale d'une excitation sympathique périphérique rend plausibles certains cas d'épilepsie Bravais-jacksonnienne d'origine périphérique qui ont été signalés il y a de nombreuses années et qui, avant la guerre, étaient regardés, par les neurologistes, comme douteux. Quant à l'action inhibitrice cérébrale provoquée par l'excitation sympathique périphérique, elle explique également les résultats thérapeutiques qui ont été obtenus par l'ancienne sympathectomie d'Alexander.

Début à type crural. — Parties du gros orteil envahi le premier, les convulsions gagnent ensuite la jambe, puis la cuisse, puis le membre supérieur homologue et enfin la face.

Quel que soit le mode de début, les convulsions restent généralement unilatérales, mais tout accès d'épilepsie Bravais-jacksonnienne n'est pas forcément hémiplégique : les convulsions restent parfois limitées soit *à la face*, soit *à un membre*, voire même à un groupe musculaire (épilepsie parcellaire). Parfois aussi elles envahissent les deux côtés du corps et ressemblent alors à l'attaque d'épilepsie dite essentielle. En général, le malade assiste à sa crise ou du moins à son début; à la fin de l'accès, il y a un léger degré d'inconscience. La perte de connaissance complète est assez rare et ne survient qu'au moment où la face se prend, c'est-à-dire au début de l'attaque à type facial, tout à fait à la fin de la crise à type crural.

Les réflexes tendineux sont généralement exagérés, les cutanés peuvent être perturbés, le signe de Babinski est souvent rencontré. Les sensibilités objectives semblent habituellement intactes. On observe parfois cependant, quand la lésion irrite l'aire corticale sensitive, des paresthésies au niveau de certains territoires musculaires monoparésiés. On a signalé la stéréo-agnosie dans des lésions siégeant au niveau du tiers moyen de la frontale ascendante empiétant sur le lobe pariétal. La température s'élève un peu pendant la crise. La pâleur de la face et la dilatation pupillaire sont fréquentes.

L'accès dure quelques minutes, en général ; la fin de la crise est marquée par la cessation des secousses convulsives. Le stertor est rare ; quand il existe, il est de courte durée ; en général, il ne reste, après la crise qu'uue obnubilation intellectuelle (transitoire) et une légère courbature.

L'accès n'est habituellement pas unique ; les attaques se répètent tantôt à intervalles variables, tantôt assez périodiquement. A l'époque où elles surviennent, il peut y avoir une ou plusieurs crises. Celles-ci peuvent être parfois subintrantes et constituent « l'état de mal » dont le pronostic est des plus sévères.

Après la crise, on observe assez fréquemment des paralysies ou des parésies postépileptoïdes : *hémiplégie*, *hémiparésie*, *monoplégie*, *monoparésie*. Elles sont le plus souvent légères et épisodiques ; mais elles peuvent aussi s'accuser progressivement et devenir permanentes. Il n'est pas rare alors de les voir s'accompagner de contractures plus ou moins marquées.

Les autres phénomènes postparoxystiques, céphalée, amnésie, hémianopsie, aphasie transitoire, sont considérés comme très rares.

Il est, enfin, fréquent de voir un certain déficit intellectuel survenir chez les malades dont les crises sont fréquentes, intenses et anciennes.

Telle est l'attaque d'épilepsie Bravais-jacksonnienne. Au dire des classiques, elle différerait (même lorsqu'elle envahit le corps tout entier) de l'attaque de mal comitial banal par les caractères suivants :

Le *cri initial* manquerait ordinairement et quand il se produirait serait plutôt un cri de surprise que le cri explosif du mal comitial vulgaire. La *chute* (rare) se produirait généralement du côté des secousses convulsives ; elle serait peu grave d'ailleurs ; les prodromes, l'aura prévenant habituellement les malades à temps. La *morsure de la langue* (qui siégerait toujours du même côté), l'*écume* aux lèvres feraient souvent défaut. L'*incontinence d'urine* s'observerait d'une façon exceptionnelle. La *perte de connaissance*, enfin, serait fort inconstante ; dans les crises moyennes le sujet assisterait à son attaque ou tout au moins à son début et l'on n'observerait à la fin de celle-ci qu'un certain degré d'obnubilation.

B. Formes frustes. — On a décrit une *forme tonique*, une *forme sensitive* (dysesthésies partant d'une extrémité d'un membre, remontant vers sa racine pour envahir le reste du corps du même côté). Ces formes exceptionnelles sont d'ailleurs discutées : il en est de même des *vertiges, absences* que certains auteurs admettent comme équivalents.

Diagnostic différentiel. — Il est classique d'envisager, dans ce chapitre, deux affections : l'hystérie et l'épilepsie essentielle. J'y ajoute les myoclonies.

1° *Hystérie.* — Cette affection qui ne pourrait, d'ailleurs, « mimer » une crise d'épilepsie Bravais-jacksonnienne que sous sa forme fruste épileptoïde, est facilement éliminée : pas de pâleur de la face, ni de mydriase, pas de modification des réflexes, absence de signe de Babinski, commémoratifs spéciaux.

2° *Myoclonies épileptiques.* — Il existe plusieurs formes de mouvements anormaux myocloniques. Cette myoclonie-maladie est d'autant plus importante à connaître que les mouvements myocloniques peuvent survenir chez les comitiaux en dehors de crises comitiales vraies. La myoclonie épileptique peut se présenter sous diverses formes (Oddo et Corsy).

1. Formes d'après la symptomatologie. — α. *Epilepsia corticalis seu partialis continua* (type Kojewnikoff) : Secousses myocloniques (parfois simples, tremblements fibrillaires), localisées à un territoire précis ; c'est de ce territoire que partent les crises Bravais-jacksonniennes.

β. *Forme à secousses localisées dans les muscles de l'œil* : Nystagmus, myoclonie de Lenoble et Aubinet.

2. Formes d'après l'évolution. — α. *La myoclonie épilepsie intermittente* (type Lundborg) : Secousses musculaires, rares pendant de longues périodes, se généralisant (tout en restant intermittentes), vers l'approche des crises épileptiques. Cette forme peut évoluer vers le type suivant :

β. *La myoclonie-épilepsie progressive*, *familiale* (type Unverricht). — Cette forme est souvent héréditaire. Au début, les secousses (parfois simples crampes) ne surviennent que très rarement dans la journée. Puis les secousses augmentent de fréquence, se généralisent, deviennent continues et sont entrecoupées de crises épileptiques vraies. Celles-ci amènent une sédation légère et transitoire dans l'état myoclonique. Au stade terminal, l'agitation est superficielle. Le malade, confiné au lit, se cachectise et meurt, parfois en état de mal.

3° *Myoclonies.* — On désigne sous ce nom (syn. : pseudo-chorée), des contractions cloniques involontaires, brusques, analogues à celles produites par l'électricité. D'où le nom de chorées électriques qui leur a encore été donné. Ces contractions ne sont pas systématisées ; elles sont plus ou moins disséminées et se répètent à des intervalles variables. Leur pathogénie est, à l'heure actuelle, inconnue.

Les myoclonies constituent le symptôme principal de diverses affections, d'ailleurs mal connues, telles que : le paramyoclonus multiplex, la chorée électrique de Bergeron, la chorée électrique de Dubini, la chorée fibrillaire de Morvan.

4° *Epilepsie essentielle.* « On a longtemps admis, et certains auteurs admettent encore que l'épilepsie essentielle et l'épilepsie Bravais-jacksonnienne étaient tout à fait distinctes l'une de l'autre et n'avaient de commun que le nom (Souques). »

Cette dualité semblait reposer : 1° sur des *arguments anatomo-pathologiques* ; 2° sur des *divergences dans la séméiologie des deux affections.*

1° On appelait la première « essentielle » tandis que l'on considérait la seconde comme « symptomatique », parce que l'on pensait que, seule, cette dernière était conditionnée par une lésion organique, la première étant, au contraire, une psychose.

2° On opposait cliniquement l'une à l'autre les deux affections. C'est ainsi que l'on admettait que le mal comitial avait les caractéristiques suivantes :

apparition dans le jeune âge, périodicité des crises, début souvent nocturne, absence d'aura, cri initial explosif, généralisation d'emblée, chute, morsure constante de la langue, incontinence d'urine, perte de connaissance, longue phase de stertor, amnésie, absence de paralysies postparoxystiques.

Or, il résulte des travaux de ces dernières années :

1° Que l'épilepsie dite essentielle « paraît l'expression d'une lésion organique du cerveau diffuse ou circonscrite qui n'est généralement visible qu'au microscope [Souques (1)].

2° Que, d'autre part, si les caractères cliniques différentiels sont souvent vrais, les exceptions sont si nombreuses qu'ils perdent une grande partie de leur valeur. « Il n'est pas rare, en effet, de voir l'épilepsie idiopathique être précédée d'aura, survenir sans cri initial, limiter ses convulsions transitoires à un côté du corps et être suivies de paralysies. De même, on peut voir dans l'épilepsie jacksonnienne, le début se faire par un cri initial avec perte de connaissance, les convulsions se généraliser d'emblée et le stertor terminer la crise. On a, du reste, vu ces deux espèces d'épilepsie alterner chez le même malade. Le mode de début de la crise n'est donc pas plus un criterium que l'étendue des convulsions, et si l'on voulait, malgré l'évidence, maintenir la séparation des épilepsies essentielle et jacksonnienne, il resterait un grand nombre de cas de passage qu'on ne saurait où classer (Souques). »

D'autre part, on observe si fréquemment, dans l'épilepsie *essentielle*, des signes cliniques *unilatéraux*, qu'on peut en déduire que les lésions du mal comitial peuvent être « limitées à un hémisphère ou tout au moins prédominantes dans cet hémisphère » (Souques). Il est, en effet, très fréquent d'observer des convulsions initiales nettement localisées ou prédominantes dans un côté du corps (Ferré); des phénomènes unilatéraux, hémiparésie, inégalité des réflexes (Redlich, Bratz, Leubuscher, Besta); des troubles du langage postparoxystiques (que Heilbronner considère comme ayant la même valeur); de l'hémianopsie, de la déviation conjuguée de la tête et des yeux (Beevor).

« Si bien qu'en résumé on peut admettre que l'épilepsie apparaît comme un syndrome commun à des lésions diverses localisées ou diffuses, grossières ou histologiques, qui se montrent en clinique sous deux formes principales : la *forme généralisée ou totale* et la *forme partielle ou jacksonnienne* (Souques). »

Ces réserves faites, il n'en est pas moins vrai que cette dernière forme est habituellement assez distincte de la première au point de vue de la symptomatologie et que, d'autre part, elle est généralement conditionnée par des lésions macroscopiques, fréquemment extirpables, ce qui lui confère un intérêt particulier au point de vue thérapeutique. Elle possède, par conséquent, une individualité pronostique à défaut d'une personnalité anatomo-pathologique et clinique absolue.

VIII

Diagnostic étiologique. — L'épilepsie Bravais-jacksonnienne peut être engendrée par une des causes suivantes (locales, générales, périphériques).

A. Causes locales (encéphaliques). — 1° *Traumatisme cranien.* — Ancien ou récent; les convulsions peuvent survenir immédiatement après le traumatisme ou quelques jours, quelques semaines, quelques mois, parfois même quelques années après; c'est qu'en effet elles peuvent être engendrées par diverses lésions : enfoncement des parois osseuses, esquilles osseuses, corps étrangers (balles, éclat d'obus, etc.), hématomes, abcès enkystés, cicatrices méningo-encéphaliques. Les commémoratifs, la radiographie, la ponction lombaire (polynucléose en cas d'infection) permettent de faire le diagnostic.

La guerre a multiplié les cas d'épilepsie Bravais-jacksonnienne consécutifs à des traumatismes de tout ordre et a permis de faire les intéressantes constatations rapportées ci-dessus. Des diverses statistiquss réunies, il résulte que cette épilepsie consécutive aux plaies du crâne est très fréquente. Elle constitue même une des complications les plus fréquentes des trépanés anciens. Behague, sur 3.620 blessés du crâne a rencontré 439 épileptiques, soit 12,1 p. 100; Claude a obtenu un pourcentage de 10 p. 100; Souques, 18 p. 100; Villaret, 20 p. 100, etc. Les différences tiennent pour beaucoup, sans doute, dans la durée d'observation des blessés.

Dans la grande majorité des cas, l'épilepsie ne survient qu'après une période de latence plus ou moins longue, nécessaire pour la constitution du tissu de sclérose. Cette période varie de trois mois à dix mois.

2° *Syphilis.* — Peut engendrer l'épilepsie Bravais-jacksonnienne à toutes les périodes (tertiaire surtout) : exostoses, gommes méningées ou syphilome cérébral... Certains signes peuvent plaider en faveur de la syphilis : 1° *signes de syphilis en général* : stigmates cutanés ou viscéraux, leucoplasie buccale, anamnestiques; 2° *signes de méningite chronique spécifique* : céphalées surtout nocturnes, paralysie de la musculature extrinsèque de l'œil, inégalité pupillaire (1), souvent accompagnée d'irrégularité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, lymphocytose rachidienne, hyperalbuminose, réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien; 3° Il y a enfin l'*épreuve du traitement* antisyphilitique qui sert de « pierre de touche », disent les classiques. A cet égard, il est d'ailleurs peut-être bon de faire quelques restrictions. Il n'est pas rare, en effet, d'observer des tumeurs cérébrales (gliomes entre autres) qui obéissent au traitement spécifique, d'uee façon transitoire, il est vrai.

3° *Tuberculose.* — Elle crée chez l'adulte, tantôt des plaques méningées, tantôt des foyers localisés de méningo-encéphalite tuberculeuse qui peuvent se traduire par des crises plus ou moins complètes d'épilepsie Bravais-jacksonnienne, et cela pendant un temps plus ou moins long. Ultérieurement, tout se termine par un tableau, rarement typique, de méningite tuberculeuse généralisée. Le malade est généralement assez jeune, présente parfois des antécédents héréditaires ou personnels chargés, des signes d'une lésion pulmonaire au niveau de la « zone d'alarme » de Stephen Chauvet. Les tubercules semblent siéger avec prédilection là où la circulation est ralentie (Souques). Le lobule paracentral est donc très fréquemment atteint, d'où le début crural des crises d'épilepsie.

(1) A. Souques. *XIe Congrès français de médecine*, oct 1910.

(1) Stephen Chauvet. L'inégalité pupillaire dans la syphilis nerveuse et la tuberculose pulmonaire (signe de Roque), *Journ. des prat.*, 30 juillet, 6 et 13 août 1921.

4° *Tumeurs cérébrales* (gliomes, sarcomes, angiomes, endothéliomes, plaques de pachyméningite hémorragique, kystes hydatiques). — Ces tumeurs sont très fréquentes, beaucoup plus fréquentes que ne le signalent les traités classiques. En sus des crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne, elles peuvent déterminer des signes, plus ou moins marqués (selon la localisation, la nature et l'époque de l'évolution de la tumeur), de compression cérébrale : céphalée, bradycardie, vomissement, stase papillaire, bourdonnements d'oreille, troubles de l'équilibre, etc.). Au point de vue des caractères des crises Bravais-jacksonniennes, deux d'entre elles (les gliomes et les sarcomes de la faux) présentent quelques particularités intéressantes à signaler :

Gliomes. — Surviennent surtout chez des individus jeunes. La lésion, d'abord limitée, peu étendue, est pendant une première période simplement irritative et le malade fait des crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne; puis la lésion progresse et devient destructive et des phénomènes de paralysie font leur apparition. Ces phénomènes peuvent ne survenir que plusieurs mois après la première crise d'épilepsie Bravais-jacksonnienne. C'est tantôt une monoplégie associée, tantôt une hémiplégie que l'on voit se constituer progressivement. Elles sont caractérisées beaucoup plus par de la contracture que par de la paralysie. Elles présentent, d'autre part, fréquemment une marche oscillante : les phénomènes paralytiques très marqués un jour le sont beaucoup moins le lendemain ou les jours suivants pour redevenir ensuite à nouveau accentués. Ils s'accompagnent d'exagération des réflexes tendineux, de clonus du pied, de signe de Babinski, de syncinésies parfois. A partir du moment où les phénomènes parétiques ont fait leur apparition, ils vont en s'étendant et en s'accentuant. Parallèlement les crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne diminuent d'intensité, et il n'est pas rare de voir des malades qui, au début, avaient des crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne avec perte de connaissance n'avoir plus, ultérieurement, que des crises assez frustes et sans perte de connaissance. L'histoire d'un boxeur, rapportée dans une clinique de notre maître le professeur Déjerine (1), est, à cet égard, particulièrement probante. Ajoutons, enfin, qu'au fur et à mesure que le gliome s'étend et dès que le lobe pariétal est envahi, on voit des troubles des sensibilités superficielles et profondes, plus ou moins accentués, faire leur apparition. Si les deux ordres de sensibilités sont altérés notablement, il y a corollairement de gros troubles du sens stéréognostique. L'évolution de certains gliomes est parfois assez rapide : quelques mois. Certains ne déterminent, en dehors des phénomènes précédemment signalés, qu'un syndrome d'hypertension intracranienne parfois très fruste. Si, en effet, les douleurs de tête sont constantes, la stase papillaire peut faire défaut ou être très peu marquée.

Sarcomes. — Une seule variété, qui d'ailleurs n'est pas très rare, est à signaler; elle tire son intérêt de son siège spécial. Il s'agit des sarcomes de la faux du cerveau développés au niveau des régions motrices. Ils peuvent déterminer tout d'abord (parce que prédominant d'un côté) des crises unilatérales d'épilepsie Bravais-jacksonnienne à début crural (par irritation du lobule paracentral). Plus tard, apparaissent du même côté des phénomènes parétiques, tandis que, de l'autre côté, commencent à apparaître des crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne. Cette symptomatologie à « bascule « en quelque sorte est assez particulière.

(1) Déjerine. *Monde médical*, mai 1911.

5° *Causes diverses.* — En dehors des différentes causes ci-dessus énoncées et qui sont les plus fréquentes, l'épilepsie Bravais-jacksonnienne peut être encore rencontrée, épisodiquement, dans diverses affections du système nerveux : méningites aiguës, foyers de ramollissement ou d'hémorragie, paralysie générale, hydrocéphalie, sclérose cérébrale consécutive aux encéphalites de l'enfance.

B. Causes générales. — Différentes hétéro ou auto-intoxications (qui sont d'ailleurs susceptibles de provoquer des crises épileptiques généralisées ou des crises à type éclamptique) peuvent engendrer également des crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne. Telles sont : l'alcoolisme, le saturnisme, l'acétonémie et surtout l'urémie. Certaines maladies infectieuses aiguës peuvent aussi, sans doute par lésions vasculaires, méningées, ou par lésions rénales, déterminer des crises d'épilepsie partielle, le plus souvent transitoires.

C. Causes périphériques. — On admet enfin des crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne d'origine réflexe par lésions des nerfs : 1° périphériques (corps étrangers, cicatrices); 2° viscéraux (épilepsie pleurale, gastro-intestinale, cardiaque); 3° sensoriels (lésions nasales, auriculaires). La plupart d'entre elles (les dernières surtout) sont d'ailleurs, discutées par certains auteurs.

Pour la première catégorie de faits, en particulier, si certaines observations valent par leur précision, elles sont à vrai dire *extrêmement rares.*

Avant de conclure à l'origine réflexe de crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne, il faut penser aux causes d'erreur suivantes :

α. Cas où le malade rapporte à un traumatisme de nerfs périphériques des crises d'épilepsie qui existaient déjà avant l'accident, peut-être plus atténuées.

β. Cas analogues à celui de Kocher : malade se blessant à la main gauche et faisant ultérieurement des crises Bravais-jacksonniennes commençant par cette même main; à l'autopsie : sarcome de la dure-mère.

γ. Cas où le corps étranger ou la plaie nerveuse sont l'occasion de crises hystériques frustes qu'il faut éviter de confondre avec des crises épileptiques.

Pour éviter ces diverses causes d'erreur il importe donc : 1° d'étudier complètement, au point de vue neurologique, le malade en observation; 2° de procéder à un miuutieux examen des différentes fonctions dévolues au nerf périphérique soupçonné d'être lésé, suivant une méthode que nous avons décrite (1).

Ces réserves faites, on a rapporté des cas ou des crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne ont disparu à la suite de l'excision d'une cicatrice douloureuse, de l'enlèvement d'un corps étranger de l'oreille ou d'un bouchon de cerumen, de l'avulsion d'une dent de sagesse, etc. D'autre part, les faits étudiés par Leriche montrent le rôle joué par le sympathique périphérique dans la pathogénie et aussi l'inhibition de certaines crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne.

(1) Stephen Chauvet. *Sémiologie réelle des sections totales des nerfs mixtes périphériques*, Maloine, éditeur, Paris (en collaboration avec H. Claude).

Aussi, dans notre méconnaissance de la pathologie du système sympathique, est-il prudent de ne pas nier, de parti pris, ces faits d'épilepsie Bravais-jacksonnienne dite reflexe, qui sont, d'ailleurs, rarissimes. *(A suivre.)*

LETTRE D'AMÉRIQUE

Is est pater quem nuptiae demonstrant... Voilà encore un vieil adage juridique qui va peut-être être ébranlé par la science. Dans un récent procès en divorce — non encore terminé et fort retentissant à cause de la richesse et de la situation sociale des plaideurs — il s'est élevé une question de désaveu de paternité. La bataille sur ce point fut contestée avec toute l'âpreté d'une lutte légale où les sommités du barreau sont alignées de part et d'autre avec des ressources illimitées. Un jour, les journaux annoncèrent, sur l'autorité d'un interview d'un médecin de San Francisco, que la question de paternité pouvait être tranchée facilement et de façon décisive par l'examen du sang du père légal, du père « inculpé.», de la mère et de l'enfant. Ainsi présentée, l'information avait subi la déformation d'amplification et de généralisation que le zèle des reporters de la grande presse, désireux d'offrir quelque chose de vraiment sensationnel, inflige trop souvent aux paroles des représentants de la science. Il se peut que, dans certains cas et dans certaines circonstances bien définies, l'examen du sang puisse apporter des éléments de valeur dans la détermination de la paternité, mais le jour est encore loin où une formule telle que : *Is est pater quem sanguis demonstrat* supplantera le vieux principe juridique énoncé plus haut.

Les indications que le sang peut fournir au sujet de l'hérédité sont basées sur l'étude des isoagglutinines qu'il contient, isoagglutinines dont la connaissance est si importante pour la transfusion du sang. Il y a quatre groupes différents de sang humain; voici les caractères d'agglutination d'après la classification de Jansky qui a la priorité, les autres classifications ne différant d'ailleurs que par la terminologie :

GROUPE	SÉRUM	GLOBULES
I	Agglutine les globules des 3 autres groupes; contient les agglutinines α et β.	Inagglutinables, ne renferment pas d'agglutinogène.
II	Agglutine les globules des groupes III et IV; contient l'agglutinine β.	Agglutinés par les sérums de I et III; contient de l'agglutinogène A.
III	Agglutine les globules de II et IV; contient l'agglutinine α.	Agglutinés par les sérums de I et II; contient de l'agglutinogène B.
IV	Aucun pouvoir agglutinant. Pas d'agglutinine.	Agglutinés par les sérums de I, II et III; contient les deux agglutinogènes A et B.

Plus de 40 p. 100 des individus de l'espèce humaine appartiennent au groupe I, un peu moins de 40 p. 100 au groupe II, de 12 à 15 p. 100 au groupe III et de 2 à 5 p. 100 seulement au groupe IV.

Dès 1908, OTTENBERG (1) a pu se rendre compte que les groupements étaient héréditaires et obéissaient aux lois de Mendel. Ses travaux ultérieurs et ceux de von Dungern et Hirschfeld ont établi que, pour qu'une des substances agglutinogènes soit présente chez un enfant, il faut qu'elle soit présente chez l'un des parents au moins. La table que voici indique les seuls groupements possibles pour les enfants de parents de groupes déterminés :

1° L'union de I avec I ne peut donner que I;

2° { L'union de I avec II / L'union de II avec III } ne peuvent donner que I et II;

3° { L'union de I avec III / L'union de III avec III } ne peuvent donner que I et III.

Par contre, toutes les unions comprenant un membre de IV et les unions de II et III peuvent donner naissance à des enfants appartenant à un quelconque des quatre groupes. Mais, comme III et IV sont peu nombreux, surtout IV, 80 p. 100 de tous les mariages rentrent dans les catégories du tableau précité.

Comme corollaire, on peut dresser le tableau suivant qui représente les *impossibilités sanguines de la paternité*, pour ainsi dire, en ce sens qu'un enfant appartenant à l'un des groupes de la troisième colonne *ne peut être* l'enfant des parents mentionnés sur les lignes correspondantes des deux premières colonnes.

MÈRE	PÈRE SUPPOSÉ	ENFANT		
I	I	II	III	IV
I	II		III	IV
I	III	II		IV
II	I		III	IV
II	II		III	IV
III	I	II		IV
III	III	II		IV

A remarquer que le groupe I ne figure pas dans la troisième colonne de ce tableau, parce qu'un enfant du groupe I peut naître de n'importe quelle combinaison de parents.

En somme, l'examen du sang a beaucoup plus de valeur dans un sens négatif que dans un sens positif; il permettrait d'affirmer, dans certaines circonstances, que tel enfant n'est *pas* l'enfant de telle union, mais au point de vue positif, il ne peut que permettre de dire qu'il n'y a point d'objection hématologique à ce que tel enfant soit le rejeton de telle ou telle union. Nous voilà loin de ce que les journaux avaient annoncé dans le procès mentionné au début de cette lettre. L'examen du sang, suivant les cas, pourrait établir, soit l'illégitimité d'un bâtard, soit l'innocence d'un homme accusé d'être le père d'un enfant adultérin. Dans les cas plus rares de désaveu de maternité ou de substitution d'enfant, il pourrait aussi rendre des services à l'occasion. Mais, en pratique, il serait peut-être difficile d'obtenir le consentement des trois ou quatre parties en jeu; et il y a beaucoup de pays où la recherche de la paternité est interdite. De telle sorte que, pour intéressants que soient ces faits, il est vraisemblable qu'ils resteront encore pendant de longues années sans beaucoup d'utilisation devant les tribunaux; mais il est indiscutable qu'ils constituent pour le théâtre et le roman un nouveau et riche filon à exploiter.

Les propriétés anticoagulantes du citrate de soude n'ont pas seulement été utilisées dans la transfusion du sang, mais aussi dans le *traitement de certaines affections vasculaires* où la thrombose joue un rôle prépondérant, par exemple dans la thrombo-angiite oblitérante dont STEEL (2) rapporte huit cas ainsi traités. Cette affection, aussi appelée maladie de Buerger, est une inflammation progressive d'origine

encore indéterminée, mais probablement microbienne, affectant toutes les tuniques des artères et des veines. Elle débute d'ordinaire dans les vaisseaux de la jambe au-dessous de la bifurcation poplitée et s'étend par continuité ou apparaît indépendamment dans d'autres endroits. Elle a une marche chronique et progressive, avec tendance aux rechutes après que la nature a réussi, tant bien que mal, à établir une circulation collatérale. La mort survient lorsqu'une artère viscérale importante s'obstrue. Aux Etats-Unis, la maladie ne se voit guère que chez les Juifs adultes d'origine russe, mais elle est fréquente au Japon où on l'appelle gangrène des jeunes. Elle correspond à la *claudication intermittente* des auteurs français.

Les méthodes opératoires de traitement, l'anastomose artério-veineuse ou, ce qui revient physiologiquement au même, la ligature de la veine n'ont point donné de succès. Au Japon, Mayesima, en 1915, montra qu'il y avait augmentation notable de la viscosité du sang dans tous les cas de gangrène et cela conduisit Koga à employer les injections sous-cutanées de solution de Ringer. En Amérique, Willy Meyer (3), en 1916, eut recours aux mêmes injections auxquelles il adjoignit des injections intraveineuses de citrate de soude. Le traitement employé par Steel dans ses six cas, avec des résultats remarquables, considérant l'évolution habituelle de l'affection, fut le suivant : pendant le premier mois, le malade est maintenu au lit, les jambes constamment exposées à un bain d'air chaud et de lumière électrique à 43 degrés centigrades; tous les deux jours, il reçoit une injection intraveineuse de 250 centimètres cubes d'une solution de citrate à 2 p. 100. Le second mois, les injections sont données tous les trois ou quatre jours avec de légers massages ou exercices, suivant la gravité du cas. Puis, l'intervalle entre les injections est allongé progressivement jusqu'à ce que, à la fin d'une année, le malade en reçoive une tous les quinze jours. Pendant tout ce temps, l'iodure de potassium est administré à la dose d'un gramme par jour. Les malades de Steel reçurent de quatorze à quatre-vingt-quatre injections; chez tous, sauf une exception, le pouls reparut dans une ou plusieurs des artères de la jambe; dans le cas où le pouls ne reparut pas, il y avait une circulation collatérale parfaite. Il ne semble pas y avoir de raison valable pour supposer qu'un traitement de ce genre ne serait pas aussi efficace dans d'autres affections vasculaires oblitérantes de type analogue, maladie de Raynaud, endartérite oblitérante, ou même dans les conditions morbides où l'augmentation de la viscosité sanguine joue un rôle important. De traiter la claudication intermittente de la thrombo-angiite oblitérante par les anticoagulants à traiter les attaques d'*hémiplégie transitoire* que l'on a quelquefois dénommées claudication intermittente des artères cérébrales, il n'y a qu'un pas facilement franchi, bien que, dans la seconde catégorie de cas, on ne retrouve pas les lésions vasculaires si caractéristiques de la première.

Inman (4) et Holmes (5) ont récemment critiqué la théorie généralement adoptée dans ces cas, celle d'un spasme artériel. L'existence d'un tel spasme n'est qu'une hypothèse, indémontrée et probablement indémontrable expérimentalement. Qu'il y ait spasme ou non, il y a d'autres facteurs dont il faut tenir compte et qui ont plus d'importance pratique. Inman invoque surtout le ralentissement de la circulation artérielle par abaissement de la pression sanguine. Holmes attire particulièrement l'attention sur l'augmentation de la viscosité du sang due à la déshydratation des tissus à la suite de sueurs profuses, de diarrhée, de vomissements, etc... ou, simplement, à la suite de la réduction de l'ingestion de liquides. Ce dernier point a une signification pratique particulière, car les gens âgés, c'est-à-dire ceux qui ont déjà tout ce qu'il faut pour faire de la thrombose cérébrale par ralentissement de la circulation, ont fréquemment une tendance marquée à restreindre l'ingestion de liquides, surtout le soir, afin d'éviter des dérangements urinaires nocturnes. De plus, l'emploi des anticoagulants est logique dans les cas d'hémiplégie ou d'aphasie transitoires.

Il est indéniable que la thérapeutique de ce groupe d'affections vasculaires a fait un grand progrès et que les résultats sont devenus beaucoup plus encourageants le jour où, au lieu de simplement traiter le contenant, c'est-à-dire la paroi du vaisseau, on a en plus essayé de modifier dans un sens favorable les propriétés physiques du contenu, c'est-à-dire du sang lui-même.

Faxton E. Gardner
(de New-York).

(1) Ottenberg. *Journ. A. M. A.*, 27 août 1921, p. 682.
(2) Steel. *Ibid.*, 12 fév. 1921, p. 429.
(3) Willy Meyer. *Ann. surg.*, mars 1916.
(4) Inman. *Journ. A. M. A.*, 25 déc. 1920, p. 1765.
(5) Holmes. *Ibid.*, 11 juin 1921, p. 1640.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 2 novembre 1921)

Recherches expérimentales sur une nouvelle préparation organo-arsenicale injectable par voie musculaire. — M. Jeanselme, en son nom et au nom de M. Pomaret fait, sur ce sujet, une communication dont voici le résumé :

« Les produits organo-arsenicaux du type 914 et composés voisins offrent un triple inconvénient :

1° Les éléments surajoutés à la base aminoarsenophénol, tels que les chaînes latérales formaldéhyde sulfonique ou sulfinique, phosphinique, entravent le processus d'oxydation par leurs propriétés réductrices et retardent en conséquence la transformation de la base aminoarsenophénol en dérivés spirillicides.

2° Les fonctions phénoliques des corps du type 606, 914, injectés dans la veine y déterminent (comme nous l'avons établi dans une note antérieure), une floculation intravasculaire qui se manifeste par des phénomènes de choc (crise nitritoïde, etc.), d'autant plus intenses que la réserve alcaline du sang est moins grande.

3° L'injection intramusculaire des arsenobenzènes qui a le double avantage de réduire au minimum les phénomènes de choc et de donner le maximum d'effet thérapeutique, était jusqu'ici difficilement acceptée des malades à causes des douleurs et des indurations locales qu'elle produisait.

Avec le corps 592 d'Ehrlich ces derniers inconvénients disparaissent; mais cette base que son auteur considérait comme la plus active, était pratiquement inutilisable sous cette forme (aminoarsenophénol), par suite de son insolubilité et de sa transformation rapide en dérivés hypertoxiques.

L'un de nous l'a stabilisé en milieu organo alcalin (132e préparation pour la voie intramusculaire de M. Pomaret), sous forme d'une solution extrêmement stable, même à la température de 70 degrés et dans laquelle par suite de l'alcalinité organique disparaissent les propriétés floculantes d'origine phénolique des arsenos et novarsenobenzènes ordinaires.

Dans ces conditions, la base active aminoarsenophénol, bien qu'à 40 p. 100 d'arsenic, se montre extrêmement peu toxique pour l'animal. La dose introduite par voie intraveineuse qui est tolérée avec survie par le lapin est de $0^{gr}15$ à $0^{gr}16$, par kilogramme, ce qui en égard à la teneur en arsenic correspond à $0^{gr}30$-$0^{gr}32$ des novarsenicaux du type 914.

Par l'inscription graphique de la pression carotidienne, nous avons constaté que cette préparation non hémolytique ni floculante, injectée par la voie intraveineuse n'exerçait aucune action cardio-vasculaire.

L'élimination de cette substance injectée à l'animal par voie intramusculaire, se constate dès la première miction ; et il résulte par ailleurs de nos expériences qu'elle jouit d'une grande efficacité dans la spirillose des poules et la syphilis expérimentale du lapin. »

Possibilité de remettre en place et en fonctionnement un poumon déplacé, comprimé, bridé par des adhérences, ou atélectasié, en l'insufflant par l'air du poumon sain, au moyen des exercices intensifiés du spiroscope. — M. J. PESCHER montre qu'il est possible, au moyen des exercices intensifiés du spiroscope (réalisés par le jeu du robinet-étrangleur gradué de l'appareil) de remettre en place et en fonctionnement un poumon déplacé ou comprimé par un épanchement, bridé par des adhérences ou atélectasié par absence de vide pleural, en l'insufflant par l'air du poumon sain.

Le fait a été mis en évidence dans le service de M. Mauclaire chez un grand blessé de guerre atteint d'effondrement du thorax par éclat d'obus. Le poumon, affaissé contre le rachis, restait inerte même dans les plus grands mouvements respiratoires du blessé.

Par contre, quand le blessé soufflait dans l'appareil dont le robinet était tourné à un certain degré, l'air expulsé du poumon sain ne trouvant pas d'issue facile par le tube spiroscopique partiellement obstrué par l'étrangleur, refluait vers la bronche du poumon affaissé, y pénétrait, gonflait le poumon comme une baudruche et lui faisait remplir toute la cage thoracique.

Lorsque le blessé, s'étant longtemps exercé, quitta la Charité pour une formation de sa région, le poumon affleurait à la paroi, l'état général était excellent et la capacité respiratoire presque intacte.

Cette possibilité d'établir une solidarité de fait entre les deux poumons est chose toute nouvelle en médecine. Ses applications pratiques, qui sont de tous les instants, se montrent particulièrement heureuses dans le traitement des pleurésies, des affaissements pulmonaires consécutifs aux grands traumatismes avec ouverture de la plèvre, dans la prophylaxie et la cure des fistules et des adhérences pleurales et dans toutes les modalités de déformations thoraciques par insuffisance respiratoire.

L'auteur présente plusieurs malades chez lesquels il montre l'action spéciale et les effets des exercices sus-dits.

Les restaurations parenchymateuses par greffe de tissu conjonctif. — MM. NATHAN, CAPETTE et MADIER. L'un des auteurs avait démontré antérieurement que l'os est formé d'un parenchyme (couche de Havers) et d'une limitante externe. Cette dernière enlevée, la couche de Havers bourgeonne et prolifère dans le tissu conjonctif environnant. Si ce tissu est lâche, l'os néoformé est aréolaire. S'il est aponévrotique, l'os néoformé est compact et éburné.

Appliquant ces données au foie, au rein, au corps thyroïde, les auteurs ont montré que, comme la couche de Havers, les parenchymes sont entourés d'une capsule compacte. Cette dernière enlevée, ils peuvent bourgeonner, se reproduire et former, dans un tissu conjonctif mis à leur contact, des nodules hépatiques, rénaux ou thyroïdiens. Les signes de restauration varient suivant la structure de la greffe conjonctive. Le tissu lâche, peu adipeux, est particulièrement favorable, le tissu dense n'est qu'un lien de passage pour les bourgeons épithéliaux.

Choc expérimental hémoclasique et œdème. — M. CALVÉ lit une note d'où il résulte qu'il est possible de réaliser un œdème expérimental avec des corps produisant le choc hémoclasique.

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1921)

La tuberculose pleuro-pulmonaire dite traumatique. — MM. Georges BROUARDEL et Léon GIROUX envisagent les rapports de la tuberculose pulmonaire et de traumatisme thoracique. Leurs observations permettent de considérer la tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique comme très rare, mais non pas comme complètement inexistante. Cette tuberculose est surtout consécutive aux contusions thoraciques violentes dont la conséquence est de réveiller un foyer tuberculeux latent qui eut pu sans cela rester indéfiniment silencieux. Les auteurs pensent que le traumatisme intervient, non pas par une atteinte générale de la santé, d'ailleurs inconstante, mais par les désordres locaux qu'il provoque.

Pour l'expert, en matière d'accidents du travail, peu importe le mécanisme de l'action du traumatisme : que celui-ci ait provoqué directement ou indirectement la tuberculose, il n'en est pas moins responsable ; mais l'action même est surtout difficile à apprécier ; ce n'est que par une enquête rigoureuse sur l'état de santé de l'intéressé avant le traumatisme et dans l'intervalle qui sépare ce dernier de l'examen médical que l'expert peut se faire une opinion et justifier sa décision.

Septicémie d'origine intestinale. — M. MÉRY rapporte une observation de septicémie d'origine intestinale guérie par l'emploi d'un autovaccin colibacillaire. Il insiste sur les caractères cliniques de ces septicémies colibacillaires, courbe thermique à grandes oscillations, par accès, irrégulières ; sur la durée prolongée de la fièvre, pendant plusieurs mois, rappelant la courbe des septicémies colibacillaires des pyélonéphrites.

Les caractères de la courbe thermique doivent, en pareil cas, faire songer à la possibilité d'une infection colibacillaire que l'hémoculture pourra démontrer, si elle est positive comme dans le cas de Trémolières, dû à son défaut de succès de l'autovaccinothérapie colibacillaire, comme dans le cas de M. Méry.

Essai de restauration nerveuse par interposition du tissu conjonctif lâche. — MM. NATHAN et J. MADIER continuent la série des expériences exposées dans la précédente séance, ont restauré chez le chien, 10 centimètres de tissu nerveux au moyen d'une greffe conjonctive lâche inclose dans une gaine aponévrotique. Les bouts central et périphérique ont proliféré côte à côte dans le cylindre graisseux, s'envoyant des anastomoses qui, déjà au dixième jour, ont rétabli la continuité de l'influx nerveux. Les coupes histologiques, portant sur les parties les plus jeunes de la néoformation, ont montré, dans les deux bouts central et périphérique, l'accumulation des hémoblastes, leur coordination en séries linéaires, puis l'apparition de fibriles nerveuses.

Empoisonnement par les champignons. — M. AZOULAY fait connaître à l'Académie de médecine les premiers résultats obtenus d'une campagne entreprise contre l'empoisonnement par les champignons, à l'aide de conférences, d'affiches, d'articles.

Un décret est en préparation qui a pour but de rendre effective la vérification des champignons par le service des fraudes.

Le hoquet épidémique. — MM. DUCAMP, CABRIER, BOUQUIER, CLARET et TÉLÉNORTON.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchement.

La liste de présentation portait : En première ligne, M. Potocki ; en seconde ligne, ex æquo, MM. Brindeau. Demelin, Guéniot et Wallich.

Sur 67 votants, M. Wallich obtient, au premier tour, 43 suffrages ; M. Potocki, 21 ; M. Guéniot, 1 ; 2 bulletins nuls.

En conséquence, M. Wallich est proclamé élu.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 10 novembre. — MM. Lévy-Valensi, Bloch (Marcel) et Laroche, 20.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 10 novembre. — Question donnée : « Ponction lombaire. Indications cliniques et technique. »

MM. Janvier et Goldberg, 12 ; Gendarme de Bevotte, 17 ; Garnier, 16; Mlle Huguet, 11 ; MM Gritty, 14 ; Grippon, 13 ; Mlle Heimann, 17; MM. Guilmard, 13; Imbert, 17; Mlle Hirsch, 18; MM. Hervaux, 14; Grévin, 12; Grancher, 13 ; Gozlan, 14 ; Ghouila-Houri, 15 ; Gervaise, 19; Gardette, 15 ; Guillon, 17 ; Jeantet, 12.

Séance du 12 novembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du cancer du sein. »

MM. Hellmann, 11; Idoux, 15; Havret, 17; Gourdon, 16; Gouyen, 10; Grasset, 17; Guérin, 18; Mlle Gardel, 20; MM. Guilheneuc, 16; Gallais (Georges), 11; Guédé, 10; Girard (Marcel), 12; Germain, 13; Gay (Pierre), 14; Josse, 16; Hude, 5; Josso, 14; Mlle Guéry, 14; M. Herman, 12.

Anatomie. — Séance du 9 novembre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du cœur. »

MM. Digeon, 10; Dupont, 16; Mlle Eliche, 10; MM. Delencourt, 15; Charrin, 5; Fourniat, 16; Davenne, 14; Guiritch, 13; Cornilleau, 12; Arion, 14; Escoffier, 15; Boivet, 16; Colard, 12; Eurin, 5.

Séance du 11 novembre. — Question donnée : « Calcanéum et astragale. »

MM. Rousseau (Pierre), 17; Redaud, 11; Pottier, 12; Rousseau (Silvain), 15; Poumier, Saron et Richer, 17; Bulté, 13; Renoux (G.), 18; Quivy et Pradier, 10; Rivoire, 14; Robert (H.), 13; Signeux, 14; Roussel, 18 1/2; Schmidt et Plot (Pierre), 14; Seidmann, 17.

GUERRE. — Par décret du Président de la République, en date du 8 novembre 1921, rendu sur la proposition du ministre de la Guerre, en application de la loi du 16 août 1920 relative à la nomination ou à la promotion dans la Légion d'honneur des mutilés de guerre de 100 p. 100.

Vu la déclaration du conseil de l'ordre de la Légion d'honneur portant que les nominations du présent décret sont faites en conformité des lois, décrets et règlements en vigueur.

Sont nommés au grade de chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre civil sans traitement :

MM. les médecins sous-aides-majors et auxiliaires Auprêtre de Lagenest (Hilaire-Marie-Jean), Bansillon (Emile-Marie), Copperie (Adrien-Georges), Despons (Jean-Louis), Lamy (Fernand), Ribes (Gabriel-Jean-Baptiste), Seguin (Auguste-Eugène) et Tubiana (Elie-Charles).

LA PROMOTION DU VIIe CENTENAIRE DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER. — Au nom de la commission de l'enseignement, M. P. Viala, député, vient de déposer le rapport sur le projet de loi accordant un contingent exceptionnel de promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur à l'occasion du VIIe centenaire de la Faculté de Montpellier.

Le projet comprend 3 officiers et 12 chevaliers.

INTERNAT EN MÉDECINE DES HOPITAUX D'ALGER. — La première édition du *Livre de l'Internat en médecine des hôpitaux d'Alger, année 1921*, va paraître incessamment. Ce livre réunit tous les renseignements qui ont pu être recueillis sur les anciens internes des hôpitaux d'Alger depuis la fondation de l'Internat en médecine, et est destiné à resserrer les liens entre anciens et nouveaux.

Le bureau de l'Internat serait reconnaissant à ceux de ses membres, qui n'ont pas fait connaître leur adresse, de bien vouloir la lui envoyer, afin qu'on puisse leur expédier un exemplaire du *Livre de l'Internat.* Ils seront heureux de retrouver, en feuilletant ces pages, le nom d'un camarade de promotion, depuis longtemps perdu de vue, dont quelques-uns, hélas ! ne sont plus parmi nous.

Prière d'adresser toute correspondance à l'Internat en médecine des hôpitaux d'Alger. Hôpital civil de Mustapha (Alger).

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE (28, rue Serpente, Paris, 6e). — Dans sa séance du 8 novembre, le Conseil a étudié la question des divers dispensaires qui s'établissent à Paris. En ce qui concerne ceux qui sont subventionnés par le

Conseil général, il a été émis les vœux suivants qui seront transmis au Conseil.

Le Syndicat des médecins de la Seine a l'honneur de proposer les vœux suivants au Conseil général de la Seine.

Premier vœu. — Que dans le but de faire participer directement l'ensemble des médecins praticiens au fonctionnement des dispensaires prophylactiques antituberculeux, antisyphilitiques, etc., les nominations des médecins de ces dispensaires soient faites d'après une organisation établie par les syndicats et groupements professionnels de Paris, sur les bases suivantes :

a. Constitution d'une Commission médicale composée de compétences indiscutées.

b. Nomination sans aucune épreuve de mémoire, et en tenant compte exclusivement de la compétence des candidats, assurée par un certificat de stage, et de leurs travaux scientifiques.

Deuxième vœu. — Que l'admission dans les dispensaires subventionnés par les fonds publics soient limités aux indigents ; la population indigente est déjà trop nombreuse pour le temps dont disposent les médecins de ces dispensaires si bien que la présence des malades aisés nuit fatalement aux malades indigents.

Troisième vœu. — Que le fonctionnement de ces dispensaires soit établi de manière que le nombre des malades soit proportionné au nombre des médecins; en principe un malade doit toujours être examiné, chaque fois qu'il se présente, par le médecin qui a pris son observation à l'origine.

Quatrième vœu. — Qu'avant toute création de dispensaires, le Conseil général veuille bien prendre l'avis des syndicats et groupements professionnels, de manière à réaliser une entente absolue entre eux et l'Administration.

Le Conseil a ensuite décidé que l'Assemblée générale du S. M. S. aura lieu le dimanche 4 novembre 1921, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Burot, médecin général de la marine.

CHRONIQUE

A PROPOS DES CONGRÈS MÉDICAUX

Malgré leurs détracteurs qui les accusent d'inutilité, les congrès médicaux continuent à prospérer et à se multiplier. Ils répondent, en effet, à un besoin : celui de permettre aux médecins de se réunir pour discuter certaines questions, d'apporter à leur sujet le résultat de leur expérience respective et d'en éclaircir un ou plusieurs points. A titre secondaire, ils donnent à leurs membres l'occasion de se rencontrer avec des confrères éloignés, de visiter les organisations universitaires, hospitalières et autres des régions où ils se tiennent, ainsi que ces régions elles-mêmes.

Il faut toutefois reconnaître que l'organisation de la plupart des congrès présente des défauts, dont quelques-uns pourraient facilement disparaître.

La discussion des questions mises à l'ordre du jour et ayant été l'objet de rapports constitue, de l'avis de tous, l'objet principal des congrès. Il importe donc qu'elle puisse se développer avec ampleur. Mais la nécessité de permettre à tous les membres inscrits de prendre la parole au cours d'une séance oblige à limiter le temps accordé à chacun pour discuter. Cette mesure indispensable permet d'empêcher les orateurs prolixes de développer longuement des idées qu'il est préférable de résumer et de se laisser aller à des considérations qui n'ont rien à voir avec le sujet en discussion. Mais n'est-il pas regrettable que des communications intéressantes, que les auditeurs souhaiteraient entendre développer, soient, faute de temps suffisant, écourtées par le président, sévère et impartial défenseur du règlement? Et ne voit-on pas, à la fin de la plupart des séances et vu l'heure avancée, certains congressistes renoncer à la parole ou être obligés de résumer d'une façon excessive leurs communications?

Deux moyens permettent de parer à cet inconvénient. Le premier consiste dans la suppression de l'exposé oral des rapports; le second dans celle des communications sur des sujets particuliers.

Les rapports sur chacune des questions mises à l'ordre du jour sont distribués avant le Congrès dont les membres peuvent ainsi se documenter avant de préparer leurs communications et de prendre part à la discussion. Leur exposé oral ne présente donc aucune utilité et a l'inconvénient de faire perdre un temps long et précieux qui serait beaucoup mieux employé en discussions. On a fait remarquer que la suppression de cet exposé oral serait offensante pour les rapporteurs. Il en serait ainsi si la mesure ne devait viser que quelques-uns d'entre eux; mais, puisqu'elle serait générale, l'objection ne peut être retenue. J'ai pu m'assurer que bien des rapporteurs n'avaient présenté un exposé oral de leur travail que par respect pour la tradition. Quelques-uns n'hésitèrent pas à déclarer que cet exposé leur semblait inutile et s'en dispensèrent.

Combien plus intéressants sont le résumé de la discussion et la réponse aux objections que font les rapporteurs à la fin de la séance et que le manque de temps oblige trop souvent a raccourcir.

Les communications sur des sujets particuliers ne sont pas à leur place dans les congrès. C'est dans les journaux et dans les sociétés scientifiques qu'elles doivent être faites. Les conseils d'administration de la plupart des congrès, se rendant compte du but à poursuivre, se sont efforcés de diminuer peu à peu le nombre de ces communications. Quelques-uns ont été plus radicaux et les ont complètement supprimées. C'est là un excellent exemple à suivre.

La suppression de l'exposé oral des rapports et des communications sur des sujets particuliers présente un autre avantage : elle permet de diminuer le nombre des séances des congrès. Celles-ci, quand elles sont biquotidiennes — ce qui est souvent le cas — imposent un excès de fatigue aux congressistes assidus. Elles empêchent, en outre, de consacrer une partie de la journée — matinée ou après-midi — à la visite des organisations universitaires, hospitalières, etc., à l'assistance aux séances opératoires, aux conversations particulières, si agréables et si fructueuses.

Une dernière question me semble devoir attirer l'attention. L'augmentation considérable des frais d'impression pèse lourdement sur les budgets des congrès, car elle constitue la cause principale des dépenses. Or, les rapports sur les questions mises à l'ordre du jour sont d'abord envoyés aux congressistes avant la discussion, puis paraissent dans les comptes rendus.

Certaines associations ont renoncé à cette double impression et publient successivement les rapports avant le congrès, les discussions après le congrès. Il est souhaitable que cette mesure se généralise, car elle constitue une source importante d'économies.

Dr J. VANVERTS,
Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

RENSEIGNEMENTS

Les créanciers, tels que médecins, pharmaciens, qui auraient encore des droits à faire valoir à l'encontre du

SYNDICAT LYONNAIS DE GARANTIE

sont invités à les produire dans le délai d'un mois, à peine de forclusion, aux mains du Liquidateur, 6, rue Centrale, à LYON.

LES

ULCÉRATIONS GASTRO-INTESTINALES URÉMIQUES

LEUR RAPPORT AVEC L'AZOTÉMIE

Par A. LEMIERRE et R. PIÉDELIÈVRE

La rétention de l'azote dans l'organisme des sujets atteints de néphrite ne se traduit pas seulement par des troubles fonctionnels. Elle peut s'accompagner de lésions organiques dont les plus caractéristiques sont, ainsi que l'ont établi Widal et ses collaborateurs, la péricardite brightique et la rétinite albuminurique. A ces deux témoins anatomiques de l'azotémie, il faut, pensons-nous, en ajouter un troisième, beaucoup plus rare, il est vrai : ce sont les ulcérations urémiques de l'estomac et de l'intestin. Si ces ulcérations peuvent en effet se montrer chez des brightiques exempts de chlorurémie, d'hypertension artérielle ou d'asystolie, elles semblent bien ne se produire jamais que chez les azotémiques.

A vrai dire, il n'existe à notre connaissance que quatre cas d'ulcérations intestinales urémiques où le dosage de l'urée dans le sang ait été pratiqué; mais dans ces quatre cas, ce dosage a donné des chiffres anormalement élevés. Les trois premiers cas ont été signalés par Widal et Faure-Beaulieu (1), par André Weill (2) et par Ch. Richet fils (3). Nous-même avons observé récemment un jeune homme de dix-neuf ans qui, consécutivement à une rétro-dilatation avec infection ascendante des voies urinaires secondaire à un rétrécissement de l'urètre, présenta un syndrome d'azotémie pure sans chlorurémie, ni hypertension artérielle; au moment où le taux de l'urée sanguine atteignait 3g04 p. 1.000, il fut pris d'hémorragies intestinales et succomba le lendemain. Nous trouvâmes à l'autopsie une ulcération du cæcum.

Ces quatre observations ne peuvent évidemment suffire à démontrer les relations qui existent entre l'azotémie et les ulcérations gastro-intestinales urémiques; mais l'étude des publications consacrées à ces lésions du tube digestif laissent peu de doute sur l'existence de ces relations.

Les faits cliniques rapportés avec quelque détail, soit à une époque antérieure aux conceptions actuelles sur l'insuffisance rénale, soit plus récemment par des médecins qui ont omis ou qui ont été empêchés de doser l'urée sanguine sont d'une lecture éminemment suggestive. Presque tous concernent à n'en pas douter des sujets atteints de grande azotémie, dont la preuve est fournie soit par la netteté du syndrome décrit, soit par l'existence, au milieu d'un tableau morbide plus confus, d'un symptôme isolé, mais pathognomonique.

Rappelons d'abord en quelques mots ce que sont les ulcérations gastriques et intestinales urémiques. Nous insisterons ensuite plus longuement sur les rapports qui existent entre elles et l'azotémie proprement dite. Nous chercherons finalement à en préciser la pathogénie.

Mentionnées par Malmsten, Gregory, Christison, Christensen, les ulcérations intestinales, chez les urémiques ont été nettement décrites par Rayer (1). Treitz (2), dans son célèbre mémoire sur les affections urémiques de l'intestin les a étudiées avec beaucoup de soin, mais en a exagéré la fréquence.

Signalons ensuite les observations de Bartels (3), de Howship Dickinson (4), de Lancereaux (5), de Lecorché et Talamon (6), de Perry et Shaw (7). Depuis vingt-cinq ans, enfin, toute une série de publications ont été consacrées à ce sujet; ce sont les thèses de Barbe (8), de Barillon (9), de Pineau (10), les mémoires de A. Mathieu et J.-Ch. Roux (11), de Petitclerc et de Batz (12), de Barié et Delaunay (13), de Devic et Charvet (14), la thèse de Monpeurt (15), les observations de Cade et Thévenot (16), de P. Courmont et J. Cade (17), et enfin l'article récent de R. Bensaude, Cain et Antoine (18), suivi de la thèse de leur élève Audoli (19).

Les ulcérations urémiques de l'estomac seul, signalées par Lancereaux, Pineau, Petitclerc et de Batz, Monpeurt, P. Courmont et J. Cade sont beaucoup plus rares que celles de l'intestin; dans l'observation de A. Mathieu et J.-Ch. Roux, il y avait coexistence de larges pertes de substance de l'estomac et de l'iléon. Le duodénum est parfois le siège unique d'une ou plusieurs ulcérations (Perry et Shaw, Barié et Delaunay, Devic et Charvet, Cade et Thévenot). Le plus souvent les ulcérations intéressent la partie terminale de l'iléon; parfois, en pareil cas, on peut en trouver en même temps sur le

(1) F. WIDAL. Les grands syndromes du mal de Bright : l'albuminurie, le syndrome d hypertension artérielle, la chlorurémie et l'azotémie (l'insuffisance rénale à forme hydropigène et l'insuffisance rénale à forme sèche), *Journ. méd. franç.*, 1911, p. 18.

(2) André WEILL. L'azotémie au cours des néphrites chroniques, *Th. de Paris*, 1913, p. 105. — Le dosage de l'urée du sang, chez le malade d'André Weill, donna 2g10 au moment où fut porté le diagnostic d'ulcération intestinale urémique.

(3) Ch. RICHET FILS Etude clinique et expérimentale des entérites Les entérites par élimination microbienne ou toxique, *Th. de Paris*, 1912. — Le dosage de l'azote sanguin chez le malade de Ch. Richet fils a donné 3 gr. p. 1000.

(1) RAYER. *Traité des maladies des reins* 1839.

(2) TREITZ. *Uber urämische Darmaffectionen. Vierteljarhrchrift fur die Praklische Heilkunde herausgegeben von der medicinischen Fakultät in Prag.*, 1859, vol. LXIV, p. 143.

(3) BARTELS. *Maladies des reins*, trad. franç., 1887.

(4) H. DIKINSON. Ulceration of the bowl as a consequence of renal disease, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1878, vol XXIX, p. 117.

(5) LANCEREAUX *Atlas d'anatomie pathologique*, 1879-1881.

(6) LECORCHÉ et TALAMON. *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*, Paris 1888.

(7) PERRY et SHAW. On diseases of the duodenum, *Guy's hospital Reports*, 1893, vol. L, p 194.

(8) BARBE. Etude clinique sur certaines formes de perforation de l'intestin, *Th de Paris*, 1894-1895.

(9) BARILLON. Contribution à l'étude de l'urémie digestive, *Th. de Paris*, 1897-1898.

(10) PINEAU. Des hémorragies intestinales d'origine urémique, *Th. de Paris*, 1899-1900.

(11) A. MATHIEU et J.-Ch. ROUX. Sur un cas d'ulcérations urémiques de l'estomac et de l'intestin grêle, *Arch. gén. de méd.*, 1902, p. 14.

(12) PETITCLERC et DE BATZ. Sur un cas d'ulcération urémique de l'estomac avec hématémèses, *Bull. méd* , 1902, p. 638.

(13) BARIÉ et DELAUNAY La duodénite ulcéreuse urémique, *Bull. et méd. de la Soc. méd des hôpit*, 1903, p. 45

(14) DEVIC et CHARVET Contribution à l étude des ulcérations du duodénum liées aux affections du rein, *Revue de méd.*, 1903, p. 881 et 1019.

(15) MONPEURT. Ulcérations gastriques d'origine cardio-rénale, *Th. de Paris*, 1909-1910.

(16) CADE et THÉVENOT. Duodénite ulcéreuse urémique, *Lyon méd.*, 1910, p. 651.

(17) P. COURMONT et CADE. La gastrite ulcéreuse urémique, *Progrès méd.*, 1912, n° 5.

(18) R. BENSAUDE, CAIN et ANTOINE. Contribution à l'étude de la recto-colite hémorragique d'origine urémique, *Ann de méd.*, 1920, t. VII, p. 41.

(19 L. AUDOLI. La recto-colite hémorragique des urémiques, *Th. de Paris*, 1920.

cæcum, au voisinage de la valvule de Bauhin et beaucoup plus rarement sur le côlon. On peut aussi n'en rencontrer que sur le gros intestin; elles sont alors tantôt rares et limitées, comme dans notre cas personnel, tantôt multiples, s'étendant de la valvule de Bauhin jusqu'à l'anus, tantôt nombreuses encore, mais intéressant seulement la partie terminale du côlon et le rectum, comme dans le cas récent de R. Bensaude, Cain et Antoine.

Les ulcérations gastriques sont d'importance variable, depuis la simple érosion superficielle jusqu'au large ulcère à bords taillés à pic, entamant la tunique musculaire et pouvant atteindre 4 centimètres de diamètre (A. Mathieu et J.-Ch. Roux). Les ulcérations intestinales sont en général nettes, à bords taillés à pic, n'ayant parfois que quelques millimètres de diamètre, mais pouvant, comme dans le cas de Mathieu et J.-Ch. Roux, avoir plusieurs centimères de longueur. Leur surface est détergée ou recouverte par une escarre plus ou moins adhérente, flottant parfois comme un lambeau dans la cavité intestinale. Ces ulcérations peuvent être superficielles, ne détruisant que la muqueuse, comme dans le cas que nous avons observé; elles peuvent atteindre la séreuse et aboutir à la perforation de l'intestin. Parfois les ulcérations sont linéaires, en coup d'ongle; elles peuvent se réduire à de simples exulcérations superficielles.

Les ulcérations intestinales présentent parfois un aspect hémorragique; à leur niveau et sur leur pourtour les tuniques intestinales sont infiltrées de sang; de plus, on peut voir coexister chez le même sujet des ulcérations nettes et en d'autres points de simples suffusions hémorragiques dans la muqueuse et sous la muqueuse de l'intestin. Enfin, chez des urémiques ayant présenté, pendant les derniers jours de leur existence, des hémorragies intestinales, on peut ne découvrir, à l'autopsie, que ces simples suffusions hémorragiques, sans trace d'ulcérations véritables. Ces suffusions hémorragiques semblent survenir chez la même catégorie de malades et avoir la même signification que les ulcérations proprement dites.

Au point de vue histologique, les ulcérations gastro-intestinales se présentent comme le résultat d'un processus nécrotique aigu débutant par la muqueuse mais pouvant gagner dans la profondeur. Très souvent, sur les coupes, il existe une démarcation précise entre la surface de la muqueuse encore saine et l'ulcération elle-même. La muqueuse disparaît brusquement, comme sectionnée à l'emporte-pièce et l'on tombe immédiatement sur le fond de l'ulcération constitué par des détritus amorphes, par des reliquats de culs-de-sac glandulaires, par des éléments mononucléaires altérés, le tout infiltré de nombreux microbes et particulièrement de bacilles gram-négatifs. Ce qui frappe surtout c'est l'énorme dilatation des vaisseaux, dans toute l'épaisseur de ce qui reste de la paroi intestinale sous-jacente à l'ulcération et au pourtour de l'ulcération. Dans notre cas personnel, des capillaires bourrés de globules rouges étaient au contact même du fond de l'ulcération dont ils n'étaient séparés que par un mince liséré de tissu amorphe. Enfin, cette congestion intense de l'intestin s'accompagne également d'une infiltration lymphocytaire diffuse, surtout accentuée au voisinage du fond de l'ulcération, mais s'étendant aussi au pourtour de celle-ci et écartant les uns des autres les culs-de-sac glandulaires.

Tel est le schéma histologique des ulcérations gastriques et intestinales urémiques; nous devons accorder une mention spéciale à la recto-colite hémorragique récemment étudiée par R. Bensaude, Cain et Antoine. Ces auteurs distinguent, au niveau du gros intestin : en premier lieu, des lésions chroniques consistant en une sclérose, portant surtout sur la sous-muqueuse et la sous-séreuse; en second lieu, des lésions terminales constituées par une dilatation excessive des capillaires de la sous-muqueuse et surtout de la muqueuse, par de nombreuses hémorragies dans la muqueuse et par des exulcérations résultant d'une nécrose plus ou moins profonde de la muqueuse.

Les ulcérations gastro-intestinales urémiques peuvent être de simples trouvailles d'autopsie; mais souvent elles traduisent leur existence, pendant la vie par un certain nombre des symptômes. Ce sont des *douleurs* abdominales spontanées ou provoquées par la pression, soit dans les fosses iliaques, soit dans la région ombilicale, soit dans le creux épigastrique, suivant le siège des lésions. Quand les douleurs deviennent particulièrement vives, il y a lieu de redouter la *perforation intestinale*. Le plus souvent ce sont les *hémorragies* qui permettent de faire le diagnostic. Les ulcérations gastriques ont pu se traduire par des hématémèses abondantes de sang rouge, comme dans le cas de Petitclerc et de Batz, soit par des vomissements marc de café comme dans un cas de Moupeurt. Les ulcérations de l'intestin donnent souvent lieu à des hémorragies considérables, avec rejet par l'anus d'une grande quantité de sang rouge ou noirâtre, plus ou moins digéré, en même temps que se montrent des symptômes d'anémie aiguë. Les lésions siègeant à la partie terminale du gros intestin provoquent un véritable syndrome dysentérique avec besoins de défécation fréquents, épreintes, ténesme, émissions de glaires sanglantes (Mouisset, Bensaude, Cain et Antoine).

Abordons maintenant l'étude des faits démontrant les rapports étroits qui existent entre les ulcérations urémiques gastro-intestinales et l'azotémie proprement dite.

Ces ulcérations ont pu être observées au cours de la néphrite des urinaires; il en était ainsi dans notre cas personnel, dans un cas de R. Bensaude, Cain et Antoine, dans celui d'Appert et Millon (1). Exceptionnellement, comme dans le cas de Méry (2), elles surviennent secondairement à une néphrite subaiguë. La très grande majorité des observations concerne des sujets atteints de néphrite atrophique lente, parfois hypertendus depuis longtemps, mais conservant un myocarde suffisant et ayant présenté ou non, à un moment quelconque de leur maladie, de la rétention chlorurée. Mais quelle que fût la variété de néphrite en cause, les ulcérations urémiques du tube digestif, ont été toujours des accidents terminaux précédés pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines par toute une série de symptômes permettant de conclure à un redoublement de l'imperméabilité rénale et de pronostiquer la mort à brève échéance.

Presque constamment ces symptômes annonciateurs d'une fin prochaine ont été ceux de l'urémie digestive, qui, comme l'a bien dit Widal, relève de l'azotémie.

(1) APPERT et MILLOU. Pyélo-néphrite purulente; ulcérations de la terminaison de l'iléon, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, 1899, p. 465

(2) MÉRY. Perforation intestinale à la suite d'une ulcération urémique, *France méd.*, 1888.

Le premier en date de ces symptômes est l'*inappétence*, allant bientôt jusqu'à l'impossibilité d'ingérer le moindre aliment; quelquefois, on note un état spécial de la bouche et de la langue qui deviennent pâteuses, avec dépôt à la surface de la muqueuse bucco-pharyngée d'une couche de mucus collant; le tout peut aboutir à la production de la *stomatite érythémato-pultacée* ou *ulcéreuse*, autrefois décrite par Barié (1). En même temps, ou peu après, surviennent des *vomissements* alimentaires, relevant d'une intolérance gastrique complète et des vomissements aqueux ou muqueux, ayant parfois une odeur ammoniacale. La manifestation la plus fréquente de l'urémie digestive est cependant la *diarrhée*; c'est, en général, une diarrhée séreuse, incoercible, pouvant se prolonger pendant des semaines, pouvant même aboutir à une véritable déshydratation de l'organisme et à une sorte d'état algide rappelant celui des cholériques. Nous avons déjà noté aussi la possibilité d'un syndrome dysentériforme. Tout à fait exceptionnellement on a signalé, au contraire, une constipation rebelle (Dickinson, Barbe, Mathieu et J.-Ch. Roux).

Ces troubles gastro-intestinaux s'accompagnent d'*amaigrissement*, d'*asthénie* allant progressivement jusqu'à la *torpeur*, et de *pâleur* de la peau et des muqueuses, révélatrice d'une déglobulisation que l'examen hématologique met aisément en évidence. Ces symptômes qui complètent le tableau de l'urémie digestive sont également des témoins de l'azotémie [Widal et Javal, André Weill, Ch. Aubertin et J. Yacoël (2)].

Dans certains cas, l'urémie digestive se traduit par un ensemble de symptômes qui, dans certaines néphrites latentes, conduisent au diagnostic de cancer de l'estomac : anorexie avec dégoût électif de la viande et des graisses, sensations de pesanteur ou même de douleur épigastrique, vomissements alimentaires et aqueux, teinte jaune paille des téguments, cachexie progressive. Il faut savoir du reste qu'en pareille circonstance, l'examen du suc gastrique peut corroborer le diagnostic de cancer, en montrant l'existence d'hypochlorhydrie, d'anachlorhydrie et même d'apepsie. Cet aspect un peu particulier de l'urémie digestive s'est trouvé réalisé chez un malade de Devé dont l'observation est rapportée dans la thèse de Monpeurt : cet homme longtemps considéré comme atteint de cancer de l'estomac, succomba après avoir présenté des vomissements marc de café et du mélæna : on constata, à l'autopsie, l'existence de plusieurs ulcérations gastriques, nullement cancéreuses, en même temps qu'une sclérose rénale atrophique, avec état kystique des reins et dilatation des bassinets.

Dans un certain nombre d'observations, ce syndrome de l'urémie digestive, reléguant au second plan tous les autres troubles, dominait donc la scène morbide, au moment où sont apparues les ulcérations urémiques. Parfois même (et il en était ainsi dans notre cas), il constituait, avec les modifications des urines toute la maladie, réalisant le type parfait de l'azotémie pure et rendent même superflu le dosage de l'urée dans le sang. Dans tous les cas publiés, le tableau de l'azotémie ne le dégage pas avec la même netteté. Les sujets atteints d'ulcérations urémiques du tube digestif étant toujours, comme nous l'avons dit, parvenus au terme ultime du mal de Bright, il existe, fréquemment chez eux, un ensemble complexe de troubles morbides traduisant une défaillance totale de l'organisme, et au milieu desquels se perd le syndrome de l'urémie digestive ; mais la lecture attentive des observations concernant de pareils malades, permet le plus souvent de noter la présence à un moment donné de tel ou tel accident, que nous savons aujourd'hui relever de l'azotémie et de l'azotémie seule.

Il faut citer, en première ligne, la *péricardite brightique* et la *rétinite albuminurique*, que nous avons déjà mentionnées au début de cet article comme des symptômes organiques pathognomoniques de l'azotémie. La péricardite a été signalée chez des malades porteurs d'ulcérations intestinales urémiques dans les observations de Pineau, de Mouisset, de Barié et Delaunay, de Devic et Charvet, de Cade et Thévenot. Dans l'observation de Pineau, l'ensemencement du péricarde à l'autopsie et l'examen direct de l'exsudat pratiqués par Coyon n'ont montré la présence d'aucun microbe. Le frottement révélateur de cette péricardite s'est montré dans la plupart des cas plusieurs jours avant les douleurs abdominales et les hémorragies provoquées par les ulcérations intestinales.

Des troubles visuels ont été assez fréquemment observés chez les sujets ayant présenté des ulcérations urémiques de l'intestin. Il s'est agi, en général, d'amblyopie progressive, rappelant celle que détermine habituellement la rétinite albuminurique. Dans un certain nombre de cas, la démonstration de cette rétinite a été apportée par l'examen du fond de l'œil. Bartels, en 1872, a noté dans un cas d'ulcération urémique compliquée de perforation intestinale, l'apparition, quelques mois auparavant, d'une rétinite albuminurique ayant peu à peu amené la cécité. En 1878, Howship Dickinson signalait comme un fait curieux que les quatre brightiques chez lesquels il avait vu survenir des ulcérations intestinales avaient présenté des troubles visuels importants; l'examen ophtalmoscopique pratiqué chez trois d'entre eux avait montré l'existence de petites hémorragies rétiniennes. Ultérieurement, le même auteur, dans une statistique de 22 cas d'ulcérations urémiques de l'intestin, a relevé neuf fois les mêmes lésions du fond de l'œil. Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présente, au point de vue de l'opinion que nous soutenons aujourd'hui, cette remarquable coïncidence de la rétinite azotémique et des ulcérations intestinales urémiques.

La péricardite et la rétinite sont les témoins les plus caractéristiques de l'azotémie que l'on trouve associés à ces ulcérations. Nous pouvons encore signaler comme ayant la même signification deux symptômes que nous avons déjà fait entrer dans le tableau de l'urémie digestive, mais qui, dans certains cas d'ulcérations urémiques avaient particulièrement frappé les observateurs : en premier lieu, l'*anémie* apparue antérieurement aux hémorragies gastriques ou intestinales et ayant fait penser soit à un cancer, soit à l'anémie pernicieuse (Pineau, Mouisset, A. Mathieu et J.-Ch. Roux, Monpeurt, Cade et Thévenot, P. Courmont et Cade, Ch. Richet fils); en second lieu, la *torpeur*, la *somnolence*, la *lassitude* générale qui existait dans presque tous les cas et qui ont parfois attiré tout spécialement l'attention : un malade de Lécorché et Talamon était « brisé de fatigue ».

---

(1) Barié. De la stomatite urémique, *Arch. gén. de méd.* 1899, t. II, p. 415 et 690

(2) Ch. Aubertin et J. Yacoel. L'anémie grave dans la néphrite azotémique, *Presse méd.*, 1920, n° 47, p. 461.

Enfin deux autres phénomènes qui, à notre avis doivent être mis à l'actif de l'azotémie ont été parfois relevée chez des brightiques atteints d'ulcérations gastro-intestinales. Ce sont : le *myosis*, que nous n'avons jamais vu que chez les grands azotémiques et l'*hypothermie*, qui, si l'on s'en rapporte aux observations déjà anciennes de Bourneville (1) et de Debove et Dreyfous (2), ne se rencontre également comme symptôme d'insuffisance rénale que chez les azotémiques. Chez notre malade, la température rectale était à 35°8 avant la première hémorragie intestinale.

Nous pensons avoir suffisamment démontré que c'est toujours chez des azotémiques que se produisent les ulcérations urémiques de l'estomac ou de l'intestin. Il faut se demander maintenant si la rétention azotée agit, dans la production de ces ulcérations, en tant que cause directe ou en tant que facteur favorisant. Certains auteurs, se fondant sur ce fait bien connu que les urémiques sont particulièrement sensibles aux infections, ont estimé que les ulcérations urémiques sont en réalité d'origine septique. Telle a été la thèse soutenue par Barillon; plus récemment Cade et Thévenot, ayant constaté des ulcérations duodénales chez un urémique qui, pendant les derniers jours de son existence, avait souffert d'une parotidite aiguë, et dont le rein présentait des abcès miliaires à staphylocoque, ont adopté cette conception pathogénique. Nous ne nions pas la possibilité des ulcérations gastriques ou intestinales provoquées par des embolies microbiennes dans la muqueuse digestive, chez les azotémiques; mais nous faisons remarquer que si quelques observations concernent en effet des urémiques atteints en même temps d'une infection quelconque, c'est là, malgré tout une circonstance rare, tandis que l'azotémie est constante.

Mouisset (3), ayant, chez deux urémiques atteints d'ulcérations intestinales, noté l'existence de lésions importantes des artères de l'intestin, allant en certains points jusqu'à la thrombose, a pensé que l'artérite chronique était la cause de ces ulcérations. Il est possible en effet [et celà était évident dans un cas publié il y a quelques années par Widal et Boidin (4)], que l'artérite chronique, puisse entraîner des lésions de la muqueuse gastrique et intestinale avec hémorragies abondantes. Mais les constatations anatomo-pathologiques de Mouisset semblent constituer un fait exceptionnel en ce qui concerne les ulcérations survenues en pleine urémie et du reste les deux malades dont cet auteur rapporte les observations étaient certainement des azotémiques.

A notre avis l'azotémie n'agit pas seulement comme cause favorisante : elle est la cause immédiate et directe des ulcérations gastriques et intestinales dites urémiques. La conception que nous nous faisons de la pathogénie de ces ulcérations se trouve clairement résumée dans une phrase de l'*Atlas d'anatomie pathologique* de Lancereaux : « L'altération de l'estomac, dont la cause incontestable est ici l'élimination par la muqueuse gastrique des principes de l'urine et surtout de l'urée, se trouve subordonnée à l'action rénale. » Ainsi que dans une phrase des cliniques de Germain Sée (1) : « Le passage incessant de l'urée par la muqueuse gastro-intestinale produit d'abord de simples troubles fonctionnels et finit par amener de graves lésions ulcéreuses de l'estomac et surtout de l'intestin. La dyspepsie intestinale avec la diarrhée en est la conséquence habituelle ».

Après Lancereaux et Germain Sée, avec Ch. Richet fils qui, lui aussi, a pensé que les ulcérations gastro-intestinales urémiques sont propres aux néphrites avec azotémie, nous dirons que l'élimination par la muqueuse digestive des déchets azotés pour lesquels le rein est devenu imperméable est la cause première de ces ulcérations. L'élimination des chlorures par cette muqueuse, qui, comme l'ont montré Widal et Javal, peut, chez certains chlorurémiques, atteindre un chiffre assez notable et s'accompagner de diarrhée, ne semble pas, jusqu'à maintenant, avoir jamais comporté une pareille conséquence.

L'élimination vicariante des éléments azotés de l'urine par la muqueuse du tube digestif tient une place importante dans l'histoire de l'insuffisance rénale. C'est du reste, au premier chef, un phénomène pathologique, la muqueuse gastro-intestinale n'étant pas normalement destinée à jouer ce rôle, et tous les individus n'étant pas sans doute capables au même degré de dériver du côté de la sécrétion intestinale une partie de l'azote accumulé dans leurs tissus. C'est de plus un moyen de fortune, manifestement insuffisant, qui peut pendant un temps, soulager l'économie et permettre d'attendre une débâcle azoturique par les voies normales, mais dont le secours ne peut rester efficace pendant une bien longue durée. Quoiqu'il en soit cette élimination vicariante a été un des premiers faits bien mis en lumière par les physiologistes et les médecins, dès que se sont précisées leurs connaissances sur la fonction rénale et sur les troubles de cette fonction. Après que Prévost et Dumas (2), en 1823, eurent montré que l'urée s'accumule dans le sang des animaux néphrectomisés; après que Wilson, Bostock et Christison eurent attribué à la rétention de cette substance dans l'économie certains accidents observés chez les sujets atteints de néphrite, Rayer établit entre le rein et l'intestin une sorte de solidarité fonctionnelle. Claude Bernard et Barreswill (3) apportèrent en 1847 les premières précisions sur le sujet : ils virent qu'après la néphrectomie, chez le chien, les sécrétions gastrique et intestinale cessent d'être discontinues et réglées par les actes disgestifs, mais deviennent continues et plus abondantes; que de plus on voit apparaître en grande quantité, dans ces sécrétions, un élément anormal, l'ammoniaque, en combinaison saline, résultant de la transformation par les fluides digestifs de l'urée éliminée à la surface des muqueuses gastrique et intestinale. Ces constatations furent ultérieurement confirmées notamment par Treitz et, à une époque plus moderne par von Noorden et Ritter (4), qui,

(1) BOURNEVILLE. *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, 2e fasc., Paris 1873.

(2) DEBOVE et DREYFOUS. Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie, *Union méd.*, 1880, p. 477, 489, 501 et 617.

(3) F. MOUISSET. Des ulcérations intestinales chez les artério-scléreux. *Lyon méd.*, 1900, p. 514 et 546

(4) WIDAL et BOIDIN. Adénomes des capsules surrénales. Hypertension et athérome généralisé : ramollissement cérébral et ulcère de l'estomac par oblitération artérielle, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 21 juillet 1905.

(1) Germain SÉE. *Cliniques*, 1881.

(2) PRÉVOST et DUMAS. *Cours de chimie et de physiologie*, 1823, t. XXIII.

(3) Cl BERNARD et BARRESWILL. Sur les voies d'élimination de l'urée après l'extirpation des reins, *Arch. gén. de méd.*, avril 1847, p. 449.

(4) VON NOORDEN. *Handbuch der Pathologie des Stoffweschsels*, 1906.

chez les sujets atteints de néphrite, ont noté la présence, dans les matières fécales, d'une quantité anormale d'azote, ne pouvant provenir que de la muqueuse digestive; ils ont vu cette quantité d'azote s'élever encore chez les urémiques atteints de diarrhée et, chez cette catégorie de malades, la teneur en ammoniaque des fèces atteindre des chiffres qui ne se rencontrent jamais dans les diarrhées d'une autre origine.

Enfin on sait que les glandes salivaires participent occasionnellement à cette élimination vicariante de l'azote. Ce fait a été expressément noté par Treitz et par de nombreux auteurs parmi lesquels, en France, Debove et Dreyfous, Barié, qui chez un urémique atteint de sialorrhée a pu, en une journée, recueillir 850 centimètres cubes de salive contenant 8gr22 d'urée, et Rénon (1) qui a vu, chez un brightique des poussées de sialorrhée intermittente coïncidant chaque fois avec une diminution de la quantité globale des urines et de l'azote urinaire. Il est bon d'ajouter que normalement la salive contient des traces d'urée; d'autre part l'élimination vicariante de cette substance par les glandes salivaires n'est pas due seulement à une augmentation de volume du liquide secrété par ces glandes, mais à une concentration beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, de l'urée dans la salive.

Peut-être une élimination vicariante discrète des éléments azotés peut-elle être bien tolérée par le tube digestif; mais il ne semble pas qu'elle puisse se prononcer quelque peu sans que des troubles fonctionnels, vomissements et diarrhée. fassent leur apparition. En dehors des ulcérations, qui constituent une conséquence extrême et somme toute très rare, de cette élimination vicariante, il est vraisemblable que celle-ci engendre régulièrement des lésions anatomiques plus délicates et plus difficilement appréciables. En tous cas Pilliet (2), étudiant dans des conditions de conservation particulièrement favorables, la muqueuse gastrique de sujets ayant succombé à l'urémie (et qui, si l'on s'en rapporte au détail des faits rapportés par cet auteur, étaient certainement des azotémiques), a relevé au niveau de cette muqueuse toute une série d'altérations glandulaires et interstitielles qu'il a considérées comme celles de la *dyspepsie rénale et urinaire*.

Faut-il prendre à la lettre l'opinion exprimée par Lancereaux et Germain Sée et attribuer à l'urée proprement dite, les lésions de l'estomac et de l'intestin ? Il n'est pas permis à l'heure actuelle d'être aussi affirmatif; mais il n'est pas défendu de croire que l'urée est aussi capable de jouer un rôle dans la pathogénie des ulcérations gastro-intestinales urémiques, que les autres éléments azotés retenus dans l'économie ; il est permis de ne pas accepter complètement le dogme, généralement admis, de l'innocuité de l'urée. Treitz, préoccupé de sauvegarder la théorie de Frerichs, d'après laquelle l'urémie était due à une intoxication par l'ammoniaque, a pensé que l'urée éliminée par l'estomac et l'intestin, se transforme à la surface des muqueuses digestives, sous l'influence des ferments figurés, en carbonate d'ammoniaque, dont la causticité explique la production d'escarres et d'ulcérations ; ce carbonate d'ammoniaque, absorbé à son tour par l'intestin, pénètre dans l'économie et réalise l'urémie. En France, c'est surtout à la puissante autorité de Bouchard que nous devons l'affirmation de la non toxicité de l'urée ; aussi les phénomènes urémiques ont-ils été attribués successivement à toutes les substances non éliminées par le rein, l'urée étant, bien entendu, mise à part. Naturellement, les travaux consacrés aux ulcérations urémiques se sont ressentis de cette doctrine et, depuis lors, les auteurs n'ont pas envisagé que l'urée peut être pour quelque chose dans la genèse de ces accidents. Et pourtant, quand on examine les faits attentivement, tout montre que des différentes substances éliminées par la muqueuse digestive, chez les azotémiques, c'est l'urée qui se trouve en quantité prédominante, et est peut-être au moins autant que les autres, en état de produire des troubles fonctionnels et des lésions anatomiques.

A vrai dire, nous ne savons pas très exactement sous quelle forme les éléments azotés éliminés par les muqueuses gastrique et intestinale arrivent à la surface de ces muqueuses. Claude Bernard et Barreswil n'ont jamais trouvé que des sels ammoniacaux dans les sécrétions de l'estomac et de l'intestin. Quelques années plus tard pourtant, Claude Bernard disait avoir trouvé de l'urée dans les vomissements. Dans la suite, divers auteurs ont également déclaré que les vomissements des urémiques pouvaient contenir de l'urée; mais von Noorden, en se servant de méthodes chimiques plus précises n'a jamais décelé d'urée proprement dite ni dans les matières fécales, ni dans les vomissements, tandis qu'il en a constaté dans la salive. Il existe donc encore des obscurités sur ce point et il faut attendre que de nouvelles recherches pratiquées à l'aide du xanthydrol permettent de dire si l'on peut isoler de l'urée dans les sécrétions salivaire, gastrique et même intestinale. Il est possible que ces nouvelles recherches aboutissent à des résultats négatifs particulièrement en ce qui concerne l'estomac et l'intestin.

Il est très admissible que, sous l'influence d'un ferment, l'urée soit transformé en un corps voisin tel que l'ammoniaque, soit pendant l'acte sécrétoire même des glandes digestives, soit à la surface de la muqueuse. Peu importe du reste : ce que l'on peut affirmer c'est que, chez les azotémiques, c'est l'urée qui se trouve apportée aux glandes gastriques et intestinales, en quantité prédominante, par la circulation sanguine, Widal et Ronchèse (1) ont montré, il y a quinze ans déjà, que le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total non albuminoïdique du sérum, qui, chez les normaux et chez les brightiques sans rétention azotée, est de 80 p. 100, s'élève chez les brightiques azotémiques jusqu'à 92 p. 100 et même 96 p. 100. Poussant plus avant l'analyse, les mêmes auteurs ont vu que tandis que la quantité d'azote uréique peut être décuplée chez les azotémiques, l'azote de l'acide urique est à peine doublé et que celui de l'ammoniaque subit une élévation plus minime encore. Bien que récemment, Carnot, P. Gérard et Mlle Moissonnier (2), Chabannier et de

(1) Rénon. De la sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*. 1898, p. 475.

(2) Pilliet. Lésions de la muqueuse gastrique dans les dyspepsies rénale et urinaire, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1887, p. 100.

(1) F. Widal et A. Rouchèse. Rapport des différentes substances azotées retenues dans le sérum sanguin au cours du mal de Bright, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1906, p. 245.

(2) Carnot, P. Gérard et Mlle Moissonnier. Résultats différents des dosages par l'hypobromite et le xanthydrol chez les grands azotémiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1919, p. 1136.

Castro-Galhardo (1), Gruat et Rathery (2) aient pensé que, chez certains urémiques le chiffre de l'azote résiduel puisse l'emporter sur le chiffre de l'azote uréique, des recherches nouvelles de Laudat (3) ont confirmé les constatations de Widal et Ronchèse : chez une série de grands azotémiques, Laudat a vu que la quantité d'azote uréique pouvait atteindre quinze fois la valeur normale, alors que celle de l'azote non uréique était tout juste un peu plus que doublée.

Chez les brightiques à rein insuffisant, la rétention d'azote est donc avant tout une rétention d'urée; c'est surtout de l'urée qui se présente à la muqueuse du tube digestif pour être éliminée; elle peut bien avoir sa part de responsabilité dans les désordres qui surviennent au niveau de cette muqueuse. Cela a-t-il en soi quelque chose de surprenant? La molécule uréique semble faite spécialement pour la sécrétion rénale. Nul doute qu'elle ne rencontre pas les mêmes facilités de passage à travers les glandes gastriques et intestinales qui, contraintes à cette élimination anormale, souffrent du surmenage qui leur est imposé. En dehors de cette nocivité spéciale, née d'un défaut d'adaptation de certains épithéliums secréteurs à la molécule d'urée, il est permis de dire que cette substance possède réellement une toxicité d'ordre plus général. Chabanier (4), qui pourtant n'admet pas que l'urée soit la cause des grands accidents urémiques, n'en a pas moins, il y a peu de temps, affirmé l'action pernicieuse de ce corps; il a rappelé que sa présence en excès dans les humeurs provoque, à la longue, l'amaigrissement, l'asthénie, la pâleur, l'anémie et entraîne une déchéance des fonctions de nutrition. La perturbation du métabolisme des protéiques qui est, pour Chabanier, la cause immédiate des accidents urémiques proprement dits serait, dans certains cas, sous la dépendance d'une augmentation du taux de l'urée dans les humeurs.

Nous savons aussi que l'urée, mise expérimentalement en présence de certains tissus est capable de déterminer, au niveau de ces tissus, des lésions appréciables à l'examen microscopique. Popof, Lichtenstein, Aporti et Plancher et surtout Gouget ont vu que, chez les animaux, les injections d'urée altèrent gravement le parenchyme hépatique. Achard et ses élèves Lœper et Paisseau (5), serrant la question de plus près encore, ont constaté que les solutions d'urée possèdent in vitro des propriétés cytolytiques très nettes et très spéciales. C'est là un fait qui nous paraît digne d'être rappelé à propos des ulcérations urémiques.

Il nous reste à dire maintenant quelques mots sur certaines causes qui peut-être favorisent, chez les sujets atteints d'ulcérations urémiques du tube digestif, l'apparition des hémorragies.

(1) Chabanier et de Castro-Galhardo. Du rôle de l'azote non uréique du plasma dans la détermination des symptômes urémiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1920, p. 723.

(2) Gruat et Rathery. Les variations de la teneur du sang en azote uréique, azote total et azote résiduel chez les urémiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1920, p. 766.

(3) Laudat. Le dosage de l'urée dans le sang à l'état normal et au cours des états pathologiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1920, p. 730; — Etude comparative de la rétention de l'urée et des autres substances azotées dans le sang des brightiques azotémiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921, p. 23.

(4) Chabanier; Marquézy et de Castro-Galhardo. La crise d'hyperazotémie. Son mécanisme rénal, ses facteurs de gravité, *Presse méd.*, 1921, n° 51, p. 503.

(5) G. Paisseau. Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme malade, *Th. de Paris*, 1906.

Bensaude, Cain et Antoine pensent que l'hypertension peut jouer ce rôle chez les sujets atteints de recto-colite urémique; cela est possible, car on sait que l'hypertension artérielle prédispose, aux hémorragies dans toutes les ulcérations intestinales; mais des hémorragies très importantes peuvent survenir chez des urémiques non hypertendus; il en a été ainsi chez notre malade dont la tension artérielle ne s'est pas élevée au-dessus de Mx 12, Mn 8 au sphygmomanomètre de Pachon.

Un autre facteur nous paraît plus important : ce sont les altérations du sang. P.-E. Weil et Claude (1) ont signalé la possibilité de syndromes hémorragiques avec retard de la coagulation chez certains brightiques; Widal, Abrami et Brulé (2), chez un grand azotémique atteint d'anémie pernicieuse ont noté l'irrétractilité du caillot; enfin Achard et Saint-Giron (3), Carnot, Rathery et Dumont (4), André Weill ont rapporté des faits établissant la propension que présente ce genre de malades aux hémorragies multiples. Nous avons signalé d'autre part que, dans certains cas, les ulcérations du tube digestif coïncident avec des suffusions sanguines de la muqueuse intestinale; chez certains azotémiques, il semble même que ces lésions ecchymotiques suffisent à provoquer des hémorragies. Les troubles de la coagulation sanguine peuvent donc constituer un facteur d'aggravation chez les sujets atteints d'ulcérations urémiques du tube digestif, si tant est qu'on puisse parler d'aggravation au cours de l'état déjà si précaire où ils se trouvent. On peut même se demander si ces troubles de la coagulation ne jouent pas parfois un certain rôle dans la genèse des ulcérations elles-mêmes. Devic et Charvet ont en effet considéré l'infiltration hémorragique de la muqueuse intestinale comme le premier stade de ces ulcérations. Mais en réalité les suffusions hémorragiques font souvent défaut tant macroscopiquement que microscopiquement et de toute façon l'azotémie reste le facteur constant et dominant.

Il résulte de ce travail que les ulcérations dites urémiques de l'estomac et de l'intestin surviennent toujours chez des brightiques azotémiques. Dans un petit nombre de cas seulement jusqu'à présent le dosage de l'urée du sang a été pratiqué en pareille circonstance donnant du reste constamment un chiffre anormalement élevé; mais, à défaut de cette recherche précise, une étude attentive des observations d'ulcérations urémiques actuellement connues montre que leur apparition est presque toujours entourée d'un cortège de symptômes où l'on reconnaît facilement l'azotémie. L'élimination vicariante par l'estomac et l'intestin des éléments azotés retenus dans l'économie et notamment de l'urée est la cause déterminante de ces ulcérations, sans qu'il soit possible d'établir à l'heure actuelle en vertu de quel processus intime la muqueuse digestive est ainsi lésée par cette élimination vicariante.

(1) E. Weil et O. Claude. Les hémorragies et les troubles de la coagulation du sang dans les néphrites, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1907, p. 319.

(2) F. Widal, P. Abrami et G. Brulé. Anémie grave mortelle chez une brightique azotémique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1907, p. 1127.

(3) Achard et Saint-Girons. Hémophilie chez un syphilitique atteint de néphrite chronique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1912, t. I, p. 473.

(4) P. Carnot, F. Rathery et Dumont. Syndrome hémorragique urémique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1912, t. II, p. 64.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1921)

L'immunité dans les ectodermoses neurotropes. — MM. C. LEVADITI et S. NICOLAU.

Sur la désensibilisation des animaux anaphylactisés au moyen de plusieurs antigènes. — MM. A. LUMIÈRE et Henri COUTURIER ont fait une série d'expériences qui montrent que la spécificité de l'anaphylaxie est bien réelle, et qui confirment la théorie du choc telle qu'ils l'ont conçue.

La crise hémoclasique du mal des irradiations pénétrantes. — Mlle Marthe GIRAUD, MM. Gaston GIRAUD et G. PARÈS. Le mal des irradiations pénétrantes de Beclère (Röntgenkater des allemands) comporte une part certaine de choc humoral, de déséquilibre colloïdal dont les auteurs apportent la preuve. Choc indépendant du malaise qu'impose au malade une surchage électrique et qu'on peut éviter en le mettant à la terre ce choc colloïdoclasique a son expression clinique et son expression sanguine.

Il est vraisemblable d'imputer ce choc, à la libération (*par leucolyse* ou, d'une façon générale, *par cytolyse*) d'albumines globulaires ou tissulaires hétérogénéisées, et dont Lœper vient de mettre en évidence le passage dans les humeurs sous l'influence de la radiothérapie.

Les accidents éclatent, en général, du fait de l'emploi des fortes irradiations très destructrices d'emblée, mais ils peuvent survenir pour de faibles doses chez les sujets qu'ont sensibilisés des applications antérieures; ils éclatent alors dès le début de la séance d'irradiation profonde; la cytolyse à ce moment est encore trop minime pour s'exprimer par une hyperglobulie de leucolyse, mais chez le sujet *préparé* la première apparition dans la circulation générale d'une trace d'albumine hétérogénéisée déclanche la crise et provoque une leucopénie temporaire de choc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1921)

Présentation d'un nourrisson atteint d'un médiospasme. — M. VARIOT.

Un cas d'encéphalite léthargique à forme aphasique. — MM. Léon KINDBERG et Marcel LELONG, ont observé un cas anormal d'encéphalite léthargique. Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, qui depuis huit jours environ, présentait à peu près uniquement des troubles de la parole simulant l'aphasie.

Celle-ci était apparue insidieusement, sans ictus. L'examen ne révélait aucune paralysie, il y avait intégrité parfaite de l'ouïe et de la vue, pas de somnolence, pas de troubles oculaires, pas de fièvre.

Cette phase, purement aphasique, dura encore quatre jours. Le Wassermann était négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire montra un liquide clair, légèrement lymphocytaire, avec hyperglycorrachie nette, ce qui aiguilla le diagnostic. Celui-ci fut confirmé par l'apparition ultérieure de la somnolence, de parésies oculaires et de fièvre.

Les auteurs se demandent si l'aphasie n'était qu'une sorte de somnolence fruste, ou si, étant donnée l'apparition, à la phase terminale d'une hémiplégie droite, elle n'était pas sous la dépendance d'une localisation infectieuse extensive de la zone psycho-motrice.

L'autopsie n'a pu être faite.

Sclérose de l'artère pulmonaire secondaire à des processus broncho-pulmonaires. — MM. Paul RIBIERRE et René GIROUX considèrent que la sclérose de l'artère pulmonaire consécutive à des processsus pathologiques broncho-pulmonaires tels que l'emphysème avec poussées répétées de bronchite, présente une physionomie clinique assez caractéristique et qui, si elle était mieux connue permettrait de reconnaître plus fréquemment l'existence de ce syndrome particulièrement grave et peut-être moins rare qu'on ne le considère communément.

D'une observation personnelle confirmée par l'examen anatomo-pathologique, les auteurs dégagent les traits cliniques suivants : après une assez longue phase de phénomènes broncho-pulmonaires, développement progressif d'une dyspnée tenace, persistant même au repos, avec cyanose intense accompagnée de polyglobulie, dilatation des veines rétiniennes constatée par l'examen ophtalmologique, déformation des doigts, céphalée, somnolence, irréductibilité de l'insuffisance cardiaque sous l'influence du repos et des toni-cardiaques; à l'examen physique : absence de souffle, accentuation intense du deuxième bruit pulmonaire, parfois bruit de galop droit, rareté des œdèmes et de l'arythmie.

Les caractères orthodiagraphiques essentiels sont : le développement prédominant du ventricule droit, la dilatation considérable de l'artère pulmonaire, propagée jusqu'au hile, avec spacité de ses parois. L'électroradiogramme peut mettre en valeur la prépondérance électrique du cœur droit et la diminution de sa tonicité.

Dans le développement de cette sclérose de l'artère pulmonaire les conditions mécaniques réalisées par l'hypertension pulmonaire jouent certes un rôle essentiel et qui éclaire la pathogénie de la sclérose artérielle en général (Vaquez). Mais des facteurs secondaires doivent intervenir qui créent une vulnérabilité particulière des parois vasculaires à l'action mécanique de l'hypertension, et il faut reconnaître que leur rôle et leur nature nous sont encore à peu près inconnus.

M. LAUBRY fait remarquer que cette observation présente un double intérêt clinique et anatomique.

Au point de vue clinique il retient le signe radioscopique qui pour lui est capital.

Au point de vue anatomique, le cas de MM. Ribierre et R. Giroux est important parce qu'il marque le passage entre les scléroses généralisées d'origine presque exclusivement mitrale et les formes localisées qui semblent se rencontrer dans les affections pulmonaires chroniques.

Ictère chronique par compression du cholédoque chez un enfant de quinze ans. — MM. L. TIXIER et E. DONAY rapportent l'observation d'un enfant de quinze ans qui présente un ictère chronique par compression du cholédoque dû à un kyste hydatique de la région cholédrienne. La guérison est survenue par l'extirpation du kyste et les auteurs insistent sur l'importance de la radiographie, la réaction de Weinberg négative fréquente chez l'enfant, la fréquence de l'échinococcose extra hépatique dans l'enfance.

Les petits signes de la lithiase biliaire. — MM. Félix RAMOND, Ch. JACQUELIN et BORRIEN. Ces petits signes inutiles dans la lithiase biliaire franche prennent au contraire une importance considérable dans la lithiase biliaire fruste, car ils permettent de différencier celle-ci des nombreux processus douloureux du carrefour pyloro-pancréatique. Les auteurs décrivent tout spécialement le signe de la respiration, le murmure respiratoire est toujours fortement diminué à la base droite, au cours de la lithiase biliaire et des diverses cholécystites; il ne l'est pas dans l'ulcère pylorique ou duodénale non compliqué de lésions biliaire.

A ce signe les auteurs ajoutent tous les autres signes décrits récemment par Murphy, Chauffard, Pauly, etc., ainsi que d'autres petits signes plus rares et moins bien connus : l'association douloureuse des points xyphoïdiens et pyloro-vésiculaire, l'irradiation sensible aux points d'émergence des perforants intercostaux droits, la fréquence des troubles vasomoteurs du type sympathique, la coexistence d'un point coeco-appendiculaire sans appendicite ni typhlite.

Quelques images radiologiques gastriques et duodénales peu connues. — MM. Félix RAMOND, Ch. JACQUELIN et BORRIEN. Sous le nom de fausse niche de Haudeck, les auteurs décrivent des hernies mobiles du bord droit de l'estomac au cours du pylorospasme et aussi une fausse apparence que crée la ptose de l'estomac en mettant à découvert la quatrième portion du duodénum; si celle-ci renferme du bismuth elle peut donner l'impression de l'existence d'un diverticule au point

où elle coupe le bord de l'estomac. Sous le vocable d'estomac vermoulu ou rongé il y a lieu de signaler ces aspects si curieux pris par le bord gauche et le corps de l'estomac après repas bismuthé et qui donnent l'impression au cours de certaines manœuvres que le bismuth recouvre inégalement une muqueuse gastrique à relief irrégulier, cette image s'observe en beaucoup de circonstances et notamment au cours des gastrites chroniques alcooliques.

Les complications nerveuses de la rubéole. — M. René Bénard rapporte, malgré les notions classiques, 13 cas de complications nerveuses au cours d'une épidémie de 291 rubéoles. Presque toujours le syndrome méningé apparaît du sixième au huitième jour. L'auteur décrit une forme fugace, une forme rémittente, une forme méningo-myélitique et enfin une forme zonateuse.

Sur une rechute de pneumonie. Observation relative à l'étiologie et à la sérothérapie. — M Sacquépée relate l'observation d'un malade atteint tout d'abord d'une pneumonie double, suivie de pleurésie purulente droite; sur le déclin de cette dernière survient une pneumonie franche du sommet gauche, cinquante-cinq jours après la fin des premières localisations pulmonaires. Les examens bactériologiques décèlent: dans la première poussée pulmonaire, deux pneumocoques, l'un de type mixte, l'autre atypique : dans la pleurésie purulente, un pneumocoque atypique; la deuxième poussée (sommet gauche), le pneumocoque mixte.

Cette observation de reprise de pneumonie est la seule observée, sur soixante et onze cas de pneumonie traités par le sérum, il est ainsi bien établi que l'emploi du sérum ne prédispose pas aux rechutes.

L'étude bactériologique de cette observation et de quelques autres analogues montre que les reprises de pneumonie à brève échéance sont dues le plus souvent au même agent rencontré déjà dans la première atteinte, mais cette règle n'est pas absolue.

L'action diurétique des sels de potassium dans les épanchements ascitiques et dans les œdèmes dits essentiels. — MM. Léon Blum, E. Aubel et Rob. Lévy (de Strasbourg). Les sels de potasse produisent souvent une action diurétique puissante non seulement dans les œdèmes brightique, mais encore dans les ascites de la cirrhose du foie et de la tuberculose péritonéale, dans certains œdèmes généralisés d'origine inconnue où le traitement classique par le régime pauvre en sel et en eau et par la théobromine et la théophylline échoue. La réussite de cette thérapeutique par les sels de potasse est liée à deux conditions : dont l'une est l'administration de doses importantes de sels, dont l'autre est l'institution d'un régime pauvre en sodium ce qui équivaut à un régime déchloruré.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1921)

Etude d'un coefficient de réduction organique apprécié par l'élimination du bleu de méthylène. Les variations selon les régimes alimentaires. — MM. E. Schulmann et L. Justin-Besançon. Parallèlement à l'étude classique de l'élimination du bleu de méthylène injecté par voie hypodermique, les auteurs ont recherché les variations du chromogène urinaire, leuco-dérivé du bleu qui existe seul dans le sang et est partiellement oxydé lors de son incorporation à l'urine.

Ils décrivent une méthode colorimétrique permettant, grâce à un calcul simple, de doser le bleu total éliminé d'heure en heure en se servant comme étalon des urines mêmes où le bleu est dosé, et de calculer, d'autre part, la différence entre le chromogène et le bleu total, différence exprimant le coefficient de réduction du bleu. Dans une première série de recherches cliniques, ils ont étudié les variations de ce coefficient de réduction chez des sujets mis aux régimes mixte, lacté, hyperchloruré, hyperglycosé, hyperazoté. Ils concluent que la courbe d'élimination est sensiblement parallèle à la courbe de réduction. Les variations dans la réduction semblent avoir un intérêt aussi considérable que les variations dans l'élimination. Le seuil de la réduction totale, au-dessous duquel tout le bleu injecté est réduit dans l'urine, varie suivant les régimes et les états pathologiques.

Le régime hyperglycosé augmente la durée de l'élimination et celle de l'oxydation, tandis que le régime hyperazoté les diminue. Le régime hyperchloruré diminue l'oxydation du bleu.

Des recherches ultérieures tenteront de mettre en lumière la portée pratique de ces études, dont l'intérêt théorique a été mis en évidence in vitro par le prof. Roger et Godlewski dans leurs recherches sur les processus de réduction au niveau des tissus.

Les types de pneumocoques dans les complications pulmonaires de la grippe. — M. Sacquépée étudie les pneumocoques rencontrés au cours des complications pulmonaires graves de la grippe, pneumonies et broncho-pneumonies.

Dans les pneumonies, les pneumocoques de type pur II surtout, sont plus fréquents que les types mixtes; les fonctions antigènes I, II et III se retrouvent respectivement dans 27 p. 100, 90 p. 100 et 36 p. 100 des cas. Il existe donc une prédominance très nette de la fonction antigène II; les deux autres, I et III, sont plus rares.

Au total, ces caractères rappellent ceux qui ont été constatés antérieurement pour les pneumonies observées en temps normal.

Les résultats trouvés pour les pneumocoques des broncho-pneumonies diffèrent notablement. Ici, en effet, les types mixtes (71 p. 100) sont plus fréquents que les types purs (28 p. 100); et les antigènes I, II et III se rencontrent respectivement dans 64 p. 100, 57 p. 100 et 64 p. 100 des cas, répartis ainsi de manière presque égale, sans prédominance marquée de l'un ou de l'autre.

En l'absence d'autre précision, les pneumonies de la grippe 1921 étaient donc, comme les pneumonies habituelles de l'époque antérieure, surtout justiciables du sérum II. Au contraire, dans les broncho-pneumonies, il valait mieux employer les deux sérums I et II ; encore cette pratique laisse-t-elle inattaqué le pneumo III contre lequel nous ne possédons pas de sérum efficace.

COURS ET CONFÉRENCES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours libre de clinique chirurgicale. — M. le Dr Auvray, chirurgien de l'hôpital Laënnec, commencera ses conférences cliniques, avec présentation de malades le vendredi 18 novembre, à 11 heures (amphithéâtre Landouzy), et les continuera les vendredis suivants, à la même heure, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, opérations et examens de malades dans les salles.

— Hôpital Necker. — Clinique des maladies des voies urinaires (Clinique Guyon). — M. le prof. Legueu commencera ses leçons le mercredi 16 novembre 1921, à 11 heures, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des cliniques.

Opérations le lundi, de 9 h. 1/2 à 12 heures; le mercredi et le vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 heures, avant la clinique.

— Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. Marcel Labbé, professeur, commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le 16 novembre 1921, à 17 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le prof. P. Ménétrier commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mercredi 16 novembre 1921, à 5 heures, à l'amphithéâtre de thèses n° 2, et le continuera les mercredis suivants, à 5 heures, pendant toute la durée de l'année scolaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Cours de chirurgie expérimentale. — M. R. Leriche, agrégé, commencera le 17 novembre 1921, un cours qu'il continuera les jeudis suivants de 4 h. à 5 h. (amphithéâtre A).

LE SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1921

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration, pendant l'année 1922.

1er lot.	*Instrum^ts en gomme et caoutchouc.*	30 000 f.
2e —	*Id. Id.*	30 000
3e —	*Gants et doigtiers en caoutchouc.*	20 000
4e —	*Articles de caoutchouc*	35 000
5e —	*Tétines et obturateurs*	75 000
6e —	*Thermomètres*	75 000
7e —	*Articles divers*	9 000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

LE SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1921

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1922. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à *150.000 fr.* pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 26 novembre inclus.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE HONTEUSE INTERNE

L'artère honteuse interne assure l'irrigation du périnée et des organes génitaux externes.

ORIGINE. — L'artère honteuse interne est, pour la plupart des auteurs, une des branches de l'hypogastrique ; pour Farabeuf, elle en est la branche terminale.

En réalité, l'orine de l'artère honteuse interne est très variable et dépend essentiellement du mode de terminaison de l'hypogastrique. Le mode de ramescence de l'hypogastrique a d'ailleurs été diversement décrit :

Sappey et Testut considèrent que l'artère, dans la plupart des cas, s'épanouit en neuf branches chez l'homme et onze chez la femme.

Pour Quénu et Poirier, l'hypogastrique se bifurque en deux troncs : l'un postérieur, l'autre antérieur; c'est le tronc antérieur qui, après avoir donné des branches viscérales et une branche extrapelvienne pariétale (obturatrice), se divise en deux branches terminales : l'ischiatique et la honteuse interne.

Les dissections montrent que le mode de terminaison de l'hypogastrique varie d'un sujet à l'autre; c'est ainsi que les branches du tronc postérieur peuvent venir du tronc d'origine. Mais, c'est surtout le tronc antérieur qui varie : il peut être bifurqué prématurément en honteuse interne et ischiatique, anomalie importante puisque, dans ce cas, la plupart des branches du tronc antérieur naissent de la honteuse interne, soit isolément, soit par un tronc commun avec une artère voisine.

TRAJET. — Dans une première portion, *intrapelvienne*, l'artère est oblique en bas et en arrière.

Puis elle sort du bassin par la partie inférieure de la grande échancrure sciatique au-dessous du muscle pyramidal (*canal sous-pyramidal*).

Dans un court *trajet fessier*, elle contourne la petite épine sciatique.

Enfin, passant par la petite échancrure sciatique, elle devient *périnéale* et longe la branche ischio-pubienne sur sa face interne.

Dans son trajet la honteuse interne décrit ainsi une courbe regardant presque directement en avant.

Elle est franchement descendante dans ses portions pelvienne et fessière, légèrement ascendante dans sa portion périnéale.

TERMINAISON. — *Sous la symphyse pubienne* où elle prend le nom de *dorsale de la verge* ou du clitoris.

CALIBRE. — La honteuse interne est une grosse artère, mais susceptible de variation.

ANOMALIES. — Dans certains cas assez rares, l'artère ne sort pas du bassin et reste au-dessus du releveur et ses branches perforent le muscle de haut en bas. Dans ces cas, une petite artériole suit le trajet de l'artère, mais ne la représente pas.

Parmi les variations de la honteuse interne, il faut tenir compte des cas où elle vient de l'obturatrice, de la génito-vésicale ou de l'hémorroïdale moyenne.

RAPPORTS. — Doivent être étudiés successivement pour les diverses portions de l'artère.

I. PORTION INTRAPELVIENNE. — La longueur de cette portion est très variable : elle est habituellement de 15 à 20 millimètres, mais peut atteindre 50 à 60 millimètres quand l'hypogastrique est courte.

En arrière. — L'artère est en rapport, par l'intermédiaire de ses deux veines satellites, avec le *muscle pyramidal* sur lequel est plaqué le *plexus sacré* par l'aponévrose pelvienne. Le pédicule honteux répond à la partie externe du plexus et spécialement il est adossé aux 1er et 2e nerfs sacrés, et parfois même au tronc lombo-sacré si l'origine de l'artère est haute.

Le plan vasculaire est donc séparé du plan nerveux par l'aponévrose pelvienne.

En dedans. — Le *nerf honteux interne* qui vient des 2e, 3e et 4e nerfs sacrés va s'accoler à l'artère en se plaçant en dedans et en arrière d'elle.

Un peu plus en dedans, c'est *l'artère ischiatique*; cette artère est sur un plan un peu plus postérieur; elle perfore l'aponévrose entre les 2e et 3e nerfs sacrés et descend ensuite sous l'aponévrose, derrière le 3e nerf sacré, avant de disparaître.

En dedans encore et près du bord inférieur du pyramidal, on trouve le *nerf du releveur* et le *nerf de l'obturateur interne ;* ce dernier passe rapidement en dehors, croisant la face antérieure de l'artère honteuse interne et contournant la petite épine sciatique.

En dehors. — L'artère répond au bord antérieur de la *grande échancrure sciatique*, au bord postérieur de l'*obturateur interne*, à l'origine du *grand nerf sciatique*, aux *artères vésico-prostatique* et *vésiculo-déférentielle.*

En avant. — L'artère est séparée du cul-de-sac péritonéal latéro-rectal par la *gaine hypogastrique.*

L'uretère et la fossette ovarienne sont sur un plan nettement antérieur.

Des *ganglions lymphatiques* sont en rapport avec l'artère honteuse interne : au nombre de deux ou trois, ils sont sur la face antérieure de l'artère, près de son origine, près du point où elle se sépare de l'ischiatique.

II. DANS LE CANAL SOUS-PYRAMIDAL. — L'artère sort du bassin par la fente comprise entre le bord inférieur du muscle pyramidal et le bord supérieur du petit ligament sacro-sciatique. Elle est accompagnée de *deux veines*, l'une interne, l'autre externe ; mais, d'après Morestin, ces veines se disposent plus fréquemment en une veine antérieure et volumineuse et une postérieure et très grêle.

Dans ce trajet, l'artère est immédiatement appliquée contre l'os.

En dedans d'elle et un peu en arrière se trouve l'artère ischiatique.

En dehors et un peu en arrière, c'est le grand nerf sciatique.

Le pédicule honteux interne est difficile à dégager à la dissection; à ce niveau il y a, en effet, du tissu cellulo-fibreux qui le cache complètement quand on l'aborde par la fesse.

III. PORTION FESSIÈRE. — Cette portion est très courte; il s'agit seulement pour l'artère de contourner la face extrapelvienne de l'épine sciatique à 2 millimètres de son extrémité interne.

En avant, l'artère répond à l'*épine sciatiqne* sur laquelle elle marque son empreinte.

En haut, elle répond au bord inférieur du muscle *pyramidal.*

En bas, elle est en rapport aves les muscles obturateur interne et jumeau supérieur.

En dedans, c'est le *petit ligament sacro-sciatique.*

Le *nerf honteux interne* répond à la face postérieure du ligament et non à la face postérieure de l'os comme l'artère.

Plus en dedans passe le *nerf anal.*

Enfin, l'organe le plns interne est l'*artère ischiatique* avec ses deux veines. Cette artère se dirige obliquement en dehors ; elle croise le nerf anal, le nerf honteux interne, l'artère honteuse interne en passant en arrière de ces organes et elle se place enfin en dehors de cette artère. Elle a émis avant son croisement une série de rameaux qui criblent le grand ligament sacro-sciatique et après le croisement, une branche récurrente qui se porte verticalement vers le grand fessier et une branche descendante qui continue la direction de l'artère et s'anastomose avec le système des circonflexes.

En dehors de la honteuse interne passe le *nerf de l'obturateur interne et du jumeau supérieur.*

Plus en dehors se trouvent le *grand et le petit nerfs sciatiques*, celui-ci répondant à la face postérieure du précédent.

En arrière, sur un plan plus superficiel, ce sont les *collatérales de l'artère ischiatique.*

Plus superficiellement, mais plus en dedans, se trouve le bord externe du grand ligament sacro-sciatique; plus superficiellement, mais plus en dehors, le bord postérieur du moyen fessier. Enfin, le muscle grand fessier recouvre toute la région. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Debré, Lévy-Valensi et Laroche.

— Troisième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. René Marie, Lemierre et Grenet, qui acceptent; Bensaude, Rathery, Variot, Tessier, Laffite, Le Noir, Lesage, Legueu, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 15 novembre. — Question donnée : « Fracture du col du fémur. »

MM. Gay (Georges), 16; Guran, 15; Guillemin, 13; Héraud, 12; Mlles Iliesco et Houzeau, 13; MM. Girard (Paul), 8; Giaccardo, 15; Jean (Bernard), 12; Josset, 17; Giroire, 19; Gallois (Pierre), 14; Jouannot, 11; Hussenstein, 14; Guiritch, 10; Hodanger, 13; Gallais (Pierre), 12; Joffrion, 13; Hesse, 18; Gauch, 9.

Anatomie. — Séance du 14 novembre. — Question donnée : « Rapports du rectum chez la femme. »

MM. Schmite, 18; Ranglaret, 6; Samitca, 12; Pouillot, 15; Rivière, 10; Quénée, 16; Puech, 11; Rouquès (Lucien), 20; Querneau, 10; Serre, 11; Saint-Laurent, 16; Rappoport, 11; Rollet, 14; Mlle Rosembaum et MM. Rogier, 16; Redon, 14; Pithon et Roy, 15; Pinoche, 20; Renard, 15.

Séance du 16 novembre. — Question donnée : « Rapports de la trachée. »

MM. Rivierez et Préaut, 14; Sigwald, 17; Robin, 17 1/2; Porges, 14; de Pomierski, 17; Quenza, 14; Rabinovitch, 13; Mlle Ronget, 15; MM. Rousseau (Jean), 13; Segrestaa, 12; Mlle Scherrer, 14; Mme Reymond, 16; M. Rouart, 10; Mlle Roger, 17; MM. Poret, 14; Schapiro, 10; Rouchaud, 16; Roux, 14; Regner, 12.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Alger. — Résultats des concours de 1921 :

1° *Concours du prix Poisson* (interne lauréat des hôpitaux d'Alger). — M. Ribet.

2° *Concours de l'internat de 1re classe.* — MM. Jahier, Gruny.

3° *Concours de l'internat de 2e classe.* — Internes titulaires : MM. Cauvière, Mégnin, Cheddawa, Mlle Testoud, MM. Ammeloot, Salle, Kersenté, Camatte, Guignon.

Internes provisoires : MM. Ben Chemoul, Flogny, Mlle Antoine, MM. Fulcones, Beudon, Cosman, Parrès, Sebaoun, Toubol.

4° *Concours de l'externat en médecine.* — Externes titulaires : MM. Goinard, Franceries, Mlles Lemaire, Planty, MM. Méguin, Faugère, Mélé, Margueritte, Colonieu, Boutru, Fayollat, Mme Bourgeois-Maubourguet, MM. Carnet, Pidoux.

Externes provisoires titularisables : MM. Turano, Roffo, Kanoui, Garrès, Lebar, Nicolaï, Lartigue.

Externes provisoires : MM. Benichou, Zeraffa, Albou, Esdin, Munera, Gozlan, Colonna, Guichard, Raffi, Woeters, Ben Zekri, Assouli, Bonelli, Voisin, Samtourens, Zermati.

— Bordeaux. — Le concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Darget et Bardon.

— La médaille d'or de l'internat a été décernée à M. Pierre Lafargue qui fera une année supplémentaire d'internat. Ont été également admis à faire une année supplémentaire : MM. Lartigaut, Jenneneney et Massias.

— Ont été nommés internes en pharmacie : Mlle Courtier, M. Devaux, Mlle Decroux et M. Brancourt.

— Nancy. — Après concours, ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Bohème, Michon, Guibal, Baudot (Ch.), Diot.

Internes provisoires : MM. Thomas, Chantriot, Lévy (G.).

— Rouen. — Après concours, ont été nommés : médecin des hôpitaux, M. Lecaplain; chirurgien des hôpitaux, M. Le Grand.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — Après concours, ont été nommés :

Prosecteur : M. Fourche, interne des hôpitaux.

Aide d'anatomie : M. Charles, interne des hôpitaux.

Chefs de clinique chirurgicale : MM. A. Guillemin et Ch. Mathieu.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. J. Delépine est nommé professeur suppléant pour trois ans et prorogé pour la même période, comme assistant de clinique chirurgicale.

— Le titre de professeur suppléant est renouvelé pour trois ans à MM. A. Besson, M. d'Halluin, D. Raquet; celui de maître de conférences est renouvelé pour deux ans à M. Levis.

— M. A. Bernard est prorogé, pour un an, dans ses fonctions de chef de clinique médicale et de chef du laboratoire des cliniques et dispensaires; M. A. Delattre est prorogé pour un an dans ses fonctions de prosecteur.

— M. M. Lescaux est nommé aide de clinique ophtalmologique.

— MM. J. Duyck et A. Feyder sont nommés, après concours, aides d'anatomie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — M. le Dr Le Grand est chargé, depuis le mois d'octobre, d'un cours complémentaire d'anatomie pour les candidats au doctorat.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles de bronze.* — MM. les Drs Exchaquet (de Montreux, Suisse), Ledoux (de Marche, Belgique) et Thiébaut (de Mons, Belgique).

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale statutaire du Syndicat médical de Paris se tiendra le dimanche 27 novembre 1921, à 2 h. 1/2 de l'après-midi très précises, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour : 1° Allocution du Dr Birabeau, président du S. M. P.;

2° Adhésion du S. M. P. à la Fédération des groupements professionnels de la région parisienne; étude des statuts définitifs;

3° L'assurance invalidité-maladie (projet de loi de M. Daniel Vincent, ministre du Travail), rapport du Dr d'Ayrena;

4° Communication de M. Lapointe sur les consultations payantes dans les hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Prof. : M. Fernand WIDAL.) — Sous la direction de M. le prof. Widal et de MM. Lemierre et Abrami, agrégés, commenceront, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 21 novembre 1921, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours, à 14 heures.

Deux cours, de dix leçons chacun, seront faits successivement. — Les cours seront terminés le 13 décembre. — Le nombre des assistants est limité à 25.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des deux cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à trois heures.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca.) — *Cours complémentaire pratique d'histologie, histologie pathologique, hématologie et bactériologie appliquées à la gynécologie.* — M. le Dr Ch. Champy, agrégé, chef de laboratoire, fera un cours complémentaire pratique d'histologie normale et pathologique, d'hématologie et de bactériologie. Ce cours commencera le 28 novembre 1921, à 9 heures du matin. Il comprendra douze séances, du 28 novembre au 10 décembre.

Chaque séance comportera une leçon théorique avec démonstrations et projections et des exercices pratiques.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants français et étrangers, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, les jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le nombre de places est limité à douze.

Le droit à verser et de 100 francs.

Les préparations exécutées par les élèves eux-mêmes resteront leur propriété.

— COURS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE (fondation de M. le duc de Loubat). — M. le prof. H. Vaquez a commencé son cours de clinique thérapeutique, à l'hôpital de la Pitié, à l'amphithéâtre du service, le jeudi 17 novembre 1921, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

UNIVERSITÉ DE GENÈVE. — M. le Dr Cabanès, rédacteur en chef de *La Chronique médicale*, fera, le jeudi 1er décembre et le vendredi 2 décembre, deux conférences dans la grande salle de l'Université de Genève, à 20 h. 1/2 précises.

La première de ces conférences aura trait à Napoléon et l'hygiène : l'hygiène particulière de l'Empereur; Napoléon hygiéniste.

La deuxième traitera du pouvoir de fascination de Napoléon, de son influence suggestive sur son entourage et sur ses soldats.

LIVRES NOUVEAUX

L'Infection méningococcique (1), par Ch. DOPTER.

Par ses recherches personnelles, poursuivies depuis plus de quinze ans, M. Dopter a apporté une remarquable contribution à l'étude des méningocoques, de leurs déterminations anatomo-cliniques, de leur épidémiologie, des sérums thérapeutiques, enfin, destinés à les combattre. Mieux que tout autre, il était donc préparé à la tâche difficile d'exposer l'ensemble de nos connaissances sur les infections méningococciques, connaissances qui se sont singulièrement étendues depuis quelques années et surtout pendant la guerre. Nous sommes aujourd'hui bien loin du temps où l'action pathogène des méningocoques paraissaient se résumer dans la seule méningite cérébro-spinale; une rapide analyse de l'ouvrage de M. Dopter nous montrera tout le chemin parcouru.

Les deux premiers chapitres sont consacrés à l'historique et à l'exposé des conceptions successives sur la nature de l'infection méningococcique.

L'auteur étudie ensuite les modes d'invasion de l'organisme par les méningocoques, le rôle des porteurs de germes, et après avoir discuté la doctrine de l'autogenèse et celle de la contagiosité, il conclut que la méningococcie « naît par contagion et se propage par contagion. »

Le chapitre IV contient tout ce que l'on doit savoir des diverses propriétés des méningocoques; les caractères spéciaux à chacune de leurs variétés, minutieusement décrits, permettent d'établir sur des bases précises le diagnostic bactériologique, dont l'importance est aujourd'hui plus grande que jamais, puisque c'est lui qui imposera le choix du sérum thérapeutique à employer; le chapitre se termine par un exposé clair et pratique des différents modes de recherche et de détermination des méningocoques.

Le chapitre V est consacré à l'étude des déterminations anatomo-cliniques de l'infection méningococcique : la rhinopharyngite, puis la septicémie avec ses formes pseudo-palustre et purpurique, et ses complications si variées sont très complètement décrites.

Le sixième et dernier chapitre, le plus étendu de beaucoup puisqu'il occupe à lui seul plus de 300 pages, est tout entier consacré à la méningite cérébro-spinale et se termine par une étude très complète de la sérothérapie antiméningococcique; son application au traitement non seulement de la méningite, mais aussi de la septicémie et des localisations extraméningées, est exposé avec une clarté parfaite.

Au résumé, l'ouvrage du Professeur Dopter est un remarquable travail d'ensemble, parfaitement coordonné, d'un style clair et imagé, que chacun lira avec grand profit et non sans agrément.

L. LE SOURD.

(1) In-8 de 534 pages avec 97 figures dans le texte et 3 planches coloriées. — Prix : 48 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

ÉPILEPSIE BRAVAIS-JACKSONNIENNE [1]

Par le Dr Stephen CHAUVET,
Ancien interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

IV

Diagnostic topographique. — L'épilepsie Bravais-jacksonnienne est symptomatique d'une lésion de l'hémisphère cérébral du côté opposé aux convulsions. Pour bien comprendre les faits, il suffit de connaître la topographie des centres moteurs.

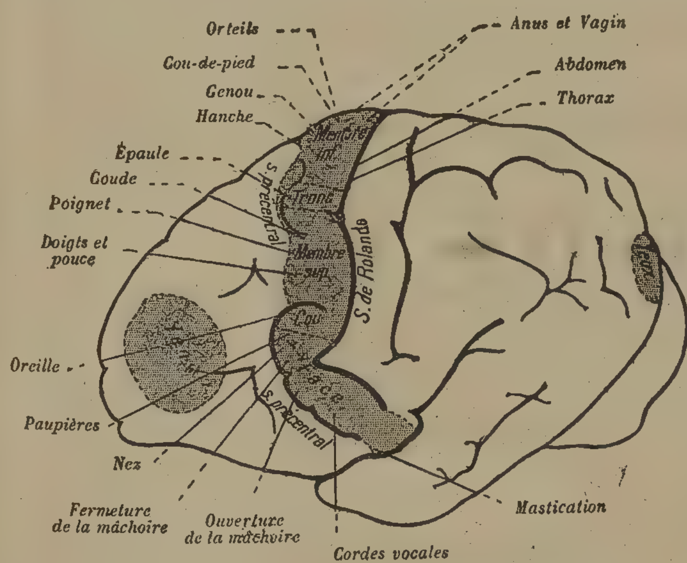
La plupart des livres classiques exposent que la frontale et la pariétale ascendantes, situées de part et d'autre de la scissure de Rolando, sont motrices. Actuellement il est prouvé que seule est motrice l'écorce : de la frontale ascendante, du sillon prérolandique et de la lèvre antérieure de la scissure de Rolando. Cette certitude repose sur :

1° Les résultats des expériences de Grünbaum et Sherrington sur les singes anthropoïdes (1901); expériences confirmées par C. et O. Vogt, de Brodmann, F. Krause, Mills, Frazier, Cushing, Llogd.

2° L'histogenèse et l'étude de la myélinisation qui ont montré à Flechsig que seule la frontale possédait le type moteur.

3° Les différences de structure histologique de l'écorce cérébrale au niveau de la frontale et de la pariétale ascendante. Seule la première contient les cellules géantes groupées en îlots (nids de Betz) qui sont motrices (Kolmer, Brodmann, Campbel).

4° L'anatomie pathologique. Dans la sclérose latérale amyotrophique Probst, Campbell, Rossi et Roussy, en suivant, de la moelle au cortex, la dégénération du faisceau pyramidal, ont remarqué que toutes les fibres dégénérées se perdaient dans l'écorce de la frontale ascendante.



Centres moteurs du chimpanzé, d'après Grünbaum et Sherrington.

5° Les données de la clinique, contrôlées par l'anatomie pathologique, qui démontrent que la motilité est localisée dans la frontale, tandis que les sensibilités appartiennent au lobe pariétal et particulièrement à la pariétale ascendante.

La frontale ascendante étant seule motrice, quels sont les sièges des centres moteurs? Il suffit de se reporter au schéma de Grünbaum et Sherrington. On trouve de bas en haut : le centre moteur de la face, au tiers inférieur; celui du membre supérieur, au tiers moyen; celui du membre inférieur, au tiers supérieur.

Ceci étant, le diagnostic topographique repose sur le point de départ des secousses : le « signal symptôme », autrement dit le point de départ des convulsions, désigne le centre moteur principalement intéressé. Si le début est crural, le lobule paracentral est en jeu; si le début est brachial, c'est la région moyenne de la frontale ascendante; si le début est facial, c'est le tiers inférieur qui est intéressé.

Etant donnés les rapports suffisamment constants et connus des centres moteurs avec la paroi osseuse, il est facile de porter le trépan au niveau convenable.

V

Valeur localisatrice de l'épilepsie Bravais-jacksonnienne. — On croyait, il y a quelques années, que l'aura motrice avait une signification *absolue* et qu'une attaque d'épilepsie Bravais-jacksonnienne impliquait nécessairement une lésion de la frontale ascendante de l'hémisphère du côté opposé.

Il ressort de toute une série de travaux de ces dernières années, que si l'épilepsie Bravais-jacksonnienne traduit, dans la grande majorité des cas, une irritation des cellules de la frontale ascendante, le point de départ de cette irritation peut, aussi, siéger en dehors de cette zone motrice (Winkler, Touche, Dieulafoy, Duflocq, Boué, Drivet, Vorkostner, Parker, Bonhoëffer). C'est ainsi qu'on a signalé des cas d'épilepsie Bravais-jacksonnienne avec des lésions des régions temporales, occipitales, centrales, basilaires, voire même cérébelleuses. Ces faits sont quelque peu éclairés par les données de l'expérimentation : si, en effet, avec un courant électrique *faible*, il est indispensable d'exciter *directement* les centres moteurs de l'animal pour provoquer des convulsions du côté opposé du corps, il est, par contre, bien connu qu'on arrive au même résultat en excitant des points assez éloignés de la frontale ascendante si l'on emploie un courant électrique beaucoup plus fort, par suite sans doute de la propagation de l'excitation aux centres moteurs.

La valeur localisatrice de l'aura motrice n'est donc pas aussi absolue que l'on croyait autrefois. Le « signal symptôme » peut d'ailleurs manquer. Lorsqu'il existe, il n'en demeure pas moins, cependant, un symptôme important, dont la valeur localisatrice peut être d'ailleurs augmentée par la coexistence de phénomènes parétiques ou paralytiques (les signes de destruction ayant au point de vue du diagnostic topographique plus de valeur que les signes d'excitation).

En résumé, l'aura motrice n'est pas un signe de certitude, ce n'est « qu'un signe de probabilité ». « Au demeurant, les larges ouvertures du crâne qu'on pratique aujourd'hui suppléent, dans une grande mesure, à l'ancienne nécessité d'une étroite localisation. » (Souques.)

VI

Traitement. — Le traitement de l'épilepsie Bravais-jacksonnienne comprend : le traitement *curatif* et le

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 89, p. 1421.

traitement *symptomatique*. Le premier vise à guérir ou à améliorer l'épilepsie en supprimant la cause; c'est dire qu'il varie selon les cas. Le second, que nous étudierons ultérieurement, cherche à diminuer le nombre des crises et leur intensité afin de permettre aux malades de vivre avec leur maladie; il comporte l'emploi de toute une série d'agents thérapeutiques qui peuvent être utilisés indifféremment quelque soit la cause de l'épilepsie.

Traitement curatif. — 1° Lorsqu'on soupçonne la syphilis, on doit instituer un traitement énergique (injections intraveineuses de cyanure de mercure, de novarsenobenzol et iodure de potassium). Pour être probant et servir de « pierre de touche », ce traitement doit être intensif et amener rapidement une amélioration qui va sans cesse en s'accentuant. Nous avons précédemment mis en garde contre les petites améliorations que l'on peut observer dans certaines affections non syphilitiques.

2° L'urémie commande une saignée abondante, une ponction lombaire, un régime hydrique absolu pendant deux jours puis le régime lacté.

3° Les rares cas d'épilepsie Bravais-jacksonnienne d'origine réflexe exigent évidemment la suppression de l'agent épileptogène.

4° Ce que l'on savait sur l'épilepsie Bravais-jacksonnienne traumatique et sur son traitement chirurgical, a été modifié sur quelques points, complété sur d'autres, consécutivement aux très nombreux travaux que les neurologistes et les chirurgiens ont été amenés à faire pendant et après la guerre, sur les innombrables blessés du crâne. L'épilepsie traumatique est devenue une question si importante qu'elle vient de faire l'objet d'un rapport (Billet et Lenormant) et d'une abondante discussion au XXXe congrès de chirurgie qui s'est tenu à Strasbourg les 3 et 5 octobre 1921.

Pour la compréhension des indications opératoires, certaines notions cliniques doivent être rappelées.

Tout d'abord il ne faut pas confondre avec l'épilepsie traumatique vraie :

α. L'éclosion ou le renforcement de crises d'épilepsie essentielle à la suite d'un traumatisme ou d'une commotion cranienne.

β. L'épilepsie d'origine syphilitique ou alcoolique, fouettée par un traumatisme.

γ. L'épilepsie des commotionnés qui paraît conditionnée par des cicatrices corticales consécutives à de minuscules hémorragies capillaires. Cette forme, comme les précédentes, ne peut, en effet, bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Après ces éliminations, il faut encore faire remarquer que le terme épilepsie Bravais-jacksonnienne n'est pas synonyme d'épilepsie traumatique car elle n'est qu'un des types cliniques d'épilepsie observés à la suite des traumatismes craniens. Les statistiques montrent que les formes généralisées de *grand mal* classique, sont deux fois plus nombreuses que les crises Bravais-jacksonniennes. A côté de ces deux grands types cliniques, on peut observer, en outre, un type intermédiaire décrit par *Kotzenberg* sous le nom d'*hémi-épilepsie* et enfin des accidents paroxystiques moteurs, sensitifs, sensoriels, qui sont de véritables *équivalents comitiaux*.

Les facteurs qui conditionnent l'épilepsie Bravais-jacksonnienne (de même que les autres formes d'épilepsie) et qui doivent être connus au point de vue opératoire sont les suivants :

- Projectiles, corps étrangers;
- Cals osseux, ostéites;
- Proéminence des brèches craniennes, esquilles;
- Kystes, fistules;
- Gliose hypertrophique;
- Surtout bloc cicatriciel cortico-méningé.

Siège des lésions. — L'épilepsie est plus fréquente quand ces lésions siègent dans la région pariétale.

Evolution de l'épilepsie Bravais-jacksonnienne traumatique. — Tout traumatisme peut se compliquer un jour, de crises comitiales. On a vu des cas ou le début se fit cinq à vingt ans après la blessure. Mais, en général, le *temps de latence* ne dépasse guère dix-huit mois.

Traitement chirurgical. — Il comprend, en réalité, deux sortes de traitements : le traitement primitif et le traitement secondaire.

Intervention primitive. — Ce traitement n'est pas, a proprement parler, un traitement de l'épilepsie puisque les crises n'ont pas encore éclaté. C'est, cependant, le meilleur traitement de l'épilepsie traumatique puisqu'il représente la véritable *prophylaxie* de cette affection. Il consiste en une intervention rationnelle au moment de la blessure. Il faut nettoyer et désinfecter les plaies; si la dure-mère est intacte il faut la respecter à moins qu'il n'y ait un hématome sous dure-mérien qu'il faille évacuer (Arnaud). Si elle est ouverte il faut en régulariser économiquement les bords, puis s'efforcer de la reconstituer soit par un rapprochement direct, soit par une méningoplastie à l'aide du périoste du crâne doublé de toute l'épaisseur du tégument cranien mobilisé par la taille du lambeau (R. Gauthier). Il faut éviter, en effet, tout comme dans les interventions tardives, que le cerveau se cicatrise à nu ou au contact de l'os.

Quant aux projectiles ils doivent être extraits s'ils sont superficiels et si leur extraction ne nécessite guère de dégâts. La technique de cette extraction a été d'ailleurs, rigoureusement précisée par Billet et Lenormant. Pour ce qui est des projectiles profonds, l'extraction est formellement interdite par de nombreux auteurs, car elle peut déterminer des dégâts irrémédiables dans un organe ou les suppléances sont bien aléatoires, sinon nulles. Il est à noter d'ailleurs qu'en général ce n'est pas le corps étranger profond qui déterminera les crises comitiales, si elles apparaissent, mais le trajet fibreux qui, parti du bloc cicatriciel cortical, rejoindra ce projectile (Marquis et Roger).

Quant au drainage et à la cranioplastie ils sont des plus discutés aussi bien dans les cas d'intervention primitive que dans ceux d'intervention tardive. Pour ce qui est de la cranioplastie il ne faut, en tout cas, jamais la faire d'emblée dans les cas de plaies craniocérébrales. On ne peut la tenter que chez les blessés qui, après une intervention bienfaisante, ont cessé d'avoir des crises depuis un certain temps (plusieurs mois, *au moins*) et dont le liquide céphalo-rachidien est normal. En tout cas il faut, quand on la pratique, rejeter la greffe de cartilage et employer le lambeau osseux pédiculé (comprenant le périoste et la table externe) et rabattre le périoste en dedans.

Delagenière pense qu'elle n'est guère nuisible

quand on la pratique sagement après la disparition complète de toute réaction méningée ou cérébrale et qu'elle peut même, parfois, être utile. Duvergey, R. Gauthier, etc., repoussent formellement la cranioplastie comme une intervention toujours inutile et souvent dangereuse, les greffons risquant d'irriter un jour des centres nerveux particulièrement susceptibles. Bien entendu on ne doit jamais faire de cranioplastie quand il y a un « champignon » cérébro-méningé.

Intervention tardive. — L'épilepsie Bravais-jacksonnienne d'origine traumatique une fois installée est-elle justiciable d'un traitement chirurgical? L'abstention et l'intervention ont des partisans aussi résolus que compétents. En réalité il n'y a pas de règle générale, mais une question d'espèces. Les phénomènes suivants conseillent l'intervention :

— suppuration de la cicatrice; fistule;

— esquille, cal exubérant, décelés par la radiographie;

— polynucléose du liquide céphalo-rachidien indiquant une épilepsie aiguë par lésion cérébrale ou méningée en évolution;

— aggravation progressive des crises avec résistance au traitement médical. Il est légitime d'intervenir en effet, chez un malade que l'aggravation progressive condamne à l'état de mal et à la mort, si l'aide opératoire ne peut pas l'aggraver et, par contre, peut lui faire courir quelques chances de succès. On ne doit donc pas intervenir (sauf s'il y a un agent mécanique d'excitation) dès les premières crises.

— la forme Bravais-jacksonnienne des crises épileptiques. C'est dans ces formes, en effet, qu'on obtient, pour les raisons exposées au chapitre pathogénie, les meilleurs résultats. Les équivalents comitiaux sont insuffisants pour commander une intervention. Quant aux formes d'épilepsie généralisée, elles donnent des résultats bien peu encourageants. A noter que si le malade atteint d'épilepsie Bravais-jacksonnienne traumatique a déjà été opéré, on ne réinterviendra que si une nouvelle indication (résection insuffisante, projectile méconnu), légitime cet acte.

Technique opératoire. — Chaque fois que la chose est possible, le malade sera opéré en position assise (observations de Leriche). L'anesthésie locale ou régionale sera préférée à la générale quand elle sera suffisante. Le crâne sera ouvert, même s'il y a désaccord entre les signes fonctionnels et locaux, là où existent des traces de traumatisme primitif. S'il n'y a pas de signe précis : trépanation decompressive ou un Cushing.

Les lésions seront opérées en un temps quand il n'y aura pas à craindre de schock trop marqué. Sinon ou si le malade est infériorisé par des crises nombreuses, opération en deux temps. Chaque acte opératoire réclame une prudence et une minutie de physiologiste. Les questions de l'ouverture de la dure-mère, de sa réparation, du drainage, de la cranioplastie ont éte traitées ci-dessus. L'extirpation du projectile a été également envisagée. Il y a lieu de faire observer, à propos des cas où l'on intervient après l'apparition des crises épileptiques, que les projectiles profonds sont très épileptogènes pour deux raisons : 1° parce que, en raison de leur force de pénétration, ils ont déterminé, outre le trajet, une contusion diffuse du cerveau qui a créé des petits foyers d'hémorragies capillaires qui ont entraîné la formation de micro-foyers cicatriciels multiples et disséminés; 2° parce que le bloc cicatriciel encéphalo-méningé situé au niveau de l'entrée du projectile, est relié à ce dernier par un trajet fibreux qui s'enfonce comme un clou dans toute l'épaisseur du cortex. Or, surtout lorsqu'il y a eu infection et suppuration, la cicatrice conjonctive est en état d'activité lente mais continue.

Dans ces cas, il faut chercher à supprimer la cicatrice corticale en activité. Quant à la cicatrice plongeante il n'y a aucune utilité. comme l'ont fait remarquer Marquis et Roger, à lui substituer une cicatrice chirurgicale.

S'il existe une esquille ou un kyste, il ne faut pas se borner à les enlever; on doit abraser également la cicatrice sous-jacente qui peut être en activité (Leriche). S'il existe une fistule, l'opération se fera à froid suivant les règles indiquées par ce dernier auteur.

Soins post-opératoires. — Les observations de Leriche montrent l'importance qu'il y a, à rétablir, autant que faire se peut, la tension normale du liquide rachidien, quand il est hypotendu, à l'aide d'injections quotidiennes de sérum. Le sérum de Locke me paraît le meilleur. A fortiori doit-il être employé *larga manu*, additionné de toni-cardiaques [sulfate de spartéine,etc... (1)], quand l'opéré a perdu du liquide au cours de l'intervention. Les injections d'huile éthéro-camphrée sont particulièrement indiquées pour remonter le bulbe qui pâtit et du schock opératoire et de la décompression du liquide céphalo-rachidien. Egalement pour diminuer cette décompression cérébrale du liquide (2), il y a lieu de mettre, après l'opération, le malade en déclive vers la tête et couché sur le côté sain du crane.

Résultats. — La mortalité opératoire est peu élevée : 10 p. 100 en moyenne. Le choc, les hémorragies, l'état du mal, l'infection sont les principales complications. Quant la mort survient, c'est généralement dans le coma, dans les premières heures après l'opération. Pour ce qui est de la valeur thérapeutique de l'intervention elle varie suivant qu'il s'agit de traumatismes qu'on peut appeler « civils » ou, au contraire, de traumatismes de guerre. Dans les premiers, on obtient une moyenne de 60 p. 100 de résultats favorables (jamais de guérison absolue). Dans les plaies de guerre les résultats sont beaucoup moins bons. Aussi l'intervention doit-elle être légitime et pas nuisible pour être tentée.

Autres opérations. — A côté de la trépanation, qui vient d'être étudiée, il faut rappeler l'ancienne sympathectomie d'Alexander, que nous avons signalée antérieurement et qui peut s'appliquer, peut-être, à quelques cas.

Enfin, alors qu'il n'y avait pas de corps étranger à enlever et qu'il n'y avait qu'une cicatrice méningo-encéphalique provoquant des crises Bravais-jacksonniennes à type brachial, R. Leriche, se basant sur les constatations antérieurement exposées et sur les résultats obtenus par les

(1) Le chlorhydrate d'adrénaline n'a guère d'efficacité.

(2) Voir les raisons qui militent en forme de cette position, dans : Dr Stephen CHAUVET. De la tension du liquide céphalo-rachidien et de sa mesure. Sous-arachnoïdomanométrie (*Presse médicale*, juin 1914). — *Idem*. Les méningites aiguës et leur traitement, Tome I. *Système nerveux*. Collection de pathologie, publiée sous la direction de L. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Maloine, éditeur, 1921.

comitiaux à l'aide de la striction du membre supérieur (déjà préconisee par Galien!!), a eu l'idée d'intervenir sur le sympathique péri-artériel. Sur deux blessés (*Revue médicale,* sept. 1920, p. 645), il réalisa, dans ce but, la ligature de l'artère humérale entre deux liens. Pendant quelques mois les blessés furent améliorés au point de vue des crises et au point de vue de la spasmodicité, (ce qui montre bien que le sympathique joue un rôle dans le tonus musculaire). Par la suite, les résultats éloignés furent tels que l'auteur ne crut pas devoir préconiser cette opération. En tout cas si elle ne vaut pas au point de vue crises, elle peut suggérer d'autres techniques susceptibles d'améliorer l'élément spasmodique qui gêne tant certains malades.

Remarque. — A côté des cas précédemment étudiés, dans lesquels l'intervention trouve à enlever une lésion macroscopique, il y en a d'autres ou, chez des blessés ayant subi un traumatisme cranien et ayant des crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne on ne trouve, au cours de l'intervention, aucune lésion macroscopique nette. Ces cas spéciaux, doivent être rapprochés, au point de vue thérapeutique, de ceux analogues qu'on observe en pratique civile et que j'étudie ci-dessous.

5° Il y a, enfin, des cas, où après ouverture de la dure-mère et examen attentif des circonvolutions cérébrales on ne trouve aucune lésion macroscopique. Le cortex est, en apparence, sain.

Il s'agit souvent alors de lésions microscopiques ; le fait a été maintes fois contrôlé (Horsley, van Giesen, Roller, Krause). En pareil cas, Horsley conseille de repérer le « centre-signal » par l'excitation électrique unipolaire, et de pratiquer son excision.

Krauze partage la même opinion. Cette manière de voir a été critiquée par de nombreux auteurs. On lui a reproché de créer des paralysies et des anesthésies. Ces troubles sont, en réalité, transitoires et d'ailleurs peu accentués, si l'on excise parcimonieusement. On lui a également opposé qu'elle comportait d'assez fréquents insuccès, ce qui est exact. Par contre, elle a été suivie de résultats fort satisfaisants dans des cas où l'abstention n'aurait évidemment donné aucune amélioration. Si bien que, en résumé, il est nécessaire d'attendre encore de nouveaux faits avant de se prononcer pour ou contre cette méthode.

Plus récemment, on a proposé également le massage du centre épileptogène (Bircher); la section sous-corticale de ses connexions (Trendelenbourg). Ces méthodes sont intéressantes, mais les faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse porter un jugement.

La plus judicieuse conduite, pour le moment, me paraît donc être de ne faire aucune excision, et de refermer purement et simplement, sans remettre le volet osseux.

Dans ces cas, en effet, comme d'ailleurs, dans ceux d'épilepsie Bravais-jacksonnienne survenue tardivement, chez des blessés de guerre (et due à la sclérose méningo-névroglique), on peut obtenir des résultats remarquables en utilisant les propriétés modificatrices des rayons X et du radium. Ces agents que j'ai employés, pour la première fois, en 1915, chez des blessés épileptiques (1), atteints de crises intenses et très fréquentes et qui avaient été, en vain, réopérés et soumis à des doses énormes de stupéfiants, m'ont donné des résultats remarquables (1). Non seulement, les crises comitiales ont disparu dans deux cas et ont été très améliorées dans trois autres, mais encore les hémiplégies dont ces malheureux étaient atteints ont été très heureusement modifiées. L'action des rayons était singulièrement facilitée, chez ces blessés, par l'absence de volet osseux (qui aurait joué le rôle d'un philtre). Ces résultats m'ont amené à employer ces agents dans deux cas d'épilepsie (2), chez deux jeunes enfants, l'un de trois ans, l'autre de cinq ans, dont les os craniens étaient peu épais. Ces deux malades ont été guéris (3). Le seul risque que fait courir cette thérapeutique consiste en la possibilité d'une alopécie en plaque. Ce risque, dont il faut prévenir les malades ou les parents, est d'ailleurs volontiers accepté, et cela se comprend. Quoiqu'il en soit, en présence de semblables résultats, on peut se demander si, dans les cas subintrants d'épilepsie essentielle, on ne pourrait pas penser à utiliser systématiquement ces agents après avoir, au préalable, effectué l'ablation d'un volet osseux.

6° Dans les tumeurs cérébrales, la craniectomie peut être curative ou palliative suivant les cas. Elle est curative quand on tombe, après ouverture de la dure-mère, sur une tumeur énucléable. Elle est palliative, quand la tumeur est inextirpable. Elle n'en constitue pas moins, alors, une remarquable intervention puisque, si elle ne fait pas toujours disparaître les crises d'épilepsie Bravais-jacksonnienne, elle améliore considérablement, par contre, les symptômes concomittants ; en tant que décompressive, elle fait, en effet, disparaître les vomissements et la céphalée, et empêche la cécité de survenir (si elle est pratiquée à temps c'est-à-dire avant que la stase papillaire n'ait créé d'irréparables lésions).

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — A côté du traitement étiologique qui, seul, peut être curatif, il y a lieu, dans tous les cas, d'employer le traitement symptomatique qui vise à raréfier le nombre des crises (c'est-à-dire à réaliser un effet suspensif) et à diminuer leur intensité.

Ce traitement symptomatique doit viser lui-même deux buts : 1° diminuer la surexcitabilité du système nerveux ; 2° remédier à l'auto-intoxication. Autrement dit, traitement curatif et symptomatique se complètent en satisfaisant les trois facteurs de toute crise comitiale, étudiés au chapitre pathogénie. Le traitement étiologique tend, en effet, à guérir (médicale-

(1) Le radium a été appliqué par MM. les Drs Degrais et Bellot les rayons X par le Dr Maingot.

(1) Le Dr T. de Martel, auquel j'avais conseillé, en 1918, l'emploi du radium chez les épileptiques trépanés, et même, dans certains cas, la trépanation simple, chez des épileptiques en état de mal, afin de permettre l'application du radium, a rapporté un cas intéressant de ce traitement au dernier Congrès de Strasbourg.

(2) Ces deux cas étaient, j'en suis convaincu, consécutifs à une contusion encéphalique par suite d'une application de forceps, lors de l'accouchement. C'est là un facteur, pas encore signalé, mais très important à mon avis, qui, dans bien des cas, me paraît être la cause de l'apparition, quelques années plus tard, d'épilepsie dite essentielle.

(3) Ces résultats m'ont poussé à faire traiter, par la radiothérapie (ce qui n'avait jamais été fait) de jeunes enfants atteints d'hémiplégies spasmodiques. La radiothérapie a été effectuée, sur mes indications, par le Dr Boulan (1919-1920-1921) et le Dr A. Chemin (1920-1921). Or, ces enfants chez lesquels les traitements classiques, appliqués, depuis des années, par de très distingués médecins, avaient complètement échoués, ont été admirablement transformés !!

ment, chirurgicalement, ou grâce aux radiations), la lésion de l'encéphale. Quant au traitement symptomatique, par des sédatifs, il essaie de diminuer la surexcitabilité des cellules pyramidales, ainsi que les réflexes vasomoteurs sympathiques, et, par des mesures appropriées, il supprime ou amoindrit l'auto-intoxication. Quand le traitement étiologique peut être curatif (par exemple dans la syphilis), le traitement symptomatique n'est employé que jusqu'au moment où le premier traitement arrive à supprimer les crises. Quand il n'y a pas de traitement étiologique possible, le traitement symptomatique devient le traitement exclusif. C'est pourquoi il y a lieu de chercher à l'améliorer sans cesse, en même temps que l'on s'efforce de délabyrinther les causes multiples de l'épilepsie pour arriver à enrichir le plus possible la thérapeutique étiologique. C'est ce qui a été fait, d'ailleurs, au cours des dernières années et c'est pourquoi, à côté des sédatifs nerveux connus depuis longtemps, il est possible de citer de nouveaux agents thérapeutiques.

A. *Sédatifs du système nerveux.* — 1° *Les bromures.* — Les bromures constituaient, jusqu'à présent, le traitement classique de toute épilepsie.

Leur administration [séparément ou associés] donnée à doses toujours égales ou, au contraire, progressives puis dégressives, est exposée dans tous les traités.

Le régime déchloruré, préconisé il y a quelques années, facilite, dans de nombreux cas, leur efficacité.

Leurs inconvénients (abrutissement, perte de la mémoire, accidents cutanés du bromisme, fatigue de l'estomac) sont bien connus. Il faut savoir que de très nombreux cas d'épilepsie peuvent même résister à des doses élevées de bromure.

2° Il y a fort longtemps, le borate de soude avait été préconisé dans l'épilepsie. En 1920, on a préconisé un médicament nouveau : le tartrate borico-potassique. Ce produit diminuerait les crises et altérerait moins le psychisme que les bromures. Mais il est très difficile de se le procurer à l'état vraiment pur.

C'est pourquoi Gardere, L. Gignoux et Barbier ont employé le tartrate borico-sodique de Lumière dont la teneur en bore est plus élevée et dans lequel le potassium est remplacé par le sodium. Ce produit s'est montré au moins aussi actif que le tartrate borico-potassique et les expérimentateurs n'ont eu à le donner qu'à des doses qui n'ont pas dépassé 8 grammes *pro die*, c'est-à-dire la moitié de la dose du potassique dans les mêmes cas.

3° La phényle thylmalonglurée (luminal ou gardenal) à la dose de 0g10 à 0g15 chaque soir, a donné, à certains auteurs, de très beaux résultats. Le professeur Sabrazès a remarqué qu'il agissait parfois là où les bromures et le tartrate borico-potassique avaient échoué.

Tous les produits précédents ne sont que suspensifs. Les crises réapparaissent dès que l'on en supprime l'emploi. Or, il est nécessaire de le faire assez souvent pour éviter l'intoxication profonde de l'organisme, et, chez les enfants, des troubles de développement de l'organisme *sur lesquels on n'a pas attiré l'attention* et qui me paraissent dus à deux facteurs : α. Les troubles digestifs d'assimilation; β. l'intoxication des glandes endocrines (ovaire, testicule, thyroïde, lobe antérieur de l'hypophyse) qui sont chargés de la somatogenèse.

4° L'opothérapie, comme je l'ai signalé, peut donner des résultats surprenants. L'opothérapie ovarienne ou testiculaire m'a permis, *à elle seule*, de guérir complètement de nombreux épileptiques qui n'avaient été améliorés par aucun autre traitement. Cette thérapeutique, outre qu'elle a l'avantage de pouvoir être administrée sans périodes d'arrêt et de ne déterminer aucune intolérance, a, de plus l'avantage de stimuler le développement corporel chez les enfants et les adolescents et, ce qui est fort précieux. de pallier à l'infantilisme psychique, plus ou moins marqué, qui existe chez un grand nombre de ces malades.

A noter que l'opothérapie par injection est seule rationnelle et qu'elle est, en effet, infiniment plus active et fidèle que celle par ingestion.

5° La protéinothérapie a été envisagée au chapitre pathogénie. Pour le moment, on ne peut que citer cette thérapeutique.

6° Régime alimentaire. Son importance a été soulignée antérieurement. Il se trouve décrit dans la plupart des traités classiques. Le régime végétarien, ou presque exclusivement végétarien paraît le plus indiqué, au moins dans les cas sérieux.

7° Régularisation du transit intestinal. Les travaux qui ont montré que, dans l'épilepsie (comme dans tant de maladies...), l'intoxication intestinale, d'une part, et la viciation du milieu humoral, d'autre part (cette dernière pouvant exister seule, certes, mais étant aussi, à coup sûr, réalisée par la première) jouaient un rôle considérable, créent l'obligation, pour tout médecin, de faire radioscoper le tube digestif de chaque épileptique afin de connaître la chronologie de son transit intestinal et de l'accélérer si besoin est. J'ai suffisamment insisté sur ce point qui me paraît capital. J'ajoute qu'outre l'évacuation quotidienne (suffisamment abondante et effectuée dans des délais normaux) il est nécessaire d'obtenir deux fois par mois un nettoyage de toute la partie terminale du tube digestif qui est revêtue d'un enduit fécal, au moyen d'un purgatif.

Il est curieux de constater que, par un ironique retour des choses d'ici-bas, les travaux les plus modernes et transcendentaux nous ramènent à une vieille conception thérapeutique, tricentenaire et bien prosaïque, qui avait permis de ridiculiser la médecine, et..., que les médecins, eux-mêmes, avaient méprisée. Or, cette conception qui paraissait simpliste et excessive, contenait, comme bien des choses jetées par des hommes d'esprit en pâture à la suffisance humaine, une grande part de vérité... *Purgare, saignare*... Les humeurs peccantes, le choc colloïdoclasique... sont passées, passent ou passeront, comme tant de conceptions scientifiques, et les hommes déclament; mais les vérités premières subsistent.

*
* *

Tel est le traitement actuel de l'épilepsie Bravais-jacksonnienne. La craniectomie y occupe, il est facile de le voir, une place prépondérante. On pourrait être tenté de croire que son application au traitement de l'épilepsie est une acquisition relativement récente. Ce serait là une erreur.

Depuis la plus haute antiquité, les convulsions, les crises épileptiques ont été soignées par la trépanation; on la pratiquait dès l'âge de la pierre taillée suivant trois procédés : celui du *raclage* avec un petit couteau de pierre; celui du *forage* qui utilisait

un foret de pierre, et celui du *sciage*, de petites scies de même nature. Les crânes retrouvés présentant des orifices de trépanation, sont si nombreux qu'on peut en déduire que c'était là, pratique assez courante. Et comme beaucoup d'entre eux présentent une cicatrisation parfaite des bords osseux, on peut en inférer que l'opération a été suivie d'une assez longue survie, malgré une asepsie et un attirail chirurgical qui laissaient évidemment beaucoup à désirer.

L'âge de la pierre polie et celui du bronze consacrèrent une intervention qui semble avoir été pratiquée, initialement, à la suite de considérations religieuses. Les anciens estimant, en effet, que les convulsions révélaient la prise de possession du corps et de l'âme par les esprits malins, il pouvait leur sembler logique de créer à ceux-ci une porte de sortie pour leur permettre de s'échapper et laisser le malade recupérer la santé (Le Double). Les dénominations qui, même beaucoup plus tard, désignèrent l'épilepsie, montrent combien la pathogénie démoniaque ou divine était ancrée, depuis des siècles, dans les esprits : morbus herculeus (Aristote), morbus sacer (Celse), morbus divinus, morbus dæmoniacus, mal d'en haut, haut mal.

La trépanation dans les accidents épileptiques ne fut pas pratiquée que sur l'ancien continent. Le prof. Escomel, en étudiant l'état de la médecine chez les Péruviens de l'empire Inca, avant la conquête espagnole, a acquis la conviction que ces peuples pratiquaient fréquemment la craniectomie décompressive et connaissaient l'anesthésie à la cocaïne !

Pour en revenir aux époques préhistoriques, l'épilepsie était encore combattue par une autre intervention que la trépanation : la « mutilation sincipitale ». Celle-ci consistait en une série de cautérisations, fort rapprochées les unes des autres et distribuées suivant deux lignes, une antéro-postérieure suivant la suture bipariétale et une autre transversale s'étendant d'une bosse pariétale à l'autre, et coupant à angle droit la ligne précédente (mutilation sincipitale en forme de T). Cette longue blessure intéressait cuir chevelu et périoste. Cette révulsion intense [qui pouvait très bien être efficace du fait des actions réflexes qu'elle pouvait déclencher (sans doute : effet vaso-moteur, plus ou moins permanent, d'origine sympathique)] fut pratiquée aux temps les plus reculés ; elle fut préconisée ultérieurement, par Albucasis, Avicenne. Certaines peuplades sauvages la pratiquent encore de nos jours.

Le Double émet l'hypothèse qu'on l'opposait aux formes bénignes de l'épilepsie, tandis que la trépanation s'adressait aux formes graves.

Il est assez curieux de constater que ce sont des superstitions qui ont conduit les peuples préhistoriques à pratiquer la trépanation dans l'épilepsie. En créant ainsi, sans la chercher, une décompression, ils appliquèrent un traitement qui a été, de nos jours, chaudement préconisé. Ils en obtinrent sans doute des résultats assez satisfaisants puisqu'elle fut fort pratiquée. Et ces résultats contribuèrent à entretenir pendant fort longtemps, tout à la fois, une étiologie absurde et un traitement inconsciemment rationnel et bienfaisant.

BIBLIOGRAPHIE

Articles ÉPILEPSIE, *Traités classiques.*

CHAUVET (Stephen). Epilepsie Bravais-jacksonnienne, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 27 avril 1912, 1 fig.

M. DE FLEURY. Genèse et traitement de l'épilepsie commune, *Acad. de méd.*, 22 oct. 1912, p. 289.

CLAUDE et LEJONNE. Contribution à l'étude de la pathogénie des crises épileptiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 21 janv. 1910.

BUSCANIO. Cristalli ottaedrici di natura proteica ed epilessia. Accesso epilettico e crisi anafilattica, *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1915, t. XX, fasc. 5.

Carlos A. BAMBARÉN. Ideas actuales sobre etiopatogenia y tratamiento de las llamadas epilepsias esenciales, *An. de la Facultad de med. de Lima*, mai-juin 1920, p. 221.

BING (Robert) et CURCHOD (Ernest). *Diagnostic topographique des lésions de l'encéphale et de la moelle épinière*, Paris 1921, G. Doin.

GARDERE, L. GIGNOUX et BARBIER La médication borée dans l'épilepsie, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 6 juin 1921.

SABRAZÈS. Action du gardenal dans le petit mal comitial, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 19 juin 1920.

G. GUILLAIN. Les complications secondaires et tardives des plaies de l'encéphale, in G. GUILLAIN et A. BARRÉ. *Travaux neurologiques de guerre*, 1 vol., Paris 1920, p. 138.

P. BEHAGUE. Etude sur l'épilepsie traumatique, *Th. de Paris*, 1919.

R. LERICHE. Quelques faits de physiologie pathologique touchant l'épilepsie jacksonnienne consécutive aux blessures de guerre, *Presse méd.*, sept. 1920, p. 645.

E. EBAUGH et G. STEVENSON. The Measurements of intracranial Pressure Changes in an Epileptic and its Experimental Variations, *Bull. of the Johns Hopkins hospital*, déc. 1920, p. 440.

PAGNIEZ (Ph.). De la nature de l'épilepsie dite essentielle, d'après quelques travaux récents, *Presse méd* , 23 juillet 1921.

DUFOUR et SEMELAIGNE. Sur un trouble humoral passager précédant la crise d'épilepsie. Variation de l'urée sanguine, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 janv. 1920.

M. LABBÉ. L'épilepsie acidosique, *Soc. méd. deshôpit.*, 11 juin 1920.

PARHON. Sur la teneur en calcium et en magnésium du sang total, frais et desséché, dans l'épilepsie, la manie et la mélancolie, *Soc. de biol.*, 22 nov. 1919.

PLANTIER (d'Annonay). Considérations sur l'épilepsie, *Revue de méd.*, sept.-oct. 1916 (paru en 1918).

Ph. PAGNIEZ et P. LIEUTAUD. Phénomènes de type anaphylactique dans la pathogénie de certaines crises comitiales, *Presse méd.*, 19 nov. 1919.

J. AUER. Local Auto-inoculation of the sensitized Organism with foreign Protein as a cause of abnormal Reaction, *Journ. of experim. med.*, oct. 1920, p. 427.

COUROT. Rapport relatif au concours sur l'épilepsie, *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 29 mars 1920, p. 419.

EDGEWORTH. On intraveinous protein therapy in epilepsy, *Brit. med. Journ.*, 20 nov. 1920, p. 780.

DÖLLKEN. Zur Therapie und Pathologie der Abbaukrankheiten des Nervensystems. Heilwirkungen von Proteinkörpern auf die Epilepsie, *Berl. klin. Woch.*, 27 sept. 1920, p. 926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1921)

Une nouvelle substance antianaphylactisante : formaldéhyde-sulfoxylate de sodium. — MM. P. BRODIN et P. HUCHET. Depuis que MM. Ch. Richet, Brodin et F. Saint-Girons ont attiré l'attention en 1919 sur la possibilité d'atténuer le choc anaphylactique par l'adjonction à l'injection déchaînante d'une solution de chlorure de sodium, deux autres produits ont été proposés comme anaphylactisants : l'hyposulfite de soude par MM. Lumière et Chevrotier, le carbonate de soude par MM. Sicard et Paraf. A ces diverses substances, MM. Brodin et Huchet ajoutent le formaldéhyde-sulfoxylate de sodium, produit obtenu par la combinaison de la formaldéhyde et de l'hydrosulfite de sodium. Ce produit,

qui est un des constituants du novarsenobenzol, est stable, soluble dans l'eau et peu toxique.

Affinité neurotrope et purification du virus de la vaccine. — MM. LEVADITI et S. NICOLAU. Les recherches des auteurs montrent qu'il est possible de conférer à l'ultravirus dermotrope de la vaccine une affinité neurotrope constante. Au point de vue pratique, elles montrent aussi qu'on peut obtenir un virus rigoureusement pur, doué de propriétés vaccinales remarquables, et qu'il sera sans doute possible d'utiliser dans la vaccination de l'homme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1921)

Service des épidémies. — M. Louis MARTIN lit le rapport annuel sur le service des épidémies, les conclusions en sont adoptées après une discussion à laquelle prennent part MM. Netter, Vaillard et Léon Bernard.

Note sur la luxation congénitale de l'épaule. — M. Paul COUDRAY. Cette luxation est d'une extrême rareté, puisque Kirmisson, en 1898, n'en pouvait réunir que huit cas, dont un personnel.

Les deux observations rapportées par l'auteur présentent les caractères de la congénitalité, l'atrophie des parties articulaires : tête humérale, humérus, acromion dans l'une, surfaces articulaires planes, arrêt de développement du membre dans l'autre.

Comme signes essentiels : rotation interne du membre, limitation des mouvements, très grande dans un cas, moindre dans l'autre, atrophie musculaire. Au point de vue du traitement, dans le premier cas, fillette de deux ans et demi, les simples moyens physiothérapiques ont donné un excellent résultat ; pour le second, très ancien, trente-cinq ans, il n'y avait pas lieu à traitement.

La cure opératoire est encore très discutable, en raison de la rareté extrême des faits publiés.

Abaissement des anticorps dans le sérum des tuberculeux traités par le pneumothorax artificiel. — MM. P. ARMAND-DELILLE, HILLEMAND et LESTOCQUOY, étudiant la teneur en anticorps du sérum des tuberculeux, ont constaté que chez les malades traités par le pneumothorax, il y avait après l'intervention et dans la suite une diminution considérable des anticorps. Chez six malades systématiquement suivis, l'abaissement ou la disparition de ces anticorps est tout à fait caractéristique et correspond à l'évolution favorable. Au contraire, chez un septième sujet chez lequel les anticorps persistaient et augmentaient, on observa au bout de quelques semaines une évolution tuberculeuse dans l'autre poumon.

Ces constatations sont donc tout à fait en faveur de l'intervention, lorsque la tuberculose est bien limitée.

L'œdème dans les états hémoclasiques. — M. L. CALVÉ.

Le choléra infantile et les mouches. Son isolement en pavillon spécial. — M. LESAGE. Au cours d'une épidémie hospitalière, l'auteur a pu constater le rôle important que jouent les mouches comme agents de transmission du choléra infantile, de lit à lit, dans une même salle. Aussi pense-t-il qu'il faut isoler dans un pavillon spécial les enfants atteints de choléra infantile comme on le fait pour ceux atteints de rougeole ou de scarlatine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1921)

Septicémie bénigne à streptocoques. Endo-péricardite à la suite d'une rubéole. — MM. FLORAND et Noël FIESSINGER résument une observation de rubéole au cours de laquelle on assista à une septicémie avec endopéricardite, embolies pulmonaires et abcès métastatiques. On isola du sang et du pus un streptocoque hémolytique particulièrement virulent pour l'animal. Malgré la nature virulente de cet élément pathogène, cette septicémie se montra bénigne dans son évolution, la guérison survint sans autre séquelle qu'un souffle d'insuffisance mitrale. L'étude complète de cette complication montre en tout cas que dans la rubéole on peut observer comme complication des infections à streptocoques analogues à celles que l'on connaît dans la scarlatine.

Un cas de gangrène pulmonaire traitée par la sérothérapie anti-gangréneuse et la teinture d'ail. Guérison. — MM. A. LEMIERRE, KINDBERG et PIEDELIÈVRE rapportent un cas de gangrène pulmonaire subaiguë traitée trois semaines après son début par six injections de sérum antigangréneux. Des accidents sériques assez intenses forcèrent à cesser le traitement, mais en même temps l'odeur putride de l'haleine disparut complètement. La maladie prit ensuite une allure traînante avec poussées fébriles et vomiques. On notait des signes cavitaires à la partie moyenne et à la base du poumon droit. Néanmoins l'état général s'était amélioré. Le malade prit alors de la teinture d'ail (4 gouttes par jour pendant 15 jours). Tous les accidents s'amendèrent peu à peu et la guérison s'est maintenue depuis plus de trois mois.

MM. CAUSSADE, WEIL, HALLÉ insistent sur les poussées successives au cours de la gangrène en apparence guérie.

Encéphalite épidémique aiguë à localisation corticale (forme mentale pure avec narcolepsie). — MM. DELATER et ROUQUIER rapporte un cas d'encéphalite mortelle à forme confusionnelle, délirante et hallucinatoire sans autres signes que l'hypersomnie. L'examen anatomique a montré les noyaux gris centraux intacts, des lésions corticales prédominant au carrefour rolando-sylvien, une infiltration diffuse de la substance cérébrale par des mononucléaires groupés autour des capillaires, de la neuronophagie, l'intégrité presque absolue des méninges et l'absence de toute lésion pariétale des vaisseaux.

Action diurétique des sels de calcium dans les œdèmes généralisés. — MM. L. BLUM, AUBEL et HAUSKNECHT (de Strasbourg) ont constaté chez une malade atteinte d'œdèmes généralisés, une déshydratation rapide et intense par l'absorption de sels de calcium (lactate et chlorure). Il faut administrer des doses suffisantes et supprimer le sodium de régime.

Action diurétique des sels de calcium dans l'ascite de la cirrhose du foie. — MM. L. BLUM et CLAF BANG. Dans la cirrhose avec ascite, les sels de calcium peuvent produire une diminution et quelquefois une disparition de l'épanchement. Il faut employer de fortes doses : 10 à 22 grammes de sel anhydre, par jour, en y associant un régime pauvre en sodium.

Syphilis sans chancre. — M. GOUGEROT signale qu'il peut exister exceptionnellement des syphilis sans chancre et rapporte des cas de syphilis sans chancre avec bubon syphilitique suppuré, avec bubon non suppuré et des chancres mixtes.

M. QUEYRAT dit n'avoir jamais observé un cas de syphilis sans porte d'entrée.

Épidémie familiale d'érythème noueux et de miliaire. Origine commune des deux éruptions. — M. A. GENDRON (de Nantes). Six enfants d'une même famille sont pris à quelques jours d'intervalle des mêmes phénomènes généraux infectieux, mais présentent des réactions cutanées variées.

Deux enfants ont de l'érythèmes noueux; deux autres une éruption de papulo-vésicules miliaires; un autre, des éruptions associées d'érythème noueux et de miliaire; enfin le sixième ne présente aucune réaction cutanée bien qu'il eut été atteint des mêmes phénomènes infectieux.

L'éruption de papulo-vésicules miliaires peut donc revendiquer dans certains cas, la même origine infectieuse que l'érythème noueux.

Mercure et bismuth. — M. MILIAN sigale les heureux effets qu'il a obtenus dans les cas d'intolérance mercurielles, en associant au mercure, le sous-nitrate de bismuth.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1921)

La décortication pulmonaire. — M. LENORMANT, à propos de la discussion soulevée par M. Roux-Berger et pour répondre au vœu qu'il a formulé, invitant ses collègues à communiquer leurs observations, rappelle que cette opération, opération de Delorme, date d'une quinzaine d'années. On l'a pratiquée plus fréquemment, au cours de la guerre, pour des cas de pleurésies purulentes traumatiques, mais elle a aussi ses indications dans certains cas de pleurésies purulentes chroniques médicales et c'est à ce point de vue que M. Lenormant veut l'envisager.

Cette opération a été modifiée et perfectionnée ; on a abandonné les grands volets pour recourir à des résections plus économiques.

M. Lenormant a pratiqué quarante-huit thoracotomies pour pleurésies purulentes chroniques. Quatre fois, dans ces derniers temps, il a eu recours à la décortication pulmonaire pour des cas de pleurésies d'origine non traumatique.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une pleurésie purulente consécutive à une fièvre typhoïde. Après une thoracotomie, la fièvre persistant et la suppuration continuant, M. Lenormant fait alors un grand lambeau cutané, résèque les côtes, ouvre largement et constate que la pleurésie est totale. Le poumon est rétracté et collé contre la colonne vertébrale. Le poumon, débarrassé des fausses membranes qui l'entouraient, est complétement libéré. Il y eut, après l'opération, un suintement considérable. Deux mois et demi après, la cicatrisation était complète.

Dans le second cas, il s'agissait d'une fillette qui était atteinte d'une pleurésie hématique, rétraction pulmonaire, libération et fixation du poumon à la paroi (pneumopexie) par quelques points de suture, fermeture. Mais ce fut un échec, la suppuration apparut de nouveau ; peu à peu les choses s'arrangèrent et la petite malade guérit.

Troisième cas : pleurésie purulente avec accidents septiques, thoracotomie avec drainage à la Carrel, persistance de la suppuration et de la fièvre, trois semaines après, nouvelle intervention consistant en une incision de 15 centimètres, sans résection costale, pleurésie totale, rétraction du poumon, décortication, application d'une mèche tamponnant la cavité pulmonaire, drainage, guérison. Dans ce cas, l'opération fut précoce.

Enfin, le quatrième cas concernait une jeune femme atteinte de pleurésie purulente, thoracotomie, persistance de la suppuration, décortication du poumon, guérison.

La décortication pulmonaire, ajoute M. Lenormant est une bonne opération qui permet de rendre au poumon son fonctionnement physiologique. Il faut l'appliquer d'une façon précoce. Pour peu que la fièvre et la suppuration persistent après la thoracotomie, il faut recourir à la décortication pulmonaire. Dans ses quatre cas, M. Lenormant est intervenu trois semaines, un mois ou au plus deux mois après la thoracotomie.

Arthropathie rare. — M. WIART rapporte l'observation d'un jeune homme qui, à quatorze ans a fait une chute sur le genou. Plusieurs années après, nouvelle chute, douleur vive dans le genou. Impossibilité de rester assis, la jambe pliée, plus que quelques minutes et la douleur devient telle, à certains moments, qu'il est incapable de quitter le talon du sol. L'examen clinique ne révèle rien. L'examen radioscopique révèle l'existence d'une petite lamelle osseuse sur un des côtés de l'articulation.

Ossification du ligament rotulien. — M. MAUCLAIRE apporte plusieurs faits d'ossification partielle ou totale du ligament rotulien. Dans quelques cas, c'eet même une calcification. Comme origine, on peut invoquer le rhumatisme déformant ou la syphilis.

Sténose pylorique des nouveau-nés. — M. FREDET fait deux rapports, le premier sur un cas adressé par M. Lambro ; il s'agit d'un nouveau-né présentant tous les signes d'une sténose pylorique, vomissements, etc. M. Lambro pratique une gastro-entérostomie. Mais les vomissements persistent encore quelque temps après. L'estomac était très distendu.

M. Fredet pense que, dans ces cas, il serait indiqué de pratiquer une ponction évacuatrice des gaz de l'estomac.

Un autre cas analogue est adressé par M. Léger.

Ulcère perforant du duodénum. — M. DEHELLY communique l'observation d'un homme ayant présenté tous les symptômes d'un ulcère gastrique. Pris de violentes douleurs, avec vomissements, il présente tous les signes d'une perforation. Laparotomie médiane, il s'agissait d'un ulcère perforé du duodénum à 1 centimètre du pylore, avec estomac très dilaté ; résection de l'ulcère reposant sur une base indurée, suture et gastro-entérostomie supplémentaire. Guérison.

Epithélioma de la jambe. — M. DE MARTEL communique l'observation d'un malade atteint d'un épithélioma de la jambe, opéré deux fois par M. Hartmann, ayant récidivé et opéré une troisième fois par M. de Martel, excision suivie de fulguration. Apparence de guérison.

Lésion traumatique du genou. — M. Anselme SCHWARTZ rapporte l'observation suivante : Une jeune femme fait un faux pas et ressent une violente douleur dans le genou. Elle traîne la jambe pendant quelques jours et se remet. Second faux pas, violente douleur, gonflement du genou, impossibilité de faire un pas, de quitter même le talon du sol, impotence fonctionnelle absolue. A l'examen, on ne trouve rien, si ce n'est une douleur très limitée au toucher, entre la rotule et la tubérosité antérieure du tibia. M. Schwartz diagnostique une rupture du tendon rotulien. Il croit devoir intervenir : incision en U ; il trouve le tendon rotulien intact, mais nettement allongé et un peu de suffusion sanguine de chaque côté. Il fait une plicature du tendon, le raccourcit et le fixe à l'aponévrose. Il place le membre dans une gouttière pendant quinze jours, puis fait faire du massage, de la mobilisation et de l'électrisation. Guérison.

M. DUJARRIER a observé un cas semblable où il avait falt également le diagnostic de rupture du tendon.

M. QUÉNU pense que dans le cas de M. Schwartz, il a pu y avoir une rupture partielle tout au moins qui expliquerait l'hémarthrose.

M. Anselme SCHWARTZ est bien convaincu de n'avoir constaté aucune trace de fracture.

M. DUJARRIER partage l'avis de M. Schwartz et ne croit pas devoir admettre le diagnostic hypothétique de M. Quénu.

M. QUÉNU maintient son hypothèse.

M. DEHELLY (du Havre) a observé un cas analogue à diagnostic de rupture tendineuse, tendon intact, mais petite fracture de la rotule qui expliquait l'hémartrose.

Election. — La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. Deux candidats : MM. Bréchot et Cadenat.

Au premier tour, sur 52 votants, M. Bréchot obtient 50 suffrages et M. Cadenat 2.

En conséquence, M. Bréchot est élu.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1921)

Type facial du syndrome de Vogt-Wilson (masque de crispation). — MM. SICARD et FORESTIER étudient parmi les signes cliniques de la série striopallidale, un type facial particulier qui assure à lui seul le diagnostic nosologique.

Il s'agit d'une contracture spastique d'ensemble et permanente des muscles de la face, visage faisant la moue, grimaçant ou sardonique ou même encore « crispé » avec fossettes mentonnières de dépression musculaire.

Epilepsie et malformations congénitales de la peau (adénomes sébacés de la face et nævis vasculaires). — MM. SOUQUES, ALAJOUANINE et R. MATHIEU présentent trois cas d'épilepsie datant de l'enfance, associée à des malformations cutanées congénitales de la face, adénomes sébacés symétriques du type Pringle dans deux cas, volumineux nævis vasculaire dans un troisième cas.

Trois ordres d'arguments empêchent de ne voir là qu'une simple coïncidence : La coexistence clinique fréquente des deux accidents (épilepsie et adénomes sébacés), bien connue des dermatologistes.

La coexistence, dans les observations avec contrôle anato-

mique, de ces lésions cutanées avec des lésions des centres nerveux (entre autres, sclérose tubéreuse).

Enfin, l'identité des deux processus histologiques, d'ordre dysgénétique permet de penser que les deux tissus, de par leur parenté embryologique, ont subi le même vice de développement et qu'il s'agit d'une véritable maladie congénitale de l'ectoderme.

Réflexes toniques de posture. — M. Foix. Ces réflexes qui existent normalement, sont abolis, en général, ou tout au moins diminués chez les tabétiques, chez les cérébelleux, chez les malades présentant une hypertonie d'origine pyramidale, sont, au contraire, exagérés chez les malades atteints de contracture d'origine extrapyramidale (syndromes striés, Parkinson). Cette exagération explique le caractère de contracture plastique de cette contracture, caractère qui s'oppose au caractère de la contracture d'origine pyramidale. Elle est à rapprocher des phénomènes catatoniques. Elle est facile à rechercher par la flexion dorsale du pied. On voit alors se contracter le jambier antérieur (réflexe tonique du jambier). Elle existe d'ailleurs pour les autres muscles et au niveau des autres segments.

Paralysie associée des mouvements d'élévation, d'abaissement et de convergence des yeux (syndrome de Parinaud). — MM. André Léri et J. Bollack présentent un malade atteint d'un syndrome de Parinaud complet : paralysie de l'élévation, de l'abaissement et de la convergence des globes oculaires, avec intégrité des mouvements de latéralité.

Cette paralysie est survenue brusquement à la suite d'un ictus : elle a été d'abord accompagnée d'une hémiplégie gauche, qui a ensuite complètement disparu.

On constate, en outre, une dilatation de la pupille et une déviation de l'œil droit vers le bas (strabisme déconvergent) donnant lieu à une diplopie verticale permanente. Il semble donc y avoir, outre la paralysie des mouvements de latéralité et de convergence, une atteinte surajoutée de certains mouvements dépendant de la IIIe paire droite. Ce fait permettrait de localiser la lésion à la calotte du pédoncule cérébral.

Dans nombre des cas publiés de paralysie verticale du regard, on peut d'ailleurs noter que la IIIe paire est plus particulièrement touchée d'un côté. Il est donc probable que les centres ou les voies d'association qui régissent les mouvements associés de verticalité sont situés, soit dans le noyau même du moteur oculaire commun, soit dans son voisinage immédiat.

M. Barré (de Strasbourg) demande si l'examen labyrinthique a été fait et sur quoi on se base pour admettre l'existence d'une paralysie de la IIIe paire.

M. Léri répond qu'il y a de gros troubles labyrinthiques.

M. Barré s'étonne qu'on ne tienne pas compte de ces troubles au point de vue pathogénique.

Syndrome de la région sous-optique. — MM. Foix et Bouttier présentent un malade dont le syndrome clinique est le suivant : hémiparésie droite, hémianesthésie sans douleurs, hémichoréoathétose légère avec hémiasynergie hémianopsie en quadrant supérieur; pas d'alexie, bien que la lésion siège à gauche.

L'ensemble de ces troubles semble imposer le diagnostic de syndrome de la région sous-optique, empiétant peut être plus ou moins sur la région du noyau rouge.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1921)

Cholécystostomie pour calculs des voies biliaires. — M. Peraire présente un ancien blessé de guerre à qui il a enlevé 92 calculs par cholécystostomie il y a cinq ans et demi. Il avait, un an avant, fait à ce malade une appendicectomie : il avait trouvé l'abdomen rempli de bile par suite de la rupture de la vésicule, rupture causée par une ulcération typhique. (Fièvre typhoïde contractée trois mois auparavant.)

Réduction sanglante d'une luxation du coude méconnue et irréductible. — M. Peraire remontre la malade présentée il y a trois mois et opérée depuis quatre mois. Le résultat est parfait, tous les mouvements de l'articulation existent. Il estime donc qu'il vaut mieux remettre en place les surfaces articulaires quand on le peut, que de les réséquer.

MM. Mouchet et Dupont sont d'un avis contraire et estiment que ce résultat très beau de réduction sanglante est une exception.

Etude de la syphilis dans un village français. — M. Leredde communique les résultats d'une étude sur la syphilis rurale due à un médecin d'un village de Normandie de 1.300 habitants. Sur 311 maisons, 35 possèdent des syphilitiques certains, 44 des syphilitiques probables ou possibles. Le nombre des syphilitiques acquis ou héréditaires serait de 300, ce qui confirme les conclusions du Dr Etienne (de Vernon) sur la fréquence extrême de la syphilis rurale.

A propos de la chirurgie biliaire. — M. Victor Pauchet, quelques problèmes se posent souvent à propos de la chirurgie des voies biliaires :

D'abord, le diagnostic : la cholécystite est souvent prise pour un ulcère gastrique ou de la gastralgie. La radiographie est le meilleur moyen d'exploration de l'avenir, mais elle est encore souvent mise en défaut. Les recherches de Crile sont souvent positives. Tout chirurgien qui opère un estomac, doit toujours explorer les voies biliaires. Ulcus et calculs coïncident souvent, il faut les opérer en même temps.

Quelle opération faire? Cholécystectomie ou cholécystostomie? Il faut enlever la vésicule si les parois sont blanches, épaissies ou infectées, s'il y a une poussée de cholécystite; enlever seulement les calculs et refermer si la vésicule est bleue, translucide.

Enfin, comment éviter les accidents fréquents post-opératoires chez les ictériques, hémorragie et shock? Injection du sérum de Dufour et le Helle, la veille, le jour et le lendemain de l'intervention.

Pendant huit jours avant l'intervention, goutte à goutte, rectal sucré (3-4 litres par jour). Faire une grande incision pour éviter de traumatiser le foie. Maintenir des compresses chaudes sur le foie pendant l'opération; réchauffer le thorax et l'abdomen après; s'abstenir d'éther et de chloroforme, anesthésie locale avec ou non du protoxyde d'azote. Surtout, faire opérer les malades avant qu'ils soient ictériques.

En réponse à M. Blind qui demande s'il n'y aurait pas lieu de réduire le traitement chirurgical, étant donné ses dangers.

M. Pauchet dit qu'au contraire, il faudrait opérer systématiquement tous les porteurs de calculs, mais pratiquer une opération simple, ouverture de la vésicule à l'anesthésie locale et évacuation des calculs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 23 novembre. — Jury : MM. Richet, président; Hartmann, Broca (Auguste) et Couvelaire. — Mme Marchand (R.). Monographie du canton de Sumène (Gard). — M. Tissier (René). Contribution à l'étude des réactions salpingiennes. — M. Piffault (Camille). De l'hallomégalie. — M. Omont. Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale à streptoccoque.

Jeudi 24 novembre. — Jury : MM. Gilbert, président; Chauffard, Jeanselme et Ménétrier. — M. Baye (Henri). Contribution à l'étude du traitement de la syphilis nerveuse. — M. Weisselfisch (David). Contribution à l'étude des mutilations volontaires pendant la guerre 1914-1918. — M. Bonté (Eugène). Le traitement des chéfoïdes par la radiothérapie. — M. Bertrand (Paul). Sur un cas de compression non douloureuse de la moelle.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Lecène, Brindeau et Grégoire, — M. Cau (Louis). Contribution à l'étude du traitement des fractures transversales de la rotule. — M. Vincent (Henri). Traitement des pyélonéphrites gravidiques par l'entérovaccination. — M. Le Bescond (Paul). Contribution à l'étude du traitement des fractures du crâne. — M. Beynes (Edmond). Contribution à l'étude des abcès chauds non traumatiques de la cloison nasale.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Les mutations suivantes ont lieu parmi les médecins chefs de service :

Saint-Louis : MM. Ravaut, Lortat-Jacob, Louste et Aubertin (médecine générale).
Saint-Antoine : MM. Comte et Pagniez.
Charité : MM. Weill-Hallé et Babonneix.
Cochin : MM. Laubry et Léri.
Broca : M. Brodin.
Beaujon : M. Trémolières.
Tenon : M. Merklen.
La Rochefoucauld : M. Camus.
Debrousse : M. Armand-Delille.
Les Ménages : M. Halbron.
Bicêtre : MM. Harvier, Foix et Herscher.
Sainte-Périne : M. Villaret.
Bastion 29 : M. Paisseau.
Brévannes : M. Renaud (Maurice).

— TROISIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. René Marie, Lemierre, Bensaude, Rathery, Variot, Grenet, Laffite, Le Noir, Lesage, Lecène, qui acceptent; Teissier, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 17 novembre. — Question donnée : « Gangrène gazeuse. »

Mlle Goldspiegel, 12; MM. Huguenin, 14; Gibard, 18; Mlle Glotz, 15; MM. Hortopan, 16; Hadjigeorgiou, 14; Gambier, 15; Colard, 14; Guisoni, 19; Haïdar, 9; Jourdan 16; Mlle Josso, 11; MM. Alalinarde, 14; Bermann, 12; Benoit (H.), 19; Breton (Pierre), 18.

Séance du 19 novembre. — Question donnée : « Technique, marche normale et accidents de l'anesthésie générale. »

MM. Bertrand (P.), 12; Bachelier, 15; Badet, 16; Bernard (Etienne), 18; Blanchard, 11; Barreau, 10; Bernard (L.), 13; Ashtiany, 11; Béraudy et Baudet, 13; Mlle Abricossoff, 14; MM. Basset, 13; Barthes, 11; Andler, 15; Appert, 14; Bascou, 16; Berny, 12; Bangas, 11.

Anatomie. — Séance du 17 novembre. — Question donnée : « Artère axillaire et ses branches. »

MM. Saingery et Laffaille, 15; Lehmans, 12; Landel, 15; Mlle Lecocq et MM. Lefrançois, 13; Lafond, 15; Lassays, 12; Lemariey, 20; Mll Kouindjy, 16 1/2; MM. Marcovitch et Le Baron, 12; Lecomte (Henri), 18; Lair, 14; Jullien, 18; Marcotte, 14; Mariani (Joseph), 17; Laborde, 13; Lemoyne (Jacques), 17; Lignier, 13.

LA RETRAITE DE M. BROCQ. — Samedi matin, les collègues, les élèves et les amis de M. Brocq se sont réunis en une cérémonie intime pour exprimer au maître de l'hôpital Saint-Louis leurs regrets de le voir quitter, atteint par la limite d'âge, le service où il a honoré si grandement la dermatologie française.

Le prof. Ehlers (de Copenhague), ce grand ami de la France, d'autres éminents dermatologistes, François (d'Anvers), Baker-Besson (de Chicago), s'étaient joints aux représentants de la Faculté de médecine, de l'Assistance publique, du Conseil municipal, pour honorer celui qui prend sa retraite après une carrière entièrement consacrée au travail et à la science.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Mallet-Guy, Paupert-Ravaut, Gaillard, Creyssel, Manthelin, Manhes, Desbos, Bertrand, Bouvier, Grivet, de Rougemont, Charleux, Sautereau, Vachey, Banssillon, Comte, Girardot, Cibert, Despeigne, Mollon, Sédaillan.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Desjacques, Fanjoux, Ducroux, Valléry, Heitz, Pierre Garcin, Puig, Debauchez, Jean Lacroix, Montel, Parthiot, Beylot, Michelon, Virole, Gouteyron, Antonin Farjot, Reboud, Rouzaud, Mlle Guillotel, MM. Mehnert, Charachon, Barthélemy, Clavel, Mlle Guillermet, MM. Mestrallet, Gonssollin, Goujon, Mlle Bergeret, M. Vachez, Mlle Théobalt, MM. Colmez, Robin, Grandmaison, Pierre Jamin, Pellorce, Meyer, Touillon, Seignobos, Valin, Burlet, Jean Jamin, Mlle Jamin, MM. Robert Jamin, Langénieux, Lagèze, Layral, Riou, Guédeney, Auguste Lacroix, Barrel, Bouchet, Joseph Gautier, El Mélik, Tricaud, externes titulaires.

MM. Volle, Débénédetti, Michel-André Jamin, Achard, Favier, Martin, Pipard, Picault, Rassat, Freydet, Thiers,

Goujon, Brunat, Mlle Guillemin, MM. Giscart, Novel, Vernaud, Rochefort, Reboul, Thibiéroz, Rousselin, Yves, Breysse, Paindestre, Mlle Guillat-Courrier, MM. Dolard, de Roissard, Giraud, Louis Farjot, Béthoux, externes provisoires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Odile Tapret, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 76 ans.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA PROROGATION DES PROFESSEURS AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE MÉDECINE

« Aux termes de l'article 4 du décret du 4 mars 1914, les agrégés des Facultés de médecine qui arrivent à la fin de leur période d'exercice peuvent, sur leur demande, et les avis motivés du Conseil de la Faculté et de la Commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public votant l'un et l'autre au scrutin secret, être prorogés jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions requises pour l'obtention d'une pension de retraite.

La même mesure est prévue en faveur des agrégés sortis d'exercice qui se trouvent dans les conditions de l'article 7 du même décret. Cet article est ainsi conçu : « Suivant les besoins du service et dans la limite des crédits disponibles, après les avis du Conseil de la Faculté et de la section de médecine et de pharmacie du Comité consultatif, votant au scrutin secret, les agrégés en cours d'exercice au 1er novembre 1913 et ceux dont l'exercice s'est terminé à cette date ou antérieurement pourront, sans distinction de sections, être rappelés à l'exercice pour une période d'un à trois ans. Ils pourront également être prorogés dans les mêmes formes jusqu'à l'âge de la retraite. »

Le ministre, en adressant cette circulaire aux recteurs, les a prié d'inviter le Conseil de la Faculté à se prononcer sur l'application de ces dispositions aux agrégés dont l'exercice prend fin en 1922 et qui auront demandé leur maintien ainsi qu'aux agrégés libres qui auront demandé leur rappel conformément à l'article 7 précité.

A l'appui de chaque proposition, il sera établi une notice rappelant les titres de l'agrégé proposé, la durée de ses services, la nature de ses travaux et de ses publications et comportant l'appréciation de la Faculté sur la valeur des titres invoqués.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE

COMPLICITÉ

Les infractions aux lois sur la pharmacie sont prévues par la loi du 21 germinal an XI et la déclaration royale du 25 avril 1777. A l'époque tant de cette déclaration que de la loi de germinal, la pharmacie était pour ainsi dire à l'état rudimentaire : le pharmacien préparait lui-même, dans son laboratoire, les remèdes ou médicaments qu'appelait une médecine à l'état d'enfance. Mais aujourd'hui la situation a subi une modification de fond en comble : ce sont des maisons spéciales munies d'un outillage particulier et puissant, occupant un nombreux personnel, qui préparent et fabriquent les remèdes les plus variés; le pharmacien n'a pas une organisation suffisante pour cette préparation et cette fabrication. Le développement de la science, les progrès incessants et merveilleux de la médecine et de la chirurgie ont eu pour conséquence la découverte de remèdes tirés de produits naturels qu'il faut traiter d'une manière particulièrement soignée, et avec un outillage approprié.

Ces maisons sont ce que l'on appelle des drogueries, qui approvisionnent exclusivement les pharmaciens. Elles effectuent des ventes journalières pouvant aller jusqu'au chiffre de 100, 200, 300 et même plus; l'acheteur signe un bon de commande qui porte son nom et le plus souvent le cachet humide de la pharmacie; et on lui fait la livraison. Il est impossible pratiquement que le droguiste effectue lui-même cette livraison : chef de maison, il s'occupe par dessus tout de la direction générale et des rapports avec les fournisseurs qui l'approvisionnent de matières premières. L'exécution du bon de commande est assurée par un employé.

Il peut arriver que des remèdes ou médicaments soient vendus par un employé à une personne non munie du diplôme de pharmacien. Le droguiste peut-il être alors poursuivi comme complice du délit d'exercice illégal de la pharmacie?

Dans une espèce soumise aux tribunaux, la maison S... et R... effectuait une moyenne de 300 ventes par jour; on lui reprochait des ventes faites sur un espace de treize mois et demi. Dans ce laps de temps, la maison avait effectué environ 170.000 ventes, représentant plus d'un million d'articles si on en compte entre 5 et 10 par vente, ce qui peut-être considéré comme normal. Sur ce chiffre, il avait été livré un nommé X... 66 ventes représentant 221 articles, dont plus de la moitié n'avait pas le caractère exclusivement pharmaceutique. Les circonstances de l'affaire ont révélé en outre que X... ne s'était pas adressé à la maison-mère S... et R... mais à une succursale.

Sur la plainte du syndicat des pharmaciens des Bouches-du-Rhône, S..., de la maison S... et R... fut poursuivi *comme complice* du délit d'exercice illégal de la pharmacie. Le tribunal correctionnel avait prononcé une condamnation contre lui, mais la Cour d'appel d'Aix réforma le jugement et prononça l'acquittement, dans son arrêt du 14 octobre 1920 (Journ. *La Loi*, 7 décembre 1920); ses *attendus* sont intéressants à connaître :

« Attendu que S... a bien reconnu avoir vendu au sieur X..., droguiste, certaines préparations pharmaceutiques, mais que ce fait matériel ne suffit pas pour constituer la complicité; qu'il eut fallu encore que le ministère public fasse la preuve que le prévenu avait agi sciemment, avec connaissance que les produits par lui livrés étaient destinés à être vendus par son propre acheteur, et pouvaient ainsi servir à la perpétration du délit; que le contraire apparaît dans le procès actuel; que S... dirige une maison très importante de fabrication de produits pharmaceutiques; qu'il a de très nombreux employés et que c'est par un de ses employés de sa succursale de la rue du Tapis-Vert que les fournitures ont été faites à X...; qu'il ne connaît pas X..., et ne l'a personnellement jamais vu; qu'il ne lui a personnellement rien livré; que d'ailleurs c'est au comptant et par petites quantités que, dans l'espace de plusieurs mois, X... est venu s'approvisionner des produits qui ont été saisis dans son magasin; qu'il n'était pas possible à S... de contrôler la qualité de l'acheteur et de se rendre compte que les produits par lui livrés étaient destinés à une revente illicite; qu'on ne peut dire qu'il a coopéré au délit et qu'il échet de le relever. »

Les infractions à la loi du 21 germinal an XI sont, en effet, des délits. La Cour de cassation l'a formellement spécifié dans son arrêt du 23 février 1884 (S. 1886-1-233); on sait que les infractions sont qualifiées par le Code pénal contraventions, délits ou crime, suivant la nature et l'importance de la peine encourue. Or les infractions aux lois sur la pharmacie sont des délits, parce que la pénalité est une amende de 500 fr. prononcée par le tribunal correctionnel; et c'est parce que ces infractions sont des délits que la complicité, qui n'existe pas en matière de contravention, peut être poursuivie. Mais le complice ne peut être inquiété que si, conformément à l'article 60 du Code pénal, il a agi *sciemment*. L'arrêt de la Cour d'Aix établit nettement que cette condition essentielle n'était pas remplie dans le procès qui lui était soumis.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les tumeurs. Morphologie et biologie générales. (J. STEINHAUS. Paris 1921, Maloine.) — C'est une question dont l'auteur s'est beaucoup occupé et sur laquelle, sans donner de vues originales, il s'étend longuement.

Un des chapitres les plus intéressants de son ouvrage est la morphologie et la biologie de la cellule néoplasique.

Il est hors de doute qu'il existe des différences morphologiques entre les cellules normales et néoplasiques de chaque type tissulaire. Pour exprimer ce fait on dit que la cellule cancéreuse est atypique. Comme toutes les cellules de l'organisme, elle se compose d'un noyau et d'un cytoplasme. Le noyau, rond ou ovalaire, siège en général au centre de la cellule. Il comprend une paroi, la membrane nucléaire limitant une cavité.

La membrane nucléaire, hyaline, se compose d'une substance que Zacharios a appelée amphipyrénine.

La cavité nucléaire contient :

a. Un suc nucléaire achromatique;

b. Trois substances différentes :

1. La nucléine, formant un réseau (chromatine) puissamment coloré;

2. La linine, dont le réseau moins teinté est masqué par le précédent et a une structure se rapprochant de celle de la membrane nucléaire ;

3. La paranucléine, disposée en globules constituant les vrais nucléoles.

Le cytoplasme de la cellule cancéreuse dont le volume varie est généralement peu abondant par rapport au noyau. Il a des contours nets (membrane cytoplasmique). Sa structure est moins connue que celle du noyau. De toutes les fonctions vitales, seules sont exaltées les fonctions de nutrition (hypernutrition) et de multiplication (hyperactivité prolifératrice).

L'atypie des éléments cancéreux est en raison inverse de la puissance sécrétoire des cellules. « Quand l'atypie morphologique commence à s'accentuer, les fonctions les plus complexes, les sécrétions les plus spécifiques disparaissent les premières, tandis que les plus simples, les plus primitives persistent le plus longtemps et remplacent même les fonctions complexes disparues. »

La vitalité des tissus néoplasiques semble beaucoup plus grande que celle des tissus normaux. Différents agents chimiques les tuent : l'acide phénique à 1/4 p. 100 par exemple, les tue en cinq minutes.

La teneur du tissu cancéreux en certaines substances chimiques diffère d'avec les tissus normaux.

Il semble que le tissu cancéreux soit le siège de phénomènes d'autolyse plus actifs que dans les tissus normaux.

Il semblerait (Neuberg) que la cellule cancéreuse soit le siège de transformation et de néoformation de ferments toutes les fois que cette cellule émigre du foyer primitif et provoque une métastase.

L'auteur, sans se déclarer nettement, semble plutôt partisan de la théorie parasitaire du cancer. F. LÉVY.

Relation entre l'augmentation de la viscosité sanguine et les attaques transitoires d'hémiplégie. (W. H. HOLMES. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, édition espagnole, 15 août 1921, p. 232.) — L'auteur décrit, sous le nom d'hémiplégies transitoires, des hémiplégies disparaissant complètement au bout de quelques heures, que l'on observe surtout chez les artério-scléreux et qui sont à distinguer soigneusement de celles que l'on observe dans la paralysie générale et de celles qui « laissent un reste de symptômes indiquant une lésion organique permanente du cerveau ».

D'innombrables hypothèses ont été formulées au sujet du trouble circulatoire causal, lequel doit être assez grave pour produire une perte complète de la fonction d'une ou de plusieurs parties du cerveau et assez léger, cependant, pour permettre la restauration parfaite de ladite fonction au bout de quelques heures. Certains incriminent un spasme artériel, analogue à celui que l'on suppose exister dans la maladie de Raynaud, dans la claudication intermittente, etc., d'où les noms d'hémiplégie angiospatique, de circulation cérébrale intermittente. A cette théorie, Inmann objecte qu'elle est entièrement conjecturale et attribue l'hémiplégie transitoire au retard de la circulation dans des vaisseaux sclérosés, à cause de la diminution de la pression sanguine. Ces diverses théories ne tiennent aucun compte des altérations physiques du sang. Elles jouent pourtant un rôle. N'est-il pas évident que l'écoulement du liquide dans un tube dépend, non seulement de son calibre et de l'état lisse de sa paroi, mais encore de la nature du liquide? Par suite du frottement, la partie périphérique de la colonne liquide se trouve en retard sur la partie centrale, et ce retard est d'autant plus considérable que la paroi est plus rugueuse, plus douée de propriétés agglutinantes, et la lumière du tube plus étroite. Toutes choses égales, d'ailleurs, la viscosité du liquide produira le même effet. A noter, en passant, que cette viscosité n'a rien à voir avec le poids spécifique, un métal tel que le mercure pouvant avoir un poids spécifique très élevé et une viscosité très faible. En somme, la quantité de liquide qui s'écoulera d'un tube, dans un temps donné, dépend de la résistance du tube, de la viscosité du liquide, de la température et de la *vis a tergo*.

Le sang possède une viscosité quatre à cinq fois plus grande que l'eau; elle varie, d'ailleurs, selon les modifications de son contenu en sels, colloïdes, gaz, eau, et selon sa concentration globulaire. L'augmentation de nombre des globules, des colloïdes élève cette viscosité que diminue l'augmentation d'eau, d'oxygène ou de sel. Chez les individus qui possèdent des vaisseaux normaux et une pression adéquate, il est bien probable que, jamais, la viscosité sanguine ne se modifie de manière à produire des troubles de la santé. Il n'en va plus de même si la pression est diminuée, ou s'il existe une affection vasculaire, ou si les deux états pathologiques sont réunis.

L'auteur a vu un homme de soixante-dix-huit ans, de bonne santé habituelle, qui avait, il y a quelques mois, souffert d'une attaque de goutte, et qui fut pris, brusquement, à deux semaines d'intervalle, de deux attaques d'hémiplégie transitoire du côté gauche. Toutes deux apparurent dans les premières heures de la matinée, à la suite de bains très chauds. Le malade avait été réveillé par une forte hémicranie gauche. Douze heures après, tout symptôme d'ordre paralytique avait disparu. Au bout de quarante-huit heures, il ne persistait plus qu'une vague sensation d'engourdissement du côté gauche. Aucune modification des réflexes ne put être notée. La sensibilité était normale, la flexion plantaire ne faisait pas défaut, aucune altération des nerfs craniens ne pouvait être relevée. Les artères n'étaient pas sclérosées, la pression systolique était de 14, la diastolique, de 8.

L'auteur fait remarquer que son patient avait pris deux bains très chauds dans les premières heures de la nuit, et que, six ou sept heures après, alors que la rapidité cardiaque, la vitesse du courant sanguin et la vitesse des mouvements respiratoires étaient au plus bas, il avait été pris de céphalée et d'hémiplégie. On peut donc admettre que l'effet des bains chauds a été d'accroître la viscosité sanguine, par suite de la perte d'eau due à la transpiration, et ainsi d'augmenter la résistance des capillaires au passage du sang. Hypotension


René
Vincent

et hyperviscosité sanguine, tels sont les deux facteurs nécessaires pour le retard de la circulation cérébrale. Et, probablement, si ce retard n'a pas abouti à la coagulation du sang, c'est parce que le malade a dû faire effort pour s'asseoir, que les battements cardiaques se sont accélérés et la tension sanguine élevée.

Holmes a vu un autre individu qui, à la suite d'une transpiration excessive due à des efforts musculaires démesurés, fut pris par deux fois d'aphasie transitoire. L'examen resta négatif, abstraction faite d'une légère obésité et d'une certaine hypotension permanente. Beaucoup de vieillards, pour éviter les mictions trop fréquentes, boivent peu le soir. S'ils sont hypotendus ou scléreux, cette méthode peut n'être pas sans danger. Si l'on se rappelle que, dans le traitement d'une affection de pathogénie très voisine, la claudication intermittente, on a obtenu de très bons résultats par les injections en grandes quantités de la solution de Ringer (méthode de Mayeshima-Koga), on est amené à se demander si, en cas d'hémiplégie ou d'aphasie transitoires, on ne devrait pas introduire, dans la circulation, des solutions salines anticoagulantes, afin d'empêcher la thrombose vasculaire, lorsque celle-ci paraît due à un retard circulatoire.

L. BABONNEIX.

Essai sur la pathogénie du rhumatisme chronique. Le rôle du terrain et de l'anaphylaxie. (DUVERNAY (d'Aix-les-Bains). *Journ. méd. de Lyon*, n° 32, p. 923, 5 mai 1921.) — *L'agent causal d'importance primordiale dans les rhumatismes aigus joue au contraire dans les rhumatismes chroniques un rôle secondaire car il n'en conditionne ni l'évolution, ni les formes, ni la gravité.* L'auteur cite des exemples de rhumatisme tuberculeux chronique à formes différentes chez quatre sœurs infectées à la même source; la même cause ayant ici donné quatre effets différents. Inversement, chaque forme de rhumatisme peut être due aux causes les plus diverses. Force est donc de s'adresser ailleurs et de demander au terrain l'explication que ne fournit pas la donnée infectieuse. C'est d'ailleurs un point sur lequel insistent Lépine et Rathery : sans terrain spécial, pas de rhumatisme chronique.

Or, Billard (de Clermont) fut un des premiers à préciser ce rôle en l'attribuant à l'anaphylaxie. *Les rhumatismes chroniques sont surtout faits de la réaction de l'organisme et des articulations sensibilisées, réaction déclanchée par de multiples réinoculations minuscules et non nécessairement spécifiques.* Si l'on compare les observations cliniques aux faits expérimentaux, on doit distinguer, en effet, le cas d'un organisme neuf et celui d'un organisme préparé. Dans les rhumatismes aigus, l'élément toxi-infectieux domine, comme dans l'expérience, sur un sujet *neuf*, non préparé. « Il bénéficie de l'attaque brusquée, il ne rencontre que peu de résistance, il garde sa virulence », mais très rapidement sa présence même détermine dans l'organisme une modification profonde et durable du milieu intérieur. Cette modification qui a un but défensif porte sur le milieu humoral et sur les milieux cellulaires.

Toute différente sera l'action de ce même agent toxiinfectieux dans un organisme *préparé*, c'est-à-dire ayant subi une ou plusieurs inoculations, elle est contrebalancée par les défenses organiques, autrement dit par la réaction du terrain. Il est indubitable pour l'auteur que, dans le rhumatisme chronique, on est dans le cas de cette deuxième expérience, celle du sujet préparé. Or, la réaction peut se faire de deux façons, soit par atténuation aboutissant à l'immunité, soit par sensibilisation aboutissant à l'anaphylaxie. Tout fait supposer que les deux processus sont simultanément ou successivement en jeu dans le rhumatisme chronique, l'atténuation jouant un rôle beaucoup moins important que la sensibilisation et l'anaphylaxie.

Expérimentalement, en effet, les infections à immunité sont surtout les infections intenses à forte réaction fébrile, à allure grave. D'autre part, les substances à grande toxicité sont rarement anaphylactisantes, tandis que les substances peu toxiques en elles-mêmes (peptone, sérum, etc.) le sont davantage. Or, si les premières frappent surtout le parenchyme, Gougerot a montré que les secondes sont plutôt l'apanage du tissu conjonctif et de ses dépendances, séreuses articulaires comprises. Or, justement, le rhumatisme n'immunise pas, ou bien, au contraire, il semble prédisposer l'articulation à une nouvelle atteinte, en d'autres termes il paraît l'avoir sensibilisée.

En outre, Landouzy, Gougerot et Salin se sont appliqués à montrer avec le bacille de Koch que des articulations sensibilisées pouvaient réagir à distance chaque fois qu'une quantité même minime de toxine tuberculeuse était absorbée dans l'organisme. On peut supposer qu'il en est de même avec les autres agents infectieux, et l'on peut dire « qu'une fois une jointure sensibilisée par une arthrite rhumatismale, toute absorption de toxine même à distance est susceptible d'y déterminer une poussée congestive ». Ainsi s'expliquent les localisations persistantes du rhumatisme sur une ou plusieurs jointures, les poussées sans cause apparente, ou les crises récidivant ou s'accentuant longtemps après que la cause a disparu, puisque toute réinoculation même imperceptible de cette cause peut réactiver un foyer mal éteint.

Mais les choses sont plus compliquées, ce qui se passe pour une infection se passe pour les multiples toxi-infections que le malade a pu avoir dans sa vie, les unes immunisant, les autres sensibilisant. Les réactions organiques seront donc d'autant plus fréquentes que les toxi-infections qui les ont préparées auront été plus diverses. Ainsi s'explique la prédilection presque exclusive du rhumatisme chronique pour l'âge adulte et sa fréquence de plus en plus grande à mesure qu'on avance dans la vie.

Enfin, les *lésions articulaires du rhumatisme chronique sont dues en partie aux réactions congestives de l'organisme anaphylactisé, mais aussi en partie aux destructions et reconstructions cellulaires dans l'articulation sensibilisée.* Les éléments, après avoir subi la poussée congestive plus ou moins allègrement suivant qu'ils auront été sensibilisés ou immunisés, vont entrer en jeu et travailler à la réparation des dégâts à leur façon. Ces réparations, dont le mode scléreux forme toujours la base, n'ont rien de régulier pour chacun de nous, reconstitution plus ou moins régulière, plus ou moins monstrueuse même, qui constitue la lésion du rhumatisme chronique. Cette lésion n'est donc pas le résultat de l'action causale, mais celui de la réaction individuelle.

P. PRUVOST.

CARDIOPATHIES

Action spécifique de l'atropine dans le traitement de certaines irrégularités cardiaques. (L. FAUGÈRES BISHOP. *Journ. amer. med. Assoc.*, 2 juillet, 2, p. 31-32.) — L'étude des résultats thérapeutiques dans les maladies du cœur, par les instruments de précision, spécialement par l'électro-cardiogramme a permis de constater des résultats positifs.

L'auteur signale l'effet remarquable de l'atropine dans un cas de rythme nodal vrai. L'électro-cardiographie permit de reconnaître que le rythme nodal où la contraction des ventricules s'opérait la première, fut influencé par des doses un peu supérieures à 1 milligramme de sulfate d'atropine administrée en injection (1/50e de grain), au bout de quinze jours il y avait une grosse amélioration et les tracés permettraient de constater un rythme cardiaque à peu près normal avec précession des soulèvements auriculaires.

F. LÉVY.

Paralysies transitoires chez les cardiaques. (Prof. Ch. ACHARD. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VIIIC, 14e cahier, art. 26793, p. 505, 25 juillet 1921.) — On a décrit dans les affections cardiaques des troubles cérébraux sans lésions matérielles importantes ni définitives, c'est-à-dire sans ramollissement par embolie ou thrombose, sans hémorragie cérébrale ou méningée. Dans l'asystolie, la céphalée, les vertiges, l'insomnie, les cauchemars, les hallucinations, la somnolence sont des phénomènes fréquents relevant de la stase. Dans l'évolution des cardiopathies, on peut aussi voir survenir des complications intercurrentes qui relèvent de troubles nerveux sine materia, tels que l'épilepsie, l'hystérie et les désordres psychiques qualifiés de folie cardiaque.

Mais une autre sorte d'accidents nerveux, bien moins étudiés jusqu'à présent, peut être rangée dans cette catégorie des troubles sans lésions, ce sont les paralysies transitoires, paralysies vraies, impotences motrices dues à des troubles du système nerveux et non impotences qui résultent d'un défaut d'irrigation musculaire par thrombose ou embolie. L'auteur rapporte plusieurs observations de malades dont

l'un avait, par exemple, à trois reprises en moins de cinq mois, des accidents d'hémiparésie gauche de courte durée, qui disparurent sans laisser de traces appréciables et qui s'accompagnaient, chaque fois, de douleur précordiale; la dernière fois, de paresthésies du membre inférieur droit. Dans un autre cas, la paralysie s'est produite après la résorption des œdèmes.

Or, ces paralysies transitoires des cardiaques ne sont pas des faits isolés dans la pathologie. On rencontre des faits analogues dans divers états morbides, particulièrement chez des brightiques et des cirrhotiques, dans l'anémie des grandes hémorragies. La pathogénie peut utiliser ces diverses conditions pour interpréter ces troubles.

S'il faut reconnaître une place à l'influence toxique, le rôle principal revient aux troubles circulatoires comme permettent d'y penser les constatations faites à l'autopsie : œdème sous-méningé avec piqueté congestif dans les circonvolutions cérébrales, ou rien que de l'artériosclérose cérébrale. Deux sortes de troubles paraissent donc pouvoir engendrer ces paralysies : d'une part, la stase qui détermine l'œdème, la distension de l'espace périvasculaire et de petites extravasations sanguines dans cet espace; d'autre part, l'ischémie résultant du rétrécissement du calibre artériel par la sclérose et que vient aggraver peut-être un spasme vasculaire invoqué par Osler et comparé par cet auteur à celui de la maladie de Raynaud.

Ces paralysies étant, par définition, transitoires, ne comportent pas, par elles-mêmes, un pronostic bien grave, ni un traitement bien particulier. P. PRUVOST.

FOIE

La physiologie pathologique des cirrhoses du foie. (Prof. CHAUFFARD. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VIIIC, 25 juin 1921, 12e cahier, art. 26774.) — Les cirrhoses du foie ne doivent plus être considérées comme relevant uniquement du développement anormal du tissu conjonctif, telles que les concevait Charcot dans la classification qu'il a établie. Les données de l'anatomie pathologique, celles de l'histologie et surtout les acquisitions modernes dues à la physiologie pathologique établissent le rôle prépondérant, dans les manifestations morbides, des troubles de la cellule hépatique. Le terme de cirrhose, donné par Laënnec, s'il est classique et par là-même intangible, *ne doit pas être seulement évocateur d'une transformation fibreuse*, plus ou moins complète du parenchyme hépatique, mais il doit *éveiller l'idée des troubles apportés aux fonctions de l'organe par les altérations cellulaires.*

La question qui domine l'étude d'une cirrhose, c'est le problème de la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique, l'exploration des fonctions circulatoires et biliaires n'en laisse saisir en quelque sorte que le côté extérieur. Mais il est nécessaire de ne pas envisager isolément un seul des troubles observés, car chacune de ces fonctions s'influencent mutuellement. Et à un point de vue plus général, il ne faut pas isoler le rôle de la cellule hépatique de celui des autres tissus en général. C'est ainsi qu'on arrive à la notion, non d'une insuffisance hépatique semblable à elle-même, mais à celle d'insuffisances hépatiques très variables dans leurs expressions biologiques.

Pour donner une idée de ces insuffisances hépatiques, il faut classer les faits enregistrés en deux groupes. L'un sera celui des déviations fonctionnelles (urobilinurie, cholalurie), l'autre, celui des insuffisances proprement dites, traduisant un déficit des fonctions cellulaires (glycogénique, uréogénique, etc.). Ces différentes explorations permettent d'établir la multiplicité des formes des insuffisances hépatiques et de considérer *les cirrhoses non comme des types cliniques immuables, mais comme des syndromes variables dans leur type de déficit fonctionnel, variables aux divers temps de leur évolution.* L'appréciation diagnostique de ces cirrhoses ne sera complète que si, aux termes anatomiques et à la notion pathogénique qui les définissent, on peut ajouter une évaluation de la valeur fonctionnelle de l'organe.

En règle générale, les troubles les plus précoces et les plus constante portent sur la fonction chromogénique, souvent aussi sur l'évolution des sels biliaires. Moins fréquemment, la glycosurie alimentaire vient traduire le trouble de la fonction glycogénique. Plus inconstantes, plus tardives, surtout, sont les altérations de l'uréogénie; elles ont, par contre, une valeur pronostique sévère.

Cette étude fonctionnelle doit être rapprochée de l'étude anatomique des cirrhoses qu'elle complète. Les travaux de Charcot ont permis, un peu schématiquement peut-être, de distinguer plusieurs grands systèmes, autour desquels s'oriente la sclérose : 1° Dans les cirrhoses veineuses ou biveineuses ce sont les veines portes ou sous-hépatiques qui sont les axes directeurs de la sclérose; 2° dans les cirrhoses biliaires, c'est l'espace portobiliaire qui est le point de départ de la sclérose; 3° l'importance d'un troisième système périartériel est beaucoup moindre, il pourrait intervenir dans certains cas de syphilis hépatique.

En réalité, ce qui semble dominer l'anatomie pathologique des cirrhoses, *c'est d'une part, l'état de la cellule hépatique, suivant qu'elle est hyperplasiée ou dégénérée, ce sont d'autre part, les modalités de doses et d'action de l'agent pathogène.*

Ainsi, l'intégrité de la cellule hépatique persiste longtemps dans la cirrhose biliaire hypertrophique de Hanot, qui groupe d'ailleurs des faits assez rares : ici, non seulement les cellules ne sont pas atrophiées, mais encore, elles témoignent d'une hypertrophie compensatrice (gigantisme cellulaire, karyokinèses), et la circulation veineuse n'est pas troublée. Dans les cirrhoses veineuses, au contraire, multiples sont les aspects des lésions cellulaires (dégénérescence granuleuse, atrophie, stéatose), mais toujours on trouve des figures de compensation représentées par des hypertrophies locales des cellules hépatiques (hépatites nodulaires, etc.).

Cette association fréquente des deux sortes de réactions cellulaires traduit, avec les réactions de cirrhose, la protection et la défense de l'organisme vis-à-vis de l'agent pathogène. Or, ici interviennent les modalités d'action de celui-ci, le type en étant fourni par l'alcool. A dose élevée, il produit une sidération cellulaire, c'est la stéatose diffuse des grands éthyliques succombant au delirium tremens. Aux petites doses longtemps continuées répond le processus lent des cirrhoses, la cellule hépatique restant longtemps saine, la sclérose traduisant le mode de protection du foie contre l'agent toxique : les processus anatomiques sont donc différents suivant que la défense a ou non le temps de s'organiser.

Ces faits montrent qu'*il serait artificiel d'opposer les hépatites par lésions cellulaires aux cirrhoses avec leur organisation conjonctive, les unes et les autres ne peuvent être isolées et se pénètrent mutuellement.*

Quant à déterminer la cause de la cirrhose, c'est un problème souvent difficile à préciser. Si l'alcool, la tuberculose, le paludisme, la syphilis peuvent être parfois incriminés isolément, nombreux sont les cas où ces facteurs s'associent et rendent délicate l'interprétation de la part de chacun.

P. PRUVOST.

Les crises gastro-vésiculaires. (ENRIQUEZ, M.-E. BINET et Gaston DURAND. *Presse méd.*, 9 juillet 1921, n° 55, p. 541.) — L'estomac est, de tous les viscères abdominaux, celui qui participe le plus volontiers aux souffrances des autres viscères : cette « sympathie » (Moynihan) est tout spécialement élective pour le foie et dans les affections du foie pour la lithiase biliaire.

Ces formes dyspeptiques ou gastriques de la lithiase biliaire et particulièrement de la lithiase vésiculaire sont certainement les plus observées, les symptômes étant de deux ordres, tantôt précoces, moins constants et peu caractéristiques, tantôt tardifs. Ces derniers sont les plus fréquents, les plus propres à retenir l'attention, mais aussi à égarer le diagnostic : ces douleurs à horaire tardif, expression d'une crampe pylorique réflexe, évoluent sous forme de crises gastralgiques ou de véritables crises gastriques paroxystiques, d'où leur appellation de *crises gastro-vésiculaires.*

Pour bien différencier ces crises de celles qui dépendent d'un ulcus gastrique ou duodénal, il faut passer en revue toutes sortes de renseignements qui n'existent pas ou sont très différents dans ces derniers cas et qui ont, au contraire, des caractères assez précis lorsqu'ils sont en rapport avec une origine vésiculaire.

Le diagnostic s'appuiera donc sur les *antécédents familiaux*, montrant l'existence, surtout dans la lignée féminine, d'accidents identiques, ou de goutte, de gravelle, de mi-

graines, de cholémie; dans les antécédents personnels on relève fréquemment l'apparition des *premières manifestations au cours d'une pyrexie* (typhoïde, grippe), la *fréquence relative de l'appendicite chronique*, la persistance des accidents douloureux après appendicectomie.

En analysant de près les phénomènes dyspeptiques, on note la fréquence relative des alternatives de diarrhée et de constipation ou des diarrhées postprandiales, apanage des biliaires. Un assez grand nombre de malades présentent des *phénomènes nauséeux*, le matin à jeun; au réveil, ils sont pris de vertiges, de tremblements, de sensation de vide, de titubation.

La *crise elle-même* présente des caractères distinctifs. Tout d'abord, elle s'accompagne, dans la majorité des cas, d'un *léger mouvement fébrile* qui se traduit même parfois par un petit frisson initial, les urines à ce moment contiennent souvent des *pigments biliaires*. Ces crises d'origine vésiculaire *se produisent la nuit plutôt que le jour;* en moyenne, elles sont *plus douloureuses* que les crises pyloriques; la palpation réveille la douleur à son maximum *au point cystique et cette pression* en ce point *provoque souvent la nausée*. Une douleur en un point précis, située à mi-distance entre l'ombilic et le 9e cartilage droit (signe d'Abrahams) peut-être, à vrai dire, notée également dans l'ulcus duodénal; mais si, partant de ce point, on porte les doigts vers la base du thorax, sous le foie d'abord, puis en sens inverse vers la zone paraombilicale, on observe que le premier mouvement éveille ou accentue la douleur, le deuxième ne provoquant aucune sensibilité anormale.

Il faut noter encore *l'influence immédiate de certains écarts alimentaires* sur l'apparition de ces crises. Il est indiscutable que chez la plupart des lithiasiques, la *consommation de certains aliments riches en matières grasses ou en cholestérine* (laits, crèmes doubles, cervelles, *œufs*, chocolat) est de nature à provoquer l'apparition des paroxysmes *pour si peu prolongée que soit la consommation*, parfois même limitée à un seul repas contenant l'un des aliments visés).

Les auteurs insistent aussi sur une influence analogue *de la grossesse et de la menstruation*; c'est souvent à ces deux phases physiologiques, qui sont marquées par un taux fort élevé de cholestérine dans le sang, qu'éclatent les premières crises gastro-vésiculaires. Une crise gastralgique ou gastrique du type pylorique, en correspondance immédiate avec la menstruation, doit toujours attirer l'attention sur la vésicule et faire rechercher les signes de lithiase.

Quant à l'influence sur la douleur des *traumatismes physiques*, des secousses, etc., elle est bien connue. L'influence des *chocs émotionnels* n'est pas moindre.

On n'omettra pas l'*examen radioscopique* qui *permet de préciser le siège de la douleur*, et d'*apercevoir les modifications de forme et de statique* de l'estomac en rapport avec l'existence assez fréquente de péricholécystite adhésive (estomac en haltère). La radioscopie fournit encore quelques signes indirects dans l'affection vésiculaire: hyperkinésie gastrique avec évacuation anormalement rapide, du contenu de l'estomac. Enfin, dans certains cas, la radiographie fera voir des calculs.

On comprendra l'importance pratique et thérapeutique qui se dégage de ces faits puisque le *régime alimentaire, régime de repos de l'estomac* (laitages, pâtes, œufs, etc.) *peut être préjudiciable au malade, si on le croit, à tort, atteint d'ulcus gastrique ou duodénal.* Pareillement pour la médication, les poudres inertes sont insuffisantes ou d'action transitoire dans la lithiase, la médication alcaline, au contraire, très efficace. Enfin, la *méconnaissance de la nature exacte des crises retarde l'intervention chirurgicale* à laquelle doit logiquement aboutir le traitement de la lithiase vésiculaire.

P. PRUVOST.

Quelques considérations sur les cirrhoses pigmentaires et leurs rapports avec l'hémolyse sidérogène. (Léon NOVÉ-JOSSERAND. *Journ. méd. de Lyon*, 20 fév. 1921, n° 27, p. 765.) — Ces cirrhoses pigmentaires ont, dit l'auteur, dans les ouvrages classiques une autonomie nosographiques que démentent la variabilité de leur étiologie (diabète, alcoolisme, paludisme, etc.) et la dissemblance de certains traits et de certaines lésions grossières, du foie notamment.

Le pigment qui infiltre le foie et divers organes, la rate en particulier, est de par ses réactions colorantes un pigment ferrugineux analogue à celui qu'on observe dans toute une série de cas où un processus hémolytique est en cause; pigment ocre, rubigine, sidérine.

Or, des observations probantes de cirrhose pigmentaire mettent en lumière l'existence in vivo dans le sang circulant, de stigmates incontestables d'hémolyse, une diminution très notable de la résistance globulaire, recherchée selon le procédé de Widal, Abrami, Brulé, vis-à-vis d'hématies déplasmatisées.

Avec Roque et Chalier, l'auteur arrive à poser les deux règles suivantes: 1° quand il y a sidérose viscérale, il y a toujours sidérose splénique et souvent, comme chez les tuberculeux, cette sidérose splénique est exclusive; 2° quand il y a sidérose polyviscérale: *a.* le foie est toujours avec la rate le siège de dépôts pigmentaires ferrugineux; *b.* plus rarement d'autres viscères comme le pancréas, la thyroïde, les ganglions sont aussi pigmentés; *c.* le rein reste en général indemne.

Ces faits semblent bien démontrer l'origine hémolytique de la sidérose, et, de ce point de vue, il convient d'attirer l'attention tout spécialement sur le rôle primordial de la rate au cours de toute hémolyse sidérogène.

Cette conception s'oppose à la conception ingénieuse de la sidérose par hyperhépatie, en dehors de toute destruction globulaire, conception qui, pour l'auteur, n'a pas reçu de démonstration formelle: l'hyperhépatie serait moins la cause que la conséquence de la sidérose.

Pour lui, seul un processus hémolytique est responsable de la sidérose viscérale; c'est de son intensité et de sa durée que relève, selon toute vraisemblance, la mélanodermie.

Le groupe des cirrhoses pigmentaires ne doit pas être séparé des autres états pathologiques avec pigmentation ferrugineuse des organes. Il n'a pas d'individualité propre, et, contrairement à l'opinion classique, le fer pigmentaire est ici, comme là, le résultat d'une hémolyse.

P. PRUVOST.

INFECTIONS

Forme localisée cardiaque de l'éberthémie. (Jean MINET et R. LEGRAND (de Lille). *Paris méd.*, 24 sept. 1911, 11e année, n° 39, p. 233.) — La fréquence de l'atteinte cardiaque au cours de la fièvre typhoïde est un fait de connaissance banale; les manifestations de ce genre prennent parfois une telle intensité qu'une « forme localisée cardiaque de la fièvre typhoïde » a pu être décrite, l'infection touchant alors rarement les membranes du cœur, péricarde ou endocarde, mais au contraire volontiers le myocarde.

Cette atteinte cardiaque a été moins mise en évidence dans l'éberthémie, c'est-à-dire dans ces formes sanguines caractérisées par l'intégrité de l'intestin (démontrée par l'absence de tout symptôme clinique ou par les constatations nécropsiques) et pouvant soit évoluer comme une septicémie pure, soit se présenter sous l'aspect d'une localisation primitive au niveau des divers organes, en particulier la vésicule, le foie, les reins, les méninges, la plèvre.

Ces manifestations cardiaques au cours de la septicémie éberthienne sans dothiénentérie se manifestent cliniquement de deux manières:

1° Tantôt elles donnent lieu, au milieu d'accidents infectieux graves, à des symptômes fonctionnels d'insuffisance *myocardique*. Cet état est caractérisé par de la céphalée, de la prostration, du délire, une température élevée, mais irrégulière, ne présentant pas la courbe caractéristique de la courbe classique, un état saburral de la langue, une grosse rate, sans signes intestinaux; puis des phénomènes cardiaques se manifestent: pouls petit, rapide, hypotendu, rythme fœtal, bruits sourds, lointains.

2° Tantôt l'infection se fixe sur l'*endocarde* et provoque un syndrome classique d'endocardite aiguë, les divers orifices pouvant être touchés (orifices mitral, aortique ou pulmonaire) comme en témoignent les observations rapportées ou rappelées par les auteurs.

Dans l'un et l'autre cas, le diagnostic étiologique ne peut être fait en dehors de la réaction de Widal ou de l'hémoculture. Ces recherches doivent être pratiquées systématiquement dans tous les états infectieux indéterminés et dans tous les cas d'endocardite primitive aiguë.

P. PRUVOST.

PLEVRES

Les pleurésies cancéreuses. (A. Courcoux. *L'Hôpital*, avril 1921 (B), 9e année, n° 45, p. 849.) — L'auteur signale d'abord quelques points intéressants avant d'envisager les modalités cliniques du cancer pleuro-pulmonaire. Ainsi le cancer primitif strictement pleural peut se révéler par une pleurésie. Le cancer pleuro-pulmonaire peut apparaître chez des jeunes à dix, vingt ou vingt-cinq ans. La *pleurésie cancéreuse est plus souvent séreuse qu'hémorragique*, fait sur lequel avait insisté déjà Dieulafoy. Quant aux modalités cliniques, elles se groupent en trois types principaux :

1° *La pleurésie se produit chez un sujet manifestement cancéreux (cancer opéré ou cancer en évolution) mais qui jusque-là n'avait présenté aucun trouble sérieux de l'appareil respiratoire.* — C'est le plus souvent une *forme atténuée, silencieuse*, ne s'accompagnant une fois installée que de signes fonctionnels peu marqués, sans grandes douleurs, sans réaction thermique. C'est un épanchement assez abondant qui gênera surtout par son volume, par sa *reproduction rapide* après chaque ponction, il est *intarissable*. Parfois aussi, après une phase silencieuse, surviennent des douleurs, de la dyspnée, c'est la phase qui précède de peu les phénomènes ultimes de la généralisation cancéreuse.

2° *La pleurésie se produit au cours de symptômes pulmonaires graves, indices d'un cancer pleuro-pulmonaire qui évolue et reste au premier plan.* — Ici ce sont surtout les signes fonctionnels qui attirent l'attention, douleurs violentes et dyspnée très marquée, parfois angoissante, non soulagée par la ponction; ce sont également les signes généraux; l'amaigrissement rapide, la perte des forces inexplicable, et tout cela sans fièvre et souvent sans perte de l'appétit. Ici, l'épanchement n'est qu'un épisode surajouté qui n'ajoute que peu de chose à la symptomatologie très grave de l'affection pulmonaire qu'il risque de cacher et de laisser ignorer pendant un temps qui ne reste jamais très long en raison de l'apparition et de l'intensité des symptômes fonctionnels.

3° *La pleurésie est symptomatique d'un cancer primitif pulmonaire ou pleural dont les signes révélateurs ne se manifestent qu'assez tardivement.* — Ici le cancer reste longtemps latent, la pleurésie seule est évidente, mais on la découvre par hasard le plus souvent, l'état général restant satisfaisant et apyrétique au début. On peut croire à une pleurésie tuberculeuse susceptible d'être également hémorragique et d'évoluer sans fièvre marquée et sans réaction générale.

Lorsque se manifestent franchement les signes pulmonaires d'un cancer primitif du poumon à début pleural, on pourrait encore croire à une granulie ou à une pneumonie caséeuse, capables de donner une dyspnée aussi marquée que le cancer, mais alors dans ces manifestations aiguës tuberculeuses il y a toujours une température élevée qui n'existe pas habituellement dans le cancer, et des signes généraux très rapidement graves et différents de la cachexie cancéreuse.

Dans la pleurésie cancéreuse symptomatique du cancer pleural primitif, la difficulté est également très grande. On attachera une grande valeur au début à la fatigue insolite et progressive, aux douleurs superficielles à type de névralgie intercostale, ne cédant plus une fois installées. L'épanchement, toujours très volumineux, se reproduit très vite après chaque ponction et son caractère hémorragique augmente à chaque fois. Le poumon peut n'être que peu atteint, et s'il existe de la toux il n'y a jamais d'expectoration gelée de groseille. Les métastases se constituent de préférence dans les autres séreuses ou dans la tunique adventice des viscères, foie ou rate.

Dans les cas difficiles, l'examen du liquide *ne donne une certitude que si on constate des cellules ou bourgeons cancéreux* dans le liquide pleural séreux ou hémorragique. En cas de doute on les identifiera par la recherche du glycogène dans leur protoplasme (procédé de la gomme iodée), malheureusement on ne les rencontra que très rarement. Les autres renseignements cytologiques ne sont d'aucune valeur. On a insisté sur d'autres caractères : le liquide du cancer pleuro-pulmonaire est *très peu fibrineux*, et lorsqu'il est hémorragique il y a *hémolyse* des globules rouges; mais ce ne sont pas là des signes pathognomoniques.

Dans la majorité des cas, l'examen clinique reste à la base du diagnostic.

P. PRUVOST.

La forme haute de la pleurésie médiastine antérieure (type pneumonie du sommet). (E. Weill, Ch. Gardère et Dufourt. *Journ. méd. de Lyon*, 5 juillet 1921, n° 36, p. 1045.) — Il existe deux types de pleurésies antérieures médiastinales : les *pleurésies basses* connues depuis Grancher et qui évoquent l'idée d'un épanchement péricardique; les *pleurésies médiastinales hautes* dont les auteurs apportent deux observations avec autopsie et qui se rapprochent par leurs signes physiques d'une hépatisation du sommet pulmonaire.

Il s'agissait de pleurésies enkystées, l'une purulente pneumonococcique, l'autre sérofibrineuse tuberculeuse; cette dernière associée à une pleurésie diaphragmatique. Elles occupaient la partie haute du médiastin sous l'aspect d'une cavité sus-jacente au cœur, entourant la bronche gauche et côtoyant la trachée sans la refouler. Le bord antérieur du poumon était refoulé en dehors et en arrière, jusque dans l'aisselle à la partie supérieure, revenant s'accoler en bas au péricarde. L'épanchement était directement en rapport en avant avec la région sous-claviculaire. La grande plèvre pariétale était libre ainsi que le médiastin postérieur.

Cliniquement, les symptômes généraux ont été ceux de la maladie pathogène (tuberculose, infection à pneumocoques). Les troubles fonctionnels étaient ceux d'une affection pleuro-pulmonaire avec compression trachéo-bronchique ou cardiaque, dyspnée avec tirage, type respiratoire inverse avec expiration poussée, pouls faible et rapide.

Les signes physiques se bornaient à de l'*obscurité respiratoire sous la clavicule gauche avec matité très nette restant localisée aux deux premiers espaces*, alors que la sonorité était conservée en avant à la base, en arrière dans toute la hauteur; pas de souffle, mais dans un cas quelques râles de gros calibre et *quelques râles plus fins* sous la clavicule après un certain temps d'évolution.

Ni l'une ni l'autre de ces pleurésies n'ont rappelé de près ou de loin la péricardite avec épanchement, les signes n'étaient pas juxtacardiaques, la pointe du cœur n'était pas déplacée, le volume de cet organe ne paraissait pas accru; il n'y avait ni cette zone de matité se confondant avec celle du cœur et s'étendant plus ou moins loin en dehors dans la direction de la ligne axillaire, ni surtout cette sonorité sous-claviculaire allant parfois jusqu'au tympanisme qu'on trouve relatées dans les observations de pleurésies médiastines antérieures de forme pseudo-péricardique.

Ces formes hautes ne peuvent, en aucune façon, de par leur localisation, éveiller l'idée d'un épanchement péricardique; elles tendent plutôt à égarer le diagnostic du côté d'une pneumonie du sommet.

L'*examen radioscopique n'apportait aucun éclaircissement au diagnostic*, puisqu'on ne constatait qu'une obscurité légère et diffuse de tout l'hémithorax gauche, et principalement à la base. Par contre, la *ponction exploratrice fut positive* dans les deux cas.

P. PRUVOST.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

La glucose sanguine et le métabolisme basal, dans la tuberculose pulmonaire chronique et l'hyperthyroïdisme. (A. Mc Bayer, A. B. *Journ. of amer. med. Assoc.*, édit. espagn., 1er oct. 1921, p. 461-462.) — L'auteur qui s'occupe depuis un certain temps du diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire chronique et de l'hyperthyroïdisme, s'est demandé si l'étude du métabolisme basal et de la glucose sanguine apporteraient, à cette question, quelque élément de solution.

En ce qui concerne le métabolisme basal dans la tuberculose, il emploie une variante du métabolimètre de Benedikt, dans le but de déterminer la rapidité avec laquelle se consume l'oxygène dans l'unité de temps. Cette rapidité est exprimée par un chiffre qui représente un certain nombre de calories par heure et qui est divisé par la surface du corps, exprimée en mètres carrés, ce qui donne le coefficient métabolique par mètre carré de surface corporelle par heure. Ce coefficient étant déterminé, est comparé au chiffre normal et permet ainsi de voir s'il est plus ou moins fort que ce dernier.

Très pauvre est la littérature médicale concernant ce sujet, bien que, dès 1882-1893, Muller, Kurlow, Grudziev et Bochkarev aient démontré que, dans la tuberculose pulmonaire chronique, le métabolisme de l'azote est augmenté. Mc Cann et Barr (1920) estiment que le métabolisme basal, dans la

tuberculose, peut être normal ou légèrement augmenté. Boothby admet que cette méthode d'étude est capable de nous fournir de précieux renseignements.

Mc Brayer a déterminé le métabolisme basal chez cinquante sujets, vingt-trois au début de leur maladie, dix-sept à une phase intermédiaire, quatre au dernier période, six non tuberculeux. Pour le dosage du sucre du sang, il a employé la méthode de Lewis et de Bénédikt modifiée par Epstein, et recueilli du sang d'une heure et demie à quatre heures après un déjeuner riche en hydrates de carbone. Il considère comme normaux les résultats qui expriment une variation de moins de 0,08 p. 100. Il a ainsi étudié soixante-deux cas de tuberculose pulmonaire active et un cas de tuberculose paraissant avoir avorté.

Résultats : Dans le tiers des cas de tuberculose pulmonaire chronique, métabolisme basal et sucre du sang augmentent de valeur ; dans le cinquième des cas, ils peuvent être dissociés, le métabolisme étant accru, et le sucre, normal ou inversement ; dans quelques cas exceptionnels, les deux sont normaux ou diminués.

Pour expliquer ces faits, l'auteur suppose que les tuberculotoxines ont une affinité particulière pour les surrénales et en excitent le fonctionnement, d'où trois effets : 1° Inhibition des îlots de Langerhans ; 2° stimulation de la glycolyse ; 3° stimulation des thyroïdes, laquelle produirait, selon les cas, une augmentation ou une diminution de la glycolyse, et des phénomènes cliniques d'ordre thyroïdien. Mais comment admettre la théorie précédente, si l'on se rappelle que, chez les tuberculeux, l'hypotension est la règle ? En n'oubliant pas que, d'après Hamener, Hoskins, Mc Clure et Trendelenburg, elle ne constitue pas un facteur appréciable dans le maintien de la tension vasculaire.

En matière de conclusion, si l'on a bien présent à l'esprit ce fait que dans l'hyperthyroïdisme, métabolisme basal et sucre du sang sont constamment accrus, on comprendra que « la détermination du métabolisme basal et du sucre sanguin ne possèdent aucune valeur pratique pour le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire chronique et de l'hyperthyroïdisme ».

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE HONTEUSE INTERNE [1]

IV. DANS LE CANAL ISCHIATIQUE, l'artère honteuse interne, avec ses veines et son nerf, passe au-dessus de l'obturateur interne et s'engage sous le grand ligament sacro-sciatique dans le canal ostéo-fibreux de la région ischio-anale.

V. PORTION ISCHIO-ANALE. — Elle constitue la portion la plus longue (40 à 60 millimètres). C'est là que l'artère donne toutes ses branches.

Le pédicule honteux chemine dans la paroi du creux ischio-anal et non dans le creux lui-même. Il se trouve dans le *canal d'Alcock* formé par des parois verticales qui sont :

En *dehors*, la branche ischio-pubienne ;

En *dedans*, le grand ligament sacro-sciatique ; c'est la valve interne de ce ligament (Farabeuf) qui vient se terminer sur l'aponévrose de recouvrement de l'obturateur interne.

La fosse ischio-anale est limitée :

En *dehors*, par l'obturateur interne et la branche ischio-pubienne contre laquelle se trouvent le canal d'Alcock et les vaisseaux honteux internes ;

En *haut* et en *dedans*, par la face inférieure du muscle releveur de l'anus ;

En *dedans*, par le canal anal entouré du sphincter externe ;

En *bas*, par les plans cutanés.

Cet espace est comblé par de la graisse et traversé par les vaisseaux et nerfs qui, venus du canal d'Alcock, perforent sa paroi fibreuse.

Pendant son trajet dans le canal d'Alcock, l'artère est accompagnée par la *veine honteuse interne* souvent double ou plexiforme et maintenue béante par des adhérences aux parois du canal.

Le *nerf honteux interne*, primitivement en dedans de l'artère, la croise après s'être placé au-dessus d'elle. C'est à la partie antérieure de la région ischio-anale qu'il se divise en deux branches terminales :

Nerf dorsal de la verge qui accompagne l'artère ;

et nerf périnéal.

VI. PORTION PÉRINÉALE PROPREMENT DITE. — Elle est située dans l'épaisseur de l'aponévrose moyenne du périnée. Mais le pédicule honteux interne reste toujours en dehors, appliqué contre la branche ischio-pubienne. Dans cette région, l'artère constitue l'organe le plus interne ; la veine est au milieu et le nerf dorsal de la verge en dehors.

Dans cette partie de son trajet, l'artère honteuse interne passe au-dessus des *corps caverneux* doublés inférieurement par les muscles ischio-caverneux. Elle passe au-dessus du transverse profond, au-dessus et un peu en dehors de la glande de Cooper, puis croise à distance les faces latérales de l'urètre, glisse sous le ligament transverse du pelvis, puis sous le ligamentum arcuatum, croisant ainsi la face latérale interne du Δ veineux à sommet supérieur qui, du plexus de Santorini, se jette dans la veine honteuse interne ; la convergence se fait tout près de l'origine de la veine honteuse interne, là où cette veine naît par bifurcation de la dorsale profonde de la verge.

VII. SOUS LA SYMPHYSE PUBIENNE l'artère honteuse interne traverse le *ligament suspenseur de la verge* et prend le nom de dorsale de la verge. Elle n'a plus qu'un millimètre de diamètre. Testut la représente à ce niveau comme perforant de bas en haut le ligament transverse, apparaissant alors dans la loge du plexus de Santorini pour sortir entre l'arcuatum et le ligament transverse. La veine dorsale profonde sépare alors les deux artères l'une de l'autre.

En *résumé*, dans tout son trajet périnéal, l'artère honteuse interne se trouve dans un *canal ostéo-fibreux* dont la paroi externe, osseuse, est la branche ischio-pubienne et dont la paroi interne est constituée successivement d'arrière en avant par :

L'aponévrose de l'obturateur interne renforcée par l'expansion du grand ligament sacro-sciatique ;

L'union des feuillets superficiel et profond de l'aponévrose moyenne du périnée ;

La gaine du corps caverneux.

C'est à travers ces formations fibreuses que le pédicule honteux interne se fraie un étroit chemin.

BRANCHES. — L'artère honteuse interne est essentiellement une *artère périnéale*.

Elle donne dans son trajet pelvien quelques branches minimes et inconstantes, allant à l'obturateur interne et au plexus sacré.

Elle peut, dans quelques cas, donner l'hémorroïdale moyenne.

Mais toutes ses branches notables et constantes naissent dans le périnée, au niveau du canal d'Alcock et au niveau du plancher uro-génital où on peut distinguer : des *branches ascendantes* qui perforent le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne, et des *branches descendantes* qui perforent le feuillet inférieur de cette aponévrose.

Branches ascendantes. — Très grêles, elles forment cependant avec les artères des viscères pelviens, des anastomoses qui expliquent certaines anomalies. Ce sont, d'arrière en avant :

1° La *branche anastomotique avec l'obturatrice* ;

2° La *branche anastomotique avec la prostatique ou la vaginale* ;

3° Une *branche urétrale postérieure et supérieure*, très grêle, qui irrigue la paroi postérieure de l'urètre membraneux et qui remonte sur l'urètre prostatique ;

4° La *branche prévésicale* ou vésicale inférieure, ou vésicale antérieure, assez volumineuse, qui s'anastomose avec les vésicales pelviennes et spécialement avec la vésico-prostatique ;

5° L'*artère graisseuse* ou artère de la cavité de Retzius ;

6° *Artère rétro-symphysaire* ;

7° Artère présymphysaire : mais celle-ci naît plus fréquemment de la dorsale de la verge. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 90, p. 1447.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Troisième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. René Marie, Lemierre, Bensaude, Rathery, Variot, Grenet, Laffite, Le Noir, Lesage, Lecène, Teissier.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 22 novembre. — Question donnée : « Formes cliniques du panaris. »

MM. Arion, 13; Cornilleau, 14; Bourgeois (Charles), 11; Andrieu, 18; Boulland, 15; Blanckaert, 11; Bodson, 15; Boiffin, 16; Baudrillart, 15; Arias, 11; Andreassian, 10; Bourgeois (A.), 12; Bouisset, 13; Bogdanovitch, 10; Aupérin (Charles), 15; Alépée, 14; Anchel, 15.

Erratum. — Dans le n° 92 du 22 novembre, séance du 17 novembre, au lieu de Gambier, lire *Gaulier*, note 15.

Anatomie. — Séance du 21 novembre. — Question donnée : « Rapports des reins. »

Mlle Lebourlier, 10; MM. Lagarrigue, 15; L'Héritier, 9; Magnan (Jean), 17; Mahé, 12; Lejeune, 17; Luzuy et Loussot, 14; Luiggi, 12; Louvel, 18; Maestracci, 17; Maizilly, 13; Loireau, 14; Mlle Lacan, 16; MM. Lacurte, 14; Lelièvre (André), 16; Le Buanec et Loubry, 13; Layani et Levaxilaire, 18.

Séance du 23 novembre. — Question donnée : « Artère carotide externe. »

Mlle Langlois, 14; MM. Le Guillant, 15; Lapalle, 14; Mabille, 18; Quilliot, 15; Lebecq et Levêque, 17; Lelong, 13; Lemarchand, 12; Lefebvre (André), 14; Lignières, 13; Kintgen, 12; Mahieu, 10; Maillet, 15; Laverdet, 10; Lazerat, 8; Lacroix (Louis), 14; Magnien (Pierre), 11.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Strasbourg. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Masson, Weiss, Foncin, Fontaine, Salmon, Nordmann, Cuny, Klotz, Vallette, Soublot.

Internes provisoires : MM. Liévy, Vassal, Neel, Glasser.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Un emploi d'agrégé (section de médecine générale) est actuellement vacant à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Il est accordé un mois, à partir de la publication du présent avis, aux agrégés des Facultés de médecine pour produire une demande de transfert dans la place mentionnée ci-dessus. (*J. O.*, 20 nov. 1921.)

— Toulouse. — Par arrêté en date du 19 novembre 1921, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Par arrêté en date du 19 novembre 1921, un concours s'ouvrira, le 26 juin 1922, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

— Marseille. — M. le Dr A. Imbert, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de physiologie du travail et chargé du cours de physique biologique à l'Ecole de médecine de Marseille.

— Après concours sont nommés : M. Moiroud, professeur suppléant de chirurgie ; M. Dor, chef de clinique des maladies des voies urinaires ; M. Martin-Laval, chef adjoint de la clinique des voies urinaires ; M. Sédan, chef adjoint de la clinique ophtalmologique.

— Poitiers. — Par arrêté en date du 19 novembre 1921, un concours sera ouvert, le 26 juin 1922, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix décernés. — Nous avons donné, dans le numéro 83 du 22 octobre, une première

liste de prix décernés par l'Académie des sciences pour 1921; voici une liste complémentaire :

PRIX LONGCHAMPT (4.000 fr.). — M. A. Damiens, professeur agrégé à la Faculté de pharmacie, pour son mémoire intitulé : « Sur le brome existant normalement dans les tissus animaux. »

PRIX DELESSE (1.400 fr.). — M. Louis Mayet (de Lyon) : Travaux de géologie et de préhistoire.

PRIX JOSEPH LABBÉ (1.000 fr.). — M. Martel, membre du Conseil supérieur d'hygiène : « Nouveau Traité des eaux souterraines. »

PRIX DU BARON DE JOEST (2.000 fr.). — M. Jacques Duclaux (de l'Institut Pasteur) pour son ouvrage sur les Colloïdes.

Fondation spéciales (Fondation Lannelongue, 2.000 fr.). — Les arrérages de la fondation sont partagés entre Mmes Cusco et Rück.

Fonds de recherches scientifiques (Fondation Loutreuil). — Les subventions suivantes sont accordées : 2.000 francs à M. Maignon, professeur à l'École nationale vétérinaire de Lyon, pour ses recherches sur l'opothérapie et l'avitaminose ; 6.000 francs à M. Louis Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour ses recherches sur l'application à la chirurgie des données acquises en bactériologie générale.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Les conférences d'internat et d'externat de l'Association générale des étudiants sont actuellement en voie d'organisation. Les étudiants désireux de suivre ces conférences sont priés de s'adresser au bureau de la section de médecine qui les mettra en relation avec MM. les internes des hôpitaux qui ont bien voulu se charger de ce service. — Bureau ouvert tous les jours, de deux heures à six heures, maison des étudiants, 15, rue de la Bûcherie, 1re étage.

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE DE REIMS. — On nous apprend la réorganisation de l'Association des étudiants en médecine et en pharmacie de Reims qui se trouve en mesure d'assurer aux étudiants, entre autres avantages, la nourriture et le logement pour 300 francs par mois.

L'ESCROC DES MÉDECINS. — Un jeune escroc, se disant vosgien et ancien blessé de guerre opéré par le prof. Gosset, se présente chez les médecins. Il dit être employé dans un grand restaurant des boulevards et demande quelque argent, soit pour retourner dans son pays où ses parents tiennent un hôtel, soit pour payer sa chambre. Un certain nombre de médecins qui ont reçu sa visite nous prient de mettre leurs confrères en garde contre ce jeune professionnel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). Professeur : M. Paul BAR. — Cours du jeudi soir par MM. LEQUEUX et METZGER, agrégés.

Ce cours gratuit spécialement destiné aux praticiens et aux étudiants ayant plus de 16 inscriptions porte uniquement sur les questions de pratique obstétricale à l'ordre du jour.

Il commencera le jeudi 24 novembre à 20 h. 1/2, et continuera les jeudis suivants à la même heure.

— HOPITAL SAINT-LOUIS (annexe Grancher). — CONFÉRENCES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE INFANTILES (salle de cours de l'annexe Grancher, entrée : 14, rue Grange-aux-Belles, 10e arr.). — M. le Dr Jules Renault commencera ses conférences de médecine infantile, le samedi 3 décembre, à 10 h. 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

M. le Dr Albert Mouchet commencera ses conférences de chirurgie infantile, le mardi 6 décembre, à 10 h. 1/2 du matin, et les continuera les mardis suivants, à la même heure. Examen des malades, le jeudi, pratiqué par les élèves eux-mêmes, sous la direction du chirurgien.

— LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le jeudi 1er décembre 1921, à 9 h. 1/2 du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de M. Pierre-Louis Marie, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, et de M. Brizard, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie; clinique de l'angine diphtérique et du croup; sérothérapie; tubage et trachéotomie; prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours et prendra fin le 15 décembre.

Tous les matins : visite; examen des malades.

Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement, MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze et pour une période de deux semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

ENSEIGNEMENT CLINIQUE COMPLÉMENTAIRE. — HÔPITAL TENON. — Les chefs de service de l'hôpital Tenon reprendront leurs conférences cliniques avec présentation de malades, le lundi 5 décembre prochain, à 11 h., à l'amphithéâtre des cours. Seules, les leçons de M. Darbois auront lieu dans le service de radiologie.

Chirurgie générale : professeur agrégé R. Proust (2e lundi), Dr Martin (2e et 4e mardis), Dr Houdard (1er et 3e lundis).

Nutrition et reins : professeur agrégé Rathery (2e et 4e samedis).

Tube digestif : professeur agrégé Lœper (1er et 3e jeudis).

Neurologie et endocrinologie : Dr P. Sainton (1er et 3e mardis).

Obstétrique : professeur agrégé Jeannin (2e et 4e jeudis).

Cœur, vaisseaux et reins : Dr C. Lian (1er et 3e samedis).

Radiologie : Dr Darbois (2e et 4e vendredis).

Curiethérapie et radiothérapie profonde : professeur agrégé Proust (4e lundi).

REVUE DES THÈSES

Le citrosalicylate de pipérazine; étude pharmacodynamique, physiologique et clinique (1), par PÉLISSIER.

Le citrosalicylate de pipérazine est un composé nouveau, défini, stable, soluble à 17 degrés dans l'eau, à raison de 3g75 pour 100. D'après ce que l'on sait de la théorie de l'uricémie, chacun de ses constituants est apte à jouer un rôle dans le traitement de cette diathèse. L'expérimentation pharmacodynamique montre que le citrosalicylate de pipérazine (urazine) augmente l'excrétion d'acide urique chez l'animal rendu artificiellement uricémique.

Les résultats cliniques sont du même ordre : chez les malades où le citrosalicylate de pipérazine a été expérimenté, Pélissier a trouvé les résultats suivants : amélioration de l'état général ; dans le sang, diminution ou même disparition de l'acide urique; dans l'urine, au début de l'administration du médicament, décharge d'urée et d'acide urique, puis diminution notable.

Le citrosalicylate de pipérazine a toujours été bien toléré jusqu'à la dose de 1g40 par jour, pris pendant huit jours. Pélissier n'a observé aucun trouble digestif, aucun accident urinaire, même chez les néphrétiques. La forme en comprimés ou granulés lui a paru la meilleure, les granulés offrant l'avantage de faire absorber, en même temps que le médicament lui-même, une assez grande quantité de liquide.

(1) Th. de Lyon, 1921.

REVUE GÉNÉRALE

LA PSYCHANALYSE

Par le Dr J. LHERMITTE.

Lorsque, dans la science, surgit une théorie nouvelle, de fait ou d'apparence, il est de règle qu'elle suscite, d'une part l'enthousiasme passionné de certains, persuadés qu'ils sont de leur hardiesse intellectuelle, et, d'autre part, la résistance ou l'incompréhension de ceux-là que l'on appelle dédaigneusement les conservateurs ou les traditionnalistes. L'histoire du développement de la psychanalyse peut assurément compter parmi les plus belles illustrations de la règle que nous venons de rappeler.

A côté d'adeptes dont la ferveur a, de toute évidence, dépassé toute mesure, se sont dressés, surtout dans les pays de langue latine, des savants qui, par une critique acérée, ont tenté de réduire à néant la nouvelle méthode. Mais il faut avouer que, malgré la justesse d'une partie des arguments critiques qui furent opposés à la psychanalyse, celle-ci manifeste une vitalité vraiment impressionnante et ne cesse d'attirer les esprits curieux de psychologie normale et pathologique.

Lorsqu'une théorie contient en elle une source de vie aussi profonde, il est bien exceptionnel qu'elle ne renferme pas tout au moins quelques parcelles de vérité; en tout cas elle commande l'attention et l'examen impartial. C'est précisément un aperçu général de cette méthode que, du consensus général, on appelle psychanalytique que nous voudrions exposer ici, persuadé que nous sommes qu'elle ne saurait être aujourd'hui, pour aucun médecin, sans intérêt.

Au vrai, la méthode psychanalytique est-elle une construction, un procédé absolument originaux et tout entiers sortis du cerveau de celui qui, pour la plupart des psychologues et des psychiâtres, doit être considéré comme le père de la psychanalyse? En aucune manière. Et si le vieil adage *natura non fecit saltus* demeure toujours vrai pour la nature, il s'applique avec non moins de justesse et de vérité au développement scientifique.

Encore que ce jugement paraisse à beaucoup un banal truisme, nous ne pouvons pas ne pas redire ici que la psychanalyse est un procédé qui trouve son origine dans la plus haute antiquité et qui, de tout temps, fut employé par les guérisseurs, les médecins, les directeurs de conscience.

Seulement, et c'est là un point à ne pas négliger, si l'on utilisait autrefois concurremment avec les méthodes de la psychologie classique, le procédé que depuis Freud on désigne du nom de psychanalyse, celle-ci était employée, pour ainsi dire, inconsciemment et mal dégagée des autres techniques d'investigation psychologique. La psychanalyse ne se présentait pas alors avec la netteté de contour et la logique de construction ainsi qu'elle nous apparait depuis les premiers travaux de l'école viennoise.

Contrairement à une croyance générale, ce n'est pas à Freud [celui-ci très loyalement le proclame (1)] que revient le mérite « d'avoir mis au monde la psychanalyse », mais à J. Bleuer (de Vienne). Et la première tentative de la méthode fut pratiquée sur une malade dont l'histoire pathologique est intéressante à un double point de vue. D'abord en ce qu'elle nous montre l'origine de certains troubles catalogués aujourd'hui encore comme hystériques, puis en ce qu'elle fait apparaître en son germe la méthode de la psychanalyse.

La malade suivie par Bleuer était une jeune fille âgée de vingt et un ans, très intelligente, laquelle présentait depuis deux ans une série de perturbations physiques et mentales : hémicontracture avec analgésie, toux de nature nerveuse, instabilité musculaire, hydrophobie. Enfin, de temps en temps, cette malade était sujette à des « absences » avec confusion, délire avec altération de la personnalité.

Le diagnostic d'accidents hystériques n'était assurément pas douteux, mais comme il ne suffit point de porter le diagnostic de névrose ou d'hystérie pour assurer la guérison et que, d'autre part, il convient pour traiter un malade de ce genre de connaître le point de départ physique ou psychique des accidents, Bleuer rechercha s'il ne serait pas possible de dépister la genèse au moins de quelques-unes des plus marquantes perturbations accusées par la malade. Tout ce qu'on apprenait, en effet, par l'anamnèse consistait dans ce fait que les premiers symptômes de la maladie étaient apparus alors que cette jeune fille soignait un père pour lequel elle professait une véritable adoration.

Ayant observé que pendant ses périodes « d'absence » la malade murmurait certaines phrases qui semblaient le reflet d'intimes préoccupations, Bleuer les lui répéta mot à mot dans l'espoir, justifié dans la suite, de déclencher les pensées qui la tourmentaient et ainsi de saisir le mobile caché des désordres psychiques. En effet, la malade se prit à évoquer à haute voix toute une série de fantaisies d'une profonde tristesse, des rêveries qui avaient pour thème une jeune fille au chevet de son père malade. Fait curieux, lorsque la malade avait extériorisé cet état affectif, elle se trouvait soulagée et reprenait une vie psychologique normale.

D'autres manifestations morbides, dont l'hydrophobie, disparurent d'une manière analogue. Un jour, en état d'hypnose, la malade raconta avec tous les signes d'un profond dégoût qu'elle s'était rendue dans la chambre d'une gouvernante qu'elle n'aimait pas et que le petit chien de celle-ci avait bu dans un verre. Par politesse, elle n'avait rien dit. Après avoir achevé son récit, la malade entra dans une violente colère contenue jusque-là; puis elle but une grande quantité d'eau et sortit de son état d'hypnose le verre aux lèvres. L'hydrophobie avait disparu et ne se manifesta plus dorénavant. Cette observation mettait ainsi en évidence ce fait capital que les accidents dits « hystériques » n'apparaissent pas comme une création fantaisiste et illogique d'une névrose qui peut tout simuler mais que chacun des accidents reconnait à son origine un choc psychique dont la tonalité se retrouve plus ou moins modifiée dans la perturbation morbide.

Rechercher le trauma psychique cause des accidents névropathiques devenait ainsi pour Bleuer l'acte fondamental, essentiel du traitement des maladies que nous appellerions aujourd'hui des psychonévroses. La méthode psychanalytique se trouvait ainsi ébauchée et aboutissait à une thérapeutique d'ordre psychologique et à mécanisme cathartique.

En s'efforçant de pénétrer plus profondément dans

(1) FREUD. Origine et développement de la psychanalyse, *Revue de Genève*, 1920, nos 6, 7 et 8.

le psychisme complexe que présentait la malade de Bleuer, Freud fut conduit à admettre que si l'évocation pure et simple de trauma psychique originel était insuffisante pour supprimer le symptôme morbide c'est que, en réalité, cette évocation était dépourvue de tonalité affective. Il en découlait que c'était probablement d'états psychologiques à forte tonalité affective refoulés, d'*affects réprimés*, que dépendait l'éclosion de certains accidents dits hystériques.

Ces états émotionnels qui demeurent latents, recouverts qu'ils sont par la vie psychologique consciente, persistent tantôt sans modifications essentielles et font sentir seulement leur refoulement par une perpétuelle irritation.

D'autres fois, au contraire, et ce sont là les faits les plus originaux, ces états affectifs *coincés* se transforment en processus physiques morbides, lesquels aboutiront, dans certains cas, à des troubles d'innervation d'ordre paralytique, à l'inhibition, dans certains autres à des phénomènes de suractivité fonctionnelle, c'est-à-dire à la contracture, aux spasmes, à l'agitation musculaire.

Cette transformation des processus affectifs refoulés, Freud la dénomme la *conversion hystérique*.

On l'a vu, Bleuer s'était servi pour démêler les traumas psychiques dont il supposait l'existence chez sa malade de la vieille méthode de l'hypnose. Peu enclin à cette méthode à laquelle il reproche avec raison son mystère et même son appareil quelque peu mystique, Freud résolut d'obtenir plus simplement la confession de ses malades en les priant d'évoquer en sa présence tous les souvenirs qui leur viennent à l'esprit, quelle qu'en puisse être l'incohérence, l'illogisme, la grossièreté ou le manque apparent de signification. Grâce à ce procédé fatigant et pénible, Freud put arriver à la conviction que, quoi qu'il en puisse paraître à un examen psychologique rapide, aucun de nos souvenirs affectifs n'est oublié et que s'ils ne dépassent pas le seuil de la conscience, c'est qu'il existe une force qui les refoule. Or, c'est précisément cette force, cette résistance opposée par le malade qui crée et maintient l'état morbide.

En se plaçant à ce point de vue, il est, en effet, aisé de concevoir la genèse des accidents présentés par la malade de Bleuer. A leur origine, se trouve le petit incident, en apparence insignifiant, que nous avons relaté et concernant la vision d'un chien répugnant qui s'abreuvait dans un verre.

La malade, on s'en souvient, surmonta, refréna, l'impression de dégoût que cette scène avait provoquée en elle, désireuse qu'elle était de n'en rien laisser paraître à son père souffrant.

Et la preuve que l'émotion ressentie par la malade s'était conservée intacte malgré son refoulement dans les profondeurs de la conscience, c'est que, aussitôt après que ce souvenir apparut en pleine lumière, l'état affectif primitif ressucita avec sa violence originelle. Cette libération détermina la guérison.

C'est sur l'idée de *résistance* opposée par certains états psychologiques inconscients que Freud s'appuya pour donner à la genèse des accidents hystériques une origine psychopathique originale.

Les manifestations de la névrose n'apparaissent pas, à la lumière de la psychanalyse freudienne, comme des accidents suscités par le caprice d'une névrose mais leur développement reconnaît une loi assez rigoureuse. En schématisant un peu, le mécanisme des symptômes de l'hystérie se décompose en deux grands processus étroitement enchaînés l'un à l'autre. Le premier, *actif*, consiste dans le *refoulement* d'un état affectif variable, mais que le sujet tient à ne pas extérioriser ; le second, *passif*, tient essentiellement dans la *résistance* opposée par cet état affectif refoulé, mais vivace dans l'inconscient, aux efforts tentés pour l'amener au seuil de la conscience.

Mais pourquoi cette résistance, cette opposition si difficilement réductible de certaines émotions : pour quelles raisons mystérieuses le sujet s'attache-t-il consciemment ou inconsciemment à ne rien laisser paraître de certains états de tonalité affective spéciale et propre à chaque individu ?

C'est ici qu'apparaît un des côtés les plus originaux de la doctrine de Freud et que se dévoile une des idées les plus profondes du médecin viennois.

Si certaines émotions, vivement ressenties, mais non extériorisées sont refoulées, c'est que le *désir* que l'on trouve toujours à l'origine des états émotionnels se trouve en opposition complète avec d'autres désirs de l'individu. En d'autres termes, le désir refréné est celui qui s'est trouvé inconciliable avec les aspirations morales et esthétiques qui donnent à la personnalité une grande partie de son caractère. L'acceptation de ce désir inconciliable avec l'ensemble de la personnalité aurait, de toute évidence, provoqué un conflit moral et un état affectif extrêmement pénibles. Aussi, pour s'épargner cette lutte épuisante, le sujet a-t-il recours au refoulement de l'émotion primitive dans l'inconscient. Suivant les termes mêmes de Freud, « le refoulement apparaît comme un moyen de protéger la personnalité psychique ». Tout ceci est, semble-t-il, assez clair mais apparaît comme un procédé assez banal au cours de la vie psychologique la mieux ordonnée.

Que faut-il donc au refoulement pour lui donner un caractère pathologique ? Tel est le problème que s'est posé Freud.

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, tout désir, tout état affectif refoulé n'est pas, *ipso facto*, éteint et oublié. Il s'en faut. Certains subsistent ayant gardé la vivacité de leur tonalité affective. « Le désir refoulé continue à subsister dans l'inconscient, il guette une occasion de se manifester et il réapparaît bientôt à la lumière. » Mais si cette apparition sur le seuil de la conscience se présentait avec tous ses traits originaux primitifs, nous ne serions en présence que d'une de ces multiples obsessions qui ne dépassent pas de beaucoup les frontières de l'état physiologique.

Ce qui donne au refoulement un caractère pathologique, c'est que l'émotion refoulée n'apparaît plus comme telle à la conscience, remplacée qu'elle est par une autre qui lui sert de *substitut* et à laquelle se relient toutes les impressions de malaise que le sujet croyait avoir définitivement écartées par le refoulement. Ce substitut de l'état affectif refoulé, cet *Ersatz*, n'est autre que le symptôme, la manifestation de la névrose. Ce n'est pas à dire cependant que, entre l'idée refoulée et le symptôme, on ne puisse retrouver quelques traits de ressemblance, mais ceux-ci sont essentiellement fragmentaires et c'est seulement par le travail lent et progressif du traitement cathartique qu'il sera possible de réédi-

fier la synthèse de l'émotion originelle, cause fondamentale de l'état morbide.

La méthode de la psychanalyse recherchera donc à reconstituer le complexe effectif refoulé en partant du symptôme lequel, nous venons de le voir, n'est que la traduction défigurée, méconnaissable de l'état affectif primitif.

Comme, en réalité, tout se tient dans la vie psychologique et qu'on ne saurait trouver aucune séparation complète entre les états de conscience les plus illuminés et les états d'inconscience les plus obscurs, il est possible par le simple jeu de l'association des états psychologiques de retrouver dans les profondeurs de l'inconscient l'émotion refoulée. Mais à une condition : que le jeu des associations soit libre et non plus refréné. Or, c'est là précisément que gît la difficulté. Pour la tourner, c'est-à-dire pour éviter, au cours de la psychanalyse, l'intervention du refoulement, il convient d'abord d'examiner les *idées qui surgissent spontanément dans l'esprit du malade*. Comme l'exprime Freud, ces idées spontanées, que le sujet considère comme insignifiantes, grossières ou stupides constituent pour le psychanalyste le minerai dont il extraira par de simples artifices le métal précieux. C'est que, en effet, ces idées spontanées contiennent souvent plus d'un trait caractéristique de l'état affectif refoulé dans l'inconscient.

Il s'en faut, d'ailleurs, que l'étude des idées spontanées soit le seul procédé dont fasse usage le psychanalyste : deux autres méthodes sont à sa disposition : *l'interprétation des rêves* et celle des *erreurs* ou des *lapsus*.

On sait assez combien l'antiquité attachait d'importance aux songes, aux rêveries et aux rêves et combien, aujourd'hui encore, la croyance à l'interprétation des rêves, parmi le peuple, demeure tenace; il est inutile de rappeler, d'autre part, que depuis longtemps le contenu du rêve a cessé d'intéresser les médecins. Et cependant, à y réfléchir, comment ne pas être frappé de l'intérêt que prend le psychiâtre à l'analyse complète d'un délire, lequel n'est bien souvent qu'un état psychologiquement très voisin, sinon identique au rêve banal, intérêt qui contraste si fort avec l'indifférence du médecin pour le rêve dit physiologique?

Cela n'a pas été, croyons-nous, un des moindres mérites de Freud et de son école d'avoir réintégré à une place qu'elle n'aurait jamais dû perdre, l'analyse psycho-pathologique du rêve.

Le rêve n'est-il pas, au fond, la projection déformée, incohérente, fantastique d'un désir, d'une tendance profonde de tout notre être et dont bien souvent notre conscience n'est pas avertie?

Mais il y a plus, l'étude des rêves ainsi qu'y insiste Freud est, pour la psychanalyste, du plus grand intérêt parce que l'analyse onirique nous permet de remonter à la source même de la vie psychologique. Par le rêve, dit Freud, c'est l'enfant qui continue à vivre dans l'homme, avec ses particularités et ses désirs, même ceux qui sont devenus inutiles. Et comme, selon la plupart des psychanalystes, les traumas psychiques responsables des névroses de l'âge adulte remontent le plus souvent à l'adolescence ou même à une période proche de la toute première enfance, on saisit l'importance que présente la recherche de ces désirs contenus et refoulés que peut exprimer la fantasmagorie en apparence déconcertante du processus onirique.

Outre l'analyse des idées spontanées et celle des rêves, il existe un autre procédé qu'utilise le psychanalyste et qui ne le cède en rien en intérêt aux précédents. Nous voulons parler de l'analyse et de l'interprétation de tous les actes innombrables de la vie de tous les jours que commettent aussi bien les individus normaux que les anormaux et qui présentent ce *caractère commun de manquer leur but.*

Ce sont des *actes-méprises*, des *ratés*, oublis inexplicables d'un nom propre, *lapsus linguæ* ou *calami*, maladresses corporelles, perte ou bris d'objets, tels sont ces petits méfaits auxquels personne n'attache d'importance et qui, pour le psychanalyste, s'avèrent souvent comme révélateurs d'un état d'âme. Il en va de même de ces *gestes habituels*, en apparence insignifiants comme ceux qui consistent à jouer avec un objet, à s'étirer les doigts, à modifier machinalement le pli d'un vêtement, de ces *gestes automatiques*, véritables *tics* dont nous ne cessons de voir autour de nous de nombreux exemples. Aucun d'eux ne doit laisser indifférent le psychanalyste puisque le moindre d'entre eux peut être chargé de signification psychologique. Il faut donc les considérer comme des symptômes puisque leur examen attentif peut conduire à mieux connaître notre vie intérieure.

De tout ceci il résulte que, contrairement aux méthodes d'investigation psychologique courantes, la psychanalyse ne se désintéresse d'aucun facteur, fût-il en apparence le plus négligeable, s'il peut nous renseigner sur certains de nos états psychiques, émotionnels, idéatifs ou affectifs. Son but, en dernière analyse consiste à ramener à la surface de la conscience tout ce qui en a été refoulé.

Telle est, simplifiée, la méthode de la psychanalyse. Que nous apprend-elle que nous ne sachions sur l'esprit des névropathes et des hystériques? Tel est le point qu'il nous faut aborder maintenant.

Ce que montre la psychanalyse, d'après Freud et tous les tenants de sa doctrine, c'est que les manifestations morbides qui forment la substance des états psycho-névropathiques depuis l'hystérie jusqu'au déséquilibre psychique confinant à la folie, se *rattachent toujours, de plus ou moins près, à l'instinct sexuel.* Les désirs pathologiques sont ainsi, au vrai, des composantes érotiques et les perturbations de la vie sexuelle doivent être regardées comme une des causes les plus importantes, sinon exclusive, de l'état morbide.

Telle est, dans une formule aussi ramassée que possible, l'essentiel de ce que nous permet d'apercevoir, au fond de l'âme des psycho-névropathes, la psychanalyse. On pense bien que ce résultat ne laissa pas de surprendre nombre de médecins habitués à étudier la psychologie morbide et suscita d'éclatantes protestations. Non pas que personne d'autorisé ne doutât des rapports pathogéniques par lesquels se relient *certains* états psychopathiques aux troubles de la vie sexuelle, mais ce qui surprit et même indigna ce fut la prétention avouée de la psychanalyse de réduire à un seul terme l'origine des états psychonévropathiques, et cette affirmation qu'à leur racine on trouvait constamment une perturbation de l'équilibre sexuel.

Qu'il y ait, de toute évidence, dans ces conclusions très unilatérales une part d'exagération inconsciente dont il serait facile de trouver la raison dans la croyance quasi-mystique des psychanalystes en leur méthode, on en conviendra facilement; mais,

d'autre part, on doit reconnaître que les arguments, les faits d'observation que nous apporte la méthode psychanalytique sont, par leur convergence, extrêmement impressionnants et conduisent à faire admettre la *légitimité partielle* des conclusions doctrinaires des psychanalystes.

Mais, tout de suite, une question se pose. Qu'entendent au juste Freud et les psychanalystes par les termes de « vie sexuelle », de « composante érotique », de *libido*. Dans l'esprit de Freud, le concept de libido déborde de beaucoup le cadre de la sexualité. La libido n'est pas, en effet, exclusivement le seul désir sexuel; elle est cela et bien autre chose. Elle est, ainsi que l'exprime très justement Claparède, « ce désir de bonheur ou de jouissance, cet intérêt pour tout ce qui est de nature à satisfaire nos besoins, que personne ne niera être le principe même de toute notre activité ». Et cela Pascal, avec sa vision profonde des mobiles les plus reculés des actions humaines, l'avait parfaitement vu, lui qui disait : « Tous les hommes désirent d'être heureux. Quels que moyens qu'ils y emploient, ils tendent tous à ce but. C'est le motif de toutes les actions de tous les hommes jusqu'à ceux qui se tuent et qui se perdent... Tout ce qui au monde est concupiscence de la chair, ou concupiscence des yeux, ou orgueil de la vie : *libido sentiendi, libido sciendi, libido dominandi.* »

Voici donc un premier résultat de la psychanalyse : la réintégration de la *libido*, du désir, parmi les mobiles les plus fondamentaux des actions humaines. Mais ce n'est pas tout. C'est un fait d'expérience quotidienne pour le médecin qu'en pathologie l'investigation, la recherche des causes morbigènes ne doit pas se borner au seul moment de l'éclosion de la maladie mais que souvent elle doit remonter bien au delà, et que, pour l'adulte, elle doit plonger dans la vie de l'adolescence et de l'enfance. Il en est tout de même pour ce qui est des affections que l'on désigne du terme de psycho-névrose. Leur origine apparente immédiate n'est fréquemment qu'un trompe-l'œil, leur source vient de plus haut. Une analyse patiente nous permet d'en apercevoir les premiers scintillements dans la toute première enfance. Mais, dira-t-on, n'y a-t-il point là contradiction formelle? Et est-il possible d'associer ces deux faits : l'origine de la maladie dans une perturbation de la libido, et, d'autre part, l'origine de la psycho-névrose précisément à un âge où fait défaut toute vie sexuelle.

L'opposition de ces deux propositions serait irréductible si ce dernier terme était exact, savoir que l'enfance est dépourvue de la *libido*. Selon Freud, l'enfant n'est nullement privé de l'instinct sexuel, et celui-ci n'apparaît pas seulement, comme on le croit communément, à l'époque de la puberté. Y a-t-il, d'ailleurs, une fonction humaine dont on ne puisse retrouver la racine chez l'enfant? pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'instinct sexuel? Seulement, indépendant de la fonction de reproduction à laquelle chez l'adulte il sera intimement associé, l'instinct sexuel de l'enfant apparaît décousu, complexe, dissocié. A la ressemblance avec les zones réflexogènes cutanées, muqueuses ou ostéo-articulaires qui sont, on le sait, chez l'enfant infiniment plus étendues que chez l'adulte, la « zone génitale » apparaît diffuse et se réduit seulement à certaines régions définies chez l'adolescent et l'adulte.

La vie sexuelle présente donc, non seulement une physionomie propre mais une *évolution*, une transformation des satisfactions, des désirs, des tendances érotiques de l'enfant, évolution qui aboutit à l'établissement des fonctions sexuelles définitives dont le but est la perpétuation de l'espèce. Cette évolution, cette canalisation de l'instinct sexuel est conditionnée par le refoulement énergique de certaines tendances érotiques non utiles à l'espèce, définitivement refrénées par les puissances morales développées par l'éducation.

Mais qui dit évolution sous-entend perturbations possibles de la fonction. Et c'est, selon Freud, précisément ce qu'il advient souvent. Au lieu de se concentrer, de se ramasser en vue de sa fonction définie qui demeure essentiellement de reproduction, la vie sexuelle de l'enfant demeure diffuse, éparse, comme fragmentée en *instincts partiels* dont chacun constitue une *perversion* puisque chacun d'eux substitue, au but sexuel normal, sa finalité particulière.

L'origine d'un grand nombre des névroses et des psychonévroses, nous la trouvons ainsi, selon la doctrine Freudienne, dans un trouble de l'évolution de l'instinct sexuel. Et la conclusion pratique qui en découle, c'est qu'il faut surveiller et diriger chez l'enfant cette vie sexuelle qui s'ébauche. Mais, ici, nous pénétrons sur un des terrains les plus dangereux qu'a explorés la psychanalyse, et, pour notre part, nous ne saurions trop insister sur la règle absolue pour le médecin de n'explorer qu'avec la plus extrême prudence cette chose si sensible déjà, si subtile et si complexe qu'est l'âme de l'enfant, même de l'enfant chez lequel s'ébauchent ce que les psychanalystes appellent des perversions sexuelles.

Mais si l'on admet, avec les psychanalystes, que nombre de psychonévroses tirent leur source de perturbations de la libido, que celles-ci se soient manifestées chez l'enfant ou chez l'adulte, il nous reste à nous demander pourquoi ces troubles ne se présentent pas simplement avec leurs traits caractéristiques et quelle raison veut qu'ils prennent le masque de la névrose.

Selon Freud, la maladie n'est pour les sujets atteints de perturbations sexuelles qu'une manifestation défensive, qu'un refuge approprié. Incapables de satisfaire dans la réalité les désirs que leur impose une *libido* déréglée « les malades se réfugient dans la maladie afin de pouvoir, grâce à elle, obtenir les plaisirs que la vie leur refuse. » (Freud). Les névroses ne possèdent donc ainsi aucun contenu psychique qui leur soit propre et, comme le dit G. Jung, les névropathes souffrent de ces mêmes complexes affectifs contre lesquels, nous aussi, hommes sains, nous luttons.

Un des objectifs fondamentaux de la psychanalyse est de mettre en pleine lumière, la tendance, le désir caché qui frémit dans l'inconscient et dont l'opposition irréductible à notre personnalité morale et esthétique produit le déséquilibre, la dysharmonie psychique qui est, au propre, la psychonévrose.

Mais, pourrait-on objecter, la libération, de l'inconscient, du désir comprimé et refoulé jusque-là, est-ce un bénéfice? et n'y a-t-il pas lieu de craindre que la suppression de la résistance n'ait pour conséquence le renforcement de ce désir dont précisément nous voulions à tout prix débarrasser notre personnalité?

En aucune manière répond Freud car c'est un fait

d'observation que « la force physique et psychique d'un désir est bien plus grande quand il baigne dans l'inconscient que lorsqu'il s'impose à la conscience (Freud).

Au reste, selon les psychanalystes, nous possédons trois moyens de rendre ces désirs rappelés à la conscience complètement inoffensifs. Le premier tient dans la condamnation absolue du désir par la critique de l'esprit du malade ; enfant, ce sujet n'avait pu maitriser quelque fantaisie issue de la *libido;* adulte, il fait jouer avec succès les forces éthiques et esthétiques que l'éducation, la réflexion, la pratique de la vie lui ont fait acquérir.

Le second moyen consiste dans le redressement du désir et sa réintégration dans une fonction normale. Enfin l'issue la plus souhaitable des tendances impérieuses et malaisément refrénées de la *libido* est réalisée par la *sublimation.* Par ce terme, on entend le déplacement de l'énergie qui accompagne le désir comme toute tendance sexuelle. C'est l'homologue, si l'on veut, du phénomène de transfert. Par la sublimation, à la fin sexuelle se substitue un objectif, un but plus élevé au point de vue moral ou esthétique.

Le développement de la psychanalyse n'en est pas resté là et d'étranges théories où le grotesque le dispute parfois à l'odieux ont fleuri sur le terrain psychologique que venait de remuer si profondément la méthode nouvelle. C'est ainsi qu'on en est arrivé à la doctrine du *pansexualisme* si chère à certains esprits d'Outre-Rhin.

Mais si les hypothèses les plus extravagantes, certaines même confinent au mysticisme délirant, ont trouvé dans l'esprit de nombre de psychanalystes, la foi ésotérique la plus absolue, il ne faut pas oublier ni méconnaître ce que contient de nouveau et de profondément vrai, parce que basé sur une pénétrante observation, la doctrine de Freud. A la classique psychologie elle a infusé un sang plus vif et ouvert des voies nouvelles. Beaucoup plus profondément que les méthodes de psychologie expérimentale qui limitaient leurs investigations au mécanisme apparent des processus psychologiques, la psychanalyse a voulu *scruter la raison* et *préciser l'origine* de ces processus. Aussi a-t-elle fait appel aux phénomènes les moins faciles d'accès, noyés qu'ils sont au sein de la mer sans bornes de l'inconscient. Et l'un des résultats auxquels a abouti la psychanalyse n'est autre que la confirmation de cette idée de Pascal auquel en matière de psychologie il faut toujours revenir : « le cœur a ses raisons que la raison ne connaît point. »

LIVRES NOUVEAUX

Le costume du médecin en France, des origines au XVII siècle (1), par le Dr CABANÈS.

Dans une élégante brochure d'un véritable cachet artistique, rendue particulièrement attrayante par de belles reproductions de gravures anciennes, le Dr Cabanès vient d'étudier le costume du médecin en France, depuis les origines jusqu'au XVIIe siècle. Cet ouvrage n'est qu'une tranche de l'*Histoire* complète du médecin que notre grand historiographe médical se doit d'écrire, et qu'il nous laisse d'ailleurs espérer, mais c'est une *tranche* d'un intérêt puissant que tous les médecins conserveront précieusement dans leur bibliothèque.

L. G.

(1) Un vol. in-8° carré de 32 pages, illustré, édité par P. Longuet, 34, rue Sedaine, Paris 1921.

LETTRE DU JAPON

Il n'y a pas encore un siècle que la médecine européenne est connue des Japonais.

Avant cette époque on pratiquait la médecine propre de notre pays. C'était plutôt la médecine sino-japonaise puisque les rapports entre la Chine et le Japon étaient très fréquents et la civilisation des deux pays en relation très intime Déjà on divisait les praticiens en médecins et en chirurgiens ; le rôle principal de ceux-ci étant le traitement des blessures, réduction des fractures et des luxations. En outre, avant l'introduction de la médecine occidentale, les chirurgiens japonais possédaient une science plus étendue, comme le prouvent les ouvrages remarquables qu'ils ont laissés et qui démontrent qu'ils avaient une connaissance assez approfondie des diverses affections chirurgicales, des malformations congénitales et même de l'antisepsie comme le témoigne l'emploi du saké pour le lavage des plaies.

Je cite un exemple : l'illustre chirurgien Hanaoka, dont on a célébré l'an dernier au Japon le centenaire de la mort, a décrit dans son Manuel Opératoire les différentes phases de l'ablation d'une tumeur du sein. Il savait ce que signifie l'envahissement des ganglions axillaires puisque cet état rendant la récidive inévitable, il en a formulé une contre-indication opératoire. Pour les hémorragies, il avait à sa disposition un médicament hémostatique, la ligature des artères lui étant encore inconnue. Hanaoka donnait à ses malades une infusion de belladone pour les anesthésier pendant les opérations. Il raconte comment il a lui-même retrouvé la plante décrite dans un livre ancien de la Chine, mais dont pendant des siècles les médecins avaient perdu le souvenir. Il a inventé le spéculum pour l'examen vaginal.

Le savant auquel le Japon doit l'introduction de la médecine européenne est un hollandais, le docteur von Siebold, dont le nom restera toujours gravé en reconnaissance dans notre mémoire. Il avait fondé une sorte d'école privée à Nagasaki, où il enseignait les sciences naturelles et la médecine, le nombre des élèves augmenta rapidement, on reconnut très vite la supériorité de la science européenne sur celle de la Chine surtout dans l'exactitude de ses descriptions Vraiment, c'était l'avènement d'une ère nouvelle : on traduisit les livres avec leurs illustrations, on apprit l'usage du thermomètre et du microscope.

Au commencement de l'ère de l'Empereur Meiji, c'est-à-dire vers 1870, au moment de l'organisation de la marine et de l'armée, on adopta le système anglais pour la première et le système allemand pour la seconde. Par conséquent, les chirurgiens militaires furent envoyés, soit en Angleterre, soit en Allemagne pour y faire leurs études.

Quant à notre enseignement universitaire, ce furent des savants allemands qui en devinrent professeurs, le docteur Baelz pour la médecine et le docteur Scriba pour la chirurgie. De cette époque datent les relations intimes entre les médecins allemands et les médecins japonais.

Maintenant, nous avons au Japon cinq Universités impériales auxquelles sont attachées des facultés de médecine. La plus ancienne et la plus importante étant à Tōkyō, les autres, à Kyōto, Fukuoka, Sendai et Sapporo. Chaque faculté possède deux chaires de chirurgie et dans les trois premières on a organisé, de plus, une chaire de chirurgie orthopédique. Les professeurs titulaires, les professeurs adjoints et les maîtres de conférences font leurs cours aux étudiants et leur donnent l'enseignement clinique. Un hôpital est rattaché à chaque faculté avec toutes les installations désirables ; les jeunes diplômés de l'Université y travaillent comme *internes* et assistants pendant une, deux ou même plusieurs années pour se spécialiser avant d'exercer leur profession. Outre ces facultés des universités impériales, il y a encore sept facultés et six écoles de médecine dont une pour les étudiantes, sans parler des écoles de chirurgie dentaire. Quelques-unes de ces facultés et écoles sont subventionnées par l'Etat, les autres sont provinciales ou privées, mais toutes sont munies d'un matériel suffisant sinon parfait.

Comme dans les autres pays, les chirurgiens japonais ont fondé une société savante dont la Revue paraît tous les mois. Cette Revue renferme des travaux originaux, des revues et

des analyses d'articles parus dans le monde entier. Le Congrès de chirurgie a lieu ordinairement pendant trois jours, au commencement d'avril, dans une ville désignée au Congrès précédent. Un sujet spécial est traité par un ou plusieurs rapporteurs élus d'avance. Nous avions à Tōkyō, cette année, le XXII[e] Congrès du 1[er] au 3 avril ; M le professeur Gotō de la Faculté de Fukuoka, rapporteur, a parlé sur la pathogénèse des ulcères gastro-intestinaux ; M. le professeur Shiota de la Faculté de Tōkyō, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de la Croix-Rouge japonaise à Paris, avait été le président du Congrès de l'année dernière. M. le professeur Moteki, de la Faculté de l'Université Keiō (Tōkyō), a parlé comme rapporteur sur le traitement des blessures de guerre. M. Moteki avait été, à Paris, assistant en chef de M. Shiota.

Nous avons aussi une société japonaise de chirurgie militaire, mais elle n'a pas grande importance.

Y a-t-il des affections chirurgicales spéciales au Japon? Non, il n'y en a pas. Mais parmi les affections si fréquentes en Europe, nous n'avons que très peu de cas d'échinococcose, de cysticercose et de goutte. Cela dépend sans doute de la différence d'alimentation, les prostatites sont aussi très rares. Dans ces dernières années, on commence de tous côtés à porter beaucoup d'intérêt à la France. Le nombre de ceux qui apprennent le français s'accroît tous les jours, surtout parmi la jeune génération; des bibliothèques s'abonnent à des revues et aux grands journaux, et nous connaissons assez bien le mouvement de la science médicale française. Ainsi, les travaux récents du professeur Quénu sur le choc traumatique ont attiré beaucoup notre attention, et différents auteurs japonais ont porté leurs recherches sur ce même sujet.

En terminant cet article, il me reste surtout à souhaiter que les Universités et les Laboratoires de France ouvrent leurs portes largement aux médecins japonais qui, ayant terminé leurs études, viennent en Europe pour se perfectionner dans la science médicale et se familiariser avec les dernières découvertes que l'éloignement de leur pays ne leur permet pas de suivre avec profit malgré leur désir.

D[r] BUNKEI TOTSUKA.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1921)

L'absorption sous-cutanée de l'oxygène dans les excursions en montagne et en avion. — M. Raoul BAYEUX, qui a déjà expérimenté sur lui-même à l'observatoire Vallot, au Mont-Blanc, le bénéfice que l'on peut tirer des injections sous-cutanées d'oxygène, apporte aujourd'hui une nouvelle contribution à cette question.

En montagne, et dans la chambre de décompression de Saint-Cyr, il s'est livré à de nouvelles expériences qui montrent que :

1° L'injection sous-cutanée d'oxygène permet d'affronter l'ascension rapide (en 42 minutes) à une très haute altitude (5.300 mètres), sans aucun danger, sans autre phénomène qu'une très légère augmentation des pulsations cardiaques et une *très légère* accélération des mouvements respiratoires;

2° L'absorption de l'oxygène se fait beaucoup plus rapidement pendant une ascension qu'en demeurant à une altitude plus basse ;

3° La résistance à l'absorption de l'oxygène diminue à mesure que l'altitude augmente.

Ces résultats sont de nature à autoriser l'emploi des injections sous-cutanées d'oxygène comme *préparation* aux ascensions en ballon aussi bien qu'aux voyages en avion. Quant à leur utilité dans les courses de l'alpinisme, M. Bayeux a montré qu'elles y ont fait leurs preuves.

Influence du sympathique sur la sensibilité; effets de la résection du sympathique sur le reliquat de sensibilité d'un membre dont les nerfs ont été sectionnés en presque totalité. — M. Auguste TOURNAY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1921)

La réforme de l'enseignement secondaire et l'hygiène. — M. LINOSSIER rappelle que la réforme de l'enseignement secondaire est en ce moment à l'ordre du jour du Conseil supérieur de l'Instruction publique. La tendance est de donner plus d'importance aux humanités, et, comme les représentants des langues vivantes et des sciences défendront pied à pied leurs positions actuelles, il est à craindre que les résultats soient une surcharge des programmes. M. Linossier demande à l'Académie de réclamer au nom de l'hygiène dont elle a la garde, pour la culture physique et les exercices de plein air, une part raisonnable.

Actuellement, un élève de sixième, qui a de dix à onze ans, est tenu neuf heures et demie par jour en classe ou en étude, et il a pour se reposer deux heures trois quarts de récréation. Aucun ouvrier, aucun employé, à plus forte raison aucun fonctionnaire n'accepterait d'être tenu neuf heures et demie dans un atelier ou un bureau, et on l'impose à des enfants de dix ans ! Il est vrai que n'étant ni conscients ni organisés, ils ne peuvent faire grève. C'est pourquoi M. Linossier prend leur défense et supplie l'Académie de réclamer pour ces pauvres petits, qui sont nos enfants et nos petits enfants, qui sont tout ce que la France a de plus précieux puisqu'ils sont son avenir et son espérance, au moins le bénéfice de la loi de huit heures.

Naturellement, les externes emportent à faire chez eux les devoirs qui exigent un temps de travail identique.

Comme ils perdent dans leurs courses pour aller au lycée et en revenir la plus grande partie des heures réservées aux internes pour leurs récréations, ils n'ont pas une heure par jour pour jouer. Le moindre incident dans la vie familiale, moins strictement réglée que celle du lycée, les oblige à diminuer leur sommeil, pour regagner le temps perdu.

On peut exprimer la crainte qu'en restreignant au profit de la culture physique le temps consacré jusqu'ici aux études proprement dites, on ne diminue dans une certaine mesure la valeur d'un enseignement à qui l'élite de la nation française est redevable en partie des qualités d'élégance, de finesse, de goût, de jugement, de sens littéraire et artistique qui sont pour notre pays une incomparable parure. Il n'en est rien. Il y a dans nos méthodes d'enseignement des vices qui entraînent un gaspillage de temps considérable. Si on réalisait des classes plus homogènes, si on écartait résolument de la culture classique ceux qui ne peuvent en tirer aucun bénéfice, on obtiendrait en moins de temps des résultats meilleurs, d'autant meilleurs que l'amélioration de la santé générale ne pourrait que rendre le travail plus facile et plus fructueux. On va bouleverser l'enseignement secondaire. Au moment où on s'apprête à reconstruire la maison, l'occasion est bonne de demander qu'on la reconstruise selon les lois de l'hygiène.

M. Linossier demande à l'Académie de nommer une Commission qui lui proposera, après étude, un vœu dans le sens d'un meilleur équilibre entre la culture physique et la culture intellectuelle dans les lycées.

M. LEGENDRE intervient à son tour et apporte de nouveaux arguments à l'appui de la thèse que vient de soutenir M. Linossier dont il appuie les conclusions.

Une Commission est nommée.

— A rapprocher des précédentes communications, celle de MM. MÉRY et VAILLANT sur un essai d'école de plein air.

Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal. — M. Marcel BRIAND. Beaucoup de maladies mentales présentent une période médico-légale qui en précède ou accompagne la confirmation. Le médecin légiste, appelé à examiner un délinquant ou un criminel, est souvent celui qui, le premier, décèle une psychopathie, évoluant silencieusement sans avoir encore attiré l'attention. La paralysie générale, les états confusionnels et divers autres troubles intellectuels à leur stade initial se révèlent souvent par des impulsions et des réactions antisociales susceptibles d'amener le malade devant les tribunaux ou tout au moins devant le médecin expert.

On sait aujourd'hui combien sont fréquentes les formes de l'encéphalite épidémique qui donnent une symptomatologie

mentale primitive ou secondaire. Même quand elle doit offrir ultérieurement de très gros signes d'ordre neurologique, l'affection peut débuter par une période de simples troubles du caractère. Les formes frustes en sont fréquentes, aussi bien les formes mentales que les formes neurologiques. Les unes ou les autres peuvent entraîner des réactions d'ordre médico-légal. Leur étude est d'autant plus importante que la symptomatologie de tout ordre est, elle-même, moins accusée.

C'est d'abord dans la forme mentale primitive de l'encéphalite que le sujet peut être amené à commettre des actes répréhensibles ou délictueux, inconscients ou demi-conscients, avant que le diagnostic symptomatique ait été fait. Cette forme clinique s'accompagne, en effet, fréquemment d'onirisme, d'illusions, d'hallucinations souvent terrifiantes, d'anxiété, avec, comme conséquences, des fugues et diverses réactions inattendues.

Une jeune fille de dix-huit ans cherche à se procurer, chez un costumier, des vêtements de théâtre pour vivre un roman rêvé d'aventures; un autre de nos malades (1), militaire hospitalisé, se lève au milieu de la nuit, s'empare des vêtements d'une infirmière, les revêt, erre dans l'hôpital à la recherche d'un moyen d'évasion, jusqu'à ce qu'un sous-officier de ronde l'interpelle et s'aperçoive, à sa grande surprise, qu'il se trouve en présence d'un homme. Le lendemain matin, le malade confus, désorienté, ne se souvenait que très vaguement du rêve qu'il avait vécu. Il avait commis un vol, préparé une fugue et peut-être une désertion. Il mourut peu de temps après avec tous les signes physiques de l'encéphalite.

Deux autres de nos malades (2) présentant un délire hallucinatoire à éclipse, mais conservant toujours des craintes de persécution, font tenté de se suicider en se frappant la tête contre les murs, en se précipitant par la fenêtre, en avalant de menus objets. Tous les deux ont, dans leur phase de lucidité, porté, contre leur entourage, des accusations mensongères, frappé les infirmiers qui s'efforçaient de les calmer, de les maintenir et de les alimenter. Leur sincérité en imposait.

Le Dr G. Petit (3) a relaté l'observation d'une jeune fille, qui, fiancée, fut atteinte d'encéphalite épidémique à forme mentale d'abord méconnue, avec onirisme nocturne et intervalles lucides. Les parents forcèrent la jeune fille à se marier. Après la célébration du mariage, la malade s'enfuit du domicile conjugual. Une action en divorce fut inténtée par le mari. La jeune femme fut finalement internée, après avoir fait de nouvelles fugues et tenté de se suicider. Le procès s'éteignit du fait de l'internement. Ici, comme pour nos malades, les signes neurologiques fugaces (paralysie passagère de la troisième paire, myolonies, etc., ont permis un diagnostic étiologique précis.

Le prof. Chavigny et le Dr Gelma ont observé un malade qui, avant d'offrir les signes d'une encéphalite léthargique typique, dans un accès onirique à demi-confus, fut arrêté par la police et considéré comme voleur jusqu'au moment où on s'aperçut qu'il avait agi dans une sorte d'état second et ne pouvait être considéré comme responsable de ses actes.

Fugues, vols, tentatives de suicide, dénonciations calomnieuses, violences vis-à-vis de l'entourage, sont des faits qui mettent suffisamment en évidence les réactions médico-légales que l'on peut observer au début ou au cours d'une encéphalite épidémique.

Les séquelles psychopathiques en sont tenaces et semblent susceptibles d'être interrompues par de longues périodes de rémission. Elles sont également capables de provoquer des réactions d'ordre médico-légal aussi importantes que les précédentes.

Une petite fille de douze ans, traitée en janvier 1920, dans un service d'enfants pour encéphalite épidémique, a dû être internée en octobre 1921, à Sainte-Anne. D'abord turbulente et anxieuse par accès, puis, perverse et mythomane, elle ameutait, par ses cris, les habitants de sa maison. Se posant en enfant martyr, elle accusait son père et sa mère de la maltraiter, de la priver de nourriture, etc. Cette enfant, autrefois douce de caractère et affectueuse, poussait la perversité jusqu'à se mordre et à s'écorcher la peau, pour faire croire à des actes de brutalité. Le père eut beaucoup de mal à se disculper devant ses voisins et à éviter une information judiciaire.

Ces faits ne sont-ils pas de nature à attirer l'attention du médecin-expert sur le côté médico-légal de certaines formes d'encéphalite épidémique?

Qu'il nous soit permis de regretter, à ce point de vue aussi bien qu'à celui de la clinique pure, qu'une réaction biologique ou humorale précise, ne permette pas encore de rechercher l'origine encéphalitique épidémique possible dans certaines affections psychiques malgré qu'elles ne s'accompagnent point de signes nets d'ordre neurologiques.

(1) *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 fév. 1920, et *Soc. de psych.*, 17 juin 1920. En collaboration avec M. Rouquier (du Val-de-Grâce).
(2) Loc. cit.
(3) G. Petit, *Société médico-psychologique*, avril 1921.

La phrénoscopie des psychopathes. — MM. Laignel-Lavastine et G. Maingot rendent compte de l'application de la méthode phénoscopique inventée par G. Maingot à l'examen d'une centaine de psychopathes. La phrénoscopie est l'examen radiologique du geste respiratoire et par extension des mouvements thoraciques tels qu'ils se manifestent sur l'écran. Analyse du caractère, elle peut renseigner sur les modifications de celui-ci dans les psychoses et les auteurs mettent en évidence quelques indices phrénoscopiques des paralytiques généraux, des mélancoliques, des anxieux, des déments précoces et des hystériques.

Cure de la dacryocystite chronique commune et du larmoiement par la dacryocysto-rhinostomie plastique. — MM. Dupuy-Dutemps et Bourguet communiquent un travail dont voici le résumé :

Les multiples procédés jusqu'ici employés pour guérir la dacryocystite et le larmoiement par une anastomose lacrymonasale ont constamment échoué; car la simple perforation qu'ils réalisaient se comblait régulièrement par bourgeonnement de ses bords laissés à vif.

Pour éviter cette oblitération, les auteurs, selon le principe élémentaire pour tout abouchement viscéral, ont suturé lèvre à lèvre la muqueuse du sac lacrymal et la pituitaire, incisées en regard l'une de l'autre, après résection de la paroi osseuse qui les sépare, de façon qu'elles puissent s'unir directement en formant au contour osseux un revêtement continu, empêchant l'occlusion cicatricielle. Opération sous anesthésie locale, par la voie cutanée, à l'aide d'une instrumentation simple.

La statistique des 80 cas, opérés depuis un temps variant entre vingt-deux mois et un mois, donne les résultats suivants :

Echecs (oblitération de l'orifice et persistance du larmoiement, sans retour de la suppuration) : 5 p. 100.

Succès partiels (larmoiement persistant malgré l'existence de la perméabilité anatomique) : 3,75 p. 100.

Succès complets et durables (avec disparition de tout larmoiement) : 91,25 p. 100.

Parmi ces derniers sont compris les trois seuls cas de larmoiement simple (sans dacryocystite) qui aient été encore guéris.

De tels résultats montrent quel important progrès est réalisé par cette méthode plastique dans la thérapeutique, jusqu'à présent si décevante, des affections lacrymales.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de trois correspondants étrangers (1re division).

Classement des candidats : en 1re ligne, MM. Cantacuzène (de Bucarest), Morquio (de Montevideo), Beveridge (de Londres); en deuxième ligne et par ordre alphabétique, MM. Salimbeni (d'Aquapendente), Johannessen (de Christiana), Malvoz (de Liége), Roffo (de Buenos-Aires), Escomel (d'Arequipa).

MM. Cantacuzène, Morquio et Beveridge sont élus.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1921)

Un cas de méningite chronique chez un nourrisson avec atonie musculaire (maladie d'Oppenheim ?). — M. Raoul Labbé et Mme de Larminat présentent un enfant de vingt-trois mois qui depuis l'âge de quatre mois, à la tête ballante par hypotonie musculaire.

L'affection a évolué en trois périodes :

1° Une phase méningée initiale avec circulation péricranienne, papille blanche, hyperexcitabilité des muscles de la nuque et des épaules. La ponction lombaire montre une pression forte avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

2° Phase de myotonie nette des membres et du tronc, pas d'atrophie, exagération des réflexes, excitabilité électrique normale.

3° Actuellement contractures, spasmes légers, tendance à l'amélioration spontanée.

Commémoratif, accouchement au forceps.

Wassermann légèrement positive. Traitement spécifique intensif sans résultat.

Discussion. — M. BABONNEIX. Il y a deux variétés d'affections avec hypotonie musculaire :

1° L'hypotonie congénitale, maladie d'Oppenheim, il y a des troubles des réactions électriques.

2° L'hypotonie par lésions cérébrales précoces. Les réactions électriques sont normales.

La présence d'un accouchement difficile, de spasmes, de troubles intellectuels, d'un Wassermann positif sont ici en faveur d'une encéphalopathie infantile.

Guérison par le traitement spécifique d'une hémiplégie et d'une paraplégie de nature indéterminée. — M. Raoul LABBÉ et Mme DE LARMINAT présentent deux fillettes de six et neuf ans atteintes, l'une d'une hémiplégie droite, l'autre de paraplégie. Début subaigu, apyrétique, progressif sans aucun commémoratif.

Dans l'hémiplégie, il y avait des réactions méningées du liquide céphalo-rachidien. R. D. à l'examen électrique. S'agissait-il de poliomyélite ?

Le traitement antisyphilitique énergique institué, a amené une amélioration nette et rapide. Guérison complète des deux cas.

M. BABONNEIX. Nombre d'hémiplégies d'origine spécifique chez les enfants se présentent sans aucun antécédent, 90 p. 100 des hémiplégies infantiles sont spécifiques.

Ictère congénital par absence de canal hépatique, survie de sept mois et demi. — MM. NOBÉCOURT et Henri JANET rapportent l'histoire d'un nourrisson chez qui un ictère par rétention typique apparaît à l'âge de deux jours et persiste jusqu'à la mort qui survient à sept mois et demi. Le diagnostic porté fut celui de malformation des voies biliaires. A l'autopsie, on trouve que le canal hépatique est absent ; la vésicule est remplie de liquide incolore ; le canal cystique est filiforme ; le foie est gros, dur, vert foncé. L'examen histologique montre de la sclérose périportale. Les auteurs font remarquer que la survie du malade a été relativement longue, ce qui est un fait rarement noté dans les quelques cas analogues antérieurement publiés.

Discussion. — M. VEAU. Dans ces cas, si le cystique est perméable et la vésicule distendue, on fait la cystenstérostomie. J'en ai fait deux cas.

Parfois l'occlusion complète du cholédoque est plus tardive. J'en ai opéré un cas à cinq ans, ictère depuis cinq mois, abouchement de la vésicule distendue à la peau.

Kyste du rein gauche. — MM. André MARTIN et Jacques RÉCAMIER. Il s'agit d'une enfant de quatorze ans. Ayant fait une chute sur le ventre en août 1919. Perte de connaissance. Vomissements. Repos, diète, glace.

Au bout d'une semaine, augmentation nette du volume de l'abdomen. De 1919 à 1921, l'état général reste bon. On fit plusieurs ponctions. On obtient une évacuation de trois litres de liquide. En août 1921, on constate une masse ovoïde remplissant le flanc et l'hypocondre gauches.

La radioscopie montre le refoulement de l'intestin à droite. Examen du sang normal. Pas de troubles urinaires.

Laparotomie paramédiane gauche. Le kyste est rétropéritonéal. On incise la séreuse. De gros vaisseaux serpentent à la surface de la poche ; on la ponctionne. La paroi postérieure adhère au plan vertébral et à l'aorte ; la poche a un aspect foncé, chagriné. Marsupialisation.

Malade très schokée, puis suites normales.

L'examen histologique (M. Lesné) montre de nombreux lymphatiques et des glomérules du rein.

Discussion. — M. VEAU. Le diagnostic de ces grosses tumeurs liquides du rein est extrêmement difficile. Un enfant de douze à quinze mois présentait une tumeur liquide du ventre. Vue par de nombreux médecins, tous les diagnostics, kystes du mésentère, péritonite tuberculeuse, etc., furent portés. A l'incision, on tombe sur une paroi si vasculaire que je suis obligé de marsupialiser la poche. L'écoulement de l'urine par la plaie fait seule faire diagnostic. Le rein fut ensuite enlevé facilement.

Dystrophie avec fragilité osseuse. — M. LANCE présente un enfant de huit ans et demi porteur de déformations thoraciques et des os de la jambe avec périostose considérable des péronés.

Il a eu dans l'enfance six fractures des deux radius avec luxation des deux têtes radiales et déformation considérable secondaire du radius gauche ; deux fractures du tiers supérieur du fémur gauche guéries avec un *allongement* de 2cm5 de l'os, amenant une déviation statique de la colonne vertébrale.

L'enfant présente actuellement une arthrite indolore du cou-de-pied gauche. En présence des antécédents familiaux de l'enfant, de l'arthrite, des périostoses l'auteur tend à rattacher dans ce cas la fragilité osseuse à l'hérédosyphilis.

Discussion. — M. BABONNEIX regrette que l'état du rein n'ait pas été recherché. M. Hutinel a depuis longtemps attiré l'attention des déformations osseuses, avec fracture, atrophie qui accompagnent l'infantilisme rénal [Hutinel et Harvier, Hutinel et Mayet, Jacob et Durand (1)]. Il a insisté sur le danger, mort par urémie, qu'il y avait à opérer ces malades.

Présentation de pièces d'un malade atteint de maladie de Hodgkin ou lymphogranulomatose. — MM. BARBIER, LEBÉE et REILLY. L'observation répond à la description classique de la maladie de Hodgkin.

Après une longue période (quatre ans) où l'enfant présentait uniquement deux gros ganglions dans la région cervicale gauche et où son aspect pâle et ses accès de fièvre fréquents le faisaient prendre et traiter comme un tuberculeux, il est entré à l'hôpital présentant une grosse rate et de nombreux ganglions trachéo-bronchiques et abdominaux.

Un traitement arsenical et un traitement radiothérapique restent sans résultat (le traitement radiothérapique amène une diminution de volume des ganglions et de la rate mais reste sans effet sur l'évolution générale) et l'enfant meurt à l'âge de sept ans après une longue période de cachexie (trois mois).

A l'autopsie, on trouve de nombreux et volumineux ganglions sans périadénite, une rate bosselée et des métastases hépatiques.

A l'examen histologique, on trouve des lésions typiques de lymphogranulomatose au niveau des ganglions et des métastases, et des lésions rappelant celles de la sclérose hypertrophique pulpaire au niveau de la rate, sans trace de métastases dans cet organe.

Sur un cas de bilharziose vésicale et intestinale chez un enfant. — MM. LEREBOULLET et NADAL présentent un petit Sénégalais de neuf ans chez lequel des hématuries répétées ont fait porter le diagnostic de bilharziose vésicale vérifié par la présence en grand nombre d'œufs de Schistosoma hématobium.

L'examen des matières fécales a permis de constater chez ce malade la présence d'autres parasites : œufs nombreux de Schistosoma Mansoni, agent de la bilharziose intestinale, anguillules stercorales démontrées par la culture et enfin des œufs nombreux d'ankylostomes ou de nécator, parasites voisins, habitant l'un et l'autre le duodénum.

Ces parasitoses multiples ont eu vraisemblablement chez cet enfant le même mode de pénétration, infestation par la voie cutanée au cours de bains fréquents dans une rivière contaminée du Sénégal.

L'enfant supporte d'ailleurs très bien sa maladie, réserve faite d'une anémie légère avec éosinophilie intense (19 p. 100 et 22 p. 100).

---

(1) Voir les analyses des travaux sur la question : *Gaz. des hôpit.*, n° 49, 21 et 23 juin 1921, p. 773.

Il est soumis au traitement par les injections intraveineuses d'émétique qui sont bien tolérées et qui paraissent agir favorablement.

Discussion. — M. Apert a observé un cas de bilharziose chez un mulâtre de la Martinique, avec diarrhée séreuse et un peu de sang, traitement par l'émétique.

Mort au cours d'une crise de vomissements avec acétonémie. — M. H. Dorlincourt rapporte l'observation d'un enfant de trois ans et demi, ayant succombé rapidement, au cours d'une crise de vomissements avec acétonémie. Le temps entre le début de la crise et le dénouement fatal n'a été que de dix-sept heures. Durant une première période la crise a évolué sans caractères particuliers de gravité, avec la symptomatologie habituelle, puis, subitement survinrent des phénomènes comateux bientôt suivis de crises convulsives toniques et cloniques. Enfin un syndrome hémorragique d'ictère grave termina l'évolution.

Fait intéressant, dans cette famille l'aîné a succombé dans les mêmes conditions, à l âge de cinq ans et demi : le second enfant est celui dont Dorlincourt rapporte l'observation, le troisième enfant est un nourrisson de sept mois, bien portant mais, qui présente déjà des phénomènes d'insuffisance hépatique caractérisés par des crises de diarrhée graisseuse, acide avec acholie totale. La mort au cours d'une crise de vomissements périodiques n'est pas fréquente, M. le professeur Marfan dans un travail récent sur la question rapporte que, dans la littérature médicale, on ne relève qu'une quinzaine d'observations et encore dans certains de ces cas, la mort serait plutôt le fait d'une complication secondaire que de la crise elle-même.

Les otites de la dentition. — M. Abrand. Ce sujet pose d'abord la question de l'existence des accidents de la dentition, non douteux pour l'auteur qui ne fait que suivre en cela des opinions autorisées.

Au cours de l'éruption dentaire, à tous les âges, peuvent survenir des otites, bénignes en général et à évolution rapide; mais pouvant quelquefois revêtir une forme sérieuse et se compliquer de mastoïdite.

L'évolution dentaire paraît agir en favorisant le développement d'une infection locale légère préexistante. L'otite de la dentition est plus fréquente chez les adénoïdiens.

Il ne faut donc pas, pratiquement, se contenter de rapporter une douleur d'oreille à une éruption dentaire constatée. Ce premier diagnostic comporte celui de l'état de l'oreille, surtout s'il y a température, et l'institution d'un traitement adéquat.

M. Barbier croit que chez des sujets prédisposés, l'éruption des dents peut amener des troubles digestifs, des crises épileptiformes comme il en a vu un cas provoqué par la pression sur la gencive et supprimé par l'incision de celle-ci, même des accidents simulant la méningite, mais il ne voit pas de relation de cause à effet entre l'éruption dentaire et une otite.

M. Comby ne croit pas aux accidents de la première dentition. Que la douleur chez les débiles, les nerveux amène de l'agitation — de crises — oui, mais il ne croit pas que l'issue d'une molaire puisse créer une otite.

Caractéristiques de l'aspect radioscopique du cœur chez l'enfant. — M. Duhem. L'orthodiagramme du cœur de l'enfant est différent de celui de l'adulte. L'arc de l'oreillette droite est bien plus accusé et les battements de l'oreillette se voient, l'arc de la crosse aortique est absent et n'est mesurable qu'à quinze ans, tout le pédicule vasculaire est plus court, l'arc ventriculaire gauche plus étalé. Le cœur de l'enfant est plus médian et avec l'âge se déplace vers la gauche.

L'indice ventriculaire est plus élevée que chez l'adulte (1,30 au lieu de 1,20). L'angle de l'oreillette très augmenté (60 ou 70° au lieu de 40 à 45°).

Mort par asphyxie brusque, par abcès médiastinal d'origine pottique. — MM. Barbier et Arbeit. Un enfant de dix-neuf mois est pris d'asphyxie brusque alors qu'il jouait sur les genoux de sa mère. Pas d'antécédents laryngés ou pulmonaires, tirage considérable, prédominant à droite, aucune expansion de la base droite, silence respiratoire absolu, on pense à un corps étranger bronchique. Radioscopie négative. Mort une heure après son entrée à l'hôpital. L'autopsie montre une médiastinite scléreuse et un abcès froid postérieur parti d'une ulcération superficielle du corps de la 5e vertèbre dorsale. Les auteurs se demandent si les accidents asphyxiques brusques ne sont pas dus à la compression du pneumogastrique. Ils citent un autre cas analogue.

Discussion. — M. Gillet cite un cas de mort subite dans un cas d'abcès ganglionnaire du cou avec énorme poche médiastinale. Toute tumeur intrathoracique expose à la mort subite, et les compagnies d'assurances sur la vie ne les assurent pas.

L'emploi de la soupe de babeurre condensée en diététique infantile. — M. G. Blechmann rappelle que l'emploi du babeurre dans le traitement des troubles digestifs du nourrisson rencontre en pratique des difficultés de divers ordres. Il a donc été amené à utiliser une bouillie de babeurre condensée, pure ou diluée, dont les premiers essais furent faits avant la guerre dans le service de M. le professeur Marfan.

Les résultats ont été très satisfaisants, en particulier, chez des nourrissons à l'allaitement artificiel, et présentant des troubles digestifs à répétition, chez des enfants sevrés prématurément et ayant montré une intolérance complète vis-à-vis du lait de vache et de tous ses succédanés (lait condensé, poudre de lait, etc.) ou convalescents de diarrhée grave (dans un cas, consécutive à une paratyphoïde), d'entéro-colite dysentériforme, chez quelques hypothrepsiques, etc.

M. Guy a constaté des différences importantes entre la composition de la soupe de babeurre condensée (fabriquée en Hollande) et la composition de celle faite à l'hôpital. Mais ses analyses ne seront publiées qu'après d'autres recherches complémentaires.

L'emploi de la soupe de babeurre mérite de se répandre à condition de ne la considérer que comme aliment de transition, et il y aurait intérêt à attirer l'attention des nourrisseurs francais sur l'importance de ce sous-produit du lait que l'on jette parfois ou que l'on fait ingérer aux porcs à l'engrais.

Vœux. — La Société de pédiatrie a voté, à l'unanimité, les deux vœux suivants :

1° La Société de pédiatrie de Paris, émue de la possibilité de voir attribuer à la chirurgie urinaire adulte le service de l'hôpital Trousseau, construit pour la chirurgie infantile et connaissant, d'autre part, l'insuffisance absolue des services médicaux et chirurgicaux de cet hôpital, proteste contre un projet qui va à l'encontre des intérêts des enfants de cette région de Paris et demande, à l'unanimité, qu'on s'en tienne à l'affectation exclusive de l'hôpital Trousseau, à la pathologie infantile.

2° Constatant que la fièvre typhoïde est très abondante, dans les hôpitaux d'enfants, souhaite qu'il soit organisé dans les consultations de ces hôpitaux des vaccinations bénévoles contre la fièvre typhoïde et que l'administration porte cette mesure par voie d'affiche à la connaissance du public.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 30 novembre. — Jury : MM. Delbet, président; Cunéo, Desmarest et Lardennois. — M. Cuello (L.). Les péritonites d'origine appendiculaire. — M. Latombe (Maurice). Implantations du fémur dans le tibia et du péroné dans le fémur.

Vendredi 2 décembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Nobécourt et Brindeau. — M. Varin (Robert). Etude comparée des médicaments antisyphilitiques. — M. Calas (Georges). L'endomyopéricardite rhumatismale chez l'enfant. — M. Létoublon (Joseph). Contribution à l'étude de la carie dentaire. — M. Beauchard (Louis). Le sérum antipneumococcique dans le traitement des bronchopneumonies chez l'enfant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 26 novembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic du pneumothorax. »

MM. Drouhard, 10; Augier, 20; Bouvier, 12; Bize, 20; Berdet, 15; Breton (René), 11; Mlle Boyer, 17; MM. Arnould, 13; Bouquet, 12; Avril, 19; Bouton, 8; Bardin, 12; Bertrand (Jean), 14; Mlle Braun, 19; MM. Bloch, 10; Bompart, 19; Bouvet, 12.

Anatomie. — Séance du 25 novembre. — Question donnée : « Surfaces articulaires et ligaments de l'articulation de la hanche. »

MM. Liège, 12; Larroumets, 18; Mlle Lacascade et MM. Leleu, 14; Martin, 12; Pépin-Lehalleur, 15; Maricot, 12; Maurice, 17; Meeus, 16; Marvaud, 14; Péchin, 12; Perrin (René), 15; Morigny, 13; Mlle Pau, 15; MM. Mathieu, 17; Peroz, 15; Perrin (Georges), 17; Moatti, 16; Méreau, 14.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — La commission administrative des hospices a décerné les récompenses suivantes pour 1920-1921 :

Prix Delord (440 fr.) : M. Guénard, interne de 4e année.

Prix de l'Administration (150 fr. de livres) : M. Lartigaut, interne de 3e année.

Prix du Dr Levieux (une trousse) : M. Laffargue, interne de 3e année.

Médailles de vermeil (récompense exceptionnelle, rappel) : M. Lasserre, interne de 2e année.

Médaille d'argent : MM. Chenut, Boisseris-Lacroix, Massias, internes de 3e année; Piéchaud, Labuchelle, internes de 2e année.

Médailles de bronze : MM. Jeanneney, interne de 3e année; Mangé, Michelet, Darrigade, internes de 2e année ; Massière, Princeteau, Moreau, Rioux, Cadenaule, internes de 1re année.

Médaille d'argent : M. Auriat, interne provisoire.

Médaille de bronze : MM. Germain, Massé, internes provisoires; Carrère (Jean), Flye Sainte-Marie, Chatard, Cazenave, Maginel, Debédat, Mlle Dubreuilh, MM. Traissac (André), Loubet, David-Chaussé, Copperic, Girou, Cloup, Delmas-Marsalet, Magnant, Lachapèle, Viaud, Gallé, Léonardon-Lapervenche, Marsat, externes titulaires.

Médaille d'argent : Mlle Proust, interne en pharmacie.

Médaille de bronze : M. Serre, interne en pharmacie.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Villar, Gleize, Pampouille, David, Chauvenet, Marre, Honton, Martial, Guinaudeau, Mlle Irasque, MM. Borrell, Guérin, Mlle Frouin, MM. Magendie, François dit Jonchères, Dervillée, Rubenthaler, Bon, Lacouture, Larauza, Guillaume, Malval, Cueille, Monlidous, Faucher, Farinaud, Jean Védrenne, Ramond, Mailhe, Doré, Ducaud, Martin, de Nas de Touris, Mahon, Henne-Bedat, Boyé, Gugenheim, Bourgarel, Ribon, Condé, Barthélemy, Borliachon, Mlle Degans, MM. Réquet, Peyré, Duhart, Broquère, Gaston, Galiacy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Il est créé à la Faculté de médecine de l'Université de Paris une chaire de clinique propédeutique (fondation de la Ville de Paris). Le Dr Emile Sergent, médecin de l'hôpital de la Charité, est nommé professeur de cette chaire.

— Fait presque sans précédent, une chaire professorale vient d'être confiée à un médecin des hôpitaux. Trop grande est la notoriété du nouvel élu pour que soit besoin de dresser le bilan de ses recherches scientifiques. Mieux vaut, peut-être, rappeler comment ses pairs ont été amenés à lui conférer l'investiture. Cette brillante carrière qui, en moins de vingt ans, l'a conduit à l'Académie et à la Faculté, il l'avait inaugurée par un échec. Il avait appris à ses dépens, que, bien souvent, l'agrégation mériterait de prendre place parmi les jeux de l'amour et du hasard... Comme tant d'autres, il aurait pu céder au découragement et laisser là tous les livres. L'exemple de Lucas-Championnière, auquel semblable mésaventure était arrivée jadis, l'en empêcha. Après avoir passé vingt-quatre

heures — et même un peu plus — à maudire ses juges, il se remet au travail. Portant plus loin qu'aucun de ses prédécesseurs « l'audace lumineuse de la pensée », il crée, de toutes pièces, la théorie de l'insuffisance surrénale, qui a permis de sauver tant d'existences. Abordant ensuite la question de la tuberculose pulmonaire, il l'envisage sous tous ses aspects : clinique, radiologique, thérapeutique, sociologique, apportant, à la solution de chaque problème, toutes les ressources d'un esprit subtil et avisé. En même temps, il organise, dans ses salles de la Charité, un cours libre destiné aux débutants, et où il prend la peine d'expliquer comment on percute, comment on ausculte, bref, comment on examine un malade. Tâche d'autant plus délicate que cet enseignement élémentaire est, de tous, le plus difficile, qu'il est à la base des études médicales, et que jamais, jusqu'alors, ne lui avait été accordée l'importance qu'il mérite. Les élèves accourent chez lui. Ils viennent en foule assister à ses leçons. Le voilà maître avant d'être professeur. L'attention du Conseil municipal finit par être attirée sur ce service modèle, où le chef s'occupe lui-même de former, de façonner, de diriger la jeunesse, et préside à la maïeutique des esprits. Une chaire lui est attribuée. Il pourra y donner toute sa mesure, lui dont la vaste intelligence remue tant d'idées, qui, en maintes circonstances, a fait œuvre de novateur, et qui unit, à la sagacité du clinicien, les plus rares qualités didactiques.

L. BABONNEIX.

— CONCOURS DU CLINICAT. — Sont proposés : MM. Mouzon (chef de clinique médicale adjoint); Schulmann (chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques adjoint; Morisson-Lacombe et Lantuéjouls (chefs de clinique obstétricale titulaires); Powilewicz, Hidden, Bénit (chefs de clinique obstétricale adjoints).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — La chaire d'anatomie comparée du Muséum national d'histoire naturelle, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater du 24 novembre 1921, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — La semaine dernière a eu lieu, à Lyon, à la Faculté de médecine, l'inauguration des plaques placées dans l'atrium de la Faculté de médecine à la mémoire des 206 étudiants en médecine lyonnais qui succombèrent au cours de la guerre sur les champs de bataille.

Des discours furent prononcés par M. Joubin, recteur de l'Université, M. Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine, et M. Herriot, maire de Lyon.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin principal de 1re classe Marotte, de l'hôpital militaire de Grenoble, est nommé directeur du Service de santé du 7e corps d'armée, à Besançon.

LE SERVICE MOBILE DES ÉPIDÉMIES. — Un décret vient de modifier le taux des indemnités attribuées au personnel du service mobile des épidémies.

Ce service est, on le sait, contrôlé et dirigé par un délégué du ministre pris parmi les médecins fonctionnaires des services de l'hygiène.

Le délégué du ministre reçoit une indemnité journalière de 20 francs pendant la durée de sa mission.

Le personnel composant le service mobile des épidémies comprend :

Trois médecins adjoints à l'inspection générale dont l'un, comme chef de laboratoire, reçoit une indemnité mensuelle de 1.500 francs.

Les deux autres reçoivent chacun une indemnité de 1.000 francs.

Un préparateur, 750 francs.

Un garçon de laboratoire, 583 francs.

En dehors de ces indemnités, et sans préjudice du remboursement des frais de transport occasionnés par ses déplaments de service, le personnel reçoit par journée de déplacement une indemnité fixée à :

30 francs pour les trois médecins.

15 francs pour les autres employés.

Le délégué du ministre reçoit par journée de déplacement une indemnité fixée à 30 francs.

BUREAU DE BIENFAISANCE DE BORDEAUX. — Le concours pour trois places de médecins adjoints s'est terminé par la nomination de MM. Guénard, Bermond et Bos.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN. — Le bureau, pour 1922, est ainsi composé :

Président : M. le prof. Ducamp; vice-présidents : MM. Astruc, le médecin principal Vallet; secrétaire général : M. le Dr Gaston Giraud; secrétaire général adjoint : M. le Dr H.-E. Vinon; secrétaire des séances : M. G. Milhaud; conseillers : MM. Boudet, Bousquet, Paul Delmas, Derrien, Grynfeltt, Villard; commission de contrôle : MM. Comte, Hedin, Izard.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS BALNÉAIRES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — L'asssemblée générale annuelle aura lieu le lundi 12 décembre, 12, rue de Seine, dans la salle des séances de la Société d'hydrologie.

Parmi les questions à l'ordre du jour :

1. Protestation contre la propagande faite en France par les stations allemandes;
2. Vœu de la Société du Mont-Dore concernant l'accès des établissements thermaux aux seuls malades munis d'une ordonnance médicale;
3. Candidatures;
4. Questions diverses.

Il est rappelé aux adhérents que l'Annuaire ne peut être mis à jour si tous nos confrères thermaux n'envoient leur adresse exacte et d'été et d'hiver.

Il est rappelé que les confrères qui doivent poser leur candidature doivent en adresser la demande à M. le prof. A. Robin, président du Syndicat, 18, rue Beaujon, Paris; qu'ils veuillent bien ne pas omettre de signaler les noms de deux parrains.

Adresser toute la correspondance concernant le Syndicat au secrétaire général, Dr R. Molinéry, 30, avenue Sainte-Marie, Saint-Mandé (Seine).

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sous la direction de M. le professeur P. Sebileau, MM. les Drs L. Dufourmentel, R. Miegeville, F. Bonnet-Roy, chefs de clinique et P. Truffert, assistant, feront, pendant le semestre d'hiver, un cours de perfectionnement théorique et pratique, avec présentation, examen et traitement des malades. Le cours commencera le samedi 3 décembre 1921, à 11 heures, à l'hôpital Lariboisière et continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Il comportera 20 leçons et sera suivi d'un cours de technique opératoire à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

S'inscrire à la Faculté de médecine. Droits d'inscription : 150 francs.

HOMMAGE A M. QUEYRAT. — Les élèves et les amis de M. le Dr Queyrat se proposent de lui offrir, au moment où il va quitter l'hôpital Cochin, une médaille gravée par M. Ch. Pillet, grand prix de Rome.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité. Toute souscription d'au moins 60 francs donnera droit à une reproduction en bronze de la médaille de M. Pillet.

Les souscriptions sont reçues par MM. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe). Comptes de chèques postaux : Paris 237-73.

SUR QUELQUES MODALITÉS DU RÉFLEXE CUTANÉ PLANTAIRE ET SUR SA PARTICIPATION AU RÉGIME DES RÉFLEXES CUTANÉS

Par MM. J.-A. BARRÉ et P. MORIN.

(*Travail de la Clinique neurologique de la Faculté de médecine de Strasbourg.*)

Depuis 1896, époque à laquelle M. Babinski a décrit à la Société de biologie — en vingt-cinq lignes — le précieux signe qui porte son nom, et précisé, au Congrès de Bruxelles d'abord, puis dans des articles classiques (1), toute une série de points concernant les modalités de ce réflexe, ses associations ordinaires, les précautions à prendre et les erreurs à éviter quand on le recherche, on n'a rien retranché à la valeur de ce signe, et M. Babinski était largement fondé à écrire en 1913 (2) : « Si les travaux publiés de toutes parts ont donné du poids aux notions que j'ai établies, ils ne les ont guère étendues. »

Si nous nous permettons aujourd'hui de prendre la parole sur cette question, c'est dans le seul but d'attirer l'attention sur quelques petits faits d'intérêt pratique dont nous n'avons pas trouvé la description ou l'interprétation dans les auteurs, et sur certaines remarques concernant la question du « Régime des réflexes cutanés » qui fut vivement discutée à une certaine période.

*
* *

1° En dehors des cas où la flexion dorsale du gros orteil est nette, qu'elle soit isolée ou accompagnée de celle des petits orteils, le phénomène de Babinski peut se présenter sous des formes frustes, c'est-à-dire que « le réflexe cutané plantaire peut revêtir des caractères en parties physiologiques et en partie pathologiques » (3). M. Babinski a donné de ces formes plusieurs exemples fréquemment observés. Mais il en est une, non étudiée à notre connaissance, que nous avons plusieurs fois rencontrée et qui nous a beaucoup intrigués :

Sous l'influence de l'excitation légère ou forte du bord externe ou du bord interne du pied, les petits orteils se mettaient en flexion dorsale, tandis que le gros orteil restait absolument immobile ou bien se fléchissait sur la plante.

Quelle valeur convenait-il à donner à ce type particulier de dissociation du réflexe cutané plantaire? L'extension isolée des petits orteils légitimait-elle l'idée d'une perturbation pyramidale ?

L'examen neurologique minutieux des sujets qui présentaient cette modalité réflexe curieuse ne nous apporta aucune raison de croire à l'existence d'un trouble pyramidal, et nous ne donnons jusqu'à présent à la réaction réflexe dont nous venons de parler *aucune signification pathologique.*

2° D'autre part, nous avons observé à diverses reprises, et succédant à des excitations d'intensité et de siège varié, une réaction assez singulière des petits orteils.

Ceux-ci ne s'étendent pas sur le dos du pied, ne se fléchissent pas sur la plante, mais ils s'allongent ; leurs dernières phalanges qui, au repos, se trouvaient en légère flexion sur les phalanges basales *rectifient leur attitude* en quelque sorte ; suivant les cas d'ailleurs, il existe en même temps un mouvement de rapprochement des orteils ou un léger écartement ; le gros orteil esquisse une ébauche de flexion plantaire ou le plus souvent demeure tout à fait immobile.

Comment convient-il d'interpréter cet autre mode de réaction ?

Eh bien, ici encore, dans les cas où nous l'avons relevé, il n'existait aucun autre signe de perturbation pyramidale.

Cet allongement des petits orteils quand il n'accompagne pas l'extension du gros orteil semble donc n'avoir aucune signification pathologique.

Ces deux modalités, à la vérité peu fréquentes du réflexe cutané plantaire nous ont paru mériter une courte description, et un essai d'interprétation.

Ce réflexe cutané a une telle importance pratique qu'il convient d'en connaître les multiples formes et de chercher à fixer leurs significations respectives.

Il est intéressant de noter maintenant que, pris dans leur ensemble, les *mouvements réflexes, isolés, des petits orteils ne paraissent pas avoir de valeur séméiologique réelle.* C'est, en définitive, le sens du mouvement du gros orteil qui garde la plus ferme valeur ; les petits orteils peuvent se fléchir, s'allonger, s'étendre, s'écarter même, sans qu'on doive, à nos yeux, tirer de ces réactions isolées une conclusion pratique ; c'est la flexion ou l'extension du gros orteil qui donne réellement la note normale ou pathologique du réflexe cutané plantaire ; aussi bien, nous sentons-nous portés actuellement à donner moins d'attention que par le passé aux mouvements réactionnels des petits orteils quand on excite la plante et à garder toute notre confiance pour le *phénomène du gros orteil,* quand il est positif.

*
* *

Mais voici une autre remarque. L'un de nous avait observé pendant la guerre que l'intensité de l'excitation jouait un rôle très important, non seulement sur l'apparition du réflexe cutané plantaire, ce qui avait été dit, mais encore sur sa forme.

Chez un premier sujet atteint de paraplégie motrice et sensitive absolue par lésion profonde, mais non complète de la moelle, les premières excitations de la plante amenaient une flexion franche, lente et ample de tous les orteils ; les excitations étant réitérés, cette réaction s'atténuait bientôt ; enfin, en les multipliant encore, il était possible d'obtenir une extension très nette et assez vive de tous les orteils.

Cette *transformation du réflexe* nous frappa beaucoup, et dans la suite nous prîmes l'habitude d'exciter la plante d'abord par un effleurage aussi faible que possible, pour augmenter ensuite l'intensité de la pression tout en notant les différentes réactions obtenues. Ce mode d'examen a été employé par beaucoup d'autres que par nous, et M. Babinski y a fait tout le premier une allusion. Nous tenons seulement à exposer ce que nous avons observé per-

(1) J. Babinski. Du phénomène des orteils et de sa valeur séméiologique, *Semaine méd.*, 1898, p. 321 et suiv. — Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique, *Gaz. des hôpit.*, 5 et 10 mai 1900.

(2) J. Babinski. *Exposé des travaux scientifiques*, 1913, p. 45, Masson et Cie.

(3) *Id.*, p. 39.

sonnellement en agissant ainsi depuis plusieurs années.

a. Dans un assez grand nombre de cas, *l'excitation faible provoque la flexion plantaire des orteils, tandis que l'excitation forte entraîne leur flexion dorsale.*

Chez certains sujets, même, on peut, *à volonté*, provoquer la flexion des orteils ou leur extension en excitant très doucement et avec précaution la plante du pied, ou au contraire, en grattant fortement (1).

M. Babinski, qui a certainement observé des faits semblables, y fait probablement allusion dans les lignes suivantes : « chez d'autres encore, le réflexe plantaire quel que soit la partie de la plante du pied qui est excitée se manifeste tantôt par de la flexion, tantôt par de l'extension des orteils. Dans ce dernier cas, ce sont généralement les premières excitations qui donnent lieu à de la flexion » (2).

Mais notre Maître n'insiste pas davantage sur les rapports du type de l'excitation avec telle ou telle modalité réflexe.

b. Chez d'autres sujets, l'*excitation la plus faible qu'il soit possible de pratiquer amène régulièrement comme toute excitation forte, une brusque extension des orteils,* suivie d'une sorte de clonus du gros orteil, avec parfois retrait du membre.

Le réflexe de cette modalité coïncide le plus souvent avec un état spasmodique que les contractures musculaires et le polycinétisme des réflexes tendineux traduisent de leur côté ()3.

Quelle interprétation devons-nous donner de ces deux modes de réaction? Pour les cas de la première catégorie, dirons-nous comme on l'a fait jusqu'ici : le réflexe se fait tantôt en flexion, tantôt en extension? nous croyons plus exact d'admettre que les deux réflexes, le normal et le pathologique coexistent; d'ailleurs M. Babinski avait déjà nettement admis cette possibilité : « Le phénomène des orteils ne dénote pas, dit-il, comme certains l'ont pensé une abolition du réflexe cutané plantaire normal; celui-ci peut être simplement masqué » (4), et M. Babinski montre que des excitations pratiquées en des points différents peuvent entraîner des réactions des orteils de sens opposé.

Nous ajoutons, nous, que des *excitations d'intensité convenable, pratiquées exactement sur la même zone* (et sans aucune ischémie préalable) *peuvent provoquer des réactions de sens contraire.*

Ce premier point établi, nous ajouterons la remarque suivante qui possède, à nos yeux, une certaine valeur théorique et pratique : il semble bien que chez les sujets dont nous nous occupons (catégorie *a*), le seuil d'*excitation du réflexe cutané plantaire* normal est nettement *plus faible que celui du phénomène des orteils*; parfois cette différence est légère; d'autres fois elle est très notable.

De plus il nous paraît utile d'insister sur un petit point de technique. Beaucoup de neurologistes ont l'habitude de tenir dans la paume de la main gauche le dos du pied dont ils excitent la plante avec l'autre main.

Nous pensons que cette façon de procéder peut favoriser l'apparition du réflexe pathologique, en ajoutant une excitation cutanée dorsale à l'excitation plantaire (1) et en créant une excitation globale qui dépasse d'emblée le seuil du réflexe de flexion plantaire. L'existence du réflexe en flexion, qu'une excitation convenable et isolée de la plante aurait pu déclencher se trouve ainsi masquée.

b. Pour le phénomène présenté par les sujets du groupe *b*, l'explication semble être la suivante : ou bien le réflexe cutané plantaire normal en flexion est aboli et le réflexe pathologique en extension apparaît seul, ou bien le seuil du réflexe anormal s'est abaissé au-dessous du réflexe normal.

La première hypothèse correspond, croyons-nous, au plus grand nombre de ces cas; mais il en est où il est possible de faire réapparaître le réflexe en flexion, soit en usant de la bande d'Esmarch comme cela a été indiqué, soit tout simplement en mettant le sujet en position ventrale, comme l'un de nous l'a montré avec M. Guillain (2).

*
* *

Les remarques qui précèdent nous permettent d'aborder maintenant la question du *régime des réflexes cutanés.*

D'une façon générale on assigne au réflexe cutané plantaire une place un peu à part dans le groupe des réflexes cutanés, et on admet qu'il est soumis à des règles en partie spéciales chez les sujets atteints de perturbation du système pyramidal.

Or, en étudiant le réflexe comme nous l'avons dit, et en observant le mouvement de réaction des orteils après l'excitation minima, et après l'excitation forte, nous sommes arrivés à cette conclusion :

a. *Dans presque tous les cas où l'excitation minima déclenche un réflexe cutané en flexion plantaire, les autres réflexes cutanés,* les crémastériens et les abdominaux en particulier, *sont présents.*

b. *Dans de nombreux cas où la plus faible excitation donne lieu à un réflexe en extension*, où par conséquent le réflexe cutané plantaire en flexion peut être aboli, les *réflexes crémastériens et abdominaux sont absents.*

8 fois sur 10, dans les cas d'hémiplégies, nous avons pu après avoir observé ce qui se produisait sous l'influence des excitations graduées de la plante, prévoir avec justesse l'état des autres réflexes cutanés; 8 fois sur 10, tous les réflexes cutanés examinés : plantaires, crémastériens, abdominaux, avaient suivi le même régime : ils étaient présents, diminués ou abolis en même temps.

Ainsi donc, et pour nous résumer, il y a lieu de dissocier parmi les mouvements des orteils qui peuvent se produire sous l'influence de l'excitation des téguments de la plante du pied deux types au moins de réflexes : le réflexe cutané en flexion et le réflexe en extension. Il n'y a pas un, mais au moins *deux réflexes cutanés qui peuvent coexister, et qu'on doit chercher à explorer à part.*

Ces réflexes peuvent exister séparément ou en même temps; ils peuvent se trouver à l'état pur ou combinés; ils peuvent apparaître l'un ou l'autre sui-

(1) Il convient naturellement d'espacer suffisamment les diverses excitations pour pouvoir interpréter légitimement les réactions obtenues.

(2) Babinski. *Loc. cit.*, p. 39.

(3) Nous nous bornons aujourd'hui à envisager ces deux types de réactions; il en est plusieurs autres, bien étudiés déjà au point de vue graphique, par MM. Verger et Abadie (*Nouvelle iconographie*, n° 1, 1904) et sur lesquels nous présenterons quelque jour certaines remarques.

(4) Babinski. *Loc. cit.*, p. 39.

(1) Babinski. *Loc. cit.*

(2) Georges Guillain et J.-A. Barré. *Travaux neurologiques de guerre*, p.

vant la région de la plante du pied où porte l'excitation, mais surtout peut-être, suivant le type fort ou faible des excitations pratiquées en un point quelconque de la plante du pied.

Ces réflexes ont des seuils différents. Le réflexe en flexion a d'ordinaire le seuil le plus bas.

De ces deux réflexes, l'un le réflexe en flexion, est le réflexe normal, l'autre, le réflexe en extension est pathologique (après les premières années de la vie au moins).

Ce dernier réflexe nous paraît appartenir non à la catégorie des réflexes cutanés ordinaires, mais à celles des réflexes de défense comme l'ont soutenu MM. Marie, Foix et Strohl; il en constitue probablement « l'ébauche minima »; et, comme l'un de nous l'a déjà indiqué avec M. Guillain, le bord externe et la partie moyenne de la plante paraît être, mieux que la face dorsale du pied, la zone optima qu'il convient d'exciter pour produire ce réflexe de défense.

A concevoir les choses comme nous le proposons, la question du régime des réflexes cutanés dans les perturbations pyramidales se trouve simplifiée : le réflexe cutané plantaire (réflexe en flexion), y est le plus souvent présent, diminué ou aboli en même temps que les autres réflexes cutanés.

Au lieu d'exciter la plante du pied, comme on le fait généralement, dans le seul désir de savoir s'il y a, ou s'il n'y a pas « extension des orteils », il importe de faire l'exploration pour étudier *deux réflexes* de catégorie différente qu'une excitation bien conduite et graduée peut utilement dissocier.

ACTUALITÉS

ALLERGIE ET ANERGIE

Prenons un cobaye neuf et injectons-lui sous la peau des bacilles tuberculeux; il se produit un chancre et de l'adénite qui se développent lentement. Au bout de trois semaines, refaisons au même animal une nouvelle injection d'une dose égale de bacilles : au lieu du nodule de la première inoculation apparaît, en trois ou quatre jours, une ecchymose, à laquelle succède un processus de nécrose qui tend à éliminer les microbes. Tel est le phénomène de Koch. Les réactions diffèrent suivant que l'organisme est tuberculisé ou non : tardives, médiocres et lentes, dans le dernier cas, elles sont précoces, intenses et rapides dans le premier. D'où le nom d'*allergie* (de ἄλλος, autre, et ἐργέιν agir) proposé par von Pirquet pour désigner la manière spéciale dont un organisme infecté réagit à une nouvelle infection du même virus.

De ce phénomène, von Pirquet n'hésita pas à chercher une interprétation purement chimique. Pour lui, tout antigène pénétrant dans l'organisme y provoque la formation de deux anticorps différents : 1° L'*antitoxine*, qui se combine avec la toxine et la neutralise; apparue vite, elle disparaît de même; 2° l'*ergine*, qui, au contraire, apparaît tardivement, mais persiste longtemps; elle se fixe sur un autre groupement moléculaire de l'antigène (allergène) inoffensif par lui-même, et de cette combinaison résulte un poison, l'*apotoxine*. Par suite, si la seconde inoculation d'antigène est très proche de la première, les accidents sont réduits au minimum parce que l'antitoxine, produite en excès, suffit à saturer la toxine, alors que l'ergine n'est pas encore formée en quantité suffisante; en revanche, si la seconde inoculation est assez éloignée de la première, l'antitoxine n'existe plus, l'ergine est abondante, l'apotoxine se forme aussitôt; les accidents se développent rapidement et avec intensité et évoluent dans une période de temps plus courte que la première fois.

On voit que le schéma de l'allergie, tel que l'a dessiné von Pirquet, se superpose presque exactement à celui de l'anaphylaxie de Ch. Richet. Inutile, je pense, de faire remarquer que c'est là une explication purement verbale. Antitoxine, ergine, allergène, apotoxine sont des mots, sous lesquels il n'y a pas de réalités chimiques. Nous ne savons à peu près rien des toxines tuberculeuses et encore moins des antitoxines. Tout au plus constatons-nous, dans les colloïdes de l'organisme infecté, des variations de propriétés physiques. Sont-elles l'expression de réactions chimiques? N'en sont-elles pas plutôt la condition?

* * *

Quoique simpliste et dépourvue de toute base positive, l'hypothèse de l'allergie fut appliquée à l'explication de faits cliniques et elle tient actuellement une place assez importante en pathogénie, notamment dans le domaine de la tuberculose.

La tuberculose est une maladie singulière, qui, souvent déroute par ses bizarreries. Elle affecte des caractères différents chez le jeune enfant et chez l'adulte, car la réaction ganglionnaire du premier manque chez le second qui a tendance à faire des poussées évolutives et à caséifier ses lésions. Or, l'enfant, considéré comme un organisme neuf, résiste souvent, et, dans ce cas, se trouve en quelque sorte immunisé, pourvu qu'il garde un foyer latent ou torpide qui sert à maintenir, dans les humeurs, les anticorps tuberculeux. Si, plus tard, il est réinfecté, comme c'est la règle (90 p. 100 des adultes sont, paraît-il, sensibles aux tuberculino-réactions, qui sont des réactions d'allergie), deux cas peuvent se présenter : ou bien la réinfection est minime, et la présence des anticorps suffit à faire jouer l'immunité acquise et maintenue, ou bien elle est massive et c'est l'allergie qui entre en jeu; autrement dit, tandis que, dans le premier cas, l'antitoxine intervient surtout, dans le dernier, c'est l'apotoxine, d'où les caractères particuliers des symptômes, et, par conséquent, nous assistons à une série de manifestations dont l'allergie semble rendre compte, ainsi que l'a déjà montré, ici même, M. Pruvost (*Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 51). Néanmoins, et ceci demeure plus obscur, la sensibilisation allergique est le plus ordinairement oscillante, tantôt maxima, au moment des poussées avec fièvre et aggravation des signes, tantôt minima, pendant les périodes de trêve et d'amélioration momentanée, suivant une espèce de rythme déjà signalé par Laënnec. Pourquoi ces exacerbations et ces atténuations alternatives? Reconnaissent-elles des causes proprement microbiennes ou organiques, sont-elles l'indice de réinoculations, d'un fléchissement ou d'une reprise périodiques de l'économie? l'allergie passe-t-elle par des phases opposées et successives d'hyperrésistance et d'hypersensibilité, comme on le suppose à défaut d'une meilleure explication? Nous l'ignorons.

Il a été fait appel à l'intervention de l'allergie pour d'autres maladies, et aussi pour la vaccine, car M. P. Gastinel a récemment soutenu que les fausses-vaccines ne sont que des réactions d'allergie caractérisées par la précocité et la rapidité de leur

évolution. En ce qui regarde la syphilis, qui ne manque pas d'analogie clinique avec la tuberculose, M. BABONNEIX n'admet guère, à titre de réactions allergiques probables, que les neuro-récidives, observées parfois au cours du traitement arsenical tréponématolytique, remarquables, en effet, par leur précocité, leur intensité et leur peu de durée.

*
* *

Somme toute, il y a, ainsi que divers auteurs l'ont noté, une grande ressemblance entre l'allergie et l'anaphylaxie. Pour l'une comme pour l'autre, il faut une première inoculation, suivie à un certain intervalle d'une seconde inoculation du même antigène. Cependant la comparaison ne peut pas être poussée très loin. Des doses très faibles d'antigène, administrées avant l'injection déchaînante, suppriment le choc anaphylactique; des quantités minimes de bacilles tuberculeux ne protègent pas contre les effets d'inoculations massives, ce qui a fait dire que l'immunité conférée par une première atteinte de tuberculose est instable et incomplète, ce qui manque de clarté. En outre, il est des circonstances où l'allergie disparaît; ainsi les réactions tuberculiniques deviennent négatives, non seulement au cours de maladies intercurrentes, telles que la typhoïde, la rougeole, la grippe, le rhumatisme articulaire aigu, mais aussi dans la fièvre hectique, à la période cachectique et dans la granulie. On a réservé le nom d'*anergie* à cette absence de réaction. Elle n'est effectivement superposable, jusqu'à présent, à aucun phénomène anaphylactique et demeure totalement incompréhensible avec l'interprétation de VON PIRQUET. En effet, d'après l'hypothèse admise, antigènes et anticorps, mis en présence, doivent aussi nécessairement se neutraliser que des acides et des bases. Mais si les anticorps ne se produisent pas? Ils ne peuvent pas ne pas se produire, suivant leur définition, car autrement toutes les théories humorales de l'immunité et de la sensibilisation enseignées aujourd'hui tomberaient à plat; s'il n'y a pas de réaction dans l'immunité naturelle, c'est justement, dit-on, parce que l'anticorps existe préformé dans l'organisme réfractaire et annihile tout de suite l'antigène. Va-t-on supposer que les antigènes de la maladie intercurrente ont fixé les anticorps tuberculeux ou en ont supprimé la production? On ne le saurait, puisque les anticorps sont soi-disant spécifiques et que, d'ailleurs, les bacilles tuberculeux sont toujours là pour en assurer la formation. Et si la matière spéciale qui fournit les anticorps s'épuise? Cette éventualité paraît possible quand il y a une énorme multiplication des microbes. Alors comment expliquer qu'une tuberculino-réaction positive devienne négative pendant une dothiénentérie pour redevenir positive après la guérison? Est-ce parce que la matière spéciale a pu se reformer pendant l'évolution de la maladie intercurrente? Mais rien ne prouve que si cette maladie n'était pas survenue, la réaction fut devenue négative, etc.

Dans le cadre où on les a placé, allergie et anergie soulèvent donc beaucoup de difficultés. Les faits sont là et il n'y a pas à les nier, mais l'interprétation chimique qu'on s'obstine à leur donner apparaît incapable de les éclairer. Il en faut chercher une autre, si nous ne voulons pas continuer à piétiner sur place, à prendre des mots pour des explications et à échouer assez misérablement dans nos tentatives thérapeutiques. Et cette autre, c'est l'étude des variations des complexes colloïdaux qui nous la fournira. J'en ai dit assez sur ce sujet, en parlant de la spécificité des sérums et de l'anaphylaxie, pour n'avoir pas à y revenir encore. J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1921)

Deux cas de gangrène pulmonaire, traités par le pneumothorax et le sérum antigangréneux associés, l'un après plus de sept mois d'évolution, l'autre au quatorzième jour de la maladie. Guérison. — MM. DENÉCHAU (d'Angers), ESTÈVE et QUARTIER concluent à l'action réelle du pneumothorax et de la sérothérapie associés dans la gangrène pulmonaire qu'il s'agisse d'un cas récent comme dans la deuxième observation, ou d'un cas ancien (7 mois) comme chez le premier malade.

Le premier malade fut intéressant par l'action de la médication sur des lésions rhumatismales et des troubles trophiques intercurrents.

Perforation typhique du diverticule de Meckel. — MM. André LÉRI et DESCHAMPS présentent un diverticule perforé au cours d'une fièvre typhoïde.

La perforation porte à l'extrémité du diverticule. Dans cinq cas analogues trouvés dans la littérature, la perforation était également à l'extrémité. Le fait tient certainement à ce que le diverticule de Meckel, reliquat du canal omphalomésentérique, est dépourvu de musculeuse à sa pointe et qu'à ce niveau la muqueuse est directement en contact avec la séreuse. La perforation doit donc se produire avec une particulière facilité.

Il est à remarquer que, dans ce cas, les signes de perforation ont fait défaut, parce que le diverticule était enfoncé dans le petit bassin sur lequel l'intestin formait pour ainsi dire bouchon et limitait la péritonite purulente.

Pseudo-paraplégie par arthropathie tabétique des deux hanches. — MM. André LÉRI et LEROND présentent une malade qui est considérée depuis vingt ans comme une paraplégique. Le début a été brusque, et l'aspect rappelle à première vue, celui d'une paraplégie flasque typique. Mais en réalité on constate que la paralysie ne frappe que les muscles qui s'insèrent des deux côtés de la hanche (extenseurs et fléchisseurs de la cuisse, extenseurs de la jambe) et qu'il y a des deux côtés un raccourcissement relatif et une mobilité passive anormale des cuisses. La radiographie montre une arthropathie des deux hanches, dont le début brusque et en apparence simultané avait déterminé le tableau d'une grande paraplégie flasque.

Rupture spontanée du cœur (*présentation de pièce*). — MM. E. BAUDOUIN et FOUCHÉ ont observé dans le service de M. Louis Ramond un cas de rupture complète de la face antérieure du ventricule gauche, près de la pointe due à un infarctus du myocarde chez une malade de soixante-sept ans athéromateux. Des études macroscopiques et microscopiques ultérieures rechercheront l'oblitération causale d'une des branches de la coronaire antérieure.

Il y avait en même temps un hémopéricarde comme il arrive le plus souvent. Des douleurs épigastriques violentes, de l'angoisse ont constitué pendant douze heures le tableau clinique.

Or, dans la plupart des cas, l'installation de l'hémopéricarde est silencieuse, la lésion ne se traduit que par la mort brusque, MM. Baudouin et Fouché opposent cette forme relativement lente, analogue à ce qui se passe lors de la plaie traumatique du cœur, à la forme foudroyante, celle-ci demeurant d'ailleurs la plus fréquente.

M. Louis RAMOND insiste sur l'intérêt clinique de cette forme lente de rupture spontanée. Méconnue, elle peut entraîner des erreurs de diagnostic susceptibles de provoquer l'intervention de la médecine légale. Elle présente cependant

des symptômes suffisants pour être reconnue pourvu qu'on y pense devant un syndrome épigastralgique avec lipothymies, inexpliqué par une lésion des organes sous-diaphragmatiques. Son diagnostic précoce pourrait entraîner la discussion de l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Névrite paludéenne du nerf circonflexe. — MM. Paisseau, Schoeffer et Alcheck, présentent un malade atteint de névrite du nerf circonflexe. L'apparition de cette paralysie du deltoïde au cours d'accès palustres dus au parasite de la tierce bénigne, chez un sujet jeune, robuste, indemne de toute maladie infectieuse antérieure, de syphilis et d'alcoolisme, permet d'affirmer son origine paludéenne.

Le paludisme peut provoquer des paralysies oculaires, laryngées, des polynévrites généralisées, des névrites localisées. Ces névrites périphériques sont une complication rare du paludisme, leur localisation est variable, sans prédilection manifeste pour un nerf déterminé. Toutefois les auteurs n'ont pas retrouvé d'autres exemples de la localisation au circonflexe.

Cette névrite a présenté les caractères habituels des névrites palustres, elle a été précédée de phénomènes douloureux assez intenses, mais s'est installée brusquement pendant la nuit, le lendemain d'un accès. La paralysie tout d'abord nettement limitée au deltoïde s'est légèrement étendue aux sus et sous-épineux, l'impotence fonctionnelle est complète, l'atrophie musculaire très accusée; les phénomènes douloureux du début ont disparu, le territoire du circonflexe est légèrement hypoesthésié. Cette paralysie s'est accompagnée d'une réaction de dégénérescence totale en rapport avec son évolution qui ne manifeste depuis quatre mois aucune tendance à l'amélioration. Ce pronostic des névrites palustres est d'ailleurs généralement grave, au point de vue fonctionnel.

Traitement de l'arthrite blennoragique avec hydarthrose et pyarthrose par la réinjection sous cutanée du liquide articulaire. — MM. H. Dufour, Thiers et Mme Aleхévosky, rapportent l'observation de deux femmes qu'ils ont traitées et guéries par l'injection du liquide retiré de l'articulation (genou).

La première présentait une pyarthrose du genou dont le pus contenait des gonocoques. elle fut ponctionnée trois fois et réinjectée chaque fois à la dose de 3 à 5 centimètres cubes. La guérison fut obtenue en quinze jours.

La seconde porteuse d'un hydarthrose blennoragique du genou fut réinjectée une seule fois avec 20 centimètres cubes de liquide articulaire, elle fut guérie en quatre jours.

Au lieu de recourir à d'autres traitements chirurgicaux ou sérothérapiques, mieux vaut essayer une thérapeutique si simple, si inoffensive et si efficace.

Lithiase biliaire d'origine typhique. — MM. Dufour et A. Ravina rapportent l'observation d'une malade, qui trente-deux jours après le début d'une fièvre typhoïde est succombée à la suite d'une pleurésie purulente développée tardivement.

L'autopsie a permis de déceler l'existence d'une dizaine de calculs dont les plus gros avaient le volume d'un pois.

Ces calculs ont été soigneusement lavés à l'eau stérilisée puis à l'alcool absolu, coupés en deux, leur portion centrale a servi à ensemencer des bouillons. Du bacille d'Eberth a poussé en culture pure comme dans l'hémoculture faite au début de la maladie.

Discussion sur la nature d'un cas de splénopneumonie (pleurésie enkystée ou tuberculose). — MM. Caussade et P. Deberdt rapportent l'observation d'une splénopneumonie survenue chez un jeune homme de vingt-quatre ans et d'une manière assez brusque. Cette splénopneumonie fut caractérisée par les signes physiques classiques d'un épanchement pleural et confirmée par la radiographie et trois ponctions. Celles-ci ont permis de retirer de la sérosité, des cellules épithéliales et des entéroscopes seulement.

La durée de la phase aiguë a été de soixante-quatorze jours. Le trentième jour a apparu une expectoration abondante contenant quelques polynucléaires en sus des mêmes éléments cyto-bactériologiques trouvés par les ponctions.

Pendant les quarante-quatre jours qui suivirent, la fièvre s'abaissa et fut en rapport avec l'émission de l'expectoration.

La régression des lésions se fit dans le même sens en deux étapes successives et de bas en haut.

La convalescence fut longue et dura plus de six mois et marquée par la persistance d'un foyer pulmonaire à la partie moyenne du poumon droit, une hémoptysie abondante survenue quatre mois après la phase aiguë et par un rhumatisme articulaire aigu généralisé mais rebelle au salicylate de soude.

Les auteurs pensent pouvoir ranger ces cas dans ceux décrits par Ardin-Deltheil et Raymond concernant des cas de splénopneumonies étendues, marquant des pleurésies enkystées, mais font des réserves sur la nature tuberculeuse de leur malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 17 novembre 1921)

Fracture par tassement de l'extrémité inférieure du radius et du semi-lunaire. — M. Chevrier fait un rapport sur une observation de M. Bertin (de Marseille) qui a constaté cette lésion chez une jeune femme, consécutivement à une chute sur la paume de la main.

Occlusion intestinale de cause rare. — M. Chevrier rapporte deux observations de MM. Bertin et Aube (de Marseille), accidents aigus d'occlusion nécessitant une laparotomie. Dans les deux cas, étranglement du grêle dans un orifice mésentérique. S'agissait-il d'une perforation dans le mésentère ou d'un défaut d'accolement? M. Chevrier ne peut le savoir, l'observation n'étant pas suffisamment précisée, et discute sur la pathogénie de ces accidents.

M. Baudet pense qu'il doit s'agir d'étranglement dans une fossette due à un défaut d'accolement.

Un point de technique de radiumthérapie des cancers du rectum. — M. Proust attire l'attention sur un point de technique qu'il a employé dans quelques cas de cancers du rectum; incision rétro-anale, il ouvre l'espace décollable rétrorectal et applique les tubes groupés jusqu'au niveau du promontoire; il peut laisser douze petits tubes pendant trois jours; il est mieux de protéger le sacrum par une lame d'or recouverte de caoutchouc.

M. Alglave a traité, avec le concours de M. Saleil, plusieurs cancers du rectum; il fait la section de l'S iliaque, isolement du bout inférieur et place le radium par l'anus, inclus dans un tube d'aluminium que l'on peut allonger à volonté et dont le bout inférieur est fixé à la peau près de l'orifice anal.

Calcul du pancréas extrait par pancréatotomie. — M. P. Duval rapporte l'observation d'un malade ayant eu des crises douloureuses très aiguës, avec vomissements; on crut à un calcul rénal, une incision exploratrice ne montra rien; M. Duval pensa lui à un calcul de la vésicule; une intervention lui permit de constater l'intégrité des voies biliaires, mais la présence d'un calcul du pancréas qu'il eut de grandes difficultés à extraire. Suture du pancréas, fermeture du ventre sans drainage. Au bout d'un mois les phénomènes douloureux réapparaissant, on constata la présence d'un amas de concrétions calculeuses dans toute la tête du pancréas. C'est actuellement une lithiase pancréatique diffuse.

M. P. Duval reprend l'étude de la question des calculs du pancréas, peu souvent observés et opérés jusqu'à ce jour; il analyse les observations publiées et hésite à poser des indications opératoires bien nettes; vingt et un cas d'extraction ont été publiés jusqu'à ce jour.

MM. Alglave, Chevassu et Bazy prennent part à la discussion.

(Séance du 23 novembre 1921)

Sténose du pylore des nouveau-nés. — M. Veau insiste sur l'importance de l'examen radioscopique pour assurer un diagnostic précoce et indiquer une intervention également précoce. M. Barré, qui pratique cet examen chez les petits malades opérés par M. Veau, appelle l'attention sur ce fait qu'il faut distinguer la sténose vraie du pylore de la sténose par simple contraction passagère du pylore.

Plusieurs autopsies ont démontré des cas de sténose vraie qui n'ont pas été reconnus.

Implantation secondaire du fémur dans le tibia. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation de M. Coupé. Il s'agit d'une blessure de guerre datant de juillet 1916 : destruction de la moitié inférieure du fémur, membre ballant, suppuration. On pensa à l'amputation de la cuisse; M. Coupé tenta d'implanter le fémur dans la partie supérieure du tibia. Malgré la suppuration, résultat excellent, consolidation, bon résultat fonctionnel.

M. ALGLAVE apportera un fait analogue.

Emphysème abdominal sous-cutané. — M. LAPOINTE fait un premier rapport sur une observation adressée par un confrère d'Agen : opération d'appendicite à froid, suites normales. Au dixième jour, apparition d'un emphysème sous-cutané dont il est difficile d'expliquer l'origine, la plaie étant complètement fermée.

Péritonite chronique par stase cæcale. — Second rapport de M. LAPOINTE sur une observation adressée par M. Descarpentier. Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans atteinte de vomissements constants. On l'opère pour une appendicite chronique; les vomissements persistent. On la traite pour une péritonite tuberculeuse, puis pour un ulcère gastrique; seconde laparotomie, gastro-entérostomie postérieure. Deux semaines après, réapparition des vomissements; on fait alors une duodéno-jéjunostomie. Enfin, un examen radioscopique bien fait montre qu'il s'agit d'une affection cæcale (stase cæcale); quatrième laparotomie pour une hémicolectomie droite.

A propos de cette observation, M. Lapointe fait observer que si l'on avait procédé à des examens radioscopiques répétés et bien faits, on serait arrivé plus tôt au vrai diagnostic de stase cæcale et on aurait pu éviter à cette malade trois ou quatre opérations inutiles.

M. DUVAL appuie fortement la juste réflexion de M. Lapointe et insiste sur ce fait que, dans ce cas, il y a eu erreur de diagnostic et, par suite, erreur thérapeutique qui auraient pu être évitées.

Anévrisme de la sous-clavière. — M. LAPOINTE fait un troisième rapport sur une observation d'anévrisme de la sous-clavière adressée par M. Lagoutte (du Creusot) et opère avec succès par la section de l'artère entre deux ligatures et par l'extirpation de la poche anévrismale.

Ostéomyélite de la rotule. — M. MOUCHET rapporte une observation de M. Dugué. Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une broncho-pneumonie grippale, fut atteint d'arthrite du genou droit avec épanchement. Le membre, très douloureux, est immobilisé, trois ponctions successives amènent un liquide louche. Au niveau de la rotule existe un point particulièrement sensible au toucher; il se produit une fistule, l'examen radioscopique révèle une rotule poreuse, avec la présence d'un séquestre. Il s'agit donc d'une ostéomyélite de la rotule. M. Dugué a procédé à l'extraction de cette rotule sans ouvrir la cavité articulaire. Le résultat fut très satisfaisant. Le malade marche bien malgré une certaine atrophie musculaire. Vingt mois après l'opération, la radioscopie ne montrait aucune trace de reproduction de la rotule.

M. Mouchet fait observer que ces cas d'ostéomyélite de la rotule sont très rares. Il rappelle un travail de M. Walther sur ce sujet et il n'a pu réunir jusqu'ici que dix-huit cas publiés.

Ostéomes du ligament rotulien. — M. DUJARRIER résume la discussion qui a eu lieu sur ce sujet et conclut en disant que c'est dans la tubérosité antérieure du tibia qu'il faut rechercher l'origine de ces ostéomes des ligaments rotuliens.

Lésions traumatiques du genou. — M. MATHIEU fait deux rapports :

Le premier rapport a trait à trois observations de lésion traumatique du genou : une double fracture transversale des ménisques, une luxation récente d'un ménisque, une entorse du genou avec hémarthrose, guérison spontanée.

Le second rapport a trait à une intéressante observation adressée par M. Carrié (de Lyon). Il s'agit d'une luxation intrapelvienne de la tête fémorale avec une tranche isolée de la cavité cotyloïde. Un jeune garçon fait une chute de motocyclette et tombe sur le côté droit. La radiographie montre un renfoncement de la cavité cotyloïde et une luxation intrapelvienne de la tête fémorale. Ce sont là lésions graves qui, si elles ne sont pas traitées immédiatement, entraînent une ankylose définitive de la hanche. M. Carrié pratiqua le toucher rectal, enfonça le fragment osseux et la tête du côté de la cavité cotyloïde, appliqua un appareil plâtré avec extension continue pendant six semaines. Guérison parfaite, le malade a conservé tous les mouvements de la hanche, consolidation absolue, réduction parfaite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1921)

Procédé simplifié de dosage de l'azote non protéique dans le sang. — MM. A. GRIGAUT et J. THIÉRY exposent une méthode nouvelle de dosage de l'azote non protéique du sang qui n'est autre qu'une application du procédé de destruction de la matière organique par l'acide sulfurique, l'acide trichloracétique et le cuivre qu'ils ont décrit antérieurement et dont ils ont donné une première application pour l'urine. Ce procédé permet d'éviter les manipulations longues et laborieuses des procédés antérieurs et notamment la centrifugation de la mixture hydrolisée. Les résultats obtenus sont conformes à ceux donnés par les précédentes méthodes.

Bacille de Shiga auto-agglutinable. Caractères sérologiques. — M. Ch. ZŒLLER. Le bacille atypique en émulsion dans l'eau salée à 5 p. 100 est agglutiné par un sérum anti-Shiga et à un taux moindre par le sérum anti-Flexner.

Il fixe le complément en présence d'un sérum anti-Shiga.

L'épreuve de l'immunisation croisée au moyen du bacille atypique et du bacille typique s'est montrée positive.

Une culture prolongée dans un bouillon étendu d'eau distillée où le bacille atypique pousse en trouble homogène, ne suffit pas à lui faire perdre son caractère d'auto-agglutinabilité qui reparaît dès qu'on le repique en bouillon ordinaire.

La méthode d'imprégnation de del Rio Hortega appliquée à l'étude des pigments des crustacés. — M. J. VERNE. La méthode d'imprégnation au carbonate d'argent ammoniacal, employée par del Rio Hortega sur le pigment de la peau humaine, a été utilisée par l'auteur sur le pigment des crustacés. Les résultats obtenus sont superposables à ceux de del Rio Hortega. Ils montrent l'existence des éléments dont le contenu se transforme par la suite en mélanine et en permettent l'étude avec facilité. Ces éléments avaient été mis en évidence par des procédés histochimiques dans un autre travail publié par l'auteur.

Action des solutions de Ringer hypertoniques sur le cœur de l'escargot. — M. H. CARDOT. Les solutions dont la concentration est égale à trois fois celle de la solution physiologique arrêtent le cœur en diastole. Dans les solutions hypertoniques moins concentrées, le cœur présente un rythme lent, à très grandes systoles, qui s'établit à la place du rythme rapide normal, après une période transitoire, marquée tantôt par des pauses diastoliques, tantôt par un phénomène de Block portant très nettement sur une systole sur deux, tandis que les systoles intercalaires augmentent graduellement d'amplitude jusqu'à établissement du rythme lent et régulier correspondant à la solution hypertonique, rythme qui peut se maintenir pendant de longues heures. Tous les faits observés sont les mêmes, que le ventricule soit relié encore à l'oreillette ou qu'il soit complètement isolé.

Sur les localisations cytologiques d'une peroxydase et sur leur présence dans des éléments sexuels. — M. Marcel PRENANT. La peroxydase étudiée est toujours cytoplasmique et localisée sur des corps figurés. On l'observe notamment dans les cellules séminales des pulmonées. Elle n'a cependant aucune importance dans la fécondation.

Pyocyanoïdes et réaction de l'antiprotéase. — M. A. FALQUE. La réaction de l'antiprotéase a permis à l'auteur d'étendre sur le bacille pyocyanique la notion d'espèce au delà des limites jusqu'alors établies. D'une réalisation assez

facile et d'une grande sensibilité, elle est susceptible d'intervenir pour classer une bactérie protéolytique à l'étude quand les éléments habituels font défaut.

Election. — M. NÈGRE est nommé membre titulaire.

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1921)

Action du gardénal sur les manifestations leucocytaires de l'hémoclasie digestive chez des épileptiques. — MM. D. SANTENOISE et J. TINEL signalent l'action intéressante du gardénal sur les réactions leucocytaires du choc hémoclasique digestif.

Chez des épileptiques qui présentaient une leucopénie digestive très caractérisée, ils ont observé la suppression de cette leucopénie sous l'action du gardénal administré pendant quelques jours. La suspension du traitement fait immédiatement réapparaître la leucopénie du choc alimentaire.

Il y a, du reste, parallélisme entre cette action suspensive du gardénal et les modifications qu'il semble déterminer sur l'intensité et le sens du réflexe oculo-cardiaque. Sous l'action du médicament le ralentissement habituel du rythme cardiaque obtenu par compression oculaire, s'atténue, disparaît ou s'inverse, parallèlement à l'atténuation, la suppression ou l'inversion des réactions leucocytaires.

Il semble, par conséquent, que pour se manifester par la leucopénie, le choc alimentaire exige un état particulier du système nerveux organo-végétatif.

La transformation des réactions vagotoniques en réactions sympathicotoniques obtenue, par exemple, sous l'influence du gardénal, empêche la manifestation leucocytaire du choc.

M. PAGNIEZ. Il ne faut tenir compte que des grosses leucopénies, des différences de 1.500 à 2.000 leucocytes n'ayant pas toute la valeur qu'on leur attribuait autrefois. D'autre part, l'action du gardénal est loin d'être constante; j'ai vu un cas où, bien qu'il ait supprimé momentanément les crises, il n'avait exercé aucune influence sur le choc hémoclasique.

Dosage des substances insaponifiables autres que la cholestérine dans les tissus. — M. Pierre LEMELAND dose, dans les principaux organes (foie, rein, poumons, muscles) du lapin normal, les substances insaponifiables autres que la cholestérine.

La proportion de ces substances est souvent supérieure à celle de la cholestérine. Il est d'ailleurs à remarquer que ces substances donnent, par les réactions de Liebermann et Salkowski, des colorations rouge-brun qui rendent illusoire le dosage de la cholestérine par colorimétrie en présence de ces substances.

Choc passif chez le cobaye par injection intracardiaque de sérum d'intolérant et d'arsenobenzène. — M. A. TZANCK a montré que le sérum de sujets intolérants aux arsenobenzènes injectés directement dans le cœur du cobaye additionné d'un centigramme de sulfarsenol détermine au bout de trois minutes environ une crise convulsive comparable aux phénomènes d'anaphylaxie passive.

Ni le sérum d'intolérant seul, ni le sulfarsenol seul n'ont donné de crises de cet ordre.

Le sérum de sujets tolérants ne détermine point de crise dans les mêmes conditions.

Sur le mécanisme de l'incoagulabilité du sang par les arsenobenzènes; action sur les globulins (1re note). — MM. Ch. FLANDIN et A. TZANCK, dans une première note sur le mécanisme de l'incoagulabilité du sang par les arsenobenzènes, signalent la non-agglutination des globulins.

Mesures de l'activité respiratoire. — M. WALLER, dont l'opinion est confirmée par M. Ch. Richet, attribue, dans le dosage, plus d'importance pratique à CO^2 qu'à O, opinion combattue par M. LANGLOIS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1921)

A propos de la lithiase biliaire. — M. PAUCHET pense que la lithiase biliaire, maladie médicale, consécutive à l'angiocholécystite, doit être traitée médicalement, même opérée, pendant quelques mois ou quelques années par l'hygiène alimentaire, la bile et l'huile minérale qui combattent la constipation et provoquent le flux biliaire favorable au balayage des canalicules hépatiques après l'opération, la cure de Vichy est encore plus utile qu'avant, l'expulsion des calculs et leur arrêt dans le cholédoque, n'étant plus à craindre. Il y a intérêt à faire des opérations précoces, les interventions pour calculs du cholédoque surtout chez les ictériques étant graves, pour calculs vésiculaires étant inoffensives.

Sésamoïde externe bipartitum des deux gros orteils. — M. A. MOUCHET présente les radiographies et l'observation d'un blessé de dix-huit ans qui avait reçu une pièce métallique lourde sur le gros orteil droit. Entorse phalango-phalanginienne et douleurs à la tête du premier métatarsien où il existe une bipartition congénitale du sésamoïde externe à droite comme à gauche. La bipartition du sésamoïde interne est plus fréquente ainsi que M. Mouchet en a présenté plusieurs cas cette année à la Société de chirurgie.

Apophyse tibiale antérieure (Prétendue maladie de Schlatter). — M. A. MOUCHET en présente un cas : la radiographie simule une fracture de la tubérosité antérieure du tibia. C'est une pure apophyse de croissance.

Le tartro-bismuthate de potasse en thérapeutique. — MM. A. MARIE et FOURCADE ont observé dix cas de syphilis neurotrope heureusement traitée par ce médicament. Les syphilis diffusés paraissent plus rebelles.

M. CHASSEVANT pense qu'avant de poursuivre ces expériences sur l'homme, il serait peut-être utile de revoir les travaux sur la toxicité du bismuth et son élimination.

L'obésité chez la femme. — M. LECLERCQ pense que l'obésité alimentaires est rare chez la femme cinquantenaire, sobre par tempérament. Cette obésité, d'ordre toxique, est la conséquence de l'atrophie fonctionnelle de l'ovaire.

Greffe du prépuce sur le pouce dans un cas de brûlure de la main. — M. DARTIGUES, dans un cas de brûlure grave de la main (enfant de 21 mois) avec destruction des doigts, le squelette métacarpo-phalangien du pouce étant conservé comme le montrait la radiographie, refit à ce pouce décharné avec tendons à peu près intacts, une gaîne cutanée avec le fourreau génital fourni par le prépuce après circoncision. La greffe a très bien pris, l'enfant à huit ans et possède des mouvements de préhension.

De la vaccinothérapie antigonococcique. — M. LE FUR estime que cette méthode est excellente, mais que les insuccès sont dûs à ce que l'on ne tient pas assez compte des microbes associés. Les auto et autohétéro-vaccins sont préférables aux stocks-vaccins. La vaccinothérapie doit être réservée à la période subaiguë et chronique.

Le Maroc hygiénique et pittoresque. — M. MARTIAL fait une conférence fort intéressante avec projections sur ce sujet.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EAUX MINÉRALES

PAS D'ATTEINTE PORTÉE AU MONOPOLE DES PHARMACIENS LORSQU'UN TIERS AUTORISÉ RÉGULIÈREMENT VEND DES SOUS-PRODUITS

Le Syndicat des pharmaciens de l'Ardèche et de la Drôme avait cité devant le Tribunal correctionnel de Die un épicier en gros de Valence pour avoir mis en vente des pastilles de Vichy-Etat, ainsi que sa préposée, pour complicité de ce délit. Il avait fait plaider qu'il était interdit aux épiciers, comme à toutes autres personnes qui n'étaient pas pourvues du diplôme de pharmacien, de débiter des substances médicamenteuses. Or, dit-il, les pastilles de Vichy sont à base de bicarbonate de soude ; elles sont donc un médicament.

Le Tribunal de Die n'a pas admis cette thèse; et la Cour de

Grenoble, dans son arrêt du 16 décembre 1920, a confirmé le jugement du Tribunal.

Les deux juridictions ont fait observer, en fait, que les pastilles vendues étaient des pastilles dites de Vichy-Etat, fabriquées par la Compagnie fermière des eaux minérales de Vichy, en incorporant à un mélange de sucre et de gomme des sels naturels extraits de ces eaux, sans aucune addition de bicarbonate de soude ou de tous autres produits médicamenteux.

La Cour ajoute :

« Attendu, en droit, que l'exploitation et la vente des eaux minérales sont régies par une législation spéciale résultant, notamment, de l'arrêt du Conseil du 8 mai 1781, toujours en vigueur, et de l'ordonnance du 18 juin 1823 qui les ont entièrement soustraites au monopole des pharmaciens;

Qu'aux termes d'une jurisprudence aujourd'hui fixée, et d'ailleurs très fortement motivée, cette législation s'applique, non seulement à la vente des eaux elles-mêmes, mais encore à celle des sels extraits de ces eaux et débitées, soit en poudre, soit sous forme de comprimés ou de pastilles; qu'en effet, la surveillance administrative qui s'exerce, en vertu des règlements sur la matière, sur tous les modes d'exploitation des eaux ou de leurs sous-produits, constitue une garantie plus efficace encore que le monopole pharmaceutique; qu'on comprend très bien que le législateur, désireux d'en favoriser largement la diffusion, ait entendu affranchir même les sous-produits du monopole institué, non pas dans l'intérêt des pharmaciens, mais dans celui de la santé publique;

Attendu que G... représente l'arrêté préfectoral du 31 août 1910 qui l'a autorisé à tenir, dans sa maison principale d'épicerie et dans toutes ses succursales de la Drôme, un dépôt d'eaux minérales naturelles de table, dont sont exclues expressément les eaux arséniées, sulfureuses ou purgatives, mais dans lesquelles rentrent certainement les eaux de Vichy;

Qu'il n'a donc pas plus que sa gérante contrevenu à une disposition légale quelconque en vendant ou faisant vendre les pastilles litigieuses. »

Le bicarbonate de soude que le Codex désigne sous le nom de sel de Vichy est considéré par la jurisprudence, ainsi que les pastilles fabriquées avec ce sel, comme un médicament (Cass., 6 janv. 1912; *La Loi*, 7 mars 1912; Cour de Paris, 22 juillet 1911 ; *Le Droit*, 14 oct. 1911) ; c'est la législation sur l'exercice de la pharmacie qui s'applique dans le cas où une personne autre qu'un pharmacien régulièrement diplômé en fait la vente. Mais ce n'est plus cette législation qui s'applique, c'est au contraire la législation sur les eaux minérales, lorsqu'il s'agit de sels extraits des eaux naturelles. Elle organise simplement un système spécial de surveillance dans l'intérêt de la santé publique : pour l'exploitation d'une source, il faut un arrêté du ministre de l'Intérieur après avis du préfet et des autorités locales, l'examen par les ingénieurs des mines du captage et de l'aménagement de la source, l'avis du Conseil d'hygiène publique de l'arrondissement et l'avis de l'Académie de médecine (ordonnance du 28 juin 1823; décret du 14 août 1869) ; pour la vente et le débit des eaux, il faut une autorisation préfectorale (ordonnance précitée; décret des 13-29 avril 1861). L'extraction des sels des eaux minérales naturelles et la fabrication des pastilles sont comprises dans l'exploitation de la source; la vente de ces sels et pastilles est assimilée à la vente de l'eau en bouteilles (Cour de Paris, 5 mars 1897 et Cass., 3 mars 1898; *La Loi*, 25 mars 1898).

Contre l'arrêt de la Cour de Grenoble, le Syndicat des pharmaciens de l'Ardèche et de la Drôme s'est pourvu en cassation. La Cour suprême a rejeté le pourvoi dans son arrêt du 30 avril 1921 et décidé que c'était à bon droit que la Cour de Grenoble avait refusé de considérer l'épicier et sa préposée, poursuivis à la requête du Syndicat, comme ayant, par la mise en vente et le débit de pastilles de Vichy-Etat, contrevenu aux lois sur la police de la pharmacie. Pour fonder sa décision, elle s'appuie sur l'article 20 de l'arrêté du 8 mai 1781 ainsi conçu : « Aucun apothicaire, aucune maison ou communauté religieuse, aucun particulier, à moins qu'il ne soit muni d'une permission accordée sur des motifs bien spécifiés, ne pourront en aucun temps faire venir des eaux minérales pour en faire le commerce. »

« Attendu, dit la Cour, que cette disposition implique que si l'extraction et la fabrication des sels et pastilles avaient été pratiquées en 1781, la vente de ces produits, loin d'être comprise dans le domaine réservé aux pharmaciens, aurait appartenu exclusivement aux personnes et sociétés munies d'une autorisation à l'effet d'exploiter les eaux minérales, soit dans les établissements sis à leurs sources, soit dans les dépôts régulièrement ouverts en quelqu'endroit que ce soit; — Attendu que cette interprétation de l'arrêt de 1781 se justifie si l'on considère, d'une part que les règlements sur la police de la pharmacie n'ont été faits que dans l'intérêt de la santé publique, et, d'autre part, que les garanties exigées des pharmaciens sont remplacées, en ce qui concerne l'exploitation des eaux minérales, non seulement par la nécessité d'une autorisation préalable, mais aussi par la surveillance desdits établissements et dépôts qu'avait organisée l'arrêt de 1781 et qui a été maintenue avec de légères modifications par l'arrêté directorial du 29 floréal, an VII, par l'ordonnance royale du 18 juin 1823 et par le titre premier du décret du 13 février 1860. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

L'Artériosclérose (1), par Louis Faugères Bishop, professeur de clinique des maladies du cœur et des vaisseaux à l'Université de Fordham, ancien président de la section de médecine à l'Académie de médecine de New-York, etc. Traduit par le docteur A. Francon, médecin consultant à Aix-les-Bains.

La publication de la traduction de cet ouvrage, paru en 1914, a été différée jusqu'à cette année en raison de la guerre. Malgré ce retard, il a semblé utile de soumettre à l'appréciation du public médical français les idées émises sur l'artériosclérose par le docteur Bishop qui a ajouté comme sous titre : « Considérations sur les moyens de prolonger l'existence au delà de quarante ans en conservant toute son activité physique et mentale. »

L'artériosclérose est beaucoup plus fréquente qu'autrefois. Nombreuses sont les causes de cette plus grande fréquence et elles sont analysées dans le cours de cet ouvrage, mais il n'est pas inutile de faire remarquer qu'il y a toujours au moins deux facteurs nécessaires pour le développement de cette maladie et qu'on ne saurait la rattacher à une cause unique.

Dans l'arrangement des chapitres, certains détails indispensables ont été exposés à la fin au lieu de les indiquer dans leur ordre logique, ainsi le lecteur y arrive après que tout l'intérêt a été éveillé, et ces détails cliniques tendent à rendre des sujets tels que des détails de structure ou de chimie entièrement dignes d'un effort d'analyse. C'est dire avec quel soin le traducteur a présenté ce livre au public français.

L. G.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Bureau commun des chemins de fer Français a Bruxelles. — Dans le but de développer le trafic et, en particulier, le trafic voyageurs entre la France et la Belgique, les grands réseaux Français de chemins de fer ont ouvert le 25 octobre, à Bruxelles, 25, boulevard Adolphe-Max, une agence commune chargée de la délivrance des billets, location de places, renseignements à donner au public, etc.

La direction de l'agence a été confiée à M. Glauden, qui représentait déjà la Compagnie P.-L.-M. en Belgique et qui s'occupera également des questions concernant la Hollande.

Par suite de la création de l'agence commune, l'ancien bureau de renseignements de la Compagnie P.-L.-M., 32, boulevard Adolphe-Max, a cessé de fonctionner pour le compte des chemins de fer.

(1) In-8 avec 12 planches hors texte. — Prix : 25 fr. net. — Paris, F. Alcan.





AMPOULES POUR INJECTIONS
Hypodermiques
1cc.=1gr. Seigle ergoté

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE HONTEUSE INTERNE [1]

Branches descendantes. — Ce sont les plus importantes.

Parfois il existe une artère fessière qui contourne le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique et qui va se distribuer à la partie inférieure du grand fessier. Mais la plupart de ces branches naissent au niveau du canal d'Alcock et du plancher uro-génital.

1° HÉMORROÏDALE INFÉRIEURE. — Elle naît un peu au-dessous de l'épine sciatique et se divise presque aussitôt en trois ou quatre branches (branches anales) très flexueuses, obliques en bas, en avant et en dedans; elles traversent la graisse du creux ischio-anal, accompagnées chacune de deux veines avec en arrière et en dedans d'elles le nerf anal. Le pédicule est enveloppé dans une gaine fibro-conjonctive assez épaisse. Ces artères sont essentiellement les artères du canal anal. Elles donnent quelques branches au releveur, mais surtout aux deux sphincters et à la peau de la région anale.

2° Rameaux musculaires pour l'obturateur interne.

3° Quelques rameaux périostiques.

4° PÉRINÉALE SUPERFICIELLE. — Très grosse, la plus volumineuse des branches de la honteuse interne. Elle est plus grosse chez la femme où souvent elle est double. Elle se dirige à travers la fosse ischio-anale, oblique en bas, en avant et en dedans, contourne le bord postérieur du muscle transverse superficiel du périnée, puis longe d'arrière en avant, légèrement oblique en dedans, le triangle périnéal superficiel. Elle chemine à ce niveau au-dessous des plans cutanés et de l'aponévrose superficielle du périnée entre l'ischio-caverneux en dehors et le bulbo-caverneux en dedans, appliquée à la face inférieure du feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne.

Farabeuf fait remarquer que sur le vivant, quand les organes érectiles sont remplis de sang, le triangle périnéal superficiel devient une gouttière antéro-postérieure.

Dans ce périnée superficiel, l'artère est entourée de tissu conjonctif; elle est accompagnée de ses veines et de son nerf qui lui est habituellement externe.

Enfin derrière la symphyse elle se termine dans la partie postérieure de la cloison des bourses ou dans la grande lèvre.

Elle donne des collatérales à tous les organes du périnée superficiel.

5° BRANCHE BULBAIRE. — Elle est très grosse surtout chez l'homme où elle atteint 2 millimètres de diamètre. C'est la dernière artère qui naît dans le canal d'Alcock. Souvent même elle perfore le feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne.

Dans d'autres cas, née plus en arrière, elle suit pendant quelques millimètres le plancher uro-génital avant de se dégager. Elle est accompagnée de veines énormes.

Dans le périnée où elle a un court trajet elle chemine adossée au feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne, et, tranversalement dirigée, elle pénètre aussitôt dans la partie postéro-latérale du bulbe où elle donne :

un *rameau postérieur*, constant,

et un *rameau antérieur* qui irrigue le centre du bulbe et plus loin l'urètre.

6° BRANCHE URÉTRALE ANTÉRIEURE ET INFÉRIEURE. — Très courte et très petite surtout chez la femme, elle irrigue la face supérieure de la portion horizontale de l'urètre et donne des rameaux au bulbe. Farabeuf fait remarquer qu'elle constitue souvent l'artère du corps spongieux, tandis qu'en arrière le bulbe a son artère spéciale (la bulbaire) et en avant le gland a également son artère propre.

Elle est accompagnée de veines volumineuses.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 90, p. 1447, et n° 92, p. 1479.

7° BRANCHE CAVERNEUSE. — C'est l'artère des corps caverneux ou artère profonde de la verge. Très grosse, elle se détache en avant près de la symphyse, et, perforant aussitôt le feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne, elle plonge dans le corps caverneux et donne des branches postérieures récurrentes et des branches antérieures très longues. Les veines qui accompagnent ces diverses artères sont très volumineuses.

8° BRANCHE DORSALE DE LA VERGE OU DU CLITORIS. — Très grêle chez la femme, très grosse chez l'homme, elle peut naître anormalement d'une artère pelvienne quand la honteuse interne s'est épuisée dans le périnée.

Son origine correspond au point où la honteuse interne passe sous le ligament arcuatum. Aussitôt elle traverse le ligament suspenseur. Dans la verge elle est située au-dessus du corps caverneux correspondant.

Farabeuf signale deux veines satellites innominées et un nerf homonyme qui lui est externe.

La veine dorsale profonde de la verge est à la partie centrale entre les deux corps caverneux et au-dessus d'elle se trouve la veine dorsale superficielle. Ces deux veines dorsales n'ont pas d'artère satellite.

Parfois les deux artères dorsales peuvent se réunir en une artère unique.

La dorsale de la verge donne des rameaux superficiels pour les téguments et des branches pour le corps spongieux et surtout pour le gland.

ANASTOMOSES. — La honteuse interne s'anastomose avec :

1° L'*ischiatique* par sa branche fessière;

2° La *honteuse externe* par les branches terminales de la périnéale superficielle;

3° Les *vésicales*, branches de l'hypogastrique par la vésicale antérieure;

4° L'*obturatrice* par un rameau anastomotique direct au niveau de l'obturateur interne et par les rameaux pré- et rétro-symphysaires;

5° L'*hémorroïdale supérieure et l'hémorroïdale moyenne* par l'hémorroïdale inférieure.

Ligature. — Le sujet doit être couché sur le ventre, la pointe du pied en dehors pour relâcher le muscle grand fessier.

Repérer l'épine iliaque postéro-supérieure et le sommet du grand trochanter.

La ligne d'incision s'étend de l'épine iliaque postéro-supérieur jusque vers le grand trochanter; elle est à 3 centimètres plus bas que celle de la ligature de la fessière.

Après avoir découvert le grand fessier, on ouvre l'un de ses interstices au bistouri. Le doigt recherche à travers l'aponévrose sous-fessière l'épine sciatique, le petit ligament sacro-sciatique et la partie inférieure de la grande échancrure. On déchire l'aponévrose le long et au-dessous du muscle pyramidal et sur l'épine sciatique on sent rouler un cordon : c'est le nerf honteux interne. A quelques millimètres en dedans se trouve l'artère ischiatique; à quelques millimètres en dehors, sur le bord supérieur de l'épine passe l'artère honteuse interne.

Bibliographie : POIRIER. *Traité d'anatomie;* — FARABEUF. *Vaisseaux sanguins du périnée;* — *Idem. Précis de médecine opératoire.*

Nouveau traité de médecine, publié sous la direction de G.-H. ROGER, Fernand WIDAL, P.-J. TEISSIER. 1 vol, 552 pages, 32 figures. Prix : 35 fr. — Fascicule VII : **Avitaminoses. Maladies par agents physiques. Troubles de la nutrition;** Fascicule III : **Maladies infectieuses** (*suite*) Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).



DAUSSE

1834 — 86e Année — 1920

EXTRAITS

de Bardane, Berberis, Cupressus, Osier rouge, Sauge, Salicaire, Seneçon, etc.

SCLÉRAMINE

Iode organique injectable,
Ampoules, Cachets et toutes prescriptions.

FONDANTS

de Condurango, Étain, Iodotannique, Levure de bière, Mangano-ferreux, Soufre, Salicaire, etc.

INTRAITS

de Colchique, Digitale, Gui, Marron d'Inde, Valériane, Strophanthus, etc.

COLLOBIASES

de Chaulmoogra, Étain, Or bleu, Soufre, Sulfhydrargyre, Térébenthine, etc.

PAVÉRON

Opium injectable,
Ampoules, Comprimés et toutes prescriptions.

SPÉCIMENS ET LITTÉRATURE A MM. LES DOCTEURS

PARIS, RUE AUBRIOT, Nos 4, 6 ET 8. — USINE A VAPEUR : IVRY-SUR-SEINE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 29 novembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la colique hépatique. »

MM. Blanc, 12; Brion, 15; Baron, 17; Andrillard, 13; Bergouignan, 16; Bettinger, 15; Desvallées, 13; Mlle Bach, 19; M. Dromer, 13; Mme Drieu-Jeramec, 18; MM. Drayton, 13; Desbuquois, 10; Dervenagas, 11; Delahaye, 15; Escoffier, 14; Deransart, 13; Flandre et Daudans, 11; Dérot, 14; Deléage (Pierre), 12.

Anatomie. — Séance du 28 novembre. — Question donnée : « Rapports de l'estomac. »

Mlle Péchenard, 16; MM. Pernon et Méry, 12; Perlès, 14; Pignot, 12; Person, 15; Petit, 16; Picot, 15 1/2; Mérat, 14; Mougeot, 12; Minot, 18; Parmentier, 16; Mimin, 17; Mlles Mustacesco, 14; Martin, MM. Noury et Pellé, 16; Périsse, 13; Peytavin, 14.

Séance du 30 novembre. — Question donnée : « Muscles masticateurs. »

MM. Matry, 15; Marie, 19; Pérono, 13; Marx, Périn (Christian) et Maurion, 16; Paris (Pierre) et Maximin, 17; Moussette, 10; Motz, 14; Néron, 15; Outzekhowsky, 12; Piédallu, 15; Mlle Masse et MM. Omnès, 16; Penant, 8; Ombrédanne, 19; Picard (Jean), 13; Mazeyrie, 15.

Séance du 30 novembre. — Question donnée : « Nerf radial sans ses racines d'origine. »

M. Moullard, 14; Mlles Pauc, 17; Morel, 12; MM. Norza, 14; Muffang, 10; Medioni, 15; Tarterat, 18; Wolfsohn, 15; Mlle Vidal, 14; MM. Thomopoulos, 13; Tixier, 15; Mlle Thibaut de Montauzon, 13; MM. Thionville, 15; Sourdille, 12; Simovitch, 14; Vidal (Louis), 10; Vernier, 14; Veran, 17; Solakian, 10.

— Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique, à Paris, seront vacantes au 1er janvier 1922. — Les docteurs en médecine, comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions, sont priés d'adresser leur candidature d'urgence au bureau du personnel médical de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour trois places d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine, et la désignation d'internes provisoires s'ouvrira à Paris, le lundi 23 janvier 1922.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service du département, 2e bureau, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 26 décembre 1921 au 7 janvier 1922.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Les candidats reçus entreront en fonctions le 1er février 1922.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Dieppe. — Le vendredi 19 mai 1922, à 9 h. du matin, un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour la nomination d'un chirurgien adjoint à l'Hôpital de Dieppe.

Délai d'inscription : 19 avril 1922.

S'adresser, pour tous renseignements, au secrétaire directeur. Hospices civils de Dieppe.

— Saint-Germain-en-Laye. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un interne titulaire en médecine et en chirurgie et de quatre internes provisoires susceptibles d'être titularisés. Ce concours aura lieu le jeudi 22 décembre 1921, à 9 heures du matin.

Sont admis à concourir les candidats justifiant de leur qua-

lité d'externe ou de celle d'étudiant de 3e année. Ils ne devront pas être âgés de plus de 28 ans.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital et déposer leurs pièces huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

Les fonctions de l'interne titulaire commenceront le 1er janvier 1922 pour prendre fin le 31 décembre 1922. Les internes provisoires seront titularisés s'ils viennent à remplacer définitivement les internes titulaires démissionnaires, malades, etc.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le Dr Durand (Ch.-F.-M.), médecin de la santé à Saint-Nazaire, est nommé directeur de la santé chargé de la direction de la IVe circonscription sanitaire maritime à la même résidence.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Eugène Bellard, médecin principal des troupes coloniales en retraite; Edouard Delthil, ancien président de la Société de médecine pratique, décédé à l'âge de 82 ans; Henry (de Saulx-de-Vesoul), ancien interne des hôpitaux de Nancy; Navarre, ancien président du Conseil municipal de Paris, ancien député; Nivollet (de Bouilly).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT CLINIQUE COMPLÉMENTAIRE. — Les chefs de service de l'hôpital Tenon reprendront leurs conférences clinique, avec présentation de malades, le lundi 5 décembre prochain, à 11 heures, à l'amphithéâtre des cours.

Seules les leçons de M. le Dr Darbois auront lieu dans le service de radiologie.

Chirurgie générale : Dr Martin, 2e et 4e mardis; Dr Houdard, 1er et 3e lundis.

Chirurgie et curiethérapie : Dr R. Proust, agrégé, 2e et 4e lundis.

Nutrition et reins : Dr Rathery, agrégé, 2e et 4e samedis.

Tube digestif : Dr Loeper, agrégé, 1er et 3e jeudis.

Neurologie et endocrinologie : Dr P. Sainton, 1er et 3e mardis.

Cœur, vaisseaux et reins : Dr C. Lian, 1er et 3e samedis.

Obstétrique : Prof. agrégé Jeannin, 2e et 4e jeudis.

Radiologie : Dr Darbois, 2e et 4e vendredis.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET TERRITORIALE. — L'assemblée générale de l'Union aura lieu le mardi 20 décembre, au Cercle militaire. Elle sera suivie d'un banquet présidé par M. le ministre de la Guerre.

La conférence mensuelle aura lieu le lundi 19 décembre 1921, à 21 heures. Le Dr Paul traitera de la médecine légale aux armées.

VARIÉTÉS

LA ROBE DE RABELAIS

A propos de la robe légendaire de Rabelais à laquelle il est fait allusion dans l'anecdote que nous avons rappportée (*Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 88, p. 1409), M. le professeur agrégé Paul Delmas (de Montpellier) veut bien nous donner quelques détails intéressants que nous sommes heureux de reproduire.

Dans la salle des actes de la Faculté de médecine de Montpellier s'ouvre la porte d'un réduit, « local de délibération pour les réceptions doctorales et où est conservée sous verre la robe dite de Rabelais, du nom d'un de ceux qui l'ont le plus illustrée.

Ample vêtement de drap rouge aux larges manches et à chaperon bordé d'une étroite tresse noire, c'était le vêtement traditionnel dont Urbain V avait prescrit le port aux étudiants en médecine à partir de l'acte du baccalauréat, où sa remise s'effectuait avec un cérémonial non sans noblesse, quand le président disait au candidat en l'invitant à prendre place à ses côtés sur la chaire : « Indue purpuram..., etc. » Le souvenir de Rabelais lui imprimait un tel prestige dans l'esprit des étudiants ou des visiteurs de qualité que des prélèvements successifs l'ont transformée en loque; d'où la nécessité où l'on s'est trouvé de la refaire à nouveau à diverses reprises. C'est au prix de sa réfection qu'en 1605 Ranchin accéda au cancéllariat. Un second exemplaire fut exécuté, en 1720, sous le chancelier Pierre Chycoyneau, premier médecin de Louis XV. La suivante, renouvelée en 1787 par le chancelier Barnez, n'a duré que jusqu'à la Restauration où le doyen Lordat fit exécuter celle que l'on voit aujourd'hui. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DIPLOME D'UNIVERSITÉ ET DIPLOME DÉTAT

M. Paul Gay, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique dans quelles conditions un médecin qui avait passé son doctorat à l'Université de Lyon, en 1910, a pu être admis à subir les épreuves définitives du doctorat d'Etat, avec dispense de thèse, à Bordeaux en 1918, et notamment quelles modifications seraient survenues dans son statut national. (*Question du 15 novembre 1921.*)

Réponse. — Les étrangers pourvus du doctorat d'une université mention « médecine » sont autorisés, par le décret du 29 décembre 1906, à transformer ce titre en diplôme d'Etat, sous réserve de justifier du diplôme français de bachelier et de la naturalisation française. Il peut leur être accordé la dispense de la scolarité et de certains examens. Il serait nécessaire, pour pouvoir répondre de façon plus précise à la question posée, de connaître le nom de l'étudiant à qui elle fait l'allusion.

LES DISPENSES DE SCOLARITÉ POUR LES ÉTUDIANTS MOBILISÉS

Par décret en date du 24 novembre 1921, sont autorisés, à titre exceptionnel, à présenter jusqu'au 1er mars 1922 des demandes à l'effet de bénéficier des dispositions du décret du 12 juillet 1917, les étudiants ayant servi sous les drapeaux pendant la guerre et remplissant l'une des trois conditions suivantes :

1° Avoir accompli au moins trois ans de services militaires dont trois mois dans une unité combattante;

2° Avoir été réformés pour blessure ou maladie contractée aux armées;

3° Avoir été décorés de la croix de la Légion d'honneur au titre militaire, de la médaille militaire ou de la croix de guerre avec palme.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 7 décembre. — Jury : MM. Roger, président; Pouchet, Broca (Auguste) et Letulle. — M. JEAGER (Ed.). Etude pharmacodynamique de l'adrénaline. — M. PRADAL (Louis). Traitement des dermatoses par les eaux sulfureuses. — M. HOUSSIAUX (Pierre). Contribution à l'étude des ostéomyélites costales. — M. DUPONT (Charles). Une statistique sur les associations ds la tuberculose et du cancer.

Jeudi 8 décembre. — Jury : MM. Jeanselme, président; Achard, Bezançon et Lereboullet. — M. LELONG (H.). Contribution à l'étude de la transfusion du sang. — M. CHABAUD (A.). A propos du diagnostic de la méningite tuberculeuse. — M. DESCAVES (Jean). La douleur locale à la pression dans la tuberculose. — M. VALETTE (Philppe). Sur le traitement d'un cas de syphilis tertiaire.

Jury : MM. Bar, président; J.-L. Faure, Cunéo et Basset. — M. FIÉVET (Alfred). Contribution à l'étude de l'emphysème. — M. PARADIS (Maurice). Contribution à l'étude des grossesses péritonéales. — M. CORNUDET (Bernard). Diagnostic radiologique et traitement chirurgical des sténoses ulcéreuses.

REVUE GÉNÉRALE

L'INSUFFISANCE SURRÉNALE

Par René PORAK.

La pathologie des glandes surrénales, comprenait jusqu'à ces derniers temps, un seul chapitre, la maladie d'Addison. Grâce aux travaux d'Emile Sergent, une distinction a été établie entre les maladies progressives des surrénales et la suppression brusque et totale des fonctions de ces glandes désignée sous le nom d'insuffisance surrénale, celle-ci est aux surrénales ce que l'ictère grave est au foie et ce que l'urémie est au rein. De même qu'ictère grave et urémie sont aussi bien les premières manifestations d'atteintes hépatiques ou rénales que le stade ultime de maladies évoluant depuis longtemps, de même l'insuffisance surrénale ou bien est primitive ou bien est l'aboutissant d'un cas de maladie d'Addison. Les physiologistes en extirpant les surrénales, ont déterminé un syndrome si caractéristique, qu'en clinique, le diagnostic devait s'imposer à l'observateur qui avait le compte rendu des expériences de Brown-Séquart et de Langlois. Aujourd'hui où les cliniciens abusent du diagnostic d'insuffisance surrénale, il est bon de rappeler les travaux expérimentaux, et à leur lumière, de faire la critique des observations cliniques.

I

Insuffisance surrénale expérimentale. — Dès ma première année d'internat, dans les hôpitaux de Paris, j'ai commencé à pratiquer des surrénalectomies à des rats, à des cobayes et à des lapins; mes résultats étaient des plus variables ; tel rat survécut, tel cobaye mourut quelques heures après l'opération : ces résultats m'expliquaient les descriptions contradictoires des auteurs et me rendaient attentif à l'importance capitale de la technique.

La source principale des divergences doit, en effet, être cherchée dans l'emploi de techniques opératoires défectueuses. Avant les recherches d'Abelous et Langlois, les expérimentateurs ne cherchaient pas à extirper la totalité des glandes surrénales, car ils ignoraient qu'un fragment de surrénale pesant de 1/8 à 1/11 du poids total de cette glande suffit à maintenir l'animal en vie. Aussi nous paraît-il utile de distinguer l'insuffisance surrénale expérimentale aiguë s'observant dans l'extirpation totale des surrénales et l'insuffisance surrénale subaiguë ou chronique déterminée, sciemment ou non, par la destruction partielle de ces organes.

1° Insuffisance surrénale expérimentale aiguë. — *Technique.* — Il y a lieu d'être surpris, écrit Brown-Séquard, que les physiologistes n'aient pas cherché depuis longtemps à « extirper les capsules surrénales. Sans doute, la situation profonde de ces organes les a empêchés de faire cette expérience ».

« En réalité, bien que situées profondément et environnées de nombreux organes et de vaisseaux, les capsules surrénales peuvent être atteintes et extirpées plus aisément, en général, qu'on ne pourrait le croire à priori. La capsule gauche ordinairement peut même être extirpée très aisément; mais assez souvent, il n'en est pas ainsi à l'égard de la capsule droite. Celle-ci, située sous le foie, sur le pilier du diaphragme, adhérante très souvent, plus ou moins, à la veine cave, et couverte par une et quelquefois deux veines lombaires, ne peut pas toujours être extirpée en entier. Pour l'atteindre sur les lapins, il m'a fallu briser quelquefois les deux dernières côtes ou du moins la dernière; mais cette fracture, faite sur la partie abdominale de ces côtes, ne lèse en rien la plèvre. Dans mes premières expériences, j'appliquais une ligature autour du hile vasculo-nerveux de la capsule gauche; cela fait, tantôt j'extirpais cette capsule, tantôt je la laissais en place; quant à la capsule droite, je passais un fil autour de sa partie adhérente à la veine cave, et quand je faisais la ligature, les deux bouts du fil détachaient de la veine, la portion de capsule qui y adhérait. »

Les physiologistes qui ont tenté, à la suite de Brown-Séquard, d'extirper les surrénales ont laissé en place des fragments glandulaires et au lieu de déterminer des insuffisances aiguës, ont créé des insuffisances subaiguës ou chroniques dont je parlerai plus loin.

Abelous et Langlois ont réagi contre l'opinion régnante des physiologistes et montré qu'une extirpation totale, convenablement faite, des glandes surrénales détermine toujours des signes d'insuffisance surrénale aiguë, comme l'avait montré Brown-Séquard.

Abelous et Langlois procèdent, sur les lapins, « presque toujours à l'aide d'une laparotomie latérale, en faisant partir l'incision de la dernière côte, sectionnant même quelquefois cette dernière; une incision de 3 centimètres et demi, dirigée de haut en bas, suffit dans la plupart des cas ».

La destruction totale des surrénales est obtenue avec le bec d'une sonde cannelée ou une curette portée au rouge sombre. Il serait aussi possible, « d'extirper totalement, non seulement la capsule gauche, mais également la capsule droite avec la sonde cannelée ».

J'ai d'abord pratiqué nos surrénalectomies comme l'indique Langlois. Mais cette technique ne peut éviter, dans certains cas, d'abondantes hémorragies.

Voici la technique que j'ai adoptée avec Jean Camus :

On fixe le lapin à plat ventre, les quatre pattes attachées sur le plateau. On coupe largement les poils de la région dorso-lombaire. On nettoie à la teinture d'iode la place du champ opératoire échancré et, l'animal étant anesthésié prudemment au chloroforme, on fait une incision médiane de la peau sur une longueur d'environ 10 centimètres.

On tire ensuite légèrement l'orifice cutané de manière à découvrir l'interstice musculaire latéral. On effondre doucement cet interstice et, en décollant avec précaution les muscles, en les soulevant avec un écarteur, on parvient à découvrir la région vertébrale antérieure et à voir l'une des capsules facilement reconnaissable.

Un aide placé derrière l'opérateur projette dans le champ opératoire la lumière d'une lampe électrique.

J'ai toujours abordé la capsule gauche la première; elle est plus facile à enlever; on peut arriver, à l'aide d'un passe-fil courbe, à placer un fil sur son pédicule et à l'enlever en totalité, on peut encore pincer et tordre le pédicule ou, ce qui nous a semblé, à Jean Camus et à moi, plus commode, placer sur le pédicule une petite pince en zinc qu'on met

à cheval sur le pédicule; on écrase cette pince et on la laisse en place après ablation de la capsule.

L'emploi de cette petite pince de zinc est surtout précieux pour l'ablation de la capsule droite. Celle-ci, comme le remarquait déjà Brown-Séquard, est souvent collée littéralement par une longue surface sur la veine cave inférieure et l'ablation complète de la glande est à peu près impossible dans de nombreux cas.

On coupe une petite bande de zinc, longue de 3 centimètres environ, large de 2 à 3 millimètres, et on la plie au milieu en forme d'U. La capsule ayant été séparée autant qu'il a été possible de la veine cave avec un instrument mousse, on glisse cet U de manière à ce qu'il embrasse la surface adhérente de la capsule à la veine et on l'écrase vigoureusement avec une forte pince.

De cette manière, ce qui pourrait rester de tissu capsulaire adhérent à la veine cave est pris dans les mors de la pince de zinc, écrasé violemment et supprimé fonctionnellement. On peut d'ailleurs passer sur les bords de la pince de zinc un instrument porté au rouge, de manière à assurer une destruction complète.

La pince de zinc est laissée en place sans qu'il soit besoin d'une autre ligature.

L'inconvénient du procédé est qu'on est exposé à pincer latéralement la paroi de la veine cave, mais cet inconvénient est minime, il pourrait entraîner une escarre de la paroi veineuse avec hémorragie mortelle tardive. Mais avant que celle-ci ait pu se produire, la mort survient par insuffisance capsulaire aiguë.

Grâce à ces petites pinces de zinc, on supprime des ligatures longues et difficiles à faire dans la profondeur, on gagne du temps et on assure une bonne hémostase.

On termine par trois sutures, deux sutures latérales des interstices musculaires et une suture médiane de la peau. Chez le lapin, la peau est très lâche et la même incision cutanée sert pour les deux capsules surrénales, les sutures musculaires et la suture cutanée ne se correspondent pas, ce qui est un avantage.

Durée de la survie. — Le nombre d'heures de survie, chez le lapin, après la surrénalectomie double n'est pas la même pour tous les auteurs : Brown-Séquard opéra 51 lapins qui survécurent, en moyenne, en été, neuf heures et quelques minutes; pas un de ces animaux n'a survécu plus de quatorze heures trente minutes.

Pour Abelous et Langlois, la mort survient de cinq heures à douze heures après l'extirpation des deux surrénales chez le lapin. H. Strehl et O. Weiss (1901) notent, chez le même animal, une survie de huit à quatorze heures.

Krichtopenko, récemment, sur 6 lapins observe la mort dans 4 cas, en moins de vingt-quatre heures, dans 1 cas en un jour et demi et dans 1 cas en deux jours et demi.

Dans 27 surrénalectomies totales que j'ai faites en vue de diverses expériences, j'ai également observé des survies assez variables :

Dans 3 cas	9 heures
— 1 —	15 —
— 1 —	18 —
— 4 —	20 —
— 3 —	22 —
— 9 —	24 —
Dans 1 cas	30 heures
— 3 —	36 —
— 2 —	48 —

En somme, par le procédé que j'ai employé, la mort ne se fait guère attendre plus de vingt-quatre à trente-six heures. Le choc opératoire n'est cependant pas très considérable car, après une opération rapide, le lapin, dès qu'il est détaché, court souvent très correctement dans le laboratoire; il n'a donc pas subi un très gros traumatisme.

Symptômes de l'insuffisance surrénale aiguë. — Le symptôme qui m'a le plus frappé est l'asthénie extrême des animaux opérés. Cette asthénie n'apparaît que quelques heures avant la mort : les lapins se ramassent d'abord en boule; ils ne bougent pas quand on les pince fortement; puis, tantôt le train postérieur s'étale et cette position ne peut être modifiée; tantôt les pattes antérieures s'écartent et la région sternale repose directement sur la table. Enfin, l'animal tombe sur le flanc et reste complètement inerte.

Un jour, le garçon de laboratoire me présente un lapin surrénalectomisé la veille et qui était mort disait-il depuis deux heures : l'animal reposait, flasque, sur la table, le thorax ne bougeait pas et les mouvements cardiaques paraissaient arrêtés. Le premier coup de ciseaux dans la paroi abdominale provoqua une respiration perceptible et un très léger mouvement de défense des pattes.

Brown-Séquard insistait, en outre, sur d'autres manifestations nerveuses que j'ai rarement observées à la suite de mes surrénalectomies; des *crampes*, des *convulsions* violentes.

Abelous et Langlois décrivent aussi, dans l'insuffisance surrénale aiguë, une diminution de l'excitabilité faradique des nerfs avec conservation de l'excitabilité des muscles.

En dehors de troubles nerveux, tous les auteurs, depuis Brown-Séquard, ont signalé l'*abaissement de la température* (1), l'*inappétence et la diarrhée.* Cette dernière, très marquée chez certains de mes animaux surrénalectomisés, manquait chez d'autres.

L'appareil cardio-vasculaire est profondément touché : la *pression artérielle baisse;* les battements du cœur s'accélèrent d'abord et se ralentissent dans la période terminale. Les mouvements respiratoires passent également par une phase d'accélération et par une phase de ralentissement, mais ce ralentissement respiratoire précède le ralentissement cardiaque.

Parmi les modifications sanguines, Brown-Séquard, insiste sur la présence de pigments dans le sérum et sur la *toxicité de ce sérum.*

2° L'INSUFFISANCE SURRÉNALE SUBAIGUË OU CHRONIQUE. — *Technique.* — L'insuffisance surrénale subaiguë ou chronique a été plus souvent réalisée expérimentalement que l'insuffisance surrénale aiguë; cela tient, d'une part, à la technique défectueuse des auteurs qui laissaient en place une partie des surrénales, et cela tient aussi à ce que volontairement les médecins ne recherchaient pas l'ablation totale des surrénales, mais la reproduction de la maladie d'Addison. Cette insuffisance surrénale a été réalisée par un grand nombre de méthodes qu'on peut grouper sous trois chefs :

1. Extirpation partielle des glandes surrénales;

(1) BIEDL attribue ce symptôme au choc opératoire et non à l'insuffisance surrénale.

2. Extirpation en deux temps des surrénales;
3. Atrophie ou destruction lente des surrénales.

1. *L'extirpation partielle des glandes surrénales.* — L'extirpation partielle des glandes surrénales peut être faite de deux façons différentes :

a. Par broyage;
b. Par curetage.

a. L'extirpation par broyage a été pratiquée systématiquement par Nothnagel dans le but de reproduire la maladie d'Addison : cet auteur aborde les surrénales par voie lombaire : il incise les muscles sacro-lombaires, attire les surrénales au dehors, à l'aide de pinces fines et broie les glandes. On pourrait rapprocher de la technique de Nothnagel, la technique employée par la plupart des auteurs. Hultgren et Anderson, par exemple, qui, de 1896 à 1898 ont opéré 64 lapins et 79 chats, écrivent que l'ablation des surrénales entières offre presque constamment de grosses difficultés : souvent, ils ont laissé en place des débris de tissu glandulaire ou bien ils ont suturé les fragments de glande extirpés à la plaie.

b. Guido Tizzoni (de Bologne) procède par curetage; il aborde les surrénales par la voie lombaire; une fois la capsule « mise à découvert, son enveloppe fibreuse peut être ouverte et vidée, d'une façon complète ou incomplète du parenchyme qu'elle contient et qui sous forme d'une épaisse bouillie, d'un blanc jaunâtre, peut être à volonté abandonné dans la cavité péritonéale ou retiré de la plaie ».

2. *Extirpation en plusieurs temps des glandes surrénales.* — Schiff, le premier, a observé que les rats survivent longtemps lorsqu'on extirpe les surrénales en deux temps. Le lapin supporte beaucoup moins bien cette opération : ainsi, Strehl et O. Weiss, en opérant cet animal, en deux temps à un intervalle de un mois, n'observant qu'une survie de vingt et une à soixante-seize heures. Toutefois, Kichtopenko a rapporté récemment des expériences, faites également sur le lapin, qui ne cadrent pas avec les résultats de Strehl et O. Weiss : cet auteur a observé, en effet, en effectuant la surrénalectomie en deux temps, dans quatre cas sur douze, une survie dépassant six mois. Un tel résultat d'ailleurs ne nous semble pas justifier la conclusion formulée par l'auteur :

« En nous basant sur ces quatre lapins, nous sommes autorisé à conclure que les capsules surrénales ne sont pas absolument indispensables à la vie ».

Dans ses expériences, Krichtopenko détermine les insuffisances surrénales très atténuées; les glandules accessoires suffisent aux besoins de l'organisme, mais qu'une infection ou une intoxication survienne, l'insuffisance surrénale se manifeste et l'animal surrénalectomisé est exposé à des accidents auxquels échappent des témoins normaux.

Pende a obtenu l'insuffisance surrénale subaiguë par une technique plus compliquée qui peut servir de transition entre les méthodes par extirpation en plusieurs temps et les méthodes par atrophie lente.

Pende intervient en trois temps : dans un premier temps, il extirpe la surrénale droite; dans un deuxième temps, vingt à trente jours après la première opération, il injecte dans le centre de la glande surrénale gauche de l'acide arsenieux mélangé à de l'agar stérile;

« L'agar se résorbe lentement et libère peu à peu l'acide arsenieux qui agit sur le tissu capsulaire ».

On obtient ainsi une atrophie lente de la surrénale laissée en place. Dans un troisième temps, pratiqué un à deux mois après le deuxième temps, on extirpe la glande surrénale gauche atrophiée. La survie ne dépasse pas deux à quatre jours après cette dernière opération.

3. *Atrophie ou destruction lente des surrénales.* — On peut obtenir l'atrophie des glandes surrénales, soit en liant les vaisseaux de cette glande (1), soit en sectionnant ses filets nerveux (2).

La destruction plus ou moins rapide des glandes surrénales peut être obtenue par l'injection de diverses substances soit localement, soit dans la circulation générale. Bernard et Bigart, ont réalisé ce deuxième type expérimental en injectant un sérum surreno toxique (3).

D'autres auteurs, ont déterminé l'atrophie lente des surrénales en injectant des substances toxiques autour ou à l'intérieur des glandes surrénales.

On a d'abord injecté des substances auxquelles on pouvait reprocher d'être diffusibles : le chlorure de zinc (4), l'alcool, l'acide chromique (5).

Oppenheim et Loeper, à la suite de ces premiers essais, injectèrent après laparotomie, au-dessous des glandes surrénales des autolysats de bacilles tuberculeux; après cette opération, les animaux maigrissent rapidement, quelques-uns perdent les deux cinquièmes de leur poids primitif; l'asthénie est marquée : les animaux restent étendus dans leur cage, ils refusent les aliments; ils ont de la diarrhée. La pigmentation ne se produit dans aucun cas. La mort survient en quinze à vingt-cinq jours.

A l'autopsie, les surrénales présentent de la sclérose diffuse, avec cellules géantes et foyers riches en leucocytes polynucléaires (6).

J'ai repris cette question et j'ai pu obtenir l'insuffisance surrénale subaiguë ou chronique en procédant de la façon suivante : j'aborde les glandes surrénales, comme je l'ai indiqué plus haut en exposant la technique de l'extirpation totale de ces glandes, puis je ponctionne successivement chaque capsule et par l'orifice, j'introduis un petit passe-fil, à l'aide duquel je dilacère le tissu glandulaire, je gratte les parois de la cavité capsulaire et j'injecte des acides gras de coton dans la cavité ainsi formée.

Jean Camus et Ph. Pagniez, à la suite des travaux d'Auclair sur l'éthéro et la chloroformo bacilline, ont montré que les acides gras de coton injectés dans différents organes produisent des lésions de sclérose et de caséification. J'ai obtenu, au niveau des surrénales, des lésions analogues à celles que Jean Camus et Ph. Pagniez ont obtenu dans les pou-

(1) H. Stilling, Torrini, Martinotti, Kondintzeff.
(2) Peelegrino.
(3) Des canards reçoivent successivement trois injections intra-péritonéales, à huit et vingt jours d'intervalle, d'extrait de surrénales de cobayes, puis ils sont saignés par une veine jugulaire. Le sérum sanguin obtenu après séparation du caillot est injecté à des cobayes neufs. Les auteurs ont observé que « les cobayes semblent présenter parfois un certain degré de paresse; ils restent immobiles à l'endroit où on les place et ne remuent qu'à la suite d'excitations répétées; en outre, ils mangent peu et maigrissent rapidement. »
(4) Lœper et Oppenheim, Moussu et Le Play. Les auteurs, en outre, faisaient la ligature du faisceau vasculo-nerveux.
(5) Lœper et Oppenheim.
(6) Les résultats obtenus par de Vechi, en injectant des bacilles de Koch dans les surrénales, sont analogues aux résultats de Lœper et Oppenheim.

mons. Les principaux symptômes observés sont résumés dans les observations suivantes :

SYMPTÔMES DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALE LENTE. — *Lapin n° 2.* — Femelle. Poids 2.060 grammes.

Le 17 octobre 1912, injection d'acides gras dans les deux glandes surrénales.

Le 21 octobre 1912, poids 1.680 grammes. L'animal paraît moins actif.

Le 28 octobre, poids 1.350 grammes. *Deux symptômes dominent :*

1° L'*asthénie*; l'attitude de l'animal n'est pas normale; les pattes antérieures sont étalées; en outre, le lapin ne réagit pas quand on le pince fortement.

2° L'*amyotrophie*; la palpation montre une véritable fonte musculaire.

Le 29 octobre, mort après plusieurs injections de curare. A l'autopsie, la cavité péritonéale présente un aspect normal. La glande surrénale droite est complètement caséifiée; elle adhère au rein et à la veine cave. La glande surrénale gauche, de couleur à peu près normale à la coupe, en son centre une région scléreuse de couleur rouge brun. Il y a une glandule accessoire sur la veine cave inférieure, au voisinage du pôle inférieur du rein droit et une glandule de même aspect dans le ligament supérieur de l'ovaire gauche.

Le cœur est normal, les poumons sont rouge vif; la moelle osseuse est très rouge.

Lapin 95. — Mâle. Poids 2.060 grammes.

Le 10 février 1913, température 40°, injection d'acide gras dans les deux surrénales.

Le 14 février 1913, poids 1.830 grammes, température 39°3; nombre des respirations : 55 dans une minute.

Le 19 février 1913, poids 2.015 grammes, température 39°7.

Le 6 mai, l'animal dyspnéique depuis plusieurs jours est sacrifié.

L'autopsie montre de l'œdème et des hémorragies pulmonaires. La surrénale droite est complètement sclérosée; la surrénale gauche, altérée à son pôle supérieur est hypertrophiée à son pôle inférieur.

Lapin 89. — Femelle. Poids 1.900 grammes.

Le 19 février 1913, température 39°9, injection d'acide gras dans les deux glandes surrénales.

Le 14 février 1913, poids 1.600 grammes, température 39°6. Le nombre des respirations dans une minute est de 27.

Le 19 février 1913, poids 1.725 grammes, température 39°3.

Dans d'autres cas, nous avons injecté des acides gras dans la surrénale droite, quelque temps après l'extirpation de la glande surrénale gauche. Exemple :

Lapin 40. — Poids 2.060 grammes.

Le 5 février 1913, extirpation de la glande surrénale gauche, à l'aide de la petite pince en zinc que nous avons décrite plus haut.

Le 12 mars 1913, injection d'acide gras dans la surrénale droite.

Le 26 avril 1913, poids 1kg940, température 39°5. La pression carotidienne est de 11 centimètres cubes de Hg.

Le 9 mai, poids 2kg020. La pression carotidienne est de 11 centimètres cubes de Hg. L'animal est sacrifié.

A l'autopsie, on trouve la surrénale droite dure, rétractée, criant sous le scalpel, blanc nacré à la coupe. En dehors de cette surrénale sclérosée, il y avait une glandule accessoire, grosse comme la moitié d'une surrénale normale.

En somme, les symptômes d'insuffisance surrénale lente sont peu nombreux : l'asthénie et l'amyotrophie dominent le tableau clinique; les modifications de l'état général ne manquent jamais : le poids diminue et la température baisse. Ces symptômes sont souvent passagers et peu marqués; cela tient à ce que l'insuffisance surrénale elle-même est passagère; des suppléances se produisent. La diminution du poids, dans certaines de mes observations, m'a paru en rapport avec les intoxications expérimentales subies par ces animaux, car dès les expériences terminées, l'animal augmentait de poids. Enfin, j'ai observé (lapin n° 40) que la pression artérielle peut être normale, alors que l'état général n'est pas rétabli (1).

Durée de survie. — Chez quinze lapins, j'ai réalisé une insuffisance surrénale subaiguë ou chronique avec la technique que je viens de décrire. La survie est variable suivant les cas : d'une façon générale, la survie a été plus longue dans l'extirpation des surrénales en deux temps; dans ces conditions, deux lapins sur trois ont été gardés trois mois au laboratoire; il est malaisé de fixer la durée de la survie, ces animaux ayant servi à diverses expériences, ou ayant été sacrifiés avant leur mort naturelle.

Lorsque l'injection d'acides gras est faite simultanément dans les deux surrénales, la survie est, en général, plus courte; elle a été de deux à douze jours dans huit expériences et elle a dépassé ce délai dans quatre cas :

Dans 1 cas	....	17 jours
—	....	19 —
—	....	21 —
—	....	87 —

Dans tous les cas de survie prolongée, j'ai constaté à l'autopsie l'hypertrophie des glandes accessoires.

La notion d'hypertrophie compensatrice explique les grandes variations que j'ai relevées dans la survie des lapins. On avait déjà ainsi expliqué, la résistance variable à la surrénalectomie de différentes espèces animales.

Abelous et Langlois, d'une part, Velich, d'autre part, notent la rareté des glandules corticales aberrantes chez le cobaye et ils expliquent ainsi la gravité et l'évolution rapide des accidents d'insuffisance surrénale présentés par cet animal. Wiesel, comme l'avait déjà fait Schiff, extirpe, en deux temps, les surrénales de plusieurs rats mâles et il remarque l'hypertrophie compensatrice de corpuscules corticaux, aberrants au niveau des testicules. Cette constatation explique la survie des rats après la surrénalectomie double.

Stewart (2), se basant sur les expériences d'Elliot et sur les siennes, montre que dans les décapsulations en deux temps, le chat vit après la seconde capsulectomie si la deuxième surrénale a un volume normal, parce que des accessoires se sont développés en quelque autre endroit du corps. Au contraire, le chat meurt si la deuxième surrénale est hypertrophiée : cette hypertrophie prouve, en effet, qu'aucune accessoire n'est en état de remplacer la dernière surrénale enlevée. Ces expériences, comme les précédentes, ont, pour la compréhension de la pathologie des surrénales chez l'homme, la plus grande importance. (*A suivre.*)

(1) TIZZONI a montré que les pigmentations apparaissent parfois chez le lapin plus de deux mois après le début de l'insuffisance surrénale; les modifications de la peau et des muqueuses seraient dues aux altérations du système nerveux.

(2) STEWART. *Endocrinology*, may 1921, vol. V, n° 3.

LETTRE DE BELGIQUE

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(13, 14, 15 NOVEMBRE 1921)

En élaborant le programme des journées médicales de Bruxelles, les organisateurs, le docteur Mayer, rédacteur en chef du journal *Bruxelles médical*, le docteur R. Bernard, secrétaire de la rédaction et le docteur R. Beckers, administrateur, ont réalisé une conception originale et hardie.

Il ne s'agissait pas en effet, d'un congrès au sens propre du mot, mais de réunions scientifiques permettant à tous les médecins d'assister à des conférences choisies sur des sujets d'actualité, et dans les services hospitaliers, à des démonstrations théoriques et pratiques portant sur les questions les plus diverses; c'est là un réel besoin pour tous les praticiens, à une époque où les procédés d'investigation s'élargissent de plus en plus, où les méthodes de laboratoire se transforment, où les traitements eux-mêmes se modifient au fur et à mesure des progrès de la science.

Aussi le succès a-t-il dépassé toute attente! L'importance attachée en Belgique aux « journées médicales » fut telle que les élections législatives fixées primitivement par le Conseil des ministres au 13 novembre ont été reportées au 20 novembre (le vote est obligatoire en ce pays), et le dimanche 13 novembre, le docteur Beckers, secrétaire général des journées, pouvait avec une légitime fierté, annoncer que plus de sept cent médecins avaient répondu à l'appel (1).

Dans l'amphithéâtre de l'institut Solvay, institut sur lequel flottent deux grands drapeaux, belge et français, et devant lequel les congressistes peuvent admirer le monument élevé à la mémoire des membres du corps médical Belge tombés au champ d'honneur, ou victimes de la barbarie Allemande, en présence de hautes personnalités médicales, et de M. de Fourmestraux, représentant de l'ambassadeur de France, le premier ministre lui-même, M. Carton de Wiart, inaugure la première séance; après avoir rendu tout d'abord hommage au corps médical Belge tout entier, il signale l'évolution rapide des sciences médicales, les répercussions économiques de cette évolution et l'opportunité de ces réunions où les praticiens peuvent s'initier aux nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement, si importantes pour le rétablissement du capital humain tant éprouvé par la guerre, et il termine son discours en soulignant « la participation de personnalités et autorités médicales venues de l'étranger, — si j'ose employer ce mot, — lorsqu'il s'agit de saluer vos confrères venus de pays tels que la France et le Grand-Duché de Luxembourg. »

Le professeur Héger, président du Conseil d'Administration de l'Université, dans une allocution charmante et d'une grande simplicité, souhaite ensuite la bienvenue aux médecins. Il montre la transformation ininterrompue de la médecine qui fut tout d'abord traditionnelle; plus tard, des écoles se sont formées; plus tard encore, il y a sept siècles, les universités.

Les universités existent encore à l'heure actuelle, mais elles sont devenues insuffisantes pour initier les étudiants au vaste domaine des recherches scientifiques; leur cadre éclate sous la pression des apports incessants faits aux connaissances médicales. « Je n'aurais jamais osé devenir médecin si je devais commencer mes études maintenant » confesse-t-il avec bonhomie. Aussi ne peut-il qu'approuver cette manifestation des professionnels pour seconder les efforts faits dans l'université, et l'initiative des « journées médicales » partie de la profession lui fait le plus grand honneur.

Le docteur Beckers, « secrétaire général des journées », remercie alors toutes ces hautes personnalités de leur concours bienveillant et immédiatement le professeur Henrijean de Liége, ouvre la série des conférences, en traitant, en phrases claires et précises, de la « science moderne et la thérapeutique ».

Il montre combien cette science encore quelque peu empirique, est liée aux notions précises de la constitution intime des tissus de notre économie; de nouvelles recherches autorisent de nouveaux espoirs; la nature des colloïdes, les propriétés merveilleuses des membranes vivantes, les recherches de Bordet, les acquisitions récentes sur l'ana et l'anti-anaphylaxie ouvrent des horizons pleins de promesses; il termine en montrant l'unité scientifique qui apparaît de plus en plus, « récompense lointaine des différents chercheurs marchant sans se lasser vers la lumière toujours fuyante de la vérité. »

Au professeur Henrijean, succède le docteur Broden, directeur de l'école tropicale de l'Etat. Sa remarquable conférence sur les « caractéristiques principales de la pathologie tropicale » branche de la médecine enrichie en ces dernières années de grandes découvertes surtout dans les domaines de la bactériologie et de la thérapeutique, est vivement applaudi.

L'après-midi, le professeur Stienon disserte sur « le diabète au point de vue anatomo pathologique », il fait un exposé détaillé des lésions que l'on rencontre dans les différents organes du diabétique et agrémente sa conférence d'intéressantes projections de coupes microscopiques.

Véritablement magistrale est la conférence du professeur Demoor, sur « les idées actuelles sur les localisations cérébrales et le travail mental ». Au cours de sa conférence très documentée, le professeur adresse un hommage émouvant au grand savant Van Gehuchten et au célèbre physiologiste Pawlow, disparu dans la tourmente qui a récemment bouleversé la Russie, et il termine, sous les applaudissements, par un violent réquisitoire contre les signataires du fameux manifeste des quatre-vingts-treize, menteurs ou indignes du titre de savants.

Le docteur Rulot, inspecteur principal d'hygiène au ministère de l'Intérieur, présente ensuite et commente de la façon la plus intéressante, un film cinématographique sur « la lutte contre les maladies vénériennes », procédé nouveau de vulgariation appelé à rendre de grands services dans l'avenir.

Le lundi matin 14 novembre, les congressistes se répartissent à leur gré, dans les différents services hospitaliers; des démonstrations leur sont faites sur les plus récentes découvertes de laboratoire, sur les nouvelles méthodes employées dans l'examen clinique des malades, sur les procédés les plus modernes d'interventions chirurgicales. Nous ne pouvons, faute de place, que citer quelques-uns de ces services :

Service du professeur Vandervelde : Procédés modernes d'exploration de l'appareil circulatoire et du sang.

Service du docteur Lespine : Démonstrations cliniques pratiques de dermatologie.

Service du docteur Dekeyser : Traitement du furoncle et de l'anthrax par le gaz oxygène.

Service du docteur Matagne : Démonstrations de radiumthérapie.

L'après-midi, dans la grande salle du Palais du Trocadéro, en présence de Sa Majesté la Reine Elisabeth, et devant une assistance de 1.500 personnes (médecins congressistes et amis de la langue française), le professeur Jean-Louis Faure (de Paris) parle de « l'art et de l'esprit de la chirurgie ».

Nous ne pouvons malheureusement que résumer d'une façon trop succincte cette admirable conférence digne en tous points d'un autre beau livre publié l'an dernier par le même auteur et que presque tous les médecins connaissent : *L'Ame du chirurgien.*

Après avoir exalté la chirurgie moderne, que la douloureuse épreuve que nous venons de traverser a fait admettre par tous, chirurgie de guerre qui n'est pas la vraie chirurgie, le professeur J.-L. Faure passe en revue les diverses qualités qui font le bon chirurgien, et définit ensuite le grand chirurgien; le grand chirurgien est celui qui, faisant preuve d'initiative, d'originalité, d'esprit d'invention, découvre de nouvelles techniques, innove une heureuse méthode; mais ce titre de grand chirurgien est un de ceux auxquels on ne peut prétendre qu'après la vie et que décerne la postérité reconnaissante.

Mais les recherches en chirurgie n'apporteront plus beaucoup d'innovations; grâce aux découvertes de Pasteur, la

(1) Parmi les confrères français on notait les docteurs Couvelaire, Roger Glénard, Delor, Roux Delimal, Chén Siguret, Dupuy de Frenelle (de Paris), Gallot (de Versailles). de Fourmestraux (de Chartres), Finck (de Vittel, etc.).

Le Grand-Duché de Luxembourg était représenté par le docteur Forman, officier de la Légion d'honneur.

chirurgie est arrivée à un degré de perfection qu'elle ne peut plus guère dépasser; la médecine, au contraire, guidée par de nouvelles recherches, avance en pressant le pas; les récentes acquisitions de la biologie lui permettent de lutter efficacement contre beaucoup de maladies jadis incurables; les vaccins, les sérums lui donnent quelques grandes victoires déjà et demain sans doute lui en permettront d'autres que la chirurgie n'aura plus à tenter; le cancer lui-même, qui est à la fois la gloire et le désespoir de la chirurgie, ne sera-t-il pas bientôt vaincu par le génie de quelque médecin.

L'admirable péroraison que nous reproduisons intégralement :

... « Le 5 mai 1921, le chef génial des armées de la civilisation, le maréchal Foch, tenant à la main l'épée d'Austerlitz, prononçait cette parole sublime « au-dessus de la guerre, il y a la paix ». — A l'exemple du plus grand vainqueur de l'histoire, chirurgiens, ayons le courage de dire « au-dessus de la chirurgie, il y a la médecine qui nous en délivrera. »

est saluée par des acclamations enthousiastes à l'adresse du Français, du chirurgien, du savant, de l'artiste.

Immédiatement après, Sa Majesté la Reine, en présence de l'attaché militaire français, le général Serot Almeras Latour, reçoit dans un salon privé l'éminent conférencier et l'invite au Palais. Elle félicite également les docteurs Beckers, L. Mayer et R. Bernard, du Comité de rédaction de *Bruxelles médical*, auxquels s'étaient joints les professeurs Depage et Lorthioir.

A quatre heures et demie, nouvelle conférence à l'Institut de physiologie par le professeur Dustin sur « les acquisitions nouvelles dans le domaine de la physiothérapie des noyaux de la base de l'encéphale ».

En un langage clair et précis, le professeur Dustin conclut que les noyaux de la base sont branchés en dérivation sur la voie pyramidale. Ils ne sont ni exclusivement sensibles, ni exclusivement moteurs, mais, par un rôle inhibiteur, ils régularisent, harmonisent les mouvements volontaires.

Un film cinématographique sur « l'encéphalite léthargique », commenté par les docteurs van Bœckel et Bessemans, inspecteurs d'hygiène, est immédiatement suivi d'un autre film du voyage médical franco-belge au Maroc. Ce voyage, projeté sur l'initiative de *Bruxelles médical* et en particulier du docteur Bernard, doit se faire dans des conditions spéciales au début de l'année prochaine, et le film a été commenté de la façon la plus heureuse par M. Robin, homme de lettres, conférencier de la Compagnie générale transatlantique.

Le mardi 15 novembre, nouvelles visites dans les services hospitaliers, citons :

Service du docteur Cerf : Séméiologie de l'appareil digestif.

Service du docteur Mayer : l'éminent chirurgien opère six malades (hystérectomie pour fibrome, amputation du sein pour cancer, hystérectomie pour pyosalpinx double, hernie inguinale double, gastro-entérostomie pour ulcus gastrique, ténoplastie pour contracture ischémique des doigts).

Service du docteur Merckx : Sinusites, mastoïdites.

Service du docteur Tant (en collaboration avec le docteur Durœux) : Traitement de la blennorragie, exploration du canal de l'urètre.

Service du docteur Bernard (en collaboration avec le docteur Durœux) : Recherches microscopiques. Traitement de la syphilis.

Service du docteur De Meyer : Démonstrations électrocardiographiques et exposés de tracés.

Service du docteur Lemoine : Œsophagoscopie.

L'après-midi, en remplacement de M. le professeur Bordet, retenu à Montpellier où il représente l'Université de Bruxelles, son collaborateur le docteur Renault disserte sur « quelques problèmes médicaux de prophylaxie ». Il insiste surtout sur la collaboration étroite qui doit exister entre le médecin et le laboratoire, et termine son exposé par quelques considérations sur la marche qu'il y aurait lieu de suivre dans l'étude du cancer et notamment du cancer familial ».

Une dernière conférence du docteur Philippson, professeur à l'Université, sur les applications des techniques radiotélégraphiques à la biologie et à la médecine, accompagnée d'expériences pratiques les plus intéressantes, vient terminer ces trois journées si bien remplies, non seulement par les questions scientifiques exposées plus haut, mais encore par des divertissements merveilleusement organisés : le dimanche soir, raout dans les salons de l'hôtel Astória; le lundi soir, représentation de *Fidelio* au théâtre de la Monnaie; le mardi 15, réception des congressistes par l'illustre bourgmestre Max, ministre d'Etat, dans le cadre unique et splendide des salons de l'Hôtel de Ville.

L'initiative originale et hardie de *Bruxelles médical* a recueilli un succès sans égal; elle a démontré, par le nombre des médecins qui ont répondu à son appel, qu'en présence des progrès incessants et pour ainsi dire journaliers de la science médicale, ces réunions scientifiques répondaient à un besoin manifeste et les organisateurs infatigables des journées, les docteurs Beckers, Mayer et Bernard ont droit aux félicitations et à la reconnaissance de tous les médecins qui ont pu y assister.

Nous avons le devoir, nous Français, de remercier nos confrères belges de l'accueil inoubliable qu'ils nous ont réservé; partout nous avons été reçus avec les marques de l'affection la plus profonde et nous avons été frappés du contraste qui existe entre cette sympathie sincère des Belges pour la France et la haine qu'ils ont vouée à l'Allemagne. Pour nous, la guerre est déjà bien lointaine; nous n'en voyons plus les horreurs qu'à travers un voile qui s'épaissit de plus en plus; pour eux, elle est encore toute proche, et dans tous leurs actes, dans toutes leurs paroles, perce le mépris des envahisseurs qui, pendant quatre ans, ont employé vis-à-vis d'eux les procédés les plus lâches, les plus indignes d'un peuple civilisé.

L. DURŒUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1921)

Sur les sensibilisatrices tuberculeuses. — MM. A. CALMETTE, L. NÈGRE et BOQUET. Les sensibilisatrices antituberculeuses du sérum de cheval préparé, même employées à doses considérables (jusqu'à près de 100.000 *unités*), n'ont aucun pouvoir bactéricide et sont incapables de provoquer la lyse, soit *in vitro*, soit *in vivo*, du bacille tuberculeux; elles ne neutralisent pas la tuberculine et elles n'exercent aucune action favorable sur la marche de l'infection tuberculeuse.

Il apparaît évident que ces sensibilisatrices dont, par la réaction de Bordet-Gengou, on décèle la présence dans le sérum des malades, ne doivent être envisagées que comme des *témoins de l'infection*.

Il semble, par conséquent, vain de placer le moindre espoir dans l'utilisation thérapeutique des sensibilisatrices (ou anticorps) contenues dans les sérums dits *antituberculeux*.

La protection contre les vibrations sonores. — M. MARAGE. L'oreille est sensible aux sons aigus et aux sons faux, elle l'est beaucoup moins aux sons graves.

Les vibrations sont aussi gênantes pour le système nerveux que les microbes pour la santé générale.

Pour protéger l'oreille il faut, ou arrêter les vibrations transmises par l'air et par le sol, ou modifier la source sonore ce qui, dans les villes, serait facile à obtenir. M. Marage propose notamment de supprimer les trompes des autos qu'il considère comme inutiles, car les sourds ne sont pas plus souvent écrasés que les entendants, et comme nuisibles car le chauffeur croise les rues à 30 à l'heure lorsqu'il a respecté le règlement en cornant d'avance et c'est pur hasard s'il n'y a pas de collision.

Les trompes devraient avoir tout au moins un son grave.

On pourrait encore modifier le récepteur oreille en l'empêchant d'écouter les vibrations désagréables. Pour obtenir ce résultat, M. Marage propose un petit moteur électrique produisant un son agréable qui masque le bruit désagréable de la rue.

Mais ce moyen, de même que les modifications à apporter

à la construction des immeubles, n'est pas à la portée de tout le monde.

Transmission du clou de Biskra par le phlébotome (Phlebotomus papatasi *Scop*). — MM. Ed. et Et. Sergent, L. Parrot, A. Donatien et M. Béguet. Des phlébotomes de l'espèce *P. papatasi*, originaires de contrées où le bouton d'Orient sévit à l'état endémique, ont un virus qui donne à l'homme une leishmaniose cutanée semblable, au point de vue clinique et parasitologique, au bouton d'Orient. Il faut donc considérer le phlébotome comme un vecteur naturel du virus du bouton d'Orient.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1921)

Une lacune de la loi sur les aliénés en ce qui concerne les aliénés dits criminels. — M. Vallon rappelle que la loi du 30 juin 1838 ne contient aucune disposition relative aux aliénés dits criminels. C'est une lacune regrettable. En effet les placements d'office des aliénés sont ordonnés par l'autorité administrative représentée dans le département de la Seine par le préfet de police et, dans les autres départements, par le préfet. Il s'ensuit que lorsque un juge d'instruction prononce un non-lieu en faveur d'une personne qu'un médecin-expert a déclaré aliénée, irresponsable, bonne à placer, il n'a pas qualité pour opérer ce placement, il doit se borner à mettre la dite personne à la disposition de l'autorité administrative en vue de son placement. De là, des difficultés dans la pratique.

En effet, le préfet, avant de prendre un arrêté de placement est libre d'ordonner un nouvel examen médical; il n'est pas tenu de se contenter du rapport du médecin-expert sur lequel a été basée la décision judiciaire, souvent d'ailleurs ce rapport a été remis depuis plus de quinze jours et, par conséquent, n'est plus valable. Or, le médecin désigné par le préfet peut conclure qu'il n'y a pas lieu à placement, soit qu'il n'a pas la même manière de voir que le médecin-expert, soit que l'état mental du malade s'est modifié, ainsi qu'il arrive souvent quand il s'agit d'alcooliques ou d'épileptiques. La personne peut alors être rendue à la liberté; elle a échappé à la prison grâce à un avis médical et elle va éviter l'asile grâce à un autre avis médical.

Les mêmes différences d'avis peuvent se produire de la part du médecin de l'asile dans lequel la personne a été conduite, d'où la sortie prématurée de celle-ci.

Donc difficulté pour le placement, insuffisance de garanties pour la sortie : telles sont les principales lacunes de la loi du 30 juin 1838, en ce qui concerne les aliénés dits criminels. Pour les supprimer, il suffirait de faire passer de l'autorité administrative à l'autorité judiciaire en cas de non-lieu ou d'acquittement, le placement et aussi la libération.

Sur la prophylaxie de la diphtérie dans les collectivités. — M. Sacquepée rappelle qu'en présence d'une épidémie extensive de diphtérie, spécialement dans le milieu militaire, notre meilleur moyen de lutte est encore actuellement représenté par la recherche et la séparation des malades et des porteurs de germes.

La recherche des porteurs se heurte souvent à certaines difficultés lorsqu'il s'agit de différencier les bacilles diphtériques courts d'autres germes morphologiquement voisins. Les épreuves nécessaires pour établir le diagnostic compliquent et allongent les expertises, retardent ainsi la mise en œuvre des mesures prophylactiques appropriées.

Or, dans beaucoup de cas, ces épreuves différentielles ne semblent pas indispensables. Le bacille diphtérique en effet doit se transmettre tel qu'il est, sans subir de modification chez son nouvel hôte. Si l'épidémie est due aux bacilles longs et moyens, il suffira donc de considérer comme suspects les porteurs de bacilles longs ou moyens, faciles à reconnaître, sans se préoccuper des bacilles courts. Or, l'expérience a démontré que la majorité des épidémies extensives sont dues aux bacilles longs ou moyens; et l'application du principe précédent a permis de faire rapidement la sélection nécessaire, en réduisant aussi au minimum le nombre des porteurs. Les résultats prophylactiques ainsi obtenus ont été satisfaisants.

C'est seulement dans le cas, beaucoup moins fréquent, où l'épidémie est due au bacille court, qu'il devient nécessaire de procéder à une identification rigoureuse de cette variété morphologique.

Fixation et neutralisation des poisons sur les centres nerveux. — M. Jean Camus.

La réaction de Friedbergèse dans le typhus exanthématique, dans la typhoïde et dans la fièvre récurrente. — M. Delamare.

Nouvelles recherches sur l'influence du choc anaphylactique dans les infections expérimentales. — M. Arloing (de Lyon) fait connaître les résultats de nouvelles expériences qu'il a faites en collaboration avec MM. Dufourt et Langron. Il résulte de ces nouvelles expériences que la production du choc anaphylactique n'arrêta pas, chez les chiens et les cobayes, l'infection pneumotuberculeuse, mais elle a une action très favorable sur l'infection eberthienne et guérit 30 p. 100 des septicémies colibacillaires, et 88 p. 100 des cobayes infectés par le pyocyanique.

Ces résultats concordent avec ceux qui ont été obtenus par M. Widal et ses élèves.

— M. le Président annonce que la séance annuelle aura lieu le mardi 13 décembre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1921)

Maladie de Paget. — MM. Babonneix, Denoyelle et Périsson présentent l'observation d'une octogénaire atteinte, depuis des années, d'une maladie de Paget un peu atypique. Comme le montrent les radiographies, en effet, seuls sont atteints les os des membres inférieurs et les tibias encore plus que les fémurs; l'ostéite condensante n'est pas très prononcée et les déformations craniennes font entièrement défaut. Cette maladie de Paget semble pouvoir être attribuée à la syphilis ainsi qu'en témoigne l'existence, d'une part, d'une aortite, de l'autre, d'une lenteur appréciable des réflexes pupillaires.

Leucémie aplastique et anémie pernicieuse. — A propos de la récente communication de MM. Paisseau et Alcheck, M. A. Clerc fait observer que la présence dans le sang de cellules primordiales avec leucopénie et déglobulisation excessive ne suffit pas à faire éliminer d'emblée l'idée d'une anémie pernicieuse. Il existe, en effet, de ces cas, peu nombreux il est vrai, d'anémie pernicieuse que l'on pourrait appeler anémie métaplastique, où les cellules en question passent dans le sang et prolifèrent abondamment au niveau de la moelle. Cette réaction limitée, ultimum moriens de la fonction hématopoiétique, traduit un effet incomplet de réparation mais n'aboutit pas à ces proliférations excessives et généralisées qui caractérisent histologiquement la leucémie aplastique (ou mieux macrolymphomatose aleucémique). En 1905, l'auteur, en collaboration avec MM. Lesné et Laederich, a rapporté un cas de ce genre. Le diagnostic différentiel est bien souvent impossible du vivant du malade et ne peut se faire qu'à l'autopsie, encore parfois l'hésitation persiste-t-elle dans ce dernier cas.

Erythème noueux au cours d'une septicémie pneumococcique. — M. Sacquépée relate l'observation d'un malade atteint d'érythème noueux classique compliqué toutefois d'une éruption zostériforme. L'hémoculture permit de déceler la présence dans le sang d'un pneumocoque type I.

Il s'agit donc d'un érythème noueux pneumococcique à rapprocher des érythèmes streptococcique et entérococcique déjà signalés par l'auteur en 1906 avec M. Loiseleur. Rien chez ce malade ne permettait de penser à la tuberculose.

Cliniquement, l'infection a débuté sans brusquerie, n'a jamais paru bien grave, a évolué de manière plutôt traînante et s'est accompagnée d'une fièvre modérée. Ces divers caractères ne correspondent pas à ceux qui sont habituellement observés au cours des infections pneumococciques.

A noter l'absence complète de lésion pulmonaire; fait assez

rare dans les infections à pneumocoque. Il semble admis, en effet, que ce germe manifeste une électivité particulière pour le tissu pulmonaire. En réalité, des recherches récentes semblent établir que dans la pneumonie le pneumocoque pénètre par voie respiratoire; les lésions pulmonaires ne représentent dès lors qu'une réaction défensive au point d'introduction du germe, et non pas une localisation élective au cours d'une septicémie préalable. Si ces suggestions sont exactes, les lésions pulmonaires pneumococciques paraissent être fonction de la voie de pénétration du germe bien plus que d'une affinité spéciale de tissu, et on conçoit qu'une septicémie pneumococcique ne s'accompagne pas forcément de manifestation spéciale sur le poumon.

Présentation d'une malade atteinte d'un névrome plexiforme de localisation exceptionnelle avec superposition d'un nævus pigmentaire. — MM. Crouzon, Boutier et R. Mathieu.

Aspects radiologiques de la scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Rist et Ameuille insistent sur l'épaississement et la déformation de la scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire. Ils ont noté deux aspects typiques : la surélévation de la scissure et l'incurvation de l'interlobe.

Hémiatrophie faciale avec paralysies multiples des nerfs craniens (forme spéciale de la trophonévrose faciale). — M. André Léri montre une malade qui présente une hémiatrophie faciale gauche très accentuée. Cette hémiatrophie porte essentiellement sur le tissu cellulo-graisseux et la musculature; elle laisse intacts non seulement le squelette, mais aussi la peau.

L'hémiatrophie s'accompagne de toute une série de paralysies des nerfs craniens du même côté : parésie amyotrophique du facial et du trijumeau, paralysie complète du moteur oculaire commun et légère du moteur oculaire externe, parésie de l'hypoglosse, parésie amyotrophique du spinal externe (sterno-mastoïdien et trapèze), parésie du vague (instabilité cardiaque et exagération du réflexe oculo-cardiaque). Il y a en même temps une légère parésie amyotrophique du membre supérieur du côté opposé, ce qui constitue un syndrome alterne très complexe.

L'ensemble de ces troubles paraît indiquer une lésion mésocéphalique diffuse, peut-être une variété de polioencéphalite chronique dont la cause nous échappe.

Cette observation plaide en faveur de la théorie émise par Brissaud qui donne à certains cas d'hémiatrophie faciale une origine bulbo-protubérantielle; elle est peut-être parfois sous la dépendance d'une altération du sympathique bulbaire (faisceau solitaire).

Un nouveau sel de chaux. Ses propriétés thérapeutiques. — M. Gaucher décrit les propriétés d'un nouveau sel de chaux, injectable et colloïdal, le dipropanoloïphosphite tricalcique, qu'il a découvert en collaboration avec M. G. Rollin.

Ce nouveau sel calcique paraît appelé à prendre une place importante dans la thérapeutique de la recalcification:

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE PLÉNIÈRE DU 20 NOVEMBRE 1921)

Les troubles visuels après les pertes de sang. — M. A. Terson (de Paris), rapporteur. On sait que les émissions sanguines de cause, d'importance et de siège disparates, émissions uniques ou surtout répétées, entraînent des troubles visuels divers, susceptibles, dans la moitié des cas environ, de s'accompagner de cécité définitive par atrophie des nerfs optiques.

Quoi qu'il en ait été publié près de 250 observations, cette complication est relativement très rare eu égard au nombre infini d'hémorragies de toutes sortes qui pourraient la provoquer. Elle présente surtout ceci de remarquable dans son évolution c'est qu'elle ne se produit qu'exceptionnellement tout de suite après l'hémorragie : c'est ordinairement *entre trois et huit jours après la perte de sang* que les troubles visuels apparaissent, dans une phase *élective*.

Ils peuvent revêtir la forme : 1° d'une *hespéranopie* (ex-héméralopie), rapidement curable; 2° d'une *hémianopie* homonyme, d'origine corticale, sans altération du fond de l'œil. Les lacunes du champ visuel restent définitives; 3° d'un *affaiblissement visuel*, bilatéral, quelquefois monolatéral, allant rapidement jusqu'à la cécité, partielle ou complète, curable intégralement ou en partie, plus ordinairement incurable.

Ces troubles ne paraissent avoir jamais surgi plus de *trois semaines* après la perte de sang. Ils peuvent survenir à tout âge, quoique plus fréquents après la quarantaine et dans le sexe féminin (métrorragies, accouchement, etc.), *toutes* les causes d'hémorragie peuvent lui donner naissance, surtout chez des sujets en mauvais état général (pyrexies, cancer, etc.). Les saignées répétées l'ont souvent produite.

L'examen du fond des yeux montre, le plus souvent, une pâleur ischémique du nerf optique, avec rétrécissement des artères rétiniennes, parfois un œdème du disque optique et de la rétine. Le tout guéri quelquefois intégralement, se termine par une atrophie partielle ou totale des nerfs optiques et de la rétine.

La lésion est le plus souvent périphérique, toutefois d'autres phénomènes (surdité, paralysies oculo-motrices, céphalées intenses, coma, polynévrites) peuvent être concurremment observés au cours de la crise visuelle, et montrent une participation plus ou moins grande des centres ou des autres nerfs.

Actuellement, l'évolution clinique est déterminée dans tous ses détails, seuls l'*étude pathogénique* et le *traitement d'urgence* nécessitent de nouvelles investigations.

Sur quelles bases les instituer? M. Terson croit qu'ici, comme pour toutes les maladies locales d'apparence énigmatique et comme pour toutes les spécialités, il est nécessaire de faire appel, pour s'orienter et conclure, fût-ce provisoirement, à une *méthode d'ensemble* qui consiste à s'adresser à trois ordres de recherches sur les trois terrains suivants : 1° l'*ophtalmologie comparée,* analysant des processus ischémiants et toxiques pouvant donner un syndrome *fonctionnel* et *lésionnel* analogue au syndrome posthémorragique *mais sans l'hémorragie occasionnelle*; 2° la *pathologie générale humaine* comportant, d'une part, l'étude des autres accidents *cérébraux*, *sensoriels* et même *périphériques*, engendrés par une hémorragie, d'autre part, l'étude des *crises nerveuses* avec choc résultant avec ou sans incubation, de l'introduction dans le sang de substances médicamenteuses, albuminoïdes ou sériques; 3° la *pathologie générale animale et vétérinaire* chez les animaux, la cécité après les pertes de sang a été souvent observée; son étude rénovée entraînera certainement des recherches expérimentales et thérapeutiques intéressantes.

M. Terson analyse d'abord les suggestions et les hypothèses directrices nées de l'examen endoscopique et périmétrique, les analogies avec les résultats de l'intoxication quinique, et d'autres intoxications et intoxications ischémiant le fond de l'œil pouvant amener la stase ou l'atrophie optico-rétinienne, et superposable au syndrome posthémorragique; puis il entre dans la discussion des théories proposées, sans perdre de vue les résultats positifs de la *clinique* et de l'*autopsie*. Il repousse d'abord les hypothèses improbables, entre autres l'hémorragie dans les gaines du nerf optique, puis il aborde la discussion du rôle, exclusif selon certains, de l'*ischémie* dans la production du syndrome visuel après les pertes de sang. Cette ischémie, *envisagée seule*, ne lui semble pas absolument déterminante si l'on songe que le syndrome de cécité est extrêmement rare parmi un nombre énorme d'hémorragies très abondantes ou répétées *sans aucun trouble visuel immédiat ou tardif*, qu'il existe des cas *monolatéraux*, et que, enfin, la plupart des cécités apparaissent assez *tard après l'hémorragie*, de trois à sept jours ordinairement et parfois bien plus tard encore, quoique *pas après trois semaines*.

L'état du sang, l'hypotension artérielle générale et rétinienne sont les mêmes ici que chez un grand nombre de sujets presque exsangues et *qui ne présenteront jamais de trouble visuel*.

Faut-il penser à une *toxémie* ou neurotoxémie surajoutées? Cette hypothèse est valable, car c'est surtout chez des sujets en mauvais état général que l'hémorragie paraît entraîner la crise de cécité. L'intoxication, le toxinisme latent peuvent préparer le terrain et ne sont pas incompatibles avec d'autres influences ou processus supplémentaires. Il est admissible,


Nujol
Constipation
Nujol
Nujol

en effet, que, surtout pour les *cas immédiats*, il s'agisse d'une crise de *déséquilibre sanguin*, une crise *colloïdo* ou *hémoclasique* avec extrême hypotension artérielle et sidération nerveuse de même que, dans les *cas tardifs*, d'une évolution pathogénique analogue à celle des accidents *anaphylactiques* ou *sérothérapiques* qui, eux aussi, surviennent souvent *après une période muette* et dans une *phase élective*, analogues à celles de la crise visuelle.

Il est très probable que, comme pour bien des états analogues, il survient au niveau de la plaie hémorragipare des phénomènes d'*absorption* et de résorption nocives intensifiés par le puissant appel à l'organisme du sang qui veut se reconstituer après une hémorragie, unique ou *surtout répétée*. Tout se passe alors comme s'il s'était produit dans le sang un excès de la réaction de dépense ou une injection directe et une accumulation de produits déchaînants, redoutables pour le système nerveux en général, mais surtout pour la rétine, très délicate et mal nourrie par une circulation terminale.

Les résultats de l'*autopsie* et de l'*expérimentation* ne sont ni sans intérêt ni sans précision.

Les autopsies dues à Hirschberg (trois ans après l'hématémèse), de Ziegler (vingt-trois jours après l'hématémèse), de Raelhmann, enfin de Görlitz (onze jours après la cécité par hématémèse) ont montré, sauf dans le cas de Raelhmann où un certain degré d'endartérite existait en plus, une atrophie ascendante du nerf optique d'origine périphérique, avec lésions rétiniennes de dégénérescence, consistant surtout en amas de cylindres axes altérés dans la couche rétinienne des fibres nerveuses. *Pas de signes d'infection ni d'inflammation*, pas d'embolies ni de thromboses totales.

Holden a pu provoquer une dégénérescence opticorétinienne analogue par des saignées répétées chez les animaux, mais ces expériences sont à reprendre et à compléter.

Le *traitement* des troubles visuels après les pertes de sang était encore, dans ces dernières années, des plus disparates, puisqu'il allait d'une expectation déguisée à des interventions dangereuses (débridement des gaines du nerf optique proposé par de Wecker). Il est permis d'espérer qu'il entrera maintenant dans une voie meilleure et qu'ainsi le pronostic, jusqu'ici complètement variable, subira enfin une direction plus précise.

Par un traitement *immédiat*, on essaiera de parer à toutes les indications cliniques et pathogéniques, sans que nous puissions encore complètement déterminer le degré d'efficacité de nos efforts, puisque le syndrome peut parfois guérir intégralement sans autre chose qu'un traitement anodin ou inexistant ou se terminer mal chez des sujets soignés dès le début. Quoi qu'il en soit, on se trouvera *au cours de la cécité*, dans les trois éventualités suivantes : le malade saigne encore : il ne saigne plus; la cécité et la lésion opticorétinienne sont, depuis asssez longtemps, stationnaires.

1° *Pendant l'hémorragie.* — L'hémostase sera naturellement réalisée par tous les moyens. En outre, l'hémorragique sera placé la tête aussi basse que possible. L'emploi du nitrite d'amyle sera prudent et modéré. Celui de l'adrénaline pourra être également essayé; toutefois, on peut se demander si l'action violente de ce médicament vasoconstricteur, malgré ses avantages généraux pour l'hémostase et contre le choc, n'accentuerait pas la vasoconstriction et l'ischémie rétiniennes.

2° *Le malade ne saigne plus.* — Pas d'hémostase à envisager, mais un traitement *local* et un traitement *général* d'urgence. Le malade, toujours la *tête très basse* et les membres inférieurs élevés, ne devra, sous aucun prétexte, se lever ou même rester assis, des compresses *très chaudes* seront renouvelées sur ses yeux, que l'on massera à diverses reprises.

Aucun collyre myotique ne paraît être indiqué, mais les applications de poudre de chlorhydrate d'éthylmorphine (*dionine*) et des injections périoculaires profondes de solution de dionine (1/50) exerceront une révulsion et une vasodilatation puissante et sont certainement logiques.

Une opération importante et mutilante (iridectomie) n'est pas admissible. Mais des paracentèses cornéennes ou mieux une sclérotomie répétée *in situ* (A. Terson), diminueront, sans péril, la tension intraoculaire et pourront avoir une action décompressive et dilatatrice sur les vaisseaux rétiniens ischémiés, en s'ajoutant aux moyens précédents et au régime des anémiques, on remontera la tension artérielle et l'énergie du cœur par la caféine et tous les stimulants appropriés, puis on cherchera à rétablir la quantité et la qualité du sang, soit par une transfusion de sang citraté, quand elle sera possible, dans de bonnes conditions, soit plus simplement par les grandes injections de sérum artificiel, recommandées d'urgence depuis longtemps en pareil cas, par l'auteur. Elles peuvent être suivies d'une amélioration et d'une guérison rapides, malgré des échecs partiels.

L'autohématothérapie, l'autosérothérapie prudentes devraient être étudiées ici, de même que d'autres procédés (ponction lombaire, abcès de fixation) qui n'y ont jamais été essayés.

Dans le traitement *tardif* de l'atrophie opticorétinienne confirmé les injections sous-conjonctivales et périoculaires révulsives et variées, le phosphore et la strychnine, la fibrolysine, constituent la thérapeutique la plus recommandable.

L'exposé de ce rapport a été suivi d'une intéressante discussion.

M. Perrin (de Lyon) présente deux observations. Dans l'une, la cécité survint deux heures après une hémorragie gastrique et à la suite de sérum intraveineux, la vision fut partiellement récupérée en vision centrale $V = 1/2$ avec abolition du champ périphérique. Dans le second cas, cécité quatre jours après une épistaxis abondante : l'acuité remonte à 1/6 avec champ normal injection de sérum et traitement général.

M. Ch. Abadie distingue deux sortes d'ischémie rétinienne, l'une par vasoconstriction, l'autre par compression exercée sur l'artère centrale de la rétine par le gonflement des tissus qui l'entourent. C'est probablement à cette seconde variété qu'on a à faire dans les lésions optiques consécutives aux hémorragies.

M. Magitot. Pour élucider la pathogénie de la cécité posthémorragique, les observations, jusqu'ici publiées, incomplètes, sont insuffisantes. Une étude des phénomènes chimiques et mécaniques du sang est indispensable ; tension locale et générale, coagulabilité, éléments figurés, etc., examen détaillé du sujet et surtout l'étude du foie, organe hématopoiétique et antitoxique par excellence. Au point de vue thérapeutique, la première mesure à prendre sera de coucher le malade la tête basse. L'adrénaline sera évitée; on fera agir les tonicardiaques et on procédera à des injections de sérum sucré.

M. Jocos dans trois cas d'hémorragie grave a pu examiner le champ visuel quelques heures après, alors que les malades ne se plaignaient pas encore de troubles visuels importants. Dans ces trois cas, qui ont guéri, il a trouvé le champ visuel rétréci, surtout pour les couleurs. L'ischémie rétinienne doit être mise en cause dans les cas de cécité rapide et même de cécité tardive.

M. Dupuy-Dutemps pense que, sauf quelques cas douteux, l'ischémie rétinienne posthémorragique ne peut, à elle seule, déterminer ni trouble visuel durable, ni lésions opticorétiniennes. Cette ischémie paraît être seulement une condition favorisante pour l'action sur les éléments rétiniens d'un agent toxique ou infectieux dont l'origine et la nature sont encore totalement inconnues.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Enlèvement a domicile des marchandises de petite vitesse. — Le public est informé que la Compagnie P.-L.-M. a repris son service d'enlèvement à domicile des marchandises de petite vitesse. Ce service, qui constitue pour le commerce une facilité très appréciable, fonctionne dans les conditions indiquées ci-après :

Les ordres écrits d'enlèvement à domicile doivent indiquer la nature et le poids approximatif des marchandises et être adressés ou remis à la gare de Paris-Bercy. Ils sont également acceptés dans les bureaux de ville de la Compagnie situés :

Rue Dieu, 5 et 7; rue de Longchamp, 20; rue des Petites-Ecuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue de Rennes, 45; rue Sainte-Anne, 6; rue Bernoulli, 3; rue Tiquetonne, 64.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations et nominations des médecins, chefs de service au 1er janvier 1922. — Le mouvement définitif est ainsi arrêté :

1. A Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Brocq, limite d'âge), M. le Dr Ravaut, de Broca.

A Broca, M. le Dr Boidin, du Bastion 29.

Au Bastion 29, M. le Dr Paisseau, *titularisé*.

2. A Saint-Antoine (remplacement de M. le Dr Siredey, limite d'âge), M. le Dr Comte, de Tenon.

A Tenon, M. le Dr Merklen, de Bicêtre.

A Bicêtre (service de tuberculeux), M. le Dr Foix, *titularisé*.

3. A Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Thibierge, limite d'âge), M. le Dr Lortat-Jacob, de Bicêtre.

A Bicêtre (service de tuberculeux), M. le Dr Herscher, *titularisé*.

4. A Cochin (remplacement de M. le Dr Œttinger, limite d'âge), M. le Dr Laubry, de La Rochefoucauld.

A La Rochefoucauld, M. le Dr Camus, *titularisé*.

5. A Saint-Antoine (remplacement de M. le Dr Béclère, limite d'âge), M. le Dr Pagniez, de Bicêtre.

A Bicêtre, M. le Dr Harvier, *titularisé*.

6. A Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Darier, limite d'âge), M. le Dr Louste, de Beaujon.

A Beaujon (service de tuberculeux), M. le Dr Trémolières, de Sainte-Périne.

A Sainte-Périne, M. le Dr Villaret, *titularisé*.

7. A Cochin (remplacement de M. le Dr Queyrat, limite d'âge, service de médecine spéciale), M. le Dr Léri, *titularisé*.

8. A la Charité (remplacement de M. le Dr Belin, décédé), M. le Dr Weill-Hallé, des Ménages.

Aux Ménages, M. le Dr Halbron, *titularisé*.

9. A la Charité (remplacement de M. le Dr Castaigne, en disponibilité), M. le Dr Babonneix, de Debrousse.

A Debrousse, M. le Dr Armand-Delille, d'Ivry.

A Ivry (service de tubereuleux), M. le Dr Israëls de Jong, *titularisé*.

10. A Saint-Louis (service de médecine générale titularisé), M. le Dr Aubertin, de Brévannes.

A Brévannes, M. le Dr Maurice Renaud, médecin des hôpitaux.

— Troisième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite*. — Séance du 28 novembre. — MM. Duvoir, 20; Pruvost, 17; Jacob, 17 1/2; Gautier, 17,45.

Séance du 30 novembre. — MM. Brodin, 18,81; Huber, 19,36; Faroy, 19,90; Salomon, 17,54.

Séance du 2 décembre. — MM. Tinel, 18,72; Weil (M.-P.), 19,72; Bloch, 17,45; May, 19,54; Feuillié, 19,27.

Séance du 4 décembre. — MM. Heuyer, 18,27; Gaultier (René), 19,54; Weissembach, 17,90; Lévy (Fernand), 18,27.

— Concours de l'externat. — *Pathologie*. — Séance du 1er décembre. — Question donnée : « Symptômes et complications de la phlegmasia alba dolens. »

M. Deshors, 11; Mme Duclaux, 15; MM. Dhaussy, 11; Ducrot, 12; Derancourt, 10; Decressac (Georges), 11; David et Mlle Dartin, 12; MM. Dansac, 11; Drouart, 12; Donon et Dausse, 13; Daubourg, 10; Fournier, 12; Folliasson, 16; Fleury, 18; Fortier, 14; Ferrer, 13; Dupuy (Raymond) et Mme Ducourtious, 14.

Séance du 3 décembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'érysipèle. »

MM. Diamant, 12; Farrando, 13; Dubois, 11; Guéret, 16; Coignet, 10; Deliencourt, 12; Dreyfus (Gilbert), 18; Fourniat, 16; Dreyfus (Pierre), 12; Ducroix, 11; Donias et Dinichert, 10; Detrois, 8; Deléage (André), 2; Forgeois, 12; Digeon, 10; Defaye, 18; Decourt, 10; Decressac (Jean), 12; Davesne, 10.

Anatomie. — Séance du 1er décembre. — Question donnée : « Veine jugulaire interne. »

M. Verny, 16; Mlle Ullmann, 18; MM. Viet-Villeneuve, 15; Verdier, 10; Wauthier, 13; Thiroloix, 17; Zerah (Jules), 12;

Vezin, 11; Varé, 10; Turpault, 14; Tacquet, 17; Spindler, 10; Suzor, 18; Zadoc-Kahn, 17; Thévenard, 13; Sorton, 15; Mlle Vallet, 10.

Séance du 3 décembre. — Question donnée : « Voie biliaire extrahépatique. »

MM. Krassitch, 10; Vanier, 19; Souvestre, 20; Deléage (André), 13; Vermorel, 16; Jubé, 17; Mariani (Pierre), 14; Vieillard-Baron, 15; Turmann, 14; Triau, 18; Thiéry, 14; Vilensky, 12; Thuillant, 15; Paris (Raymond), 14; Stafler, 12; Vuillième, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour la nomination de pharmaciens adjoints des hôpitaux s'est terminé par les nominations suivantes : pharmaciens adjoints titulaires : MM. Lapras, Guillot, Heitzler, Jeannin, Mlles Olivier, Cousse; pharmaciens adjoints suppléants : MM. Bayle, Laporte, Mlle Bonnay, MM. Barge, Rival, Mlle Dalodier, MM. Rochefort, Boyer.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de MM. les Drs Bocca (service de M. le prof. Teissier) et Paul Durand (service de M. le prof. Roque).

MARINE. — Le *Journal officiel* du 1er décembre 1921, p. 13.152 à 13.159, publie l'instruction relative à l'admission en 1922 dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'Ecole principale du Service de santé de la marine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Mignen, père (de Montaigu, Vendée), Henri Ventuéjol (de Paris), Charles Fernandez d'Armenteros (de Paris).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — MAINTIEN EN SERVICE PENDANT L'HIVER 1921-1922 DE LA SECTION DE LIGNE DES TINES A MONTROC-LE-PLANET. — Pour aider au développement des sports d'hiver dans la Vallée de Chamonix, la Compagnie des Chemins de fer P.-L.-M. maintiendra, pendant l'hiver 1921-1922, jusqu'à Montroc-le-Planet, le service des voyageurs de sa ligne électrique du Fayet-Saint-Gervais à Vallorcine, qui était limité aux Tines les hivers précédents.

NOTES DE PRATIQUE

LE GAIACOL ET SES DÉRIVÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

C'est à Béhal et J. Choay que l'on doit de savoir que l'activité thérapeutique de la créosote dépend à peu près exclusivement de sa teneur en gaïacol. Aussi ce médicament prit rapidement place dans la pratique courante du traitement de la tuberculose pulmonaire.

Après avoir étudié l'action physiologique et la façon dont il se comporte vis-à-vis de l'organisme tuberculeux, le docteur Brachat s'est demandé quelle était la meilleure manière d'administrer les gaïacolaux bacillaires? Voici — précédées de six observations — les conclusions de cette étude.

Pour le docteur Brachat, le gaïacol, administré à l'état de pureté, n'a donné dans le traitement de la tuberculose pulmonaire que des résultats infidèles et incomplets. Sa toxicité et sa causticité lui ont fait préférer divers dérivés. Beaucoup parmi ceux-ci ne sont pas, ou ne sont que très incomplètement décomposés par l'organisme, d'où insuffisance de leur action.

Par contre, suivant le docteur Brachat, l'éther glycérogaïacolique, ou résyl, a paru intéressant à étudier en raison de son dédoublement dans l'organisme, poussé très loin comme le révèlent les analyses des urines des sujets en expérience. Son action acidifiante a paru de nature à modifier très heureusement le chimisme humoral du tuberculeux.

Bien toléré par la voie digestive, le résyl peut être aussi administré par la voie hypodermique, et c'est sous cette forme qu'il a donné à cet auteur les résultats les plus nets à la dose de 0g20 tous les deux jours. Par voie buccale, la dose active paraît osciller, suivant le poids des sujets, entre 0g30 et 0g50 par jour. Sous l'un et l'autre mode d'administration, une amélioration très nette n'a pas tardé à se manifester chez presque tous les malades en traitement, et pour plusieurs d'entre eux une guérison durable semble maintenant acquise.

(1) Dr BRACHAT, médecin au sanatorium de Villepinte, *Paris méd.*, 24 sept. 1921, n° 39.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉTUDIANTS SURSITAIRES DE 1918

M. Henri Avril, député, demande à M. le ministre de la Guerre si les étudiants sursitaires de 1918, affectés par décision ministérielle aux villes de facultés, doivent être autorisés à suivre la totalité des cours correspondant à leurs inscriptions. (*Question du 9 novembre 1921.*)

Réponse. — Réponse négative. Ces jeunes gens doivent avant tout accomplir leur service dans les mêmes conditions que les autres appelés; ce n'est qu'en dehors du service, pendant leurs heures libres, qu'ils peuvent continuer leurs études. (*J. O.*, 1er déc. 1921.)

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic cardiologique (1), par le docteur SCHRUMPF-PIERRON (de Paris), privat-docent de l'Université de Genève. Préface de M. le professeur H. VAQUEZ, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Cet ouvrage est consacré à l'étude des moyens d'exploration utilisés pour le diagnostic des affections de l'appareil circulatoire, du cœur, en particulier. Les méthodes graphiques, l'électrocardiographie y sont exposées avec un soin remarquable. Des tracés et des courbes impeccables viennent à chaque instant illustrer et justifier le texte. Nous attirerons plus spécialement l'attention sur le chapitre de l'énergométrie, un peu nouvelle pour nous, que l'auteur a su mettre parfaitement au point, en s'inspirant des travaux de Christen, observateur de grand talent, trop tôt disparu. Combien d'autres pages seraient à signaler dans ce livre rempli de faits, d'aperçus ingénieux, et si documenté qu'il constitue ce que l'on pourrait appeler un livre de cardiologie technique et pratique de lecture facile et attrayante. L. G.

La débilité arthritique chez l'enfant (2), par le Dr LESAGE, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Comité supérieur de protection de l'enfant du premier âge.

M. Lesage vient de réunir en un volume les leçons magistrales publiées dans la *Gazette des hôpitaux* en 1920 et 1921. En faire l'éloge est une chose superflue. Tous les médecins d'enfants voudront placer cet excellent ouvrage dans leur bibliothèque. L. G.

Le traitement de la tuberculose médicale et chirurgicale par la lipo-tuberculine de Le Moignic, par le Dr J.-P. MOING. 1 vol., 174 pages. — Paris, Maloine et fils.

(1) In-8 de 300 pages avec 200 figures et tableaux synoptiques. — Prix : 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière.
(2) In-8 raisin de 144 pages. Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin.

CHOC HÉMOCLASIQUE & ŒDÈME

Par M. le Dr J. LE CALVÉ (de Redon).

Un fait retient l'attention de celui qui suit, avec l'intérêt qu'elles méritent, les découvertes de ces dernières années concernant les phénomènes de la colloïdoclasie, c'est la *fréquence des œdèmes dans les maladies ou syndromes où jusqu'ici la crise hémoclasique a été signalée.*

Quels sont les états pathologiques dans lesquels la crise hémoclasique a été si souvent constatée, que leur apparition peut être assez exactement comprise comme une manifestation du choc colloïdoclasique? Ce sont beaucoup de crises d'asthme (Widal, Abrami, Brissaud), le rhume des foins, l'hémoglobinurie paroxystique a frigore (Widal, Abrami, Brissaud), les poussées d'urticaire alimentaire (Widal, Abrami, Brissaud, Joltrain, Pagniez, Vallery-Radot), les accidents de l'anaphylaxie alimentaire, des injections de sérum, les poussées d'œdème angio-neurotique (Widal, Abrami, Joltrain, Brissaud), certaines migraines, quelques intoxications par l'antipyrine (Widal, Valéry-Radot). A cette liste, déjà longue, on peut ajouter quelques cas de maladie de Raynaud (Souques et Moreau), l'insuffisance de la fonction protéopexique du foie (Widal, Abrami, Iancovesco), le diabète dans lequel Widal, Abrami, Iancovesco ont reproduit la crise hémoclasique par injection de sucre.

Or, dans tous ces états, l'œdème a été rencontré. Il constitue le signe capital du syndrome désigné sous le nom d'œdème aigu angio-neurotique, maladie de Quincke, etc. N'est-ce pas un œdème en miniature que l'urticaire ordinaire, un œdème véritable que l'urticaire géante qui offre de si grandes analogies avec les poussées d'œdème angio-neurotique? Assez fréquemment, sous l'influence des mêmes causes provocatrices, des crises d'asthme, de migraine, d'urticaire sont remplacées par des poussées d'œdème angio-neurotique. Dans l'hémoglobinurie paroxystique, l'émission d'une urine hémoglobinurique a été vue parfois en même temps que l'œdème aigu (Joseph, Roques, etc.). Des œdèmes fugaces font communément partie des accidents de la petite et de la grande anaphylaxie alimentaire ainsi que de la maladie du sérum. Joseph, Starr, Widowitz, Calman, Schlesinger, etc., ont cité des œdèmes ressemblant à une poussée d'œdème angio-neurotique dans la maladie de Reynaud. Un œdème des lèvres, des parties génitales, de la langue, de la glotte a été noté dans les intoxications par l'antipyrine, qu'il faut vraisemblablement ranger, depuis les travaux de Widal, comme étant d'ordre anaphylactique. Ajoutons à cette énumération les œdèmes du diabétique par bicarbonate de soude. Terminons en rappelant que dans les affections hépatiques, depuis la lithiase biliaire, où la constatation est moins habituelle, jusqu'à la cirrhose de Laënnec où elle est la règle, les manifestations hydropiques (œdème, ascite), sont des plus communes.

S'agit-il dans ces rapprochements d'une simple curiosité clinique, ou devons-nous concevoir une relation de cause à effet entre le choc hémoclasique et l'apparition d'un œdème? Des arguments d'ordre expérimental et d'ordre clinique que nous passerons en revue, sont en faveur d'une étroite liaison entre l'œdème et le choc colloïdoclasique, le premier étant la conséquence du second, et en étant parfois le seul signe apparent.

***

Appelant à notre aide la méthode expérimentale, nous allons montrer qu'il est possible de réaliser des œdèmes avec des corps produisant le choc hémoclasique.

Au cours de recherches entreprises autrefois sur le rôle œdématogène de l'indol et du scatol (1), deux choses nous avaient surpris. En premier lieu, l'intensité de la réaction observée chez nos animaux d'expérience était loin d'être proportionnée au poids du poison employé : quelques milligrammes de ces corps nous donnaient parfois des résultats aussi démonstratifs que ceux enregistrés avec 10, 15 centigrammes. En second lieu, en dépit de la violence des troubles manifestés, nos animaux se remettaient très vite et parfaitement. Ces faits demeurèrent pour nous inexplicables jusqu'au jour, où l'idée nous vint que l'indol et le scatol agissaient non comme des toxines mais bien comme des « corps de choc ». Aussi avons-nous repris nos essais sur de nouvelles bases. Maintenant nous estimons que ces deux produits se rangent parmi ceux capables d'entraîner les phénomènes de la colloïdoclasie, qu'ils jouissent d'un pouvoir œdématogène.

Injections expérimentales. — La dose courante utilisée est de 1 centigramme d'indol ou de scatol (la réaction est identique); nous la dissolvons dans quelques gouttes d'éther. L'injection est poussée sous la peau; l'inoculation intraveineuse assure les mêmes résultats, mais à cause de sa facilité d'exécution, nous lui préférons l'injection hypodermique. L'animal choisi est le lapin, le cobaye est influencé de la même façon. Une dose moindre, 5 milligrammes procure une réaction plus faible, mais encore appréciable. Une dose supérieure, allant de 2 à 5 centigrammes ne paraît pas avoir d'effet plus décisif que l'injection du centigramme. Au-dessus de 5 centigrammes, la réaction serait peut-être plus marquée. Nous avons pu injecter jusqu'à 20 centigrammes d'indol, de scatol, sans déterminer autre chose qu'une exagération de l'engourdissement et de la sensibilité se prolongeant plus longtemps; ce chiffre a été dépassé de beaucoup par d'autres expérimentateurs.

Avec 20 centigrammes d'indol ou de scatol, et la mise dans une étuve à + 30 degrés, les animaux succombent.

A. Indol, scatol « corps de choc ». — Deux minutes après l'injection, on constate une *leucopénie* significative, les globules blancs diminuent du tiers, de la moitié. Cette raréfaction des globules blancs, caractéristique de l'hémoclasie, est de peu de durée.

Maintenant vont se dérouler les *symptômes du choc :* aux environs de la cinquième minute qui suit l'injection, l'animal est engourdi, somnolent, des tressaillements se changeant en véritables tremblements agitent son corps. Insensible aux excitations, il a des mâchonnements, du ptyalisme, émet des crottes abondantes. La respiration s'accélère considérablement pendant une première phase puis se ralentit, bientôt on ne compte plus que les deux tiers, puis la moitié du nombre des respirations normales. Le ralentissement respiratoire se maintient tel

(1) Pathogénie des œdèmes. Œdème aigu toxi-névropathique, p. 68, *Th. de Paris*, 1901. — Contribution à l'étude de deux toxines intestinales. *Arch. gén. de méd.*, mai 1902.

pendant plusieurs heures, cependant sous l'influence d'un bruit, d'une excitation, on peut noter une polypnée momentanée. Parfois on observe un rythme de Cheyne-Stokes. La pression carotidienne s'abaisse, subit de grandes oscillations, les vaisseaux de l'oreille, de la rétine deviennent turgescents, les contractions rythmées des vaisseaux auriculaires acquièrent une importance appréciable. La paupière s'abaisse sur l'œil qui s'enfonce dans l'orbite, la pupille se contracte. A signaler de plus, une diminution dans le temps de coagulation du sang, de l'oligurie, plus souvent de l'anurie, la première émission d'urine étant reportée à vingt-quatre heures. La température centrale s'abaisse de 1 degré environ.

Tous ces troubles atteignent leur maximum vers la vingtième, la trentième minute, ensuite décroissent peu à peu, seul, le rythme respiratoire demeure plus longtemps impressionné. La répétition des injections assure des résultats de plus en plus précis, l'animal succombe quelquefois au cours de celles-ci.

L'intensité de la réaction est fonction des conditions extérieures dans lesquelles l'animal est placé. Enfermant des lapins dans des étuves à + 25 degrés, + 28 degrés, nous les avons vus succomber parfois après une simple injection de 1 centigramme, au milieu de symptômes paralytiques. Une température extérieure basse atténue la violence du syndrome; toutefois si l'on immerge dans de l'eau froide un animal préalablement tondu à qui l'on pratique immédiatement avant la balnéation une injection de 1 centigramme, on le voit, au sortir de l'eau, pris de vertige, tomber à terre les membres contracturés, des convulsions cloniques puis toniques secouer son corps tout entier, entrer bientôt dans le coma et mourir.

Que l'on renouvelle l'injection à bref délai ou que l'on attende une, deux semaines, un mois, pour la reprendre, les manifestations restent les mêmes. Nos deux corps ne réalisent donc pas le choc anaphylactique, mais un choc plus rapproché du choc protéique.

Anatomie pathologique. — L'indol, le scatol et vraisemblablement les corps de cette série ont une action élective des plus caractérisée et presque immédiate sur la circulation, les centres nerveux, le rein.

Vient-on en effet à sacrifier les animaux au bout de temps variables après l'injection que l'on voit les phénomènes se dérouler dans cet ordre :

a. Quelques instants après l'injection, le sang se porte violemment sur les centres nerveux dont les vaisseaux sont hyperémiés.

b. Vers la trentième minute, on observe une réplétion extrême des vaisseaux, de la moelle, des ganglions, du bulbe, de l'encéphale, des méninges avec maximum au niveau du bulbe; par endroits, dans la protubérance, dans l'écorce du cerveau, on distingue quelques taches hémorragiques punctiformes. Dans quelques points de la névroglie, de la moelle, on aperçoit des espaces clairs dus à un commencement d'envahissement par de l'œdème. Le rein, le foie sont congestionnés.

c. Au bout d'une heure, la congestion encéphalo-rachidenne s'accuse encore plus, on remarque de fines taches hémorragiques plus nombreuses, réparties dans toute la hauteur de la moelle, de l'écorce cérébrale ; les cellules nerveuses, les neurones, la névroglie ont perdu de leur affinité pour les réactifs colorants.

Des vacuoles plus abondantes, disséminées dans la substance nerveuse centrale, emprisonnent une plus grande quantité de sérosité. Les reins présentent une tuméfaction trouble et une faible infiltration œdémateuse dans quelques espaces périvasculaires ; le foie est hypertrophé, congestionné.

d. A vingt-quatre heures de distance, il ne subsiste plus rien de ces lésions, à peine si, de loin en loin, quelques fines altérations partielles, témoignent de l'effraction essuyée la veille.

Chez les animaux mis à l'étuve, succombant après l'injection, les lésions acquièrent une gravité plus grande, l'hyperémie du foie, du rein, de la rate, des centres nerveux est beaucoup plus intense, les hémorragies plus nombreuses, plus étendues, les vaisseaux sous-séreux du tube gastro-intestinal sont engorgés, le poumon offre les altérations de l'apoplexie, le cœur est dilaté, en diastole. Les altérations congestives, allant jusqu'à l'hémorragie, dominent au niveau des centres nerveux, l'infiltration œdémateuse est plus discrète que dans les cas précédents, mais est encore reconnaissable.

Quand on associe l'injection d'indol à un refroidissement périphérique, obtenu par la balnéation froide, on provoque la formation d'un œdème cérébro-spinal, compliqué de congestion intense du névraxe, hématomyélie, hémorragies cérébrales, tuméfaction trouble des cellules nerveuses. Des altérations du type congestif occupent le poumon, le foie, le rein, dans ce dernier organe quelques espaces périvasculaires emprisonnent du liquide d'œdème.

En résumé, l'indol et le scatol produisent une crise hémoclasique suivie très vite de signes apparents, ce sont de véritables « corps de choc ». Doués d'une action réelle sur les centres nerveux, ils entraînent dans ceux-ci, tantôt des altérations congestives allant jusqu'à la formation d'hémorragies, tantôt des infiltrations œdémateuses. Au niveau des reins, la congestion domine, l'œdème est peu important ; une hyperémie intense assiège les autres parenchymes, foie, poumons, rate.

B. INDOL, SCATOL, CORPS ŒDÉMATOGÈNES. — a. *Œdèmes centraux.* — Nous savons, parce qui précède, qu'un œdème cérébro-spinal accompagne le choc indolique. La sérosité se cantonne sur toute la hauteur de la cervelle, de l'encéphale, dans des espaces clairs résidant dans la substance blanche et grise de l'encéphale. A sa sortie des vaisseaux, le transsudat envahit la gaine périvasculaire, infiltre de là, de proche en proche, la névroglie, dissociant ses filaments, les repoussant, se ménageant ainsi des espaces lacunaires.

L'œdème accède dans la cavité de l'épendyme, dilate à l'extrême ce canal dont le revêtement épithélial tombe dans la cavité. Il passe aux méninges écartées du névraxe par une abondante masse liquide accumulée dans les espaces sous-arachnoïdiens. Cet œdème est transitoire.

b. *Œdèmes périphériques.* — Sur un sujet en état de choc par indol, scatol, la transsudation qui choisit spontanément les parties centrales, peut-être détournée à la périphérie quand intervient, dans le territoire où on désire l'attirer, une excitation frappant le système vasomoteur ou sensitif. Cette expérience ne donne pas toutes les fois des résultats probants. Pour la réussir il ne faut pas agir dès les

premiers moments qui suivent l'injection, mais attendre quelque peu.

Tout d'abord, disons qu'avec toutes les manœuvres suivantes pratiquées isolément, indépendamment d'une action connexe sur la circulation, on ne parvient pas à créer un œdème expérimental : ligature d'une veine importante d'un organe, celle de la plus grande partie des veines qui se rendent dans une région, section du sciatique, du nerf médian de l'oreille, du sympathique cervical, des trois filets nerveux satellites de la carotide, l'excitation du nerf médian auriculaire, du sympathique cervical, du pneumogastrique.

Mais si l'on prend la précaution, avant ces interventions, de pratiquer une injection d'indol, de scatol, on enregistre fréquemment, et cela d'autant plus souvent que l'on utilise des animaux qui ont déjà reçu quelques doses, des résultats positifs. Des œdèmes fugaces surgiront dans le territoire où nous porterons la nouvelle excitation : région du cou, espace intermaxillaire après la ligature des jugulaires, la section du sympathique cervical, des trois filets satellites de la carotide; région de l'oreille après ligature des veines marginales, section ou excitation du nerf médian; région du membre inférieur après section du sciatique; région du poumon après excitation et compression du pneumogastrique. Egalement, un refroidissement énergique du pavillon de l'oreille par évaporation d'éther, stypage, la friction prolongée de cet organe, déterminent un œdème local plus ou moins épais.

Mécanisme. — L'indol, le scatol ont une action immédiate sur les centres vasomoteurs. Sous cette influence, le sang reflue dès les premiers moments dans les vaisseaux des centres nerveux et des organes centraux

La leucopénie, signe principal avec l'hypotension de la crise hémoclasique, observée à cette période, résulte de ce que les globules blancs accompagnent le sang dans son recul pour s'accumuler dans les organes hyperémiés, elle est encore due à la dilution du sang par des courants qui accèdent des espaces périvasculaires.

Puis à la phase des signes apparents, autrement dit celle du choc, apparaissent les symptômes révélateurs d'une réaction dépendant de l'excitation du système organo-végétatif. Cette réaction se traduit par l'excitation du vague et la paralysie du sympathique : le ralentissement de la respiration, l'arythmie respiratoire, le ptyalisme, l'émission de crottes sont du ressort d'une excitation du pneumogastrique ou du système parasympathique; à cette vagotonie s'oppose un effet dépresseur sur le système sympathique annoncé par l'énophtalmie, la diminution de la fente palpébrale, le myosis (syndrome de Pourfour Dupetit et Cl. Bernard), auquel s'adjoignent des troubles vasomoteurs (rougeur intermittente des oreilles, œdèmes centraux, etc.).

La précocité des manifestations vagosympathiques est pour nous symptomatique de leur origine centrale. Plus tard, à cette action initiale, viendra peut-être s'ajouter l'irritation par les agrégations micellaires dépendant du phénomène de la floculation, « de l'endothélium vasculaire au niveau des centres amenant une vasodilatation se prolongeant par réflexe aux capillaires viscéraux entraînant l'hypotension brusque et la syncope (A. Lumière) ». De même les changements dans la tension vasculaire sanguine, la viscosité, le signe de la charge électrique du sang, contribuent à la production du choc, et il paraît probable que ce bouleversement dans l'état physique du sang, combine ses effets à ceux de l'action directe des corps de choc sur les centres sympathique et parasympathique.

Il importe aussi de tenir compte de l'hyperémie, des hémorragies, de l'œdème que l'on surprend dans le système nerveux de la vie de relation, ces altérations sont responsables des paralysies, des contractures notées dans le cas de chocs intenses. En outre, il est certain que les troubles circulatoires relevés au niveau des poumons, des reins, du foie, de la rate, du tube gastro-intestinal jouent un rôle dans la genèse des désordres enregistrés.

Le syndrome du choc doit être compris comme la résultante de tous ces assauts; il est déclanché par la réaction primitive du système organo-végétatif pour lequel les corps de choc sont doués, nous le croyons, d'une affinité spéciale.

Dans les expériences que nous avons poursuivies sur la pathogénie des œdèmes, nous nous sommes aperçu que la production d'un œdème était favorisée toutes les fois que le système vasomoteur était ébranlé dans le sens de la vasodilatation et d'un abaissement relatif de la pression sanguine. Sous cette condition, le flux séreux se porte dans la partie où le désordre vasomoteur est à son maximum : ce sera l'explication de l'œdème central. Une excitation périphérique est-elle exercée sur le sujet en état de choc, surtout s'il a subi des intoxications antérieures, une partie du flux séreux sera détournée dans la région d'où part l'arc réflexe.

***

Applications. — Produits provenant de la désassimilation des albuminoïdes par fermentations microbiennes dans les tissus et surtout dans l'intestin, l'indol et le scatol dérivent, par une série de transformations, de l'acide indolaminopropionique ou tryptophane.

Formés en majeure partie dans l'intestin, ces corps, absorbés par la veine porte, se combinent dans le foie à l'acide sulfurique issu des sulfates ingérés ou de la décomposition du groupement sulfuré albuminoïdique, pour donner des sulfo-conjugués, moins toxiques, éliminés dans l'urine : indoxylsulfate de potassium ou indican, scatoxylsulfate de potassium. La partie non modifiée par le foie est expulsée par les fèces. D'après Muller, l'urine normale des vingt-quatre heures fournit de 5 à 20 milligrammes d'indican.

En relation directe avec la richesse en putréfactions intestinales, toutes les conditions qui retardent le péristaltisme, qui altèrent le fonctionnement de l'intestin, exagèrent la proportion d'indican urinaire. Non seulement celui-ci abonde dans les maladies digestives, mais encore dans une foule de maladies ou affections diverses : variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, tuberculose, urémie, néphrite interstitielle, cancer de l'estomac, hystérie, épilepsie, œdème angio-neurotique.

Au cas d'entrave dans l'élimination rénale ou dans la transformation dans le foie en sulfo-conjuguées, il y a accumulation dans l'organisme d'indol et de scatol que les fèces ne soustraient pas complètement puisque l'on décèle des vapeurs de ces corps dans l'air confiné. Des troubles divers peuvent découler de cette surabondance : nous n'envisagerons que ceux qui paraissent les plus probables.

Indol et affections des voies digestives. — On sait que dans les affections digestives par dyspepsie, entéro-colites, entérites, cancer, maladies de la glande hépatique, etc., les corps du genre de l'indol et du scatol sont formés en plus grande quantité. Ils peuvent s'amasser dans l'organisme, soit en raison de leur surabondance, soit par défaillance de l'action neutralisante du foie, soit par défaut d'élimination par les voies d'excrétion.

Des accidents de choc découleront de cet état : ce seront des malaises, des vertiges, de la congestion encéphalique, de la somnolence après les repas, nous croyons que certains œdèmes fugaces rencontrés dans ces maladies sont l'expression d'un choc par ces corps.

Indol et œdème angio-neurotique. — Nous référant à toutes nos analyses d'urine dans les œdèmes angio-neurotiques que nous avons observés, nous déclarons avoir toujours rencontré dans ce liquide une production accrue d'indol, de scatol. Si nous sommes convaincu que les poussées d'œdème angioneurotique sont le plus souvent la conséquence d'un choc hémoclasique d'origine variée, nous estimons que l'indol et le scatol possédant eux aussi la faculté de perturber les colloïdes humoraux, revendiqueront la propriété de déterminer chez l'angio-neurotique quelques accès œdémateux.

Indol et artériosclérose. — Mentchnikoff (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1910) attribue aux corps aromatiques du genre de l'indol le développement de l'artério-sclérose. Faisant ingérer à des lapins tous les deux jours, pendant deux mois, 2 centimètres cubes d'une solution huileuse de paracrésol, d'indol, il réussit à obtenir des plaques athéromateuses aortiques. Dratchinski (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin 1912) renouvela ces essais sur des singes et des cobayes et détermina, soit des intoxications aiguës, soit des processus interstitiels s'attaquant à différents organes : sclérose rénale chez le singe et le cobaye, phase primaire de la cirrhose hépatique, sclérose surrénale, phases primaires de la sclérose de l'aorte et du cerveau chez le singe.

Une explication vient à l'esprit à propos de la pathogénie des lésions scléreuses consécutives à l'absorption prolongée de ces corps par les animaux d'expérience : les lésions résident dans les territoires occupés par les œdèmes centraux; or, le liquide d'œdème, en dépit des assertions de Baylac et Boy-Teissier, présente une certaine toxicité; il se peut alors qu'il irrite les éléments de la fente lymphatique qui le loge et qu'il amène la transformation fibreuse d'une partie de ces cellules.

* * *

De ce qui précède, se dégagent deux propositions dont nous nous servirons bientôt : 1° la fréquence des œdèmes dans les états ou maladies dans lesquels la crise hémoclasique a été relevée; 2° l'indol et le scatol, corps qui réalisent l'hémoclasie, qui se conduisent parfaitement au point de vue physio-pathologique et anatomo-pathologique comme des corps de choc, donnent des œdèmes centraux ou des œdèmes périphériques. Ces deux corps ont une action très nette sur le système organo-végétatif, excitent le vague, paralysent le sympathique; nous faisons découler de cet effet sur le sympathique vaso-moteur se manifestant par la vaso-dilatation et l'hypotension la production de l'œdème.

Action des corps de choc sur le sympathique. — Dans tous les syndromes ou états pathologiques du ressort de la colloïdoclasie, on retrouve un retentissement sur le sympathique qui s'opère précisément dans le sens approprié pour la formation de l'œdème (1). Si la physio-pathologie des divers chocs hémoclasiques réalisés expérimentalement avec des agents variés, corps anaphylactisants, corps protéiques ne révèle pas toutes les fois, comme lorsqu'il s'agit de l'indol et du scatol, une action très marquée sur le pneumogastrique, il n'est pas niable cependant que l'on enregistre toujours un retentissement sur le grand sympathique. Tous ces corps, en effet, entraînent de l'hypotension qui est le phénomène capital, précoce, intense, constant, et de la vaso-dilatation. Qu'importe la théorie de laquelle on fasse dépendre cette hypotension! Est-elle d'origine centrale comme le soutient Richet, d'origine périphérique comme le défendent Biedl et Kraus, d'origine mixte comme le suggère Courmont? Ce qui nous intéresse c'est que dans le syndrome de choc, à côté de troubles moteurs, psychiques, de troubles respiratoires, etc., existent des troubles circulatoires vaso-moteurs se traduisant par la vaso-dilatation et un abaissement relatif de la pression.

De ceci, il est permis de déduire une affinité des corps de choc pour le système organo-végétatif, avec élection, tantôt sur le vague, tantôt prédominante au niveau du grand sympathique, mais influençant toujours le système vaso-moteur dans le sens d'une diminution de la tension et de la vasodilatation.

Mécanisme des œdèmes hémoclasiques. — Nos recherches sur la pathogénie des œdèmes nous ont montré que, lorsque cet état particulier du système vaso-moteur (hypotension et vaso-dilatation) était acquis, on pouvait surprendre l'existence de courants liquides passant à travers la paroi vasculaire, entrant ou sortant des vaisseaux. Si l'on fait le dosage des albumines du sang de sujets chez qui on provoque cette réaction vaso-motrice, soit par des frictions énergiques du thorax, la prise d'un bain chaud, la striction d'une jambe sous une cordelette, l'application de ventouses, le passage de l'horizontalité à la verticalité, des inhalations de nitrite d'amyle, on assiste à une concentration du sang par suite du reflux dans les espaces périvasculaires d'une certaine quantité de liquide contenant de l'urée et du chlorure de sodium (2). Mais, nous plaçant dans d'autres conditions expérimentales, nous provoquerons la formation d'un courant inverse, accédant des espaces interstitiels dans le torrent circulatoire, c'est-à-dire diminuant les albumines du sang en les diluant. Nous avons noté cette réversibilité du courant dans le cas de ponction brusquée d'un épanchement séreux (3) ou quand le sujet chez qui nous expérimentions était un émotif hyperexcitable.

Il nous semble que la production du courant afférent est fonction d'une excitation violente, intense du sympathique, telle que l'occasionne un corps de

(1) Pour Drouet (*Journ. de méd. de Paris*, 1921, nº 22), le syndrome hémoclasique immédiat découle d'un ébranlement du sympathique puisant son origine dans l'irritation de l'endothélium vasculaire par la perturbation apportée au sang par la pénétration de l'antigène dans son intimité.

(2) Quelques-uns de ces chiffres figurent dans le tableau I de notre article : Echanges entre le sang et le système de la circulation extravasculaire, *Presse méd.*, 13 juillet 1921, p. 555.

(3) Voir tableau V, même article, *Presse méd.*

choc ou quand l'individu est doué d'une vive hyperexcitabilité du système organovégétatif; le courant efférent sera l'indice d'une excitation modérée. La diminution de l'index réfractométrique du sérum signalée depuis Widal dans la crise hémoclasique, signifie à nos yeux l'arrivée dans l'intérieur des vaisseaux d'une masse liquide diminuant le taux des albuminoïdes du sang; cette constatation clinique confirme notre conception.

Passant en revue maintenant les autres troubles sanguins de la crise hémoclasique, abaissement de la pression, rutilance du sang veineux, leucopénie, raréfaction des hématoblastes circulants, nous remarquerons que leur apparition s'accorde très bien de l'hypothèse d'une origine sympathique. L'hypotension est imputable à une réaction dû système vaso-moteur qui accélère aussi la rapidité d'écoulement du sang, d'où son aspect rutilant. La leucopénie, la raréfaction des hématoblastes, dépendent en partie de la dilution du sérum, de la répulsion dans les parties centrales, du sang de la périphérie, les organes centraux se congestionneront au détriment des parties périphériques par une sorte de « balancement circulatoire ».

Conséquence de cette rupture d'équilibre de l'hydraulique circulatoire, des liquides provenant des espaces tissulaires périvasculaires afflueront dans les vaisseaux, augmenteront la masse sanguine. Ainsi accru par ces apports, le sang se précipite dans les parties centrales, les congestionne déjà au stade de la crise hémoclasique, puis à la période de choc, ce désordre circulatoire gagne de violence, entraîne l'hyperémie de ces territoires, va jusqu'à produire des ruptures vasculaires. Faisant usage de ce que l'étude du rôle de l'indol nous a livré, nous jugeons les corps de choc, et par cela même les états de choc, capables de déterminer, en même temps que des lésions congestives centrales, des œdèmes répartis dans les organes centraux, névraxe, rein, quelquefois poumon. Quand des œdèmes se localisent à la périphérie escortant le syndrome du choc, parfois en constituant le seul signe apparent, c'est qu'une sollicitation nouvelle est intervenue.

Sous cette influence les œdèmes centraux refluent dans le sang pour s'extérioriser, les courants qui tout à l'heure allaient des espaces périvasculaires périphériques dans les vaisseaux cèdent le pas à des courants inverses, l'œdème périphérique est amorcé.

Pour sa détermination, il paraît nécessaire de faire intervenir une excitation suffisante comme énergie ou comme durée; cette excitation partira souvent du point où la localisation s'opèrera. Parmi les causes de production de ces œdèmes extérieurs, nous citerons le refroidissement d'une des parties du corps, un traumatisme local, une compression d'un membre, d'une région, la présence d'un nerf irrité, d'un foyer inflammatoire que nous avons vus attirer certaines poussées d'œdème angio-neurotique. Un centre d'attraction assez fréquent, devient l'endroit où les manifestations réactionnelles occasionnées par la maladie, l'intoxication causales, sont les plus intenses, comme le visage, les lèvres dans l'intoxication par l'antipyrine, la peau dans les intoxications alimentaires. D'autres fois l'œdème choisira les régions déclives, sollicité peut-être par la pesanteur, mais plutôt parce que, sous l'action de cette surcharge vasculaire, les nerfs sensitifs des vaisseaux et les vaso-moteurs périvasculaires excités réagissent en favorisant les transferts à travers la paroi.

Causes prédisposantes. — Tous les sujets ne possèdent pas une semblable aptitude aux colloïdoclasies : les uns y échappent tandis que les autres sont plus particulièrement visés. La question du tempérament acquiert donc une importance considérable. Pour les uns, la prédisposition est assurée par des causes morbides (diabète, insuffisance protéopexique du foie), pour les autres par un terrain spécial. Ces derniers sont rangés dans le groupe de l'angio-neurose, du neuro-arthritisme parmi lequel se recrutent les asthmatiques, les migraineux, ceux qui souffrent du rhume des foins, de poussées d'œdème angioneurotique, d'urticaire alimentaire, de crises d'anaphylaxie alimentaire, les victimes d'intoxication médicamenteuses. Il nous semble que ce tempérament morbide leur est imposé par un fonctionnement défectueux de leurs glandes endocrines et surtout par une instabilité véritable de leur système nerveux organo-végétatif. Ils présentent une hypersensibilité très vive aux sérums, aux injections novarsénicales, à divers médicaments. Chez eux le choc colloïdoclasique, qui obéit à des excitations de faible intensité, se traduira couramment, après la crise hémoclasique du début, par l'apparition d'un signe, urticaire, eczéma, migraine, céphalée, asthme, rhume des foins, hémoglobinurie paroxystique, œdème angio-neurotique. Tous ces divers syndromes ont une signification analogue, en outre ils peuvent être considérés comme l'équivalent d'un choc colloïdoclasique atténué, d'une bénignité relative.

Remarque intéressante, pour chaque sujet pourvu de pareil tempérament, l'observation clinique apprend que le choc hémoclasique emprunte de préférence une apparence clinique, asthme, urticaire, œdème, etc., plutôt qu'une autre. Cependant parfois on voit pendant le cours de la vie d'un de ces prédisposés, un syndrome nouveau se substituer au syndrome accoutumé : une crise d'asthme sera remplacée par une crise d'urticaire, une poussée d'œdème et « vice versa ». Ces types sont donc reversibles les uns les autres (homologie des syndromes). Selon nous, cette reversibilité est imposée momentanément par la nature du corps de choc, son action dominante actuelle sur l'une des constituantes du système organo-végétatif : dans l'asthme, dans l'intoxication par l'indol, la vagotonie prédomine, dans l'urticaire, l'œdème angio-neurotique, c'est le sympathique périphérique ou central qui est stimulé au maximum.

Conclusions. — L'œdème qui accompagne les colloïdoclasies dépend expressément d'elles, il fait partie des signes cachés ou apparents du choc (1).

A l'appui de notre opinion, nous invoquons :

1° Une présomption. — La fréquence de l'œdème dans les maladies où l'on a surpris la crise hémoclasique.

2° Une preuve expérimentale. — La possibilité de le déterminer à l'aide de corps qui produisent le

(1) P. Mauriac, de Bordeaux (*Ann. de méd.*, oct. 1920, n° 4), s'appuyant sur l'identité de nature de l'urticaire et de l'œdème angioneurotique démontrée par l'observation clinique et partant de ce fait qu'il est classique de considérer l'urticaire comme une manifestation anaphylactique, soutenait déjà l'idée que le mécanisme de l'œdème aigu relevait peut-être pour une part des phénomènes de choc.

choc. Sa formation doit être rejetée dans ce cas sur l'action spécifique du corps de choc sur le système sympathique entraînant une modification vasomotrice (hypotension, vasodilatation) que nos recherches nous ont prouvé suffisante pour engendrer l'œdème.

3° LE RAISONNEMENT. — Cette modification d'ordre vasomoteur se retrouvant dans tous les états hémoclasiques, nous en déduisons qu'elle résulte d'une action analogue de l'agent responsable de ces états sur le système sympathique.

Elle explique la pathogénie des œdèmes hémoclasiques, atteste leur subordination envers le choc.

L'œdème central, le plus souvent cérébro-spinal, fait partie des lésions anatomo-pathologiques découlant du choc. Obéissant à des sollicitations appropriées, cet œdème s'extériorise parfois, devient périphérique. Sa durée est éphémère comme celle des autres manifestations du choc.

Les causes de ces œdèmes hémoclasiques sont toutes celles capables de provoquer les divers chocs connus, choc anaphylactique, choc protéique, etc. Dans la liste de ces agents provocateurs, il ne paraît pas irraisonné d'y faire entrer certains corps comme l'indol, le scatol.

A PROPOS DE L'EMPLOI DES ARSENICAUX A HAUTE DOSE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par ROBERT CLEUET.

Dans un article tout récent (1), M. Nidergang relate les résultats qu'il a obtenus en traitant des tuberculeux pulmonaires par le cacodylate de soude à haute dose et il conclut que la méthode doit être abandonnée. Il nous permettra de ne pas être tout à fait de son avis.

Cet auteur a surtout recherché une action du médicament sur le bacille de Koch. Il a fait des injections bi-hebdomadaires et intraveineuses d'une solution à 50 p. 100, arrivant à injecter des doses de 5 et 6 grammes en une seule fois. Après des améliorations passagères, il a remarqué que le nombre des bacilles de Koch ne diminuait pas dans les crachats et que les lésions progressaient.

Nous n'avons jamais pour notre part (2) osé employer de telles doses chez les tuberculeux pulmonaires et nous n'avons pas recherché une action spécifique de l'arsenic sur le bacille; mais, nous avons pensé que l'action bien connue des méthylarsinates sur la nutrition et l'état général des malades, trouvait ici une indication particulièrement heureuse et qu'on pouvait en employant des doses beaucoup plus fortes qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, obtenir des effets thérapeutiques plus marqués.

Dès 1903, Levrat traitait des tuberculeux par le cacodylate de soude et obtenait des résultats intéressants avec une dose de 0g60 par semaine. Patry (3) avec des doses un peu plus élevées obtenait des améliorations considérables, dans les formes torpides surtout. Thérasse (1) a plus récemment signalé des résultats analogues et très encourageants.

Le choix des malades est important, car il faut avant tout ne pas leur nuire. On éliminera donc les tuberculeux avancés, ceux qui ont de la fièvre, des hémoptysies et aussi ceux qui sont albuminuriques.

Après divers tâtonnements, nous nous sommes arrêtés à la technique suivante qui est la plus simple qu'on puisse imaginer :

On emploie une solution à 20 p. 100 stérilisée à l'autoclave et on fait des injections intramusculaires tous les deux jours, à la dose de 1 centimètre cube d'abord, puis 2, 3, 4 et 5 centimètres cubes. Cette dernière dose correspond à 1 gramme de cacodylate de soude. On la renouvelle huit ou dix fois, ce qui fait une dose journalière de 0g50 de cacodylate. La série terminée, on laisse le malade au repos pendant quinze à trente jours et on recommence. Ces injections sont indolores ou, tout au moins, parfaitement supportables. Les résultats obtenus sont d'ordre local et général :

Localement, on constate parfois des améliorations notables des signes sthéthoscopiques et radioscopiques. Elles sont dues surtout, croyons-nous, à la régression des adénopathies (voir thèse MIQUET, Lille, 1920). L'action sur les lésions tuberculeuses elles-mêmes est beaucoup plus difficile à apprécier.

Mais, ce qui est remarquable et parfois surprenant, c'est la modification de l'état général. L'augmentation de poids atteint, en général, 1kg500 à 2kg500 au cours de la première série d'injections. Elle est encore de 500 à 1.000 grammes, lors des séries suivantes. Dès les premières piqûres, les malades déclarent qu'ils se sentent un appétit meilleur. Les forces reviennent, et avec elles, la confiance. N'est-ce pas là le meilleur adjuvant de la cure hygiéno-diététique de la tuberculose? Agir sur la nutrition d'un tuberculeux, n'est-ce pas agir indirectement sur ses lésions?

Le cacodylate de soude employé avec cette technique a au moins l'avantage d'être parfaitement inoffensif, bien que la dose journalière soit dix fois plus forte que celle indiquée dans tous les traités de thérapeutique. Les médecins à qui nous avons recommandé cette méthode s'en sont tous bien trouvés et nous pensons qu'elle mérite d'être retenue (2) et (3).

(1) NIDERGANG. Les arsenicaux à haute dose dans le traitement de certaines affections pulmonaires, *Presse méd.*, 28 sept. 1921.

(2) R. CLEUET. Le cacodylate de soude à haute dose en thérapeutique, *Echo médical du Nord*, 8 et 15 janv. 1921.

(3) PATRY. *Monde médical*, 5 déc. 1912.

(1) THÉRASSE. *Le Scalpel*, 28 déc. 1919.

(2) Sur cette question intéressante des hautes doses de cacodylate de soude en thérapeutique, voir aussi H. MARÉCHAL. *Paris méd.*, 25 mai 1918; *Th. de Paris*, 1919, et *Revue de méd.*, 1921, n° 5. (N. D. L. R.)

(3) Pendant l'impression de cet article, M. José AROSO (de Porto) a, dans une lettre à la *Presse médicale*, critiqué l'opinion de M. Nidergang. Il déclare avoir obtenu des résultats excellents chez les tuberculeux pulmonaires.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Il y a quelques mois, le *Board of Trustees* (comité directeur) de l'hôpital de Johns Hopkins (de Baltimore), l'un des hôpitaux les plus célèbres des Etat-Unis, a promulgué une décision d'après laquelle le maximum des honoraires pour opérations chirurgicales importantes pratiquées à Johns Hopkins serait, sauf circonstances exceptionnelles, de 1.000 dollars et que les honoraires maxima pour soins médicaux ne dépasseraient point 35 dollars

par semaine, avec un minimum de trois visites. Cet ukase a suscité une vive discussion dans la presse ; pour en faire comprendre la portée, quelques explications sont nécessaires.

En Amérique, l'hôpital n'est point, comme en France, réservé aux indigents ; c'est simplement un établissement pour le traitement des malades, quels qu'ils soient. Il n'y a que les hôpitaux municipaux qui correspondent à l'hôpital de France ; mais pour un de ce genre, il y en a vingt qui n'ont aucune connection gouvernementale et sont dus à l'initiative privée. Dans ces hôpitaux, à côté des services où l'on soigne gratuitement ceux qui n'ont point les moyens de payer (et, incidemment, il y a de nombreux abus et ceux qui profitent des soins gratuits quand leur situation pécuniaire est telle qu'ils n'y ont pas droit sont légion), il y a les pavillons où les médecins et chirurgiens attachés à l'hôpital soignent leurs malades particuliers. Un tel arrangement est fort commode et met à la disposition des médecins, pour leur clientèle, toutes les ressources de l'hôpital, laboratoires, garde-malades, etc. Une place de médecin ou chirurgien dans un hôpital tel que Johns Hopkins, qui, par suite de sa réputation, attire de nombreux malades de toutes parties du contingent américain, a donc une valeur considérable. Or, le recrutement ne se fait pas par voie de concours, comme en France ; c'est le tout-puissant *Board of Trustees* qui choisit qui bon lui semble et qui a le droit de demander la démission de tout médecin dont les manières d'agir ne lui semblent pas en accord avec ce qu'il considère être les intérêts de l'institution. Donc, une *résolution* votée par ledit Board équivaut, en réalité, à un *ordre* qui a force de loi à Johns Hopkins et dont la portée dépasse même, et de beaucoup, les limites de l'endroit d'où elle émane. Car, qui ira payer plus de 1.000 dollars pour une opération ou plus de 35 dollars par semaine pour soins médicaux dans une institution de second ordre quand, pour ces prix, il peut avoir les sommités de Johns Hopkins ? Il s'agit donc, en fait, d'une tentative de réglementation *générale* des honoraires médicaux et chirurgicaux et c'est pourquoi la décision de Baltimore a été l'objet de commentaires animés dans la presse de toutes les régions des Etats-Unis, d'un océan à l'autre.

D'une façon générale, les journaux ne se sont point montrés partisans de la fixation arbitraire d'un maximum quelconque par n'importe quelle autorité. Un grand nombre d'entre eux insistent sur les deux faits bien connus que la médecine est notoirement la plus mal payée et la plus désintéressée des professions libérales. Il n'y en a que très peu qui prétendent trouver dans l'édit des directeurs de Johns Hopkins la preuve qu'il y a des profiteurs dans nos rangs. Plusieurs soutiennent — et peut-être ont-ils raison — que le système actuel de détermination des honoraires ne repose pas sur des bases bien solides au point de vue économique. Mais l'adoption du système de Johns Hopkins conduirait-elle à des résultats plus équitables et plus à l'avantage du grand public ? Il est permis d'en douter.

Au point de vue financier, l'immense majorité des chirurgiens n'a pas grand chose à craindre d'une limite de 1.000 dollars, car pour une opération rapportant plus que ce chiffre, il y en a cent qui sont faites pour moins, et même pour beaucoup moins. Ce qui fait protester le monde médical, ce n'est point tant le montant du maximum choisi que l'ingérence injustifiée dans ses affaires. Au point de économique pur, la décision de Johns Hopkins est très critiquable sous deux rapports ; le premier, c'est qu'elle serait susceptible de devenir une arme à deux tranchants. Comme le fait très justement remarquer la *Tribune*, un des grands journaux de New-York, l'établissement d'un *maximum* pour honoraires aboutirait vraisemblablement à l'adoption de ce maximum comme *minimum* dans tous les cas, de telle sorte que le résultat final serait l'abaissement du tarif pour les riches et le relèvement général des prix pour les moins fortunés. Le grand public, au lieu d'y gagner, ferait à peu près tous les frais de l'innovation. Somme toute, la méthode qui consiste à faire payer le riche pour le pauvre est une sorte d'impôt indirect dont les riches ne se plaignent guère. Est-il juste de ne pas permettre à un chirurgien de demander, pour une opération capitale, plus de 1.000 dollars à un homme qui n'hésite pas à dépenser par an des dizaines de 1.000 dollars en automobiles, yachts et autres plaisirs ?

Le second point critiquable, c'est la disproportion trop notable entre la rémunération de l'acte opératoire et celle des soins non opératoires. Il semblerait que les autorités de Johns Hopkins aient donné une sorte de consécration a une tendance fâcheuse qui, de l'avis de la plupart, n'est déjà que trop marquée actuellement, qui n'a rien pour la justifier, et qui pousse tous les jeunes vers les spécialités fortement rétribuées, au grand détriment de la médecine générale.

Somme toute, cette discussion sur la limitation des honoraires a eu comme meilleur résultat de mettre en lumière la haute estime dans laquelle les journalistes américains tiennent la profession médicale. Le consensus d'opinion est que l'on peut en toute sûreté laisser aux médecins eux-mêmes le soin de fixer le montant de leurs notes. Sans la discussion ainsi soulevée, l'opinion favorable de la presse n'aurait pas eu une aussi belle occasion de se révéler et elle serait peut-être restée latente. Or, même si l'on en est à peu près sûr d'avance, on aime toujours s'entendre dire que les autres ont bonne opinion de vous.

La récente visite de Mme Curie aux Etats-Unis a naturellement beaucoup fait parler du *radium*. Celui-ci a un côté mystérieux qui a toujours fasciné le public. De plus, la curiosité et l'intérêt universels sont encore aiguisés par le fait que cette substance remarquable semble promettre beaucoup dans le traitement du cancer, c'est-à-dire dans le traitement, jusqu'ici pas trop brillant, d'un des fléaux les plus redoutés de l'humanité, fléau qui, lui aussi, a pour le public un élément de mystère. Le radium est probablement plus employé en Amérique que partout ailleurs, ce qui s'explique assez facilement par le fait que les ressources de radium y sont plus grandes. Les travaux sur la radiumthérapie sont plus nombreux. Naturellement, ce sont les tumeurs les moins accessibles à l'acte opératoire qui ont été les premières traitées. Des résultats palliatifs intéressants ont été obtenus dans le cancer de l'œsophage, par exemple. Les chirurgiens sont très généralement disposés à abandonner au radium leurs cas inopérables, mais il devient de plus en plus évident qu'avec leur expérience croissante et leurs statistiques grandissantes, les radiumthéra-

peutes n'ont plus envie de se contenter de cette condescendance et sont disposés à se dresser en rivaux de la chirurgie pour *tous* les cas de cancer.

A la dernière réunion de l'A. M. A., trois travaux importants sur le traitement des cancers génitaux chez la femme furent présentés. DUNCAN (1) a traité par le radium plus de 300 cas de carcinome utérin, dont la plupart lui furent adressés par des chirurgiens, ce qui explique la faible proportion de cas opérables (15 seulement); 236 de ces cas furent traités avant le 1er février 1920. En juin 1921, soit près de dix-huit mois après le dernier traitement, 106 des malades étaient mortes, 24 améliorées, 10 perdues de vue et 96, soit 40,6 p. 100, étaient cliniquement guéries; 7 cas dataient de plus de quatre ans, 7 de plus de trois ans et demi, 9 de plus de plus de trois ans, 11 de plus de deux ans et demi, 11 de plus de deux ans, 19 de plus d'un an et demi et 32 de plus d'un an. Sur les 15 cas opérables, 2 sont morts et 13 sont cliniquement guéris. Duncan conclut hardiment que le radium non seulement surpasse tous les autres moyens thérapeutiques connus pour le traitement des cancers récidivés et inopérables, mais qu'il est, à doses suffisantes maniées par des mains expertes, l'agent de choix pour le traitement des cas précoces que l'on qualifie d'opérables.

Les résultats de SCHMITZ (2) ne sont point aussi brillants. Il a traité 168 cas de 1914 au 1er janvier 1920. Il associe les rayons X au radium. Mais il s'élève contre l'association, fréquemment faite, des méthodes de radiation et des méthodes opératoires. Une radiation avant d'opérer oblige à différer l'opération pendant plusieurs semaines; une radiation postopératoire dans l'espoir d'empêcher une récidive doit être aussi intense que si l'on n'avait point fait d'hystérectomie. De même, le curettage d'un cancer inopérable suivi de radiation diminue les chances d'obtenir une amélioration, même temporaire. Schmitz est partisan de l'opération *seule* dans tous les cas opérables. Les cas très avancés doivent être traités purement au point de vue symptomatique; ils ne sont point justiciables de la radiation à cause de la toxémie formidable que l'on riquerait de déchaîner.

CLARK et KEENE (3) sont beaucoup plus optimistes et catégoriques dans leurs conclusions. Ils apportent une statistique de 313 cas et une technique très étudiée. Selon eux, 100 milligrammes de radium, correctement appliqués, donnent des résultats des plus satisfaisants. La première irradiation doit se faire sous anesthésie générale (Oschner préfère la rachianesthésie ou l'analgésie à la scopolamine). D'accord avec Schmitz, ils rejettent l'hystérectomie employée comme complément d'un traitement au radium. Ils ajoutent que la radiation est dangereuse immédiatement avant ou après une opération. La répétition fréquente des séances de radiation est probablement inutile, ou même dangereuse; c'est dans la première séance que le grand choc est donné. Les résultats obtenus dans le cancer du col utérin font presque sortir cette affection du cadre de la chirurgie. Le cancer du corps, au contraire, doit être traité par l'hystérectomie.

GRAVES (4) fait remarquer qu'avec la venue du radium les opérateurs, même les plus enthousiastes, ont révisé leur définition de l'opérabilité. Autrefois était considéré comme opérable tout cancer que l'on pouvait extirper sans *tuer* la malade. Maintenant la question que le chirurgien doit se poser est celle-ci : Puis-je *guérir* cette malade par l'opération? Graves, qui est interventionniste dans les cas curables par l'opération et qui croit que l'on a été trop loin dans la condamnation du traitement opératoire du cancer du col, rend pleine justice à la valeur du radium.

En somme, le schisme s'accentue; le radium et la chirurgie ne sont plus des méthodes complémentaires dans le traitement du cancer. De fait, elles ont l'air de se dresser l'une contre l'autre. On ne saurait dire que la question soit résolue en faveur du radium. Toutefois, cela donne à réfléchir de voir un chirurgien de la valeur d'OCHSNER (5) déclarer que, depuis un an, il n'a pas opéré un seul cas de cancer du col et les a tous fait traiter au radium.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) DUNCAN. *Journ. A. M. A.*, 20 août 1921, p. 604.
(2) SCHMITZ. *Ibid.*, p. 608.
(3) CLARK et KEENS. *Ibid.*, p. 613.
(4) et (5) GRAVES et OCHSNER. *Ibid.*, p. 619.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1921)

La Société a tenu le 4 novembre 1921, à l'ouverture des fêtes du VIIe Centenaire de la Faculté de médecine de Montpellier une séance solennelle à laquelle ont assisté les représentants de toutes les facultés de médecine et des corps savants du monde entier.

Le programme de cette séance était purement historique.

Le professeur DUCAMP, président, après avoir souhaité la bienvenue aux hôtes illustres de l'Ecole de Montpellier, a très brièvement retracé les grandes étapes de la vie de la Société des sciences médicales et des sociétés montpelliéraines qui, sous des noms différents, l'ont précédée dans la même tache et vers le même but.

Le professeur GLEY, du Collège de France, a retracé, dans un langage magnifique, la « véritable figure de l'Ecole de Montpellier » à travers les siècles; il a fait revivre sa doctrine et les hommes qui l'ont illustrée.

Le professeur GILIS a consacré une étude, à la fois minutieuse et pittoresque, à Jean Pecquet (de Dieppe) qui fut élève et docteur de Montpellier au XVIIe siècle.

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1921)

Métastase cranienne d'un cancer gastrique. — MM. VINON et SIMÉON.

Présentation d'un appareil plâtré pour fracture d'avant-bras. — M. ETIENNE.

Kyste dermoïde inclus dans le ligament large. — MM. AIMES et PUECH.

Tuberculose utéro-annexielle. — MM. FORGUE, ROUX et MILHAUD présentent, à propos d'un cas de tuberculose utéro-annexielle, des considérations anatomiques et pathogéniques tirées de l'examen microscopique des pièces. Cet examen montre la décroissance des lésions en allant de l'utérus vers l'ovaire. Ce cas serait en faveur de la théorie de la tuberculose ascendante.

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1921)

Ostéite syphilitique du tibia. — MM. LAPEYRE et VINON.

Le vaccin VB² de Bossan chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. BAUSSEL, COLL DE CARRÉRA et SICART.

L'hydarthrose chronique de la syphilis héréditaire. — MM. ETIENNE, AIMES et PUECH.

Le rôle de la radiologie dans le diagnostic des affections cardio-vasculaires, par le Dr Germaine ANDRÉ SOREL. Préface de M. le prof. VAQUEZ. In-8, 92 pages, 59 figures. Prix : 15 fr. net. — Paris, Imprimerie A. Davy et fils, 52, rue Madame.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAUSES, SYMPTOMES & DIAGNOSTIC

DES

NÉPHRITES AIGUËS

GÉNÉRALITÉS. — Les néphrites aiguës présentent un certain nombre de caractères communs qui en légitiment le groupement et l'étude d'ensemble.

— elles sont consécutives à une maladie infectieuse ou à une intoxication aiguë.

— elles se traduisent par des symptômes facilement reconnaissables, dont le premier est l'albuminurie.

— elles ont une marche rapide.

— leurs lésions anatomiques portent surtout sur l'épithélium tubulaire et les glomérules.

ÉTIOLOGIE. — Les *causes prédisposantes* sont peu importantes : l'hérédité peut jouer un certain rôle, assez mal défini d'ailleurs. Il s'agirait de fragilité congénitale des reins. L'enfance et l'adolescence sont assez fréquemment atteintes, puisque 11 p. 100 des enfants seraient atteints de néphrite. Les adultes sont aussi extrêmement prédisposés.

Les *causes déterminantes* sont nombreuses : les néphrites aiguës sont toujours la conséquence d'une toxémie qui retentit secondairement sur les reins. La maladie serait donc une infection ou une intoxication générale avant d'avoir un retentissement local sur le parenchyme rénal.

1° *Les infections.* — Ce sont les causes de beaucoup les plus fréquentes : toutes les infections aiguës peuvent léser les reins : la scarlatine, la fièvre typhoïde, les angines aiguës, la diphtérie, la variole, la grippe, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, les entérites, etc.

La tuberculose, la syphilis, le paludisme peuvent également provoquer des néphrites.

2° *Les intoxications.* — D'après la violence des produits toxiques on peut distinguer :

— les substances à intoxication brutale, telles que le phosphore, le snblimé, l'arsenic, la cantharide qui donnent lieu à des néphrites aiguës très spéciales.

— les substances à action toxique moindre : le mercure, les balsamiques, les sels de potasse, le plomb.

3° *Les auto-intoxications.* — Les produits de désassimilation des tissus, ceux formés dans le tube digestif, passent dans le torrent circulatoire et sont éliminés surtout par les reins. Leur élimination abondante par les reins peut provoquer des lésions de néphrite. C'est ainsi qu'on peut voir survenir des néphrites subaiguës ou aiguës secondaires à des lésions hépatiques, gastro-intestinales, à des brûlures étendues, etc., telles sont les néphrites secondaires à des angines, à des ulcérations infectieuses du tractus gastro-intestinal, à l'appendicite; de même citons la néphrite a frigore, les néphrites biliaires avec insuffisance hépato-rénale, etc.

ÉTUDE CLINIQUE. — Avec Castaigne on peut distinguer trois types cliniques principaux parmi le vaste groupe des néphrites aiguës :

1° La *néphrite aiguë passagère*, de courte durée et qui guérit rapidement; c'est que les lésions sont ici peu intenses et guérissent vite; le type en est la néphrite aiguë passagère qui survient au cours d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, etc.

2° La *néphrite aiguë prolongée*, dont la néphrite aiguë *scarlatineuse* est le type le plus fréquent.

3° Enfin, les *néphrites suraiguës* qui surviennent par exemple au cours des intoxications brutales par le *sublimé*, le *phosphore*, la cantharide, etc.; ici la nocivité du poison est telle que les lésions sont profondes, définitives, et que la mort en est fréquemment la conséquence.

Nous décrirons ces types cliniques successivement :

I. La néphrite aiguë passagère. — C'est celle qui est causée par toutes les infections ou intoxications endogènes ou exogènes qui agissent pendant un temps assez court, et avec un pouvoir toxi-infectieux moyen.

Nous prendrons comme type de description la *néphrite aiguë passagère que l'on voit au cours de la fièvre typhoïde.* Cette néphrite est en général latente et à symptomatologie atténuée; elle demande à être recherchée par l'examen systématique des urines au cours de toutes les maladies infectieuses ou des intoxications, comme au cours de la fièvre typhoïde.

Dès le deuxième septénaire de la maladie, on peut noter fréquemment, en même temps que la diminution notable des urines, l'apparition d'une quantité toujours dosable d'*albumine* : 0g10 à 0g50 et plus. Ce symptôme persiste pendant toute la période d'état de la maladie et disparaît au moment du début de la convalescence, ou un peu avant. L'examen plus détaillé des urines montre une élimination moindre et passagère de certains sels : phosphates, chlorures. L'étude du sédiment urinaire permet de reconnaître la présence de globules rouges, de leucocytes, de cylindres hyalins ou granuleux.

L'*hématurie* existe toujours à un certain degré; c'est une hématurie histologique, perceptible seulement par l'examen microscopique du culot de centrifugation. Dans certains cas, le sang peut être assez abondant pour être visible macroscopiquement, sans que le pronostic s'en trouve de ce fait aggravé.

L'*étude des fonctions rénales* montre un léger trouble de la perméabilité : le bleu de méthylène est éliminé surtout sous forme de chromogène et assez rarement l'élimination est retardée.

Mais en somme, dans ce cas, l'albuminurie se trouve être presque l'unique symptôme. Les autres signes de la néphrite aiguë (œdèmes, troubles cardiaques et symptômes urémiques) font ici défaut.

Le *pronostic* est donc favorable; la guérison est la règle et même la guérison définitive. On peut dire que cette albuminurie, traduisant une néphrite aiguë passagère, est liée étroitement au processus infectieux qui en est la cause. Sa disparition est en général un des premiers symptômes qui annoncent la convalescence.

II. Les néphrites aiguës prolongées. — Nous prendrons comme type de description la *néphrite scarlatineuse.* Encore faut-il bien distinguer des accidents que l'on réunit sous ce nom, l'*albuminurie précoce* qui est contemporaine de l'éruption scarlatineuse. L'albuminurie précoce de la scarlatine rentre d'ailleurs dans le groupe des néphrites aiguës passagères que nous avons décrit dans le chapitre précédent. Elle est caractérisée par son peu de gravité et sa fugacité : l'urine est hyperacide, dense, fortement colorée, trouble et albumineuse. Certains auteurs considèrent ces accidents précoces, non comme un simple trouble fonctionnel rénal lié à l'hyperthermie, mais comme un premier symptôme révélateur d'une infection rénale, pouvant, dans certains cas, aller jusqu'à l'hématurie et l'anurie.

Mais les accidents graves de la néphrite scarlatineuse sont constitués par la *néphrite de la convalescence.*

Cette *albuminurie tardive* apparaît de deux à trois semaines après le début de l'éruption et constitue une complication grave et fréquente de la scarlatine.

a. Le *début* de la néphrite scarlatineuse est variable; mais elle accompagne fréquemment le syndrome infectieux tardif de la scarlatine (Roger) : fièvre élevée, angine, adénopathie, arthrites, otite, etc. :

Tantôt le début est *insidieux*, marqué seulement par une diminution des urines, de l'albuminurie, une légère élévation de la température, parfois par un peu d'œdème des paupières ou des mains.

Tantôt le début est *brusque*, marqué par un des symptômes suivants :

— l'anasarque généralisée;

— un accident dyspnéique (par exemple : œdème de la glotte ou œdème pulmonaire);

— un syndrome fébrile aigu (douleurs lombaires, frissons, vomissements, urines albumineuses);

— un accident urémique (urémie convulsive ou comateuse avec céphalée violente ou vomissements). (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Troisième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 6 décembre. — MM. Voisin, 19,09; Chevallier, 17,18; François, 18,72; Chabrol, 20.

— Concours des prix de l'internat. (*Médecine.*) — Le jury est composé de MM. Hudelo, P.-E. Weill, Milian, Comte, Weill-Hallé.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Le jury est composé de MM. Delbet, Lenormant, Okinczyc, Magitot, Potocki.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 6 décembre. — Question donnée : « Formes cliniques de la pleurésie purulente. »

MM. Jeanne, 14; Eliche, 12; Chauveau, 4; Dubos, 14; Garnier et Loufrani, 16; Dupont, 10; Derome, 14; Arnaud, 11; Frossard, 13; Cros-Decam, 12; Boëlle, 13; Alboukrek, 10; Delton, 11; Delvaille et Forest-Defaye, 13; Brennan, 14; Flandrin, 19; Damond, 17; Danbier, 9; Davioud, 15; Godel, 13; Fréchin, 15.

Anatomie. — Séance du 5 décembre. — Question donnée : « Muscles des parois antéro-latérales de l'abdomen. »

MM. Tillé, 10; Wachtel, 16; Tilman, 15; Mlle Stoeber, 16; MM. Vinot, 10; Vié, 16; Timsit, 11; Thomas (Robert), 18; Vidal-Naquet, 10; Veyssière, 16; Vernotte, 13 1/2; Mlle Lequin, 15; MM. Loufrani, 11; Vernholes, 12; Vienne, 15.

Séance du 7 décembre. — Question donnée : « Nerf cubital de l'avant-bras et de la main. »

MM. Thomas (Pierre), 10; Simon (Victor), 15; Vadon, 19; Thuvien, 10; Mlle Krukowska, 15; MM. Thibault, 17; Zerah (Henri) et Brennan, 15; Tridon, 6; Vaché, 12; Soria, 15; Sufrin, 17; Théron, 12; Tchilinguirian, 8.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour le clinicat. — Un concours pour deux emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 26 décembre 1921, à 9 h. du matin.

Places mises au concours : *Clinicat propédeutique* (une place de titulaire et une place d'adjoint).

Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 17 décembre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 h. 30 à 17 h.).

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. — Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Commandeur, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à partir du 1er janvier 1922, professeur de clinique obstétricale à ladite Faculté, en remplacement de M. Fabre, décédé.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles de bronze.* — M. le Dr Edouard Steichen (de Rumelange).

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — Assemblée générale des 9, 10 et 11 décembre 1921. — *Vendredi 9 décembre 1921.* — 8 h. 1/2 : Vérification des mandats.

Première séance, 9 h. : Rapport du secrétaire général; Rapport du trésorier général.

Deuxième séance, 14 h. : Situation intérieure et financière de l'Union.

Samedi 10 décembre 1921. — Première séance, 9 h. : Assurance, Invalidité, Maladie.

Deuxième séance, 14 h. : Assurance, Invalidité, Maladie; Election du Conseil d'administration.

Dimanche 11 décembre 1921. — 9 h. : La médecine dans les grandes collectivités : A. M. G.; Mines, Chemins de fer, Douanes, etc.

SOUS-SECRÉTARIAT D'ÉTAT DE L'AÉRONAUTIQUE. — Article premier. — Le service médical du personnel fonc-

tionnaire, régi par la loi du 9 juin 1853, des services dépendant du sous-secrétariat d'Etat de l'aéronautique, à savoir : service de la navigation aérienne, service des fabrications de l'aéronautique, service technique de l'aéronautique, office national météorologique, est assuré par un médecin, nommé par arrêté du ministre des Travaux publics ou par délégation par le sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens.

ART. 2. — Ce praticien est chargé de missions, d'expertises ou de constatations médicales qui peuvent être utiles dans l'intérêt du service.

ART. 3. — Le médecin des services ci-dessus énumérés du sous-secrétariat d'Etat de l'aéronautique reçoit une indemnité fixe annuelle de 1.200 francs payable par trimestre.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle de la Société de pathologie comparée aura lieu le mardi 13 décembre 1921, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, de M. le ministre de l'Agriculture et de M. le prof. Leclainche, membre de l'Institut.

ORDRE DU JOUR. — M. le prof. Fernand Bezançon : Eloge du prof. Matruchot, président décédé.

M. le prof. Roger : Action des extraits d'organes sur la pression sanguine.

M. le prof. Peyron : Etat actuel de la question du cancer expérimental.

M. le prof. Bezançon et M. le prof. agrégé Philibert : Structure du bacille de Koch ; sa place dans la classification microbiologique.

M. J. Vallot : L'héliothérapie et l'activité de réduction des tissus animaux.

M. le prof. Plantefol : Les altérations des vitraux.

M. le prof. agrégé André Léri : La sacralisation au point de vue de l'embryologie et de l'anatomie comparée.

M. Simonnet : La question des vitamines ; ses rapports avec l'alimentation générale et l'orientation à donner aux recherches.

M. G. Rosenthal : Trachéofistulisation chez les noyés.

M. Lissot : Polydactylie chez le cheval, avec pied bot (pied varus).

M. Alves Simoes (col. vét. portugais) : Troubles visuels graves consécutifs à des pertes de sang.

M. Bissauge : Les kystes gazeux de l'intestin et du péritoine chez les animaux.

M. le prof. Lanfranchi (Bologne).

M. le prof. agrégé Gougerot : Nouvelle conception de l'herpès.

LA DIFFUSION DES THÈSES FRANÇAISES A L'ÉTRANGER. — Notre sympathique confrère, le Dr Mathé, nous adresse la communication suivante :

« La suppression de l'envoi des thèses à l'étranger contribue à faire décroître rapidement l'influence scientifique française à l'étranger. Nous demandons aux jeunes docteurs qui ont concouru à nous faire gagner la guerre, de consentir un léger sacrifice pour nous faire recouvrer notre influence pendant la paix. MM. les éditeurs, nous n'en doutons pas, les aideront dans cette œuvre française à laquelle ils sont directement intéressés.

Nous serions reconnaissants à nos jeunes confrères de vouloir bien déposer ou faire déposer par leur éditeur un paquet d'une vingtaine de thèses, si possible, au nom du Dr Mathé (salle Béclard, A. B. R. M., Faculté de médecine) qui, d'accord avec M. le Doyen et M. le Secrétaire en fera la répartition à l'étranger suivant les demandes déjà reçues et au mieux des intérêts de la science française et de la Faculté. »

ANCIENS ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Le déjeuner amical des anciens élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims aura lieu le dimanche 18 décembre, à midi, à la Chope d'Alsace, 135, boulevard de Sébastopol.

Prévenir de l'adhésion, le 12 décembre au plus tard, M. le Dr Weill, 50, rue de Rome, à Paris. Tél. Wagram 92-19.

LIVRES NOUVEAUX

Medicus 1922, guide-annuaire des étudiants et des praticiens (1).

L'édition 1922 de ce Guide-annuaire, dont la reprise de publication était vivement souhaitée par le corps médical, a été conçue sur le même plan que celles qui, avant la guerre, lui avaient valu un si légitime succès. Lois, décrets, arrêtés, règlements concernant les études et la pratique médicale et pharmaceutique, conditions des concours, hôpitaux, facultés, asiles, etc. Médecine militaire, navale, coloniale ; sociétés scientifiques. Facultés et écoles de provinces et des colonies. Maisons de santé, stations thermales, climatiques, sanatoria. Santé publique, sociétés d'assistance, tarifs médicaux et pharmaceutiques. Services médicaux des grandes administrations, mise au point du Dictionnaire de droit et de jurisprudence, etc., tout se trouve dans ce Guide-annuaire que le praticien, le pharmacien et l'étudiant pourront toujours consulter avec certitude d'être renseignés sur tout ce qui, de près ou de loin, touche à la vie médicale.

La liste des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens de France et des colonies est aussi complète et exacte que possible.

M. Rouzaud a fait un effort considérable en réalisant ce bel annuaire malgré toutes les difficultés de l'heure présente. Il mérite d'en être vivement félicité.

Nous sommes certains que « Médicus » retrouvera son succès habituel auprès de tous les praticiens dont il est le guide sûr et fidèle.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 13 décembre. — Jury : MM. Sebileau, président; J.-L. Faure, Cunéo et Basset. — M. MOUY (Pierre). Contribution à l'étude de la mucocèle ethmoïdale. — M. HUC (Edouard). L'ostéosynthèse dans les fractures marginales du cou-de-pied. — M. MUSUMÉCI (Angelo). Sur un cas d'association de sarcome du col de l'utérus.

Jeudi 15 décembre. — Jury : MM. Chauffard, président; Achard, Bezançon et Rénon. — M. BERTELOOT (Maurice). L'enseignement de l'hygiène à l'Ecole primaire. — M. REBUFFEL (Léon). Contribution à l'étude du dosage clinique de l'albuminurie dans les épanchements pleurétiques. — M. GUÉRIN (André). Contribution à l'étude de l'intoxication aiguë par la cocaïne. — M. PETIOT (Marcel). Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë.

RENSEIGNEMENTS

Les Laboratoires EMILE LOGEAIS, 37, av. Marceau, à Paris, mettent les **GLOBULES TÆNIAFUGES de SECRETAN** à la disposition de MM. les Docteurs pour leurs essais cliniques.

(1) Grand in-8 raisin de 1.600 pages, relié pleine toile. — Prix : 25 fr. — A. Rouzaud, 41, rue des Ecoles, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

L'INSUFFISANCE SURRÉNALE[1]

Par René PORAK.

II

Insuffisance surrénale clinique. — Anatomie pathologique et bactériologie. — Les insuffisances glandulaires, après avoir été admises en clinique avec un manque de critique déconcertant, sont maintenant mises en doute par les physiologistes (Gley, par ex.). Bien que les remarques de Gley soient fondées, il faut reconnaître cependant, que certains faits anatomiques prouvent la réalité de quelques observations d'insuffisance surrénale. Les surrénales, glandes très vascularisées sont le siège fréquent de véritables apoplexies, l'irruption brusque du sang écrase d'un coup tout le tissu glandulaire. La pathogénie humaine réalise ainsi mieux que l'expérimentateur, la destruction rapide des surrénales, sans traumatisme opératoire. Il importe de remarquer cependant que l'insuffisance surrénale pure n'est pas réalisée, car le sang en comprimant les tissus voisins riches en filets nerveux entraîne nécessairement des symptômes nerveux. Il est aussi difficile d'admettre une surrénalite, qu'une pancréatite sans participation importante du vaste plexus solaire qui pénètre les enveloppes fibreuses de ces deux glandes.

L'apoplexie double des surrénales détermine leur insuffisance subaiguë. Au lieu d'un grand hématome, certains états pathologiques produisent une infiltration hémorragique progressive des surrénales, les travées cellulaires sont dilacérées et les cellules elles-mêmes séparées les unes des autres. Quand une altération de ce genre se développe rapidement, on ne peut contester qu'elle puisse entraîner une insuffisance surrénale. Mais il faut se garder de faire anatomiquement le diagnostic d'insuffisance surrénale, si les lésions hémorragiques ne sont pas strictement localisées aux surrénales.

Virchow déjà avait observé la fréquence des thromboses vasculaires des surrénales; le plus souvent cette lésion est localisée et aucun signe clinique ne se manifeste; il arrive cependant que des thromboses étendues et diffuses déterminent la nécrose des glandes et, partant l'insuffisance surrénale.

Ribadeau-Dumas et Harvier dans les maladies infectieuses décrivent un œdème abondant capable de détruire les cellules glandulaires : ces lésions sont la preuve d'une maladie très intoxicante, mais, il serait osé de soutenir que la grande toxicité de la maladie, provient des surrénales ou même que la mort est due à l'insuffisance surrénale, plutôt par exemple, qu'à la sidération du système nerveux.

L'invasion microbienne (pneumocoques, streptocoques) et les infiltrations leucocytaires (Babes) pouvant aboutir à des collections purulentes ne sont facteurs d'insuffisances surrénales que si le processus pathologique est rapide, l'aptitude aux suppléances fonctionnelles des surrénales étant bien établie. Les dégénérescences et les nécroses protoplasmiques ou nucléaires dans les maladies infectieuses, si elles sont massives au niveau des surrénales, s'étendent en général à d'autres organes, par exemple au foie. En ce qui concerne les modifications cytologiques des surrénales, les autopsies d'hommes, vingt-quatre heures après la mort ne signifient rien. D'ailleurs, les critères cytologiques de l'activité des surrénales sont très délicats à apprécier. C'est ainsi que Mulon et moi, nous avons en étudiant l'hypertrophie compensatrice et l'immunité, montré que la diminution de la spongiocytose, loin de prouver l'insuffisance glandulaire, indique un fonctionnement régulier de la glande (je reviendrai sur cette question au chapitre de Chimie pathologique). L'étude complète des lipoïdes et des pigments, l'état des mitochondries permettent sur des pièces fraîches d'apprécier l'état fonctionnel des surrénales, mais malheureusement la cytologie pathologique humaine est complètement à faire : le champ des insuffisances surrénales s'élargira ou se rétrécira, lorsqu'une pareille étude sera possible.

Les lésions chroniques des surrénales doivent moins me retenir que les lésions aiguës, car ou bien elles entraînent la maladie d'Addison ou bien elles sont de simples curiosités anatomiques. Les formes chroniques, en dehors de la maladie d'Addison, les mieux étudiées sont les surrénalites scléreuses (Thèse de Sézary); le développement lent des trabécules conjonctives autour de la veine centrale, puis dans la réticulée, enfin le long des capillaires rectilignes de l'écorce, permet le plus souvent à la suppléance des accessoires d'entrer en jeu et explique la rareté des syndromes d'insuffisance surrénale dans ces cas.

Dans la syphilis congénitale, des gommes se multiplient dans les surrénales ou des lésions inflammatoires et scléreuses se constituent, sans que pour cela le moindre signe d'insuffisance surrénale se produise; toutefois ces altérations expliquent peut-être l'évolution marastique de la syphilis congénitale (1).

Chez le vieillard (Thèse de Husnot), les adénomes de la corticale, l'exagération des pigments, les amas lymphoïdes s'organisant à la longue en lympho-fibromes, l'angiosclérose ne sont en rapport avec aucun signe clinique précis et constant et ne sont l'indice ni d'une hyperfonction, ni d'une hypofonction. (Notons en passant que l'hyperépinéphrie n'existe pas et que l'état anatomique ainsi désigné représente la structure d'une surrénale qui soumise à une intoxication prolongée a normalement fonctionné de par ces circonstances, plus qu'une glande de sujet normal). Il est exceptionnel, qu'une tumeur évolue assez rapidement pour créer l'insuffisance surrénale aiguë. L'insuffisance surrénale lente est rare aussi, car les hypertrophies compensatrices s'achèvent facilement, du moins dans les cancers primitifs, qui pendant longtemps n'entravent pas tout à fait le fonctionnement de la glande. Il arrive plus souvent qu'un cancer se complique d'insuffisance surrénale : lorsqu'il s'infecte par exemple, il entraîne quelquefois la dégénérescence ou l'infiltration purulente des deux surrénales.

L'examen microscopique des surrénales permet de déceler un grand nombre de microbes qui s'y localisent avec prédilection; souvent l'agent infectieux ne peut être trouvé qu'au niveau des surrénales : spirochètes, corpuscule de Négri (Da Costa). Dans la syphilis congénitale on trouve toujours le spirochète dans les surrénales : quand on veut s'as-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 95, p. 1517.

(1) Ribadeau-Dumas et Pater. *Arch. de méd. expérim.*, mars 1909.

surer de la nature syphilique d'une maladie à l'autopsie, le meilleur moyen est de rechercher le spirochète dans ces glandes (1).

Le pneumocoque qui a une prédilection pour la surrénale s'y trouve souvent à l'état de pureté.

Symptômes. — Depuis plus de vingt ans, E. Sergent (2), ne manque pas une occasion de montrer qu'il existe en clinique humaine, des cas, tout à fait superposable à l'insuffisance surrénale expérimentale.

I. Le début est brusque : c'est une sorte de choc brutal qui jette le malade sur son lit à la fin d'un repas commencé en excellente santé. Une douleur lombaire ou épigastrique, s'accompagne de vomissements et quelquefois de diarrhée. Les extrémités sont froides et la température rectale reste au-dessous de 37 degrés. Le pouls est petit, irrégulier et rapide, crampes, sueurs visqueuses. Les vomissements deviennent incoercibles. Le tableau d'un véritable empoisonnement se déroule, et le malade meurt en état de collapsus en vingt-quatre heures environ (Syndrome Sergent-Bernard).

II. La symptomatologie se réduit souvent à un seul incident : la mort subite. La mort subite survient dans des conditions diverses : voici par exemple un jeune homme atteint de pneumonie alcoolique, le surlendemain de son entrée à l'hôpital, l'agitation disparaît et le malade est déprimé et somnolent. Le pouls reste régulier, mais il est moins vibrant. Dans la nuit, le pneumonique qui dormait en rêvassant tout haut, se dresse brusquement dans son lit et retombe inerte. Il était mort au quatrième jour de sa pneumonie.

III. E. Sergent a décrit aussi une forme pseudo-méningitique : le syndrome était constitué dans la première observation de ces auteurs par des vomissements à la moindre ingestion de nourriture, par des éructations fréquentes, par une constipation absolue, par une tachycardie à 120, par l'abattement, l'amaigrissement, la position en chien de fusil, dans ce cas « je cherchais, dit E. Sergent, la raie méningitique de Trousseau ; j'obtins une raie blanche nette et durable, non entourée d'une double raie rouge. L'autopsie m'ayant montré quelques jours après, que la méningite n'existait pas et, que les deux capsules surrénales étaient complètement caséifiées, je m'expliquais les anomalies de l'allure clinique et, reconnaissant qu'il s'agissait en réalité d'une fausse méningite, simulée par les accidents encéphalopathiques de l'insuffisance surrénale aiguë, je me demandais, si ce phénomène de la ligne blanche ne serait pas un indice révélateur d'insuffisance surrénale et, je me promis d'en contrôler et d'en vérifier la valeur sémiologique ».

IV. Il y a une catégorie de formes d'insuffisance surrénale, rare chez l'animal, et fréquente chez l'homme : les formes nerveuses (Encéphalopathies de Klippel).

Un sujet en pleine santé ou dans le cours d'une maladie quelconque, sans grande importance, est subitement frappé de syncope ou de coma, avec ou sans convulsions, et succombe après quelques heures ou quelques jours sans que rien, dans l'état du système nerveux ou des viscères, ait pu expliquer la mort. A l'autopsie tous les organes sont reconnus sains, la seule lésion constatée est une hémorragie volumineuse des capsules surrénales (1).

Le délire précède souvent le coma. Dans certains cas le délire s'est prolongé dix mois (Vigouroux et Delmas).

Dupré insiste sur le rapport de la mélancolie et de l'involution des glandes à sécrétion interne spécialement de la surrénale.

Des crises épileptiformes ont été signalées au cours de l'insuffisance surrénale (Klippel).

En somme, il semble permis de décrire à côté de l'insuffisance surrénale à prédominance gastro-intestinale, des formes nerveuses de l'insuffisance surrénale comme dans l'urémie, ces formes s'expliquent, ou bien par des tares antérieures du système nerveux, devenu plus sensible aux substances toxiques, ou bien par des altérations du système nerveux, secondaires aux lésions surrénales (Nageotte et Ettlinger).

V. Aux formes précédentes, d'évolution rapide, il convient d'ajouter les formes subaiguës. Voici par exemple, une femme de trente-huit ans (2) qui, pendant six mois, présenta les troubles suivants ; elle est d'abord extrêmement fatiguée après sa journée de travail, puis, progressivement, il lui devient pénible de rester debout. En même temps que les forces s'effondrent, l'appétit disparaît et des vomissements se produisent. Les règles se suspendent, après avoir été toujours parfaitement régulières. Enfin, douleurs épigastriques, dégoût absolu des aliments et si la malade mange tout de même, vomissements immédiats.

Après six mois, la malade est obligée d'entrer à l'hôpital ; elle reste alors couchée toute la journée, impuissante à exécuter le moindre effort ; lever le bras devient une peine ; on est obligé de la coiffer.

Il n'y a aucune trace de mélanodermie ; la malade a le visage très pâle et les téguments sont partout décolorés ; il n'existe pas de taches pigmentaires au niveau des muqueuses.

Après quinze jours d'hospitalisation, les douleurs épigastriques deviennent plus violentes ; la malade, angoissée, demande qu'on l'aide à se retourner ; elle est secouée de quelques petites convulsions agoniques et meurt dans la soirée.

VI. Voici à quoi se réduisent en clinique, les formes d'insuffisance surrénale. Il convient d'en rapprocher certaines formes chroniques de transition avec la maladie d'Addison, mais qui, à aucun moment, ne s'accompagnent de pigmentation (Dieulafoy et Bressy).

Faut-il aller plus loin et admettre que l'insuffisance surrénale est très fréquente chez les tuberculeux et qu'on peut se baser, pour en faire le diagnostic, sur l'hypotension, l'asthénie à progrès rapide, l'amyotrophie diffuse considérable (3) ? J'ai déjà montré qu'il y avait rarement un rapport précis entre l'hypotension d'un tuberculeux de son vivant et l'état anatomique et physiologique des surrénales prélevées à l'autopsie (4). L'amyotrophie diffuse, bien que caractéristique de l'insuffisance surrénale expérimentale sera rattachée avec prudence, en cas de tuberculose, à une insuffisance surrénale clinique, car l'observation des tuberculeux

(1) Beitzke. *Berl. klin. Woch.*, 1909, p. 1769. — En France, Sézary a souvent insisté sur ces faits.
(2) E. Sergent. *Insuffisance surrénale*, Maloine.

(1) Arnaud. Les hémorragies des capsules surrénales, *Arch. gén. de méd.*, 1900.
(2) L. Bernard et Heitz. *Tribune méd.*, 1904.
(3) E. Sergent. *Gaz. des hôpit.*, 11 juillet 1912.
(4) René Porak. *Ann. de méd.*, sept. 1918, t. V, n° 4.

enseigne la fréquence des émaciations dans tout processus tuberculeux et spécialement dans le processus granulique. Il reste donc l'asthénie n'accompagnant pas une poussée évolutive de tuberculose, qui peut conduire au diagnostic d'insuffisance surrénale. Mais il s'agit alors de la forme de Dieulafoy et Bressy. L'insuffisance surrénale pourrait engendrer la chorée molle : il s'agit, sans doute, de cas exceptionnels. Des confirmations s'imposent avant de généraliser un fait de ce genre. J'ai signalé le premier, avec Mulon, les modifications anatomiques des surrénales dans certaines chorées; ces modifications rappellent celles qu'on obtient expérimentalement par la faradisation des muscles et celles que je décrirai dans l'immunité au chapitre de chimie pathologique. S'il est possible parfois que les surrénales épuisent complètement leurs lipoïdes au cours de chorées intenses ou prolongées, je ne pense pas qu'on puisse attribuer l'élément paralytique qui manque rarement dans les chorées typiques à une déficience passagère des surrénales.

La myasthénie d'Erb. Goldflam que sa ressemblance avec l'asthénie addisonienne et les bons résultats de l'opothérapie surrénale ont fait rapprocher de l'insuffisance surrénale, reste jusqu'à confirmation plus démonstrative, une maladie des muscles (1). Il ne faudra pas davantage se hâter de rattacher les amyotrophies à l'insuffisance surrénale (2). D'une façon générale, dans les maladies du système nerveux, les surrénales sont souvent lésées et il pourrait exister, indépendamment de la maladie nerveuse elle-même, un certain degré d'insuffisance surrénale (3). Une tendance systématique trop répandue a cependant pu mettre la maladie nerveuse sur le compte de l'insuffisance surrénale.

Dans les maladies infectieuses, les syndromes de défaillance cardiaques ont été attribuées aux surrénales plutôt qu'au myocarde ou qu'au système nerveux; ces faits doivent être contrôlés à nouveau depuis que l'adrénaline n'est plus considérée comme une hormone angiotonique. Une relation a été établie à tort entre les érythèmes et purpuras infectieux et l'insuffisance surrénale; dans les maladies hémorragipares, faut-il s'étonner que les surrénales à vascularisation si fragile, présentent comme la peau congestion ou hémorragies. Paisseau et Lemaire ont observé, dans un cas de pernicieuse palustre de la thrombose, des vaisseaux surrénaux. Ce serait une grosse erreur clinique de généraliser cette intéressante observation et d'expliquer la perniciosité par l'insuffisance surrénale.

Les surrénales seraient parfois le siège de troubles réflexes quand le rein se déplace (J. Lucas-Championnière) ou dans certains accidents menstruels (E. Sergent); le fait est possible, mais le diagnostic en est si délicat et l'action opothérapique si difficile à apprécier que le clinicien restera souvent sceptique sur la réalité de cette hypothèse. Enfin, on a montré des relations des surrénales et de l'appareil sexuel : une observation de nanisme de Variot a été attribuée à l'insuffisance surrénale. Ce fait isolé ne me paraît pas donner encore une individualité tranchée à ce nouveau type d'infantilisme.

Pour terminer sur une notion parfaitement acquise et qui s'applique à toutes les formes d'insuffisance surrénale diagnostiquée à juste titre, j'insiste sur le dénouement rapide, apoplectiforme, auquel l'inactivité des surrénales expose : le médecin légiste doit se souvenir de ces faits cliniques chaque fois qu'il doit découvrir la cause d'une mort rapide ou subite.

ÉTIOLOGIE. — La clinique démontre l'existence réelle d'une insuffisance surrénale analogue à l'insuffisance surrénale expérimentale. Dans quelles conditions voit-on apparaître ces intéressantes manifestations pathologiques ?

Des causes mécaniques peuvent faire éclater de petits vaisseaux des surrénales et produire l'hémorragie de ces glandes. Au cours d'accouchements difficiles, l'apoplexie des surrénales a été signalée, chez le nouveau-né. Le traumatisme ou la simple commotion ont pu entraîner cette même lésion [Loeper et Oppenheim (1)].

Les infections [scarlatine (2), diphtérie (3), pneumonie] sont les plus capables de réaliser une destruction du parenchyme glandulaire par apoplexie ou hémorragies diffuses. Mais il faut se garder de croire à l'insuffisance surrénale dans les formes asthéniques de ces maladies, et d'accepter ce même diagnostic, lorsqu'une infection hémorragipare a dilacéré plusieurs organes par irruption sanguine. Si l'on évitait ces deux causes d'erreur, les cas d'insuffisance surrénale se réduiraient beaucoup et nos journaux médicaux n'annonceraient pas si souvent de nouvelles infections, causes d'insuffisance surrénale. A rapprocher des maladies infectieuses les maladies parasitaires; des ecchinocoques localisées dans les deux surrénales ont produit l'insuffisance surrénale (4).

Les intoxications créent des lésions des surrénales (5), mais il est impossible d'admettre, même dans l'intoxication mercurielle qui, d'après mes expériences lèse le plus les surrénales, que ces intoxications soient des insuffisances surrénales : les symptômes surrénaux sont marqués par des symptômes plus importants, du moins dans la majorité des cas.

Une exception doit être faite pour l'intoxication chloroformique. L'affinité du chloroforme pour les lipoïdes explique la prédominance des lésions au niveau de la corticale des surrénales. La médullaire s'appauvrit en adrénaline. Le professeur Delbet qui insiste sur ces faits conseille de recourir à la médication surrénale, toutes les fois qu'un opéré présente une asthénie hors de proportion avec le traumatisme opératoire (6).

(1) KLIPPEL et Maurice VILLARET. Asthénies et atrophies myopathiques, *Arch. gén. de méd.*, 1906.
(2) SÉZARY. Syndromes surréno-musculaires, *Semaine méd.*, 5 fév. 1913.
(3) Henri CLAUDE et SCHMIERGELD. Les glandes à sécrétion interne dans l'épilepsie, *Soc. de biol.*, 25 juillet 1909. — APERT (*Presse méd.*, 1911) résume les rapports des surrénales et du système nerveux. Un fait curieux est l'absence de surrénales chez les anencéphales Pende, dans son livre sur les surrénales, insiste sur l'action de ces glandes sur le système nerveux. Je ne puis y insister dans un travail sur l'insuffisance surrénale.

(1) *Les Grandes questions médicales d'actualités*, dirigées par P.-E. Weill, p. 123.
(2) HUTINEL. *Bull. méd.*, 17 mars 1909.
(3) BOGOMOLEZ. *Beit. z. pathol. anat. u. Allg. Pathol.*, 1905. — L. MARTIN et DARRÉ. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai 1909.
(4) HUBER. *Arch. f klin. Med.*, 1869, t. V, p. 139-140.
(5) OPPENHEIM (*Th. de Paris*, 1902) note l'hémorragie des surrénales dans un tiers des cas. — GOLDZICHER. *Die Nebenniere*, 1909. — Léon BERNARD et BIGART. *Journ. de physiol. et pathol. gén.*, nov. 1902. — Léon BERNARD. *Revue de méd.*, 10 oct. 1907.
(6) PARKINSON (*Soc. pathol. de Londres*, 1907), WIESEL (1908), HORNOWSKI (1909), cités par Carlo OLIVA (*Lyon chir.*, 1er janv. 1914) expliquent la mort subite au cours de la chloroformisation

Il est difficile d'admettre dans ses détails la conception de Josué sur l'asystolie surrénale (1), il est parfaitement exact que myocarde et surrénales augmentent parallèlement de volume ; j'ai observé les plus grosses surrénales, dans les autopsies, avec gros cœur de Traube. Mais, je ne crois pas être autorisé à établir une relation de cause à effet entre ces deux constatations anatomiques. En cas d'insuffisance surrénale latente, je crois que les altérations cardiaques peuvent avoir une évolution plus rapide car la maladie du cœur crée une sorte d'intoxication contre laquelle la surrénale normale aurait pu agir utilement. Cette remarque est d'ordre général : toute maladie survenant dans l'imminence d'insuffisance surrénale se trouve considérablement aggravée et quelquefois le syndrome d'insuffisance surrénale éclate. En ce qui concerne l'asystolie surrénale, si les travaux de Gley sont confirmés, l'adrénaline ne devrait plus être considérée comme une hormone et l'habile construction de Josué ne pourrait plus être défendue.

Que les émotions (2) et les fatigues de la guerre aient déterminé un certain surmenage surrénale, cela semble logiquement probable. Mais dire que tous les soldats de la grande guerre présentaient de l'insuffisance surrénale, cela est contestable. Dans la fatigue et dans l'épuisement, le système nerveux et le muscle sont surtout intéressés. La surrénale paraît intervenir pour empêcher l'intoxication d'origine neuro-musculaire. Il ne faudrait pas intervertir les rôles et attribuer à la surrénale le rôle le plus important. D'ailleurs, des corrélations unissent tous les organes et dans la fatigue l'organisme entier subit le contre coup de l'insuffisance neuro-musculaire.

Diagnostic. — Les symptômes et l'étiologie ont été surchargés par l'esprit systématique de médecins qui placés sur une piste ne voient plus rien à côté. La confusion d'une question en soi intéressante rendait nécessaire la recherche d'un signe pathognomonique. Sergent, dont l'attention avait été attirée par la forme pseudo-méningitique de l'insuffisance surrénale a poursuivi ses recherches sur la ligne blanche. La ligne blanche s'observe souvent chez des névropathes et sa valeur a été contestée. Il faut si on veut en tirer un parti utile dans le diagnostic de l'insuffisance surrénale, s'en tenir de très près à l'enseignement du maître. « Pour provoquer la raie blanche, dit Sergent, il suffit de frôler légèrement la peau de l'abdomen avec un objet mousse, avec la pulpe du doigt par exemple, sans gratter et sans exercer une pression trop forte. Au bout de quelques instants, on voit apparaître sur le trajet qu'a suivi le doigt une raie blanche assez large qui va s'accentuant de plus en plus, puis demeure stationnaire plus ou moins longtemps, parfois trois à quatre minutes et s'efface peu à peu » (3).

J'ai moi-même avec Henri Claude proposés des tests glandulaires capables de servir au diagnostic d'insuffisance surrénale. Je relève ici seulement ce fait remarquable de l'action inverse des extraits hypophysaires hypotenseurs, en cas d'insuffisance surrénale. Cette étude doit être poursuivie, car si les réactions biologiques sont souvent complexes, elles offrent parfois aussi des résultats caractéristiques.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel tous les empoisonnements et toutes les maladies abdominales aiguës, peuvent simuler l'insuffisance surrénale. La surrénale enchevêtrée avec le plexus solaire présente une symptomatologie nerveuse réalisable par tous les grands syndromes abdominaux ; dès l'origine de l'histoire de l'insuffisance surrénale, Ebstein a décrit une forme pseudo-péritonitique de cette maladie. En ce qui concerne la petite insuffisance surrénale, l'asthénie en est le principal symptôme et suivant leurs tendances personnelles, les médecins adoptent plus ou moins facilement ce diagnostic chez des sujets fatigués. L'emploi de l'ergographe, s'il était pratiquable en clinique courante, rendrait de grands services et limiterait la fantaisie d'un pareil diagnostic.

Physiologie pathologique. — Des recherches de physiologie pathologique ont contribué à étendre outre mesure le champ de l'insuffisance surrénale. Du vivant des malades, on dosa la teneur en adrénaline du sérum sanguin (Méthode de Treuleubourg) (1) et à leur mort on apprécia la teneur de leurs surrénales en adrénaline (action des extraits de surrénale sur la pression artérielle d'un animal de laboratoire). D'un nombre considérable de publications, il ressort que l'adrénaline diminue nettement dans les surrénales par un certain nombre de circonstances.

D'abord l'adrénaline est en faible quantité chez le nouveau-né avant terme, chez le débile (2). L'adrénaline est plus abondante en cas de mort brusque qu'en cas de mort lente (3). Dans les infections (4) et dans les intoxications (5) prolongées, l'adrénaline diminue souvent. Dans la fatigue (6) même constatation.

De tous ces faits, la fréquence de l'insuffisance surrénale paraissait se déduire logiquement, parce qu'on admettait que l'adrénaline était une hormone indispensable au bon fonctionnement du sympathique. Si l'adrénaline n'est pas une hormone, mais un déchet résultant du fonctionnement de certains organes (muscles, nerf), on comprend cette diminu-

par l'hypoplasie du tissu chromaffine. — Savariaud, Pellot et Tinel. Hémorragies des capsules surrénales d'origine chloroformique, *Soc. de pédiat.*, 15 mars 1910. — Elliott. *Journ. of physiol.*, 15 juillet 1912.

(1) O. Josué et F. Belloir. L'insuffisance fonctionnelle du cœur hypertrophié. Son origine surrénale. L'asystolie surrénale, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 avril 1914, p. 635. — O. Josué et Paillard Symphyse cardiaque. Anévrisme du cœur, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 janv. 1909.

(2) Canon. Emotional stimulation of adrenal secretion, *Amer. Journ. of physiol.*, t. XXVIII, 1, p. 647.

(3) La valeur de la ligne blanche surrénale a été contestée par Léon Bernard et confirmée récemment par Ravaut et Kronulitzki. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 juillet 1915 n° 26, p. 624.

(1) Je n'insiste pas sur les résultats de ces recherches entachés de grosses erreurs (O. Connor).

(2) Schmorl et Ingier. *Münch. med. Woch.*, 9 mai 1911, p. 1046.

(3) Cevidalli et Leoncini Comessatti. *Clin. med. ital.*, n° 11. Les méthodes chimiques de dosage de l'adrénaline employées par ces auteurs sont moins précises que la méthode physiologique.

(4) Langlois. Action différente de l'extrait de capsule surrénale sur la pression sanguine suivant l'état d'altération morbide de ces organes, *Soc. de biol.*, 21 nov. 1896. — Tchebogsaroff (*Pflugers Arch.*, 1911) a complété les recherches de Langlois en étudiant la teneur en adrénaline du sang des veines surrénales, a noté une diminution de l'adrénaline du deuxième au sixième jour de la diphtérie expérimentale.

(5) Frantz Luksch (*Wien. klin. Woch*, 6 avril 1905, n° 14) insiste sur l'action du phosphore qui ferait disparaître l'adrénaline des surrénales. — En France, Delbet a insisté sur l'action toxique du chloroforme sur les surrénales et sur la diminution de l'adrénaline dans les extraits.

(6) Battelli et Roatta, Schur et Wiesel, Golzieher. *Die Nebenniere*, 1916.

tion de l'adrénaline dans toutes les circonstances où le fonctionnement de ces organes est affaiblie. La conclusion est renversée. Dans la première hypothèse, la gravité d'une maladie était expliquée par l'insuffisance surrénale. Dans la deuxième hypothèse, l'état des surrénales est la conséquence banale d'un certain degré de gravité, ou de prolongation d'une infection, ou d'une intoxication. J'adopte pour ma part (1) la deuxième hypothèse : l'adrénaline n'est pas une hormone cardio-angiotonique comme il a été prétendu, car il n'y a pas de relations précises et constantes entre la teneur en adrénaline des surrénales et l'état de la pression artérielle; d'autre part l'adrénaline se trouve en faible quantité dans des surrénales fonctionnant avec une grande activité (hypertrophie compensatrice, hypertrophie des états d'immunité).

Chimie pathologique. — Les données de chimie pathologique sont encore trop peu nombreuses pour affirmer une corrélation entre la teneur en lipoïdes des surrénales et l'insuffisance surrénale. Il y a deux groupes de maladies : le premier s'accompagne d'augmentation des lipoïdes dans les surrénales (néphrite chronique, artério-sclérose), le deuxième est caractérisé par la fonte des lipoïdes (infections, carcinome) (2).

L'histo-chimie expérimentale permet de pénétrer plus profondément dans le fonctionnement de la corticale des surrénales. J'ai observé le plus grand remaniement de lipoïdes dans les surrénales des lapins, soumis aux injections de globules rouges de moutons, pour obtenir un sérum hémolytique. Dès la première injection de globules rouge de mouton, la surrénale vide ses spongiocytes de réserve toujours prêtes à s'écouler en cas de besoin. Si la deuxième injection est faite à peu d'intervalle de la première, les spongiocytes n'ont pas eu le temps de se recharger, mais les mitochondries sont le siège d'un travail actif et les lipoïdes (surtout cholestérine, Kawamura) sont sécrétés en quantité suffisante. Suivant le mode d'injection, suivant le rythme des réinjections, et suivant l'aptitude des surrénales les aspects les plus divers s'observent. J'ai vu avec Robert Hanriot au laboratoire municipal de Paris, des surrénales de lapin grosses comme la moitié du rein (2) et ces surrénales sont ou bien pauvres en lipoïdes si la mise en fonction subintrante n'a pas permis l'accumulation de réserves, ou moyennement chargée de réserve (il y a par place, dans la zone moyenne des corticales, des travées radiaires de spongiocytes), si les injections successives assez espacées ont permis aux surrénales un travail d'avenir de mise en réserve.

Le même processus histo-chimique se retrouve dans les infections et les intoxications : dans la diphtérie suraiguë, des hémorragies disloquent les travées surrénales, mais les cellules ont un aspect normal; elles n'ont pas eu le temps de vider leurs spongiocytes pour parer aux dangers de l'infection. Si la diphtérie évolue en quelques jours, les spongiocytes se sont vidés en partie et les mitochondries se multiplient et travaillent activement. La mort est due à la gravité de l'infection et non à l'insuffisance surrénale.

D'après toutes mes recherches contrôlées par Mulon, dont l'autorité est universellement admise en cette matière, la diminution du lipoïde surrénal n'est pas indice d'insuffisance surrénale mais de fonctionnement normal (histologiquement en grand nombre des karyokinèses qui accompagne cet état chimique le prouve).

Les maladies avec surcharge en lipoïdes des surrénales sont aussi des maladies où les surrénales sont actives, la surrénale a pour ainsi dire deux pôles : l'un reçoit des lipoïdes désintégrés ou toxiques; ces lipoïdes sont remaniés ou éliminés et par l'autre pôle la surrénale sécrète des lipoïdes de nouvelle formation appelés à jouer un rôle biologique primordial (à en juger par la généralité du processus sécrétoire que je viens de décrire). Il est possible qu'à la longue dans la néphrite chronique, l'apport incessant de lipoïdes finisse par encrasser la glande. Si cela était, l'hyperépinéphrie serait plutôt de l'insuffisance surrénale que de l'hyperfonction de cette glande!

Les pigments paraissent diminuer en même temps que les lipoïdes dans les toxi-infections et l'immunité : l'absence de pigments était complète dans un de mes cas de tétanos.

Ces détails d'histo-chimie expliquent mes réserves aux chapitres précédents d'anatomie pathologique et de clinique; dans l'anatomie pathologique, j'ai retenu surtout l'apoplexie et les hémorragies diffuses comme cause d'insuffisance surrénale et dans la clinique, je me suis élevé contre l'abus du diagnostic d'insuffisance surrénale.

Pathogénie. — L'insuffisance surrénale n'est jamais tout à fait pure en clinique. L'apoplexie, les hémorragies diffuses et les collections purulentes distendent les surrénales et étirent nécessairement les plexus et les rameaux nerveux qui enlacent la glande. Comme je l'ai déjà dit, les surrénales, comme le corps du pancréas ne peuvent être touchées sans participation du plexus sympathique. Je ne crois pas que toute la symptomatologie surrénale soit empruntée au système nerveux voisin; l'insuffisance surrénale ajoute aux signes nerveux (surtout gastro-abdominaux) un état autotoxique (Brown-Séquart, Langlois). Celui-ci s'accompagne de néphrite aiguë (René Porak et Chabanier). Il pourrait s'agir d'une inhibition rénale dans les extirpations expérimentales des surrénales. Mais j'ai noté, la même azotémie dans l'insuffisance surrénale clinique et je crois que la néphrite aiguë est secondaire à l'accumulation des poisons endogènes dans le sang.

Pour expliquer l'auto-intoxication, la première idée qui vint à l'esprit fut que les surrénales ne neutralisaient plus les poisons organiques. Langlois et Charrin, Oppenheim (Thèse 1901) montrèrent que l'extrait surrénal neutralisait dans une certaine mesure les poisons in vitro. J'ai repris ces expériences, espérant obtenir une neutralisation plus démonstrative des poisons avec les lipoïdes des surrénales. Mais les résultats furent aussi médiocres et la faible neutralisation observée in vitro tient au pouvoir d'adsorption des lipoïdes. Des animaux surchargés de lipoïdes surrénaux ne résistent pas mieux aux intoxications que des animaux

(1) René Porak. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1917-1918, t. XVII.

(2) Hueck (*Münch. med. Woch.*, 1911, p. 2588) cite Kawamura, Albrecht, Rossle, Thoma, L. Aschoff.

(1) Stewart (Loc. cit.) écrit à ce sujet que je n'ai pas assez nettement discriminé l'hypertrophie vraie de l'œdème surrénal. La remarque est juste car mon mémoire (*Arch. de pathol. gén.*, 1917-1918, t. XVII) devait être complété par un second mémoire encore inachevé. Je puis cependant dire dès maintenant qu'il n'y avait pas trace d'œdème dans ces cas.

normaux. Il y a dans l'organisme un cycle lipoïdique dont les rouages sont inconnus et c'est la perturbation de ce métabolisme qui entraîne la production de substances toxiques et rend aussi les animaux plus sensibles aux poisons (1). A titre d'hypothèse, il est possible que les lipoïdes entraînent des substances toxiques dans les surrénales et que l'une des fonctions de la corticale consiste à séparer substances et lipoïdes. De ce travail de remaniement des lipoïdes, résultent les pigments. Il est possible aussi que des substances azotées, telles que tyrosine ou triptophane soient libérés au cours du processus sécrétoire de la corticale et déversés dans la médullaire, où ils s'accumulent dans les cellules chromaffines et s'y transforment en adrénaline.

Pour expliquer l'asthénie qui domine le tableau clinique de l'insuffisance surrénale, deux théories ont été soutenues : I. L'adrénaline régit le tonus musculaire ; II. L'adrénaline préside et domine le métabolisme hydrocarboné.

I. L'adrénaline maintient le tonus musculaire : si elle manque, l'adynamie et la défaillance cardiaque se produisent. Schur et Wiésel (2) citent pour confirmer cette théorie qui est la leur, le cas d'un bicycliste mort subitement à la fin d'une course et à l'autopsie duquel, l'adrénaline des surrénales paraissait complètement épuisée. Haedinger admet aussi que certains accidents subits mortels tiennent à l'hypoplasie du système chromaffine. On peut ajouter un argument physiologique : la courbe ergographique s'améliore rapidement sous l'influence de l'extrait surrénal (Sézary) et de l'adrénaline (Oliver et Schäffer).

II. L'adrénaline préside à l'emmagasinement du glycogène dans le foie et à la transformation du glycogène en glucose [Bierry (3), Neubauer et Porges (4)]. Si l'adrénaline fait défaut, le métabolisme hydrocarboné est entravé et le travail du muscle est impossible. Certaines intoxications s'accompagnent de glycosurie : celle-ci manque après l'ablation des surrénales (Starkenstein).

Malgré la clarté de ces explications, je ne les crois pas exactes. En tous cas, elles sont partielles puisqu'elles ne tiennent compte que de l'adrénaline. D'après toutes mes recherches et d'après les expériences classiques de Biedl sur les sélaciens, je crois à l'importance primordiale de la corticale surrénale. L'insuffisance surrénale est, avant tout, une insuffisance lipoïdienne ; quand la surrénale est détruite, elle n'emmagasine plus des lipoïdes nuisibles et ne produit plus des lipoïdes utiles.

La fonction myotonique des surrénales est une fonction lipoïdienne (Léon Bernard) : l'adrénaline et le métabolisme du sucre n'interviennent que secondairement pour expliquer l'asthénie. L'adrénaline paraît être un déchet à excréter (Gley) et ne doit plus être considérée comme une hormone bonne à tout faire. Quant la fonction lipoïdienne des surrénales est arrêtée, l'effort musculaire n'est plus possible ; l'animal s'immobilise et l'amyotrophie généralisée en résulte.

(1) LANGLOIS et CHARRIN. Du rôle des capsules surrénales dans la résistance à certaines infections, *Soc. de biol.*, 4 juillet 1896 ; le cobaye décapsulé résiste moins bien à l'infection. Le cobaye monodécapsulé y résiste quelquefois mieux. Cela tient sans doute à la suractivité lipoïdique au début de l'hypertrophie compensatrice. — Jean CAMUS et René PORAK Insuffisance surrénale et curarisation, *Soc. de biol.*, 15 fév. 1913 ; — Insuffisance surrénale et sensibilité de la strychnine. *Soc. de biol.*, 22 fév. 1913. — A. MARIE (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1914) étudie la sensibilité de la grenouille décapsulée à la toxine tétanique, et il montre que l'adrénaline in vitro neutralise cette toxine dans une proportion beaucoup plus élevée que les extraits totaux et les lipoïdes surrénaux, mais il ne tire aucune conclusion biologique de ces phénomènes chimico-physiques.

(2) SCHUR et WIESEL. *Soc. imp. royale des méd. de Vienne*, 31 mai et 27 juin 1907.

(3) BIERRY et GATIN. L'adrénaline produit-elle la glycosurie par action sur le pancréas, *Soc. de biol.*, 27 mai 1905. — BIERRY. Thermogenèse et glycémie, *Presse méd.*, 14 mai 1913.

(4) NEUBAUER et PORGES. *Bioch. Zeit.*, 1911, p. 290.

TRAITEMENT. — Dans l'insuffisance surrénale aiguë, c'est-à-dire dans la forme d'insuffisance la plus typique, celle que détermine l'apoplexie des surrénales, il ne faut espérer aucun résultat de l'opothérapie, pas plus qu'il ne serait sage d'espérer par un traitement quelconque une résurrection dans l'ictère grave ou la grande urémie.

Reste donc la petite insuffisance surrénale. Bien que sa fréquence ait été exagérée, il suffit qu'elle puisse parfois exister, pour ne pas priver les malades d'un traitement, que des cliniciens éclairés ont jugé favorable. Une remarque générale s'impose : l'opothérapie est une thérapeutique grossière ; si l'opothérapie thyroïdienne réussit bien, c'est que l'hormozone s'y trouve en grande quantité et que la thyroïde ne contient pas d'autres substances, qui en modifient l'effet essentiel.

La surrénale à ce point de vue est très différente de la thyroïde : elle contient des substances toxiques qui compromettent l'action favorable, but de l'opothérapie. Cette remarque n'est pas une condamnation définitive de l'opothérapie surrénale, car à côté des substances toxiques, les surrénales contiennent certains lipoïdes, des ferments, et il est possible que dans des cas déterminés, ces substances soient retenus par l'organisme malade et y exerce un effet utile. Mais cette remarque explique les résultats moins brillants de l'opothérapie surrénale que de l'opothérapie thyroïdienne, et impose aux chercheurs la découverte de meilleures préparations d'extraits surrénaux.

Lorsque l'adrénaline, corps défini, fut isolée des surrénales par Takamine, les médecins crurent posséder le principe actif le plus important de ces glandes. L'action vaso-constrictive de cette substance, fit croire que normalement dans l'organisme, elle maintient la pression artérielle et le tonus des muscles lisses des vaisseaux. Certaines expériences auraient dû mettre en garde contre cette déduction hâtive : Batelli (1) a montré qu'après décapsulation double, l'adrénaline s'accumule dans le foie et se trouve dans le sang au moment de la mort. Caussade (2), a signalé le premier qu'en soumettant le lapin aux injections répétées d'adrénaline, les surrénales s'hypertrophient. Or, j'ai insisté sur la signification de cette hypertrophie dans toute infection et dans toute intoxication, et de fait, en reprenant les expériences de Caussade, j'ai trouvé les modifications cytologiques décrites plus haut, à l'exposé de l'action des globules de mouton sur le lapin.

Enfin, les expériences classiques de Josué, sur

(1) BATELLI. *Journ. de physiol.*, 1903, p. 179, et *Soc. de biol.*, 1904, p. 815.

(2) CAUSSADE (*Soc de biol.*, 1896) confirmé par LŒPER (*Soc. de biol.*, 21 nov. 1903). — J'ai repris ces recherches sur lapins et rats. En mêlant une demi-surrénale de porc à l'alimentation des rats, amaigrissement rapide. L'un des rats fut atteint de priapisme. En diminuant la dose de surrénale de porc ou en injectant sous la peau des extraits Choay, je n'ai pas observé l'amaigrissement.

l'athérome adrénalinique prouvent aussi que l'adrénaline est une substance toxique et non une hormone.

Cette toxicité n'empêche pas l'adrénaline de rendre des services en thérapeutique ; elle exerce un relèvement brusque de la pression artérielle et par ce mécanisme serait le médicament de choix des crises nitritoïdes de la novarsenothérapie (Milian). Dans les pernicieuses palustres, l'adrénaline ajoutée à la quinine et au sérum physiologique détermine de véritables résurrections (Abrami, Carnot, R.-A. Gutmann), j'ai vu des résultats tout aussi brillants en faisant d'abondants lavages du sang ; l'adrénaline agit donc par action mécanique sur l'appareil cardio-vasculaire et nullement par action opothérapique.

Dans les maladies infectieuses, l'adrénaline exerce une action tonique, lorsqu'on en administre par la bouche, 4 à 5 milligrammes, par doses fractionnées, toutes les deux heures (Netter). Chez les malades profondément adynamiques, on peut pratiquer les injections sous-cutanées d'eau salée physiologique adrénalinée ou mieux à l'adrénaline-novocaïne (1 milligramme d'adrénaline plus 1 centigramme de novocaïne dans 250 à 500 centimètres cubes d'eau salée physiologique) [Josué (1)].

En pédiatrie, quelques gouttes d'adrénaline, font cesser les crises d'asthme, et l'administration quotidienne d'adrénaline, associée au formiate de chaux est un bon médicament du rachitisme (enseignement du professeur Marfan), sans que personne, à ma connaissance, n'ait encore prétendu que l'asthme ou le rachitisme soient de l'insuffisance surrénale.

Dans les cas d'asthénie qui paraissent en rapport avec l'insuffisance surrénale, on obtient de meilleurs résultats à l'aide des extraits totaux surrénaux à la dose de 0g30 à 0g40 par jour, par prises de 0g10. J'ai aussi utilisé des ampoules injectables d'extrait de corticale ou de lipoïdes surrénaux (Choay).

La corticale paraissant avoir une signification biologique plus importante que la médullaire, j'ai entrepris quelques recherches expérimentales sur les lipoïdes surrénaux.

Lorsqu'on injecte des lipoïdes à rats ou cobayes, les surrénales augmentent de volume et maigrissent, tandis que des amas graisseux se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il semble que les lipoïdes jouissent chez chaque animal d'une certaine spécificité ; si bien que l'introduction de lipoïdes étrangers créent une action toxique contre laquelle l'animal récepteur doit s'immuniser. L'examen histologique des surrénales d'animaux traités montre les mêmes aspects que dans l'immunité ou dans les infections de courte durée ou légères. La propriété homostimulante des lipoïdes surrénales se ramène donc au processus général que j'ai décrit plus haut. En ce genre de question, l'expérience clinique vaut mieux que l'expérimentation, mais je n'ai pas encore assez utilisé ces lipoïdes en pratique médicale pour énoncer une conclusion quelconque.

L'opothérapie associée dans l'insuffisance surrénale a encore moins de base scientifique que l'opothérapie simple. Les expériences d'après lesquelles le corps thyroïdien entre en hyperfonction après l'ablation des surrénales ont été critiquées par Biedl. L'hypophyse aussi remplacerait la surrénale en cas d'insuffisance et son action thérapeutique a été vantée ! L'opothérapie hypophysaire est encore plus contestable que l'opothérapie surrénale et je ne vois pas ce qu'elle peut ajouter à l'opothérapie surrénale, elle-même ! Bien que la rate s'hypertrophie après l'ablation des surrénales (Boinet), l'opothérapie splénique s'est moins répandue que l'opothérapie thyroïdienne et hypophysaire.

Pour juger des résultats thérapeutiques, le médecin redoutera un enthousiasme facile à chaque cure qu'il croit, au premier abord, merveilleuse. Un confrère de Paris me montrait récemment une malade, entrée dans son service en état d'asthénie extrême. L'examen du sang décela un taux élevé d'urée. L'opothérapie guérit la malade en quelques jours. Les tests glandulaires n'ayant pas été recherchés, on peut contester le diagnostic d'insuffisance surrénale et admettre le diagnostic de néphrite légère dont l'opothérapie n'aurait pas entravé la marche vers la guérison par le régime et le repos.

En somme, l'insuffisance surrénale est un syndrome qui est réalisé par la clinique ; mais sa fréquence a été exagérée.

En thérapeutique, l'adrénaline jouit d'effets importants, mais son action opothérapique est douteuse.

Les progrès de la physiologie des surrénales en éclairant le rôle de la corticale, pourront seuls permettre une meilleure compréhension de la pathologie des surrénales et l'établissement d'une thérapeutique plus efficace.

(1) JOSUÉ. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 mai 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1921)

Glaucome et rapports entre la pression intra-oculaire et intracranienne. — M. Casimir NOISZEWSKI.

Localisation des poisons et des infections sur les systèmes neuro-musculaires de l'homme suivant leurs chromaxie. — M. Georges BOURGUIGNON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1921)

L'alliance de l'hygiène et de la pathologie dans la médecine préventive : l'examen sanitaire régulier et systématique. — M. Louis RÉNON. Dans la prévention des maladies, l'hygiène tient une place prépondérante ; mais elle doit aussi s'allier à la pathologie, car nombre d'affections chroniques à début lentement insidieux ne ressortissent pas encore à l'hygiène et ne sont souvent reconnues qu'à un moment où la thérapeutique demeure impuissante. Le seul remède est la large utilisation des procédés de diagnostic précoce dans un examen sanitaire régulier et systématique.

Déjà, en 1902, Barès a soutenu l'utilité d'un examen périodique des individus sains ou paraissant tels. Cette idée, qui peut sembler au premier abord illusoire et chimérique dans notre pays où les lois de l'hygiène sont encore si mal observées, a déjà reçu un commencement d'exécution. Le livret médical scolaire, le carnet médical de certaines compagnies de chemins de fer, l'examen sanitaire des assurances sur la vie, forment l'ébauche de l'examen sanitaire régulier et systématique. Celui-ci doit comprendre, de la naissance à la mort, l'examen du sang (hématologie, séro-diagnostics, hémocultures, réactions de fixation, crises hémoclasiques, etc.), les cuti et les intradermoréactions, la bactériologie des expectorations, la radioscopie et la radiographie des poumons, du cœur, des gros vaisseaux, de l'appareil urinaire, du tube digestif, l'urinologie et l'examen clinique complet (système

nerveux, viscères, nez, oreilles, yeux). Le nombre des recherches à effectuer suivrait les progrès des découvertes scientifiques.

Cet examen serait répété à intervalles réguliers, tous les deux ou trois ans, et comparé aux précédents; ses résultats en seraient consignés sur un carnet individuel, véritable fiche d'identité sanitaire. La réalisation de ce projet peut trouver place dans un système d'assurances sociales et peut s'envisager au moment où la loi sur l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité est l'objet de toutes les préoccupations (1).

Anthropologie et sciences médicales. — M. VERNON.

Dysenterie. — M. VIOLLE rend compte d'une épidémie de dysenterie qui a eu lieu dans le département de la Seine.

La peste. — M. BARTHÉLEMY lit une note sur la peste à bord du *Cronstadt*, à Bizerte, en juillet 1921.

L'utilisation d'un nouvel électromètre pour la mesure de la qualité et de la quantité des rayons X. — M. GUILBERT, chef de laboratoire de radiologie des hôpitaux, présente une note sur l'utilisation comme élément sensible de l'électromètre de la lampe à trois électrodes employée comme amplificateur de télégraphie sans fil. Avec quelques précautions d'isolement ou de compensation, l'électromètre ainsi constitué est à lecture continue. Il sert non seulement pour l'étalonnage des ampoules mais comme appareil de contrôle pendant toute la durée de l'application thérapeutique. La dosimétrie devient ainsi aussi précise que possible, et l'adjonction d'un inscripteur sera le point de départ d'études comparées.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, médecine légale, etc.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Briand; en deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Brouardel, Courtois-Suffit, Lesage, Méry, Renault; adjoint à la présentation, M. Vallon.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 84, majorité 43, M. Briand obtient 29 suffrages; M. Méry, 29; M. Courtois-Suffit, 14; M. Renault, 5; M. Vallon, 5; 2 bulletins nuls.

Au second tour, M. Méry, ayant obtenu la majorité, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1921)

Traitement du cancer par le radium. — M. Pierre DESCOMPS fait connaître sa technique pour l'application des tubes de radium dans les cancers de l'utérus et dans les cancers du rectum. Il fait observer qu'en raison des lymphangites qui accompagnent les cancers et qui remontent parfois très haut, il est préférable, pour placer les tubes, de passer par le ventre.

Occlusion intestinale. — M. LAPOINTE fait un premier rapport sur une observation adressée par M. Miginiac (de Toulouse). Il s'agit d'une occlusion chronique du grêle, laparotomie, libération des adhérences, anastomose jéjuno-iléale avec le bouton de Jaboulay. Trois semaines après, le bouton n'était pas rendu.

Réapparition des phénomènes d'occlusion, nouvelle intervention, on ne trouve pas le bouton, nouvelle anastomose, guérison.

M. Lapointe fait observer, avec raison, que l'emploi des boutons anastomatiques offre toujours un certain aléa et c'est pourquoi il ne s'en sert pas.

Splénomégalie. — Second rapport de M. LAPOINTE sur une observation de M. Drouin (de la Rochelle) : femme de quarante-cinq ans, atteinte d'une tumeur abdominale descendant jusque dans la fosse iliaque gauche, que l'on reconnaît pour une splénomégalie. Laparotomie, adhérences, on arrive à péditer, splénectomie. La rate pèse 2kg500. Suites immédiates bonnes.

Encéphalocèle. — M. LENORMANT fait un rapport sur un cas d'encéphalocèle observé et opéré par M. Curtillet (d'Alger) : enfant de vingt jours, tumeur à la base de l'occipital présentant tous les caractères d'une méningocèle, ablation. L'examen de la poche montre qu'il s'agissait d'une encéphalocèle. A l'intérieur de la poche, il y avait du tissu nerveux, de la névroglie. L'enfant revu huit mois après, allait bien.

Goitre cancéreux. — Second rapport de M. LENORMANT sur un cas de goitre cancéreux adressé par MM. Dhalluin et Delannoy (de Lille). Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, portant, depuis longtemps, un petit goitre qui grossit brusquement, en s'accompagnant de douleurs et de craquements dans le bras gauche, avec impotence fonctionnelle. C'était un goitre d'apparence kystique, sans ganglions. En même temps, que la tumeur thyroïdienne grossissait, il se produisait deux fractures spontanées sur le bras droit. Une biopsie de la tumeur montra qu'il s'agissait d'une tumeur maligne thyroïdienne avec métastase sur l'humérus.

En terminant ce rapport, M. Lenormant fait observer que beaucoup de ces petits goitres, dits bénins, subissent une transformation maligne. Il y a donc lieu de les surveiller et peut être aussi de les enlever plus tôt que plus tard.

Plaies du cœur. — Dans un troisième rapport, M. LENORMANT analyse deux observations de plaies du cœur, la première d'un intérêt clinique, la seconde d'un intérêt de technique opératoire.

Dans la première, envoyée par MM. Curtillet et Wittas (d'Alger), il s'agit d'une fillette qui reçoit un coup de canif dans la région du cœur. Pas d'hémorragie, aucun accident. On la garde en observation à l'hôpital pendant six jours. Au septième jour, elle devient un peu pâle et sa température s'élève un peu, le pouls est à 90, il y a une légère augmentation de la zone de matité précordiale et des signes d'épanchement à la base gauche. Le lendemain matin, elle pousse un cri et meurt subitement. A l'autopsie, on trouve un hémothorax gauche et un épanchement sanguin dans la plèvre, une petite plaie du cœur. Il faut admettre qu'un caillot obturateur a permis à cet enfant de passer sept à huit jours sans présenter le moindre symptôme; le caillot s'étant détaché, est survenue une hémorragie et la mort subite par compression du cœur.

Ces faits sont importants à connaître.

Constantini a signalé que l'examen radioscopique, dans ces cas, montre un élargissement de l'ombre cardiaque et une certaine immobilité du cœur.

Ces signes radioscopiques doivent mettre le chirurgien en éveil au point de vue d'une intervention précoce.

— Le second cas, communiqué par M. Miginiac (de Toulouse), concerne une fille de vingt-quatre ans, qui reçut six coups de ciseaux de tailleur dont un au cœur; intervention très précoce par voie antérieure, section médiane du sternum, écartement, sans ouverture, des plèvres, on trouve une plaie de l'oreillette droite qui est suturée, fermeture, sans drainage. Guérison, après transfusion de 300 grammes de sang fourni par le meurtrier.

M. Lenormant approuve cette voie d'accès antérieure qui permet d'éviter le pneumothorax opératoire.

M. DUJARRIER a eu recours à ce procédé et s'en est bien trouvé.

M. MOCQUOT a vu la malade dont a parlé M. Lenormant et n'a constaté chez lui aucun trouble cardiaque.

M. Pierre DUVAL regrette que chez la première malade dont a parlé M. Lenormant, on n'ait pas pratiqué d'examen radioscopique et que, dès les premiers symptômes, on ne soit pas intervenu.

M. DE MARTEL a eu recours à la section médiane du sternum pour une péricardite adhérente. Cette section lui a donné un très bon jour.

M. BAUDET estime qu'en présence d'une plaie du cœur, il faut se rapprocher le plus possible de cette plaie. Par la voie antérieure, on peut léser la mammaire interne et avoir une hémorragie fort gênante.

M. LAPOINTE reconnaît que, par ce procédé antérieur, on a l'avantage d'intervenir très rapidement.

M. LENORMANT reconnaît, avec M. Duval, que pour le premier cas, il aurait fallu opérer la veille de la mort. Quant au procédé de l'intervention, il varie évidemment suivant les cas. C'est une question de diagnostic. M. Lenormant ne partage pas l'avis de M. Baudet. Les fractures de côtes ne sont

(1) Cf. L. RÉNON. *Gaz. des hôpit.*, 1921, p. 1205 et 1250

pas chose absolument indifférente et on les évite par la sternotomie.

Enfoncement de l'acétabulum. (*Présentation de malade.*) — M. LAPOINTE. Greffe de péroné pour perte de substance du tibia. Résultat datant de soixante-dix mois.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1921)

Discussion au sujet des régimes alimentaires. — M. LINOSSIER pense comme M. Leven que ce n'est pas tant la nature des aliments que certains facteurs, tels que la mastication et la quantité, qui doivent surtout retenir l'attention. Cependant, il ne croit pas qu'on puisse établir des « régimes à tout faire » s'adressant indistinctement à tous les malades, et estime qu'une fois les grandes lignes, applicables à presque tous les cas, admises, il est nécessaire d'introduire certaines nuances en rapport avec chaque cas.

Le traitement des hémoptysies tuberculeuses. — M. GAULTIER ne croit pas qu'il faille accorder, comme l'a fait M. Caussade au sujet d'une communication récente, une place prépondérante aux hémoptysies par lésions d'artérite ulcéreuse ou par rupture d'anévrisme de Rasmussen, qui sont au contraire des raretés. Les hémoptysies les plus fréquentes sont les hémoptysies congestives, d'où l'importance, au point de vue thérapeutique, des hypotenseurs, et notamment des préparations de gui.

La ration théorique de l'enfant après la période de sevrage. — M. TERRIEN fait remarquer que, jusqu'à maintenant, les auteurs ont proposé les chiffres les plus divergents à ce sujet. Certains, comme Morel, semblent exiger trop peu; d'autres, et en particulier les auteurs allemands, beaucoup trop. D'autre part, il semble bien qu'il faille faire varier les rations d'une façon assez notable avec l'âge, ce que n'admettent pas tous les auteurs.

Traitement de la diarrhée chez les tuberculeux par le chlorure de calcium. — M. MERKLEN, à la suite de MM. Rist et Ameuille, a traité la diarrhée de tuberculeux par des injections intraveineuses de 1 à 2 grammes de chlorure de calcium. Chez un seul malade, ce traitement n'a été suivi d'aucun effet. Chez quinze autres malades, l'auteur a observé souvent des améliorations notables, quelquefois un arrêt définitif de la diarrhée. Le seul inconvénient à signaler est un léger picotement, après l'injection, au niveau de la langue, de la jambe, des doigts, qui est d'ailleurs de très courte durée.

Traitement de la maladie de Parkinson par des injections de sulfate de magnésie. — M. ARTAULT (de Vevey) signale qu'il a obtenu des améliorations importantes, par des injections de sulfate de magnésie, chez des parkinsonniens qui avaient, avant le traitement, l'aspect absolument soudé, et qui, au bout de quelque temps, avaient recouvré une certaine souplesse de mouvements et une certaine animation des traits. L'auteur fait un rapprochement entre ces résultats et ceux qu'on a obtenus à l'aide du sulfate de magnésie dans le traitement du tétanos.

Valeur antinévritique de certaines préparations orchitiques. — MM. PÉNEAU et SIMONNET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1921)

Vingt cas de syndrome méniscal. — M. MASINI a eu l'occasion d'observer à l'hôpital militaire de Marseille vingt cas d'affections méniscales (méniscites traumatiques, déchirure des ligaments du genou, arrachement de cartilage articulaire). Sur six luxations de ménisque, cinq fois il s'agissait du ménisque interne.

M. Masini, après avoir utilisé toutes les voies d'accès classiques (grande arthrotomie transversale, longue incision pararotulienne longitudinale de Petit, la transrotulienne d'Ollier), donne la préférence à la grande arthrotomie en U, sans section du ligament rotulien, grâce à la résection temporaire de la tubérosité tibiale antérieure. Cette dernière incision est celle qui permet de bien inventorier toute l'articulation du genou.

M. Masini n'a jamais observé de lésions méniscales doubles; dans tous les cas qu'il a opérés par la résection du ménisque, la guérison a été complète. M. Masini a suturé, dans un cas, le ligament croisé antérieur du genou qui était complètement déchiré et dont le bout supérieur flottait dans l'articulation, la suture directe des deux bouts, à la soie très fine, a donné un bon résultat, la laxité du genou, le signe du « tiroir », l'affaiblissement de l'articulation ont complètement disparu.

Enfin, MM. Masini et Madranges, s'inspirant des travaux de Corner, de Groves, de Smith et Dupuy de Frenelle, ont reconstitué les ligaments croisés d'un genou qui, à la suite d'une chute de cheval, était complètement ballant; leur méthode rappelle sensiblement celle proposée par Hey Groves. Le résultat a été satisfaisant.

MM. BONAMY et JUDET présentent un **cas de fracture ancienne de l'avant-bras à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen.** L'avant-bras est atteint de perte de la pronation et de la supination par décalage et de rétraction ischémique. (Cette observation sera communiquée après l'intervention opératoire qui doit être pratiquée à l'hôpital Gouin.)

Cette communication entraîne une discussion à laquelle prennent part MM. LÉO, MAYET et DUPUY DE FRENELLE.

Le cancer du côlon gauche. — M. Victor PAUCHET. Ces tumeurs du côlon descendant et de l'angle splénique sont de bons cancers; la mortalité opératoire est faible; la survie postopératoire longue et l'anus définitif très rare. Voici les trois opérations qui peuvent être pratiquées :

1° Résection segmentaire en un temps, avec suture bout à bout (à déconseiller, mortalité élevée).

2° Résection segmentaire en deux temps (à conseiller) : *a.* résection de l'anse malade avec abouchement à la peau des deux bouts intestinaux; *b.* fermeture de l'anus avec suture bout à bout, deux mois plus tard. Mortalité opératoire pratiquement nulle.

3° Colectomie totale en un temps. Intervention idéale parce que sans anus artificiel temporaire; convalescence très courte. A déconseiller chez les obèses et les cachectiques.

4° Colectomie totale en deux temps : *a.* iléo-sigmoïdostomie ; *b.* colectomie totale secondaire.

M. André TRÈVES rapporte une communication de M. Carle RŒDERER sur les **résultats éloignés des fractures ouvertes de cuisse.** M. Rœderer insiste sur la rareté relative des mauvais résultats en regard de la fréquence de ces fractures, mauvais résultats dûs surtout à l'absence de soins cinétiques durant la consolidation, médiocrité de ces soins dans la suite, oubli de la nécessité de fléchir le genou, d'où fréquence des désordres de cet article, négligence de la position du pied et des orteils. M. Rœderer note la supériorité des résultats obtenus par les appareils en suspension et la lenteur du retour fonctionnel du membre.

M. A. Trèves ajoute dans son rapport que les fractures au tiers supérieur lui paraissent plus graves, celles qui donnent les crosses les plus importantes. Les pseudarthroses sont très rares à la cuisse, et les deux fragments y restent toujours en contact.

M. DARTIGUES présente un **bistouri à lames interchangeables.**

NOTES DE PRATIQUE

PALPITATIONS DU CŒUR D'ORIGINE TOXIQUE OU VASO-CONSTRICTIVE

Alimentation lacto-végétarienne.

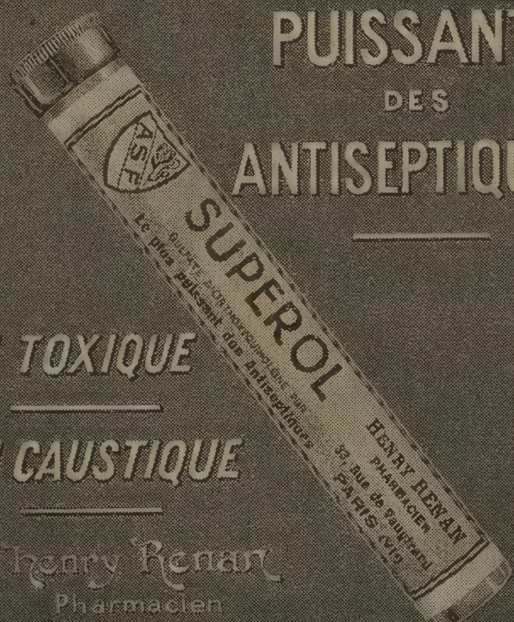
Massage et frictions des extrémités.

Matin et soir, avec un grand verre d'eau d'Evian, un cachet de Théosalvose phosphatée ou lithinée de 0gr50.

Trois fois par jour, III gouttes de solution de trinitrine au centième ou X gouttes de teinture de crataegus dans un peu d'eau.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


LE PLUS
PUISSANT
DES
ANTISEPTIQUES
SUPEROL
HENRY RENAN
NI TOXIQUE
NI CAUSTIQUE
Henry Renan
Pharmacien
33 Rue de Vaugirard PARIS (VI)
TÉLÉPHONE : FLEURUS 23-01



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Troisième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 9 décembre. — MM. Dumont, 18,45; Caïn, 20; Flandin, 19,45; Leblanc, 17.

— Concours des prix de l'internat. (*Médecine.*) — Le jury est provisoirement composé de MM. Hudelo, Weill-Hallé, qui acceptent; P.-E. Weill, Milian, Comte, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Le jury est définitivement composé de MM. Delbet, Lenormant, Okinczyc, Magitot, Potocki.

— Concours de l'externat. — *Epreuve supplémentaire.* — Question donnée : « Gangrène pulmonaire. Signes et diagnostic. »

MM. Bompart, 16 1/2 (8e); Bize, 19 1/2 (2e); Finoch, 16 (9e); Marie, 17 (7e); Mlle Bach, 17 1/2 (6e); MM. Rouques, 20 (1er); Giroire, 19 (3e); Mlle Corbillon, 18 (5e); M. Augier, 18 1/2 (4e).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 9 décembre 1921, la chaire de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN EN CHEF DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Ce concours s'ouvrira le 9 janvier 1922. Il comprend : 1° une épreuve orale (clinique, traitement, assistance), sur deux malades de sexe différents d'un asile d'aliénés; 2° une épreuve écrite sous forme de rapport médico-légal; 3° une épreuve de titre. (*J. O.* du 9 déc. 1921.)

POLICE SANITAIRE MARITIME. — Le *Journal officiel* du 9 décembre publie un long décret (33 colonnes), réglementant la police sanitaire maritime et la situation des médecins sanitaires maritimes.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — Nous rappelons que la 3e assemblée générale aura lieu le mercredi 14 décembre 1921, à 20 h. 30, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole de médecine.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE. — Cette Société vient de se constituer. Elle poursuit l'étude de toutes les méthodes de correction et de réparation des déformations congénitales ou acquises, chez l'adulte comme chez l'enfant. La Société est présidée par le Dr A. Lambotte, assisté de deux vice-présidents : MM. Maffei et Kaisin; de deux secrétaires : MM. Moreau et Marique, et d'un trésorier : M. van Neck. Les séances se tiennent à Bruxelles, à l'hôpital Saint-Jean. La cotisation est de 60 francs par an, y compris l'abonnement obligatoire aux *Archives franco-belges de chirurgie.*

UN ROI AMI DE LA SCIENCE. — Notre excellent confrère le *Bruxelles médical* annonce que S. M. le roi Albert vient de faire don, à l'Université de Bruxelles, d'une somme de 500.000 francs pour l'édification de nouveaux instituts de médecine.

COMITÉ DU MONUMENT MAGNAN. — Un groupe d'anciens élèves, d'amis, de collègues et de confrères du très regretté Dr V. Magnan, ancien président de l'Académie de médecine, médecin en chef du service de l'admission à l'asile clinique (Sainte-Anne), a eu l'heureuse pensée d'élever à ce savant maître un monument rappelant sa longue vie de dévouement aux malades, son enseignement, ses travaux et l'influence qu'il exerça sur la médecine mentale française.

Le Comité a l'intention d'inaugurer ce monument à l'asile Sainte-Anne, au mois de mai prochain, à l'occasion de la célébration du centenaire de la découverte de la paralysie générale par Bayle, unissant ainsi dans un même hommage

l'Ecole de Charenton et l'Ecole de Sainte-Anne, dont Magnan fut le chef incontesté.

Toute souscription de 40 francs donnera droit à une plaquette commémorative représentant le monument.

Adresser les souscriptions en chèques, mandats ou espèces, à M. Masson, éditeur, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Syndicat des médecins de la Seine a tenu son assemblée générale de fin d'année le 4 décembre 1921. Les principaux résultats acquis dans cette assemblée générale sont les suivants :

1° *Assurance. Maladie. Invalidité.* — « Le Syndicat des médecins de la Seine rejette le projet Vincent et donne mandat à ses représentants à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France de voter pour l'étude des moyens techniques capables d'assurer les soins à l'avantage des malades tout en sauvegardant les intérêts matériels et moraux des médecins.

Repoussant absolument et nettement le forfait, le Syndicat des médecins de la Seine demande que, si la loi, amendée dans la mesure du possible, doit être cependant être subie, les tractations soient faites par région, c'est-à-dire entre les Syndicats régionaux et les caisses régionales, et non pas par un contrat collectif engageant toute la France, la campagne d'ordre général restant confiée à l'Union des Syndicats médicaux de France. »

2° Relativement aux *cartes préférentielles de lait*, le S. M. S. a voté l'ordre du jour suivant :

« Constatant sur des documents officiels que :

1° Durant tout l'hiver 1920-1921, il n'a été établi que 11.976 cartes préférentielles de lait.

2° Que l'arrivage moyen du lait varie entre 450.000 et 500.000 litres par jour. Porte à la connaissance de la population parisienne, ces chiffres précis qui démontrent amplement : *a*. Que la carte a été inopérante ; *b*. qu'il était parfaitement inutile de faire payer aux requérants une consultation ou une visite supplémentaire d'un médecin de l'administration ; *c*. que, vu la masse considérable de lait, il suffisait de confier aux médecins praticiens qui ne réclamaient aucun honoraire supplémentaire, la délivrance des cartes préférentielles de lait pour les malades. »

Continuant à défendre les intérêts de la population : Proteste contre l'allégation émise publiquement par le Conseil municipal que la carte préférentielle de lait a donné toute satisfaction, alors qu'elle a été inopérante. Proteste contre la nouvelle circulaire de septembre 1921 de M. le préfet de la Seine qui continue à imposer inutilement et avec frais, à la population parisienne des visites ou de consultations de médecins de l'administration pour obtenir une carte préférentielle de lait. Proteste contre toutes les dépenses inutiles de rédaction, d'impression, d'affichage d'affiches inopérantes que les contribuables sont obligés de payer pour un résultat nul.

3° Il a été décidé de doubler la cotisation à l'Union des syndicats médicaux de France, la portant de 10 à 20 francs pour chacun de ses membres.

Cette modification entraînant dans l'état actuel des finances du Syndicat une dépense considérable un référendum sera fait d'abord, puis une assemblée générale sera convoquée pour décider de porter de 50 à 60 francs la cotisation actuelle. Cependant ce vote n'est que provisoire, il deviendra définitif si l'assemblée générale de l'Union décide de porter de 10 à 20 francs la cotisation annuelle de chaque membre de ses syndicats adhérents, c'est-à-dire de tous les syndicats médicaux de France.

4° L'assemblée générale a ratifié les vœux de son Conseil concernant les divers dispensaires prophylactiques en voie de création, et qui ont déjà paru dans la presse.

5° Le S. M. S. a réorganisé ses sections syndicales de banlieue, a diminué de moitié la cotisation des confrères habitant la banlieue et faisant déjà partie d'un syndicat de banlieue affilié à l'Union.

Il a décidé d'adhérer provisoirement à la Fédération corporative des médecins de la région parisienne.

6° Il a procédé au renouvellement annuel de son Conseil d'administration. Ont été élus comme titulaires : MM. Cibrie, Jayle, Descomps, Coldefy, Fanton d'Andon, Rinuy, Hartmann, Quidet, Lafontaine, Estrada, Sénéchal, Le Fur, Gérard, Devraigne, Hartemberg.

Comme suppléants : MM. Milian, Saltas, Sadoun, Kopp, Lebossé.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Le Syndicat médical de Paris s'est réuni, sous la présidence du Dr Birabeau, président, le dimanche 27 novembre dernier.

Il a été voté à l'unanimité moins une voix son adhésion à la Fédération corporative des médecins de la région parisienne.

Après un rapport de son vice-président le Dr d'Ayrenx, sur la loi assurance invalidité maladie, les conclusions suivantes ont été votées :

1° Maintien du libre choix absolu du médecin ;

2° Rémunération à la visite et non pas par forfait ;

3° Non acceptation du contrat collectif et maintien de la liberté complète du médecin vis-à-vis de ses clients ; les mutualistes ou assurés de la loi seront considérés comme des clients ordinaires.

A la suite du rapport du Dr Lapointe sur la question de l'admission des malades dans les hôpitaux, un ordre du jour a été voté affirmant à nouveau le principe de l'hôpital aux malades privés de ressources et regrettent que ce principe ne soit pas inscrit dans la loi ; mais considérant toutefois que la taxation des actes médicaux s'ajoutant au remboursement des frais d'exploitation est actuellement un pis-aller, approuve la décision prise par le directeur de l'Assistance publique d'appliquer le tarif Breton aux radiographies, mais à la seule condition que ces tarifs soient appliqués aux seuls malades privés de ressources, non inscrits à l'Assistance.

Le Syndicat médical de Paris proteste avec énergie contre la décision de l'Assistance publique de Paris qui accorde aux malades pourvus de ressources le libre accès des consultations hospitalières moyennant le remboursement à l'Administration de ses frais d'exploitation évalués à 4 francs, sans aucune rémunération de l'acte médical.

Estimant qu'il faut protéger les vrais pauvres, le Syndicat médical de Paris rappelle les dispositions adoptées par son assemblée générale du 20 décembre 1920 en ce qui concerne la demande d'assistance. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, p. 17 et 18.)

RENSEIGNEMENTS

OU ? QUAND ? COMMENT VOYAGER ? — *L'Agenda P.-L.-M. 1922*, qui vient de paraître, l'enseigne de façon pratique et amusante : Textes de : Henry Lapauze, François Carnot, Miguel Zamacoïs, Henri Ferrand, Georges Rozet, Adrien Frissant, Gabriel Faure, Jules Véran, Raoul Vèze, Béchir, Emile Solari, Dr Bounhiol, Palymède, illustrations de Julien Lacaze, P. Vignal, Charavel, Roger Broders, Lucien Péri, René Péan, Charousset, J. Touchet, R. Allègre, Drio, Eugène Cartier, Luc Lanel. Une pochette de 12 cartes postales illustrées est offerte à tout acheteur.

Prix : 5 francs. En vente : Grands magasins, agences de voyage, gares P.-L.-M. et rue Saint-Lazare, 88, Paris.

VERTIGE STOMACAL ET EXTRASYSTOLES

Par A. LEMIERRE.

La croyance qu'il existe presque nécessairement une relation entre les vertiges et les troubles dyspeptiques est solidement ancrée dans l'esprit du public, et aussi, il faut bien le dire, dans celui de beaucoup de médecins. La célèbre clinique de Trousseau sur le « vertigo a stomacho laeso » a fait beaucoup pour populariser cette opinion. En lisant aujourd'hui cette clinique, on se prend pourtant à douter que certains des malades présentés par Trousseau comme des exemples typiques, aient été réellement atteints de vertige stomacal, malgré les succès de sa thérapeutique par les amers et les alcalins. Le grand clinicien de l'Hôtel-Dieu connaissait bien, sans doute le vertige auriculaire, le « vertigo ab aure laesa »; mais il ne semble pas qu'il ait poussé beaucoup dans ce sens l'examen des sujets qu'il jugeait atteints de vertige stomacal. D'autre part, il ignorait l'existence du syndrome de Stokes-Adams, et, chez aucun de ses malades, il n'est fait mention de l'état du pouls. Enfin il remarque que « les vertiges stomacaux, surtout chez les personnes qui approchent de la vieillesse ou qui y sont arrivées sont trop souvent le prélude d'accidents cérébraux très graves, tels que l'hémorragie du cerveau ou le ramollissement »; on est en droit de se demander une fois de plus si, chez cette catégorie de sujets, il est légitime d'incriminer l'estomac. Trousseau était un observateur trop avisé pour ne pas se rendre compte que le diagnostic de vertige stomacal, trop souvent porté chez des personnes « dont les fonctions digestives ne laissent rien à désirer » était quelque peu hasardeux. « Bien souvent, écrit-il, je me suis demandé si le traitement, bien que dirigé par moi contre l'affection stomacale, ne s'adressait pas, à mon insu, au système nerveux et si je n'avais pas été conduit à diagnostiquer une affection gastrique plutôt d'après l'influence de la médication que d'après les symptômes de la maladie et si je n'avais pas été tenu dans cette erreur de diagnostic par ce fait que je réussissais, avec une médication ordinairement employée avec avantage dans la dyspepsie ».

Trousseau a entamé dans cette phrase le procès du « vertigo a stomacho laeso » dont il avait contribué à édifier l'histoire. Actuellement, en présence d'un grand vertige giratoire, les cliniciens ne se décident guère à incriminer l'estomac qu'après avoir interrogé avant tout avec soin l'oreille, la circulation et le système nerveux.

Personnellement nous n'avons jamais constaté chez les dyspeptiques que des états vertigineux, beaucoup moins intenses que ceux décrits par Trousseau. Par contre, nous avons eu l'occasion d'examiner un certain nombre de personnes atteintes de grands vertiges giratoires, soignées la plupart avec persévérance pour une dyspepsie inexistante, et chez aucune desquelles le diagnostic de « vertigo a stomacho laeso » n'a résisté à un examen clinique attentif : tantôt il s'agissait d'un syndrome de Stokes-Adams, tantôt de troubles labyrinthiques, plus rarement d'artério-sclérose avec hypertension artérielle, chez des sujets guettés par des accidents cérébraux plus graves, ainsi que Trousseau l'avait fort bien noté, parfois enfin de néoplasmes intracraniens.

De ce que nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer un seul cas, nous ne voulons pourtant pas conclure que le grand vertige stomacal, tel que l'a décrit Trousseau, n'existe pas. Nous pensons seulement qu'il est rare et qu'on peut peut-être trouver dans sa pathogénie la raison de son peu de fréquence. D'après les classiques, les vertiges stomacaux seraient soit d'origine toxique, soit d'origine reflexe. Nous ne discuterons pas l'hypothèse de l'origine toxique. Il est possible d'imaginer qu'un reflexe à point de départ gastrique puisse, à l'occasion agir directement sur les centres nerveux et produire le vertige; mais (et c'est sur ce point que nous désirons insister) il est établi à l'heure actuelle que les malaises gastriques peuvent, par voie reflexe, déterminer des anomalies du rythme cardiaque, qui deviennent à leur tour la cause de sensations vertigineuses.

Les cardiopathologistes nous ont appris que parmi les facteurs qui favorisent l'apparition d'extrasystoles, les phénomènes dyspeptiques, et particulièrement ceux qui s'accompagnent d'aérophagie, tiennent une place très importante. Ils nous ont appris également que les extrasystoles ont parfois pour conséquence des sensations vertigineuses et des lipothymies dues elles-mêmes à l'ischémie bulbaire intermittente, suivant un mécanisme identique à celui qu'on observe dans le syndrome de Stokes-Adams.

Il est intéressant de noter que les dyspeptiques chez lesquels surviennent des extrasystoles sont des sujets nerveux, atteints d'une forme quelconque de ce que A. Mathieu désignait sous le nom de dyspepsie sensitivo-motrice, et non pas ceux qui souffrent d'une lésion organique bien définie de l'estomac; on sait que le vertige stomacal ne se rencontre pas chez les personnes atteintes d'ulcère ou de cancer gastriques.

Ordinairement, les phénomènes nerveux provoqués par l'ischémie bulbaire d'origine extrasystolique sont peu accentués. Ils sont identiques aux états vertigineux légers et aux défaillances passagères que l'on observe chez certains dyspeptiques; il est donc légitime d'admettre que les états vertigineux légers et les défaillances passagères des dyspeptiques sont assez souvent, peut-être même très souvent d'origine extrasystolique. Mais peut-il se produire, chez ces malades, sous la simple influence d'extrasystoles, des accidents d'allure plus dramatique, syncopes véritables ou grands vertiges tels que les a décrits Trousseau et qui sont habituellement l'apanage du pouls lent permanent? L'observation qu'on va lire nous paraît démontrer que cette éventualité peut se rencontrer.

Nous avons été appelé au mois de novembre 1919, auprès d'un homme de quatre-vingts ans atteint, depuis l'âge de quarante ans d'une paraplégie spasmodique syphilitique, arrêtée dans son évolution par le traitement et ayant laissé la marche possible, quoique difficile. En 1916, cet homme avait eu à plusieurs reprise des crises de rétention d'urine ayant nécessité des cathétérismes uréthraux. Depuis le début de 1919, l'état général avait commencé à décliner; l'appétit avait disparu, la soif était vive, la langue pâteuse; le malade avait maigri; il était sans cesse fatigué, triste et découragé. Comme la rétention d'urine ne s'était pas reproduite depuis trois ans, on ne pensait pas à établir une relation entre les symptômes actuels et les troubles urinaires antérieurs.

Il nous fut facile de constater que l'évacuation de la vessie était insuffisante et que la prostate était

grosse. Le malade confié à un urologue et sondé régulièrement chaque jour vit sa situation se transformer très rapidement. L'inappétence, la soif, la fatigue, disparurent et cet homme de quatre-vingts ans, put, à la fin de janvier 1920, faire les frais d'une grippe avec trachéo-bronchite, s'accompagnant pendant huit jours d'une température entre 39 et 40 degrés.

Après la disparition de cette infection aiguë, l'état général redevint excellent. L'urine était abondante, claire, non albumineuse. Le cœur normal, non hypertrophié, régulier, battait entre 70 et 80 par minute. La tension artérielle était à 16/8 au Pachon. Le sommeil était bon; l'intelligence lucide. L'appétit était revenu complètement et le sujet, heureux d'avoir retrouvé, après tant de mois, la sensation de faim et le plaisir de manger, se laissa aller à quelques excès alimentaires. A la suite de repas trop copieux, ingérés rapidement, il lui arriva d'éprouver de la pesanteur gastrique apparaissant en général l'après-midi et se prolongeant parfois pendant la matinée du lendemain. Il remarquait du reste qu'il n'avait jamais faim au réveil et devait, à ce moment, s'abstenir de manger sous peine de malaise. La sensation de pesanteur gastrique s'accompagnaient en général de renvois nombreux et sonores.

Le 4 juin 1920, le sujet se réveille le matin, l'estomac particulièrement chargé; il commet l'imprudence de boire quand même une tasse de thé, ce qui accentue le malaise stomacal; mais à aucun moment il n'a de nausée. Un quart d'heure plus tard, étant assis dans un fauteuil, il perd brusquement connaissance; on remarque, qu'à ce moment, il devient très pâle et fait quelques mouvements convulsifs des bras. Cet état syncopal ne dure qu'un instant. Quelques minutes plus tard, il se lève pour gagner un autre fauteuil, et au moment où il allait s'y asseoir, il perd de nouveau connaissance et tombe assis sur le bras du fauteuil. Une personne de son entourage qui le soutient alors remarque qu'il est de nouveau très pâle et que le pouls radial très irrégulier et rapide semble s'arrêter de temps à autre. Cette fois encore, la perte de connaissance ne dure qu'un instant; elle est suivie de nombreuses éructations.

Nous voyons le malade dans l'après-midi du même jour. Il a à peine mangé à midi et le malaise gastrique a disparu. Le pouls est parfaitement régulier, battant à 70 par minute; le cœur est normal, la tension artérielle est à 16/8. Il n'existe aucun phénomènes d'ordre nerveux appréciable. Malgré la disparition des symptômes du matin, nous croyons devoir porter un pronostic réservé sur de tels accidents survenant chez un homme de cet âge.

Le 10 juin, nous venons voir le malade au début de l'après-midi. Il n'a plus présenté le moindre trouble les jours précédents; mais ce jour là, il a mangé avec excès d'un plat de macaroni. Après le déjeuner, il a ressenti de la pesanteur gastrique. Au moment où nous le voyons, cette pesanteur est devenue très accusée; elle s'accompagne d'une certaine angoisse et d'un peu d'obnubilation intellectuelle, rappelant, d'une façon beaucoup moins accentuée, les phénomènes survenus dix jours auparavant. Il n'y a par contre aucune sensation nauséeuse. En palpant l'artère radiale nous constatons que le pouls est petit et rapide avec de nombreuses intermittences. L'auscultation du cœur montre que les battements sont irréguliers, précipités, avec, de temps à autre une forte impulsion cardiaque suivie d'un arrêt momentané.

Le malade, pendant toute son existence, a été sujet, au moindre écart alimentaire, à des troubles dyspeptiques, avec émission de renvois répétés et bruyants après les repas. Il y a une trentaine d'années, il a présenté, coïncidant cette fois aussi avec une grande pesanteur gastrique, une perte brusque et brève de connaissance, pendant laquelle il s'est même heurté le visage à un mur et s'est légèrement blessé. Enfin il a remarqué lui-même à plusieurs reprises qu'au plus fort de ses malaises stomacaux, son pouls devient irrégulier.

Nous recommandons au malade de ne plus faire que de petits repas composés d'aliments nourrissants sous un petit volume. Depuis un an qu'il s'astreint à ce régime, il n'a plus présenté de troubles gastriques notables ni de troubles nerveux. La santé est excellente; le rythme cardiaque reste complètement normal et la tension artérielle n'a pas varié. Les facultés intellectuelles n'ont subi aucune atteinte appréciable.

Cette observation nous paraît être un exemple remarquable d'état syncopal provoqué par des extrasystoles. Peut-être, chez cet homme de quatre-vingts ans, syphilitique, l'intégrité des artères de l'encéphale n'était-elle pas absolument parfaite, favorisant ainsi occasionnellement l'ischémie bulbaire; il est à remarquer cependant que depuis la syncope accidentelle que nous avons décrite, le sujet n'a plus jamais présenté de symptômes cérébraux. D'autre part, en temps ordinaire, le rythme cardiaque était absolument normal et les extrasystoles ne se montraient que sous l'influence des troubles digestifs consistent en sensation de pesanteur, de distension gastriques, survenant après les repas et s'accompagnant de l'émission de renvois nombreux et sonores. Ce sont donc, en réalité, les phénomènes dyspeptiques qui ont été la cause première des syncopes.

Une observation du professeur Vaquez, rapportée in extenso dans la thèse de Leconte (1), montre que des troubles dyspeptiques analogues à ceux qui existaient chez notre malade peuvent, par un mécanisme identique, aboutir à la production de vertiges assez intenses : il s'agissait d'un homme neurasthénique et aérophage, sujet à des crises de tachycardie qui se déclenchaient lorsque l'estomac était rempli de gaz et qui disparaissaient sous l'influence de nombreuses éructations. Ces crises de tachycardie, lorsqu'elles étaient particulièrement intenses, s'accompagnaient de vertiges qui duraient pendant deux ou trois secondes.

On voit également figurer, dans la thèse de Leconte, une observation d'Ortner et une de James dans lesquelles des états vertigineux accentués étaient consécutifs à la production d'extrasystoles, qui n'étaient pas cette fois sous la dépendance de troubles gastriques. Il faut se souvenir que, dans le syndrome de Stokes-Adam, l'ischémie bulbaire, conditionnée par la bradycardie, provoque, suivant les sujets, tantôt des vertiges, tantôt des syncopes; il n'est pas étonnant que les extrasystoles, et notamment les extrasystoles des dyspeptiques, puissent déterminer l'un ou l'autre.

Tout récemment, Lian et Joannon (2) pour expliquer la raison des syncopes et des états vertigineux

(1) M. LECONTE. Contribution à l'étude des arythmies. L'extrasystole, *Th. de Paris*, 1911.

(2) C. LIAN et P. JOANNON. Les syncopes et les douleurs sous-mammaires gauches des constipés, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, août 1921, p. 533.

survenant chez les constipés avec distension gazeuse du côlon, et parfois aussi de l'estomac, ont exposé une pathogénie tout à fait analogue à celle que nous acceptons aujourd'hui pour certains vertiges ou certains accidents syncopaux d'origine gastrique. Ces auteurs font entrer en ligne de compte un autre élément; vertiges et syncopes se produiraient chez les sujets atteints d'une excitabilité toute particulière du pneumogastrique, parfois même de l'innervation cardiaque pneumogastrique et sympathique, en un mot chez les sujets hypervagotoniques ou hyperneurotoniques. Nous savons d'autre part, que l'arythmie extrasystolique peut être provoquée par l'hypervagotonie ou par l'hypersympaticotonie (1). Nous ne pouvons dire laquelle des deux tendances prédominait chez notre malade; pourtant nous n'avons jamais, chez lui, constaté la moindre inclination à la bradycardie et au moment des crises d'arythmie avec extrasystoles, les battements du cœur étaient, chez lui, très accélérés, ce qui serait en faveur d'une exaltation de l'action du sympathique.

Lian et Joannon ont eu le mérite d'exposer clairement la théorie qui fait des troubles fonctionnels cardiaques, l'intermédiaire entre les phénomènes dyspeptiques et certains états vertigineux et syncopaux. Cette conception rend compte de ce fait que les mêmes symptômes gastriques ou intestinaux ne retentissent sur les centres nerveux que chez certains individus, évidemment prédisposés par une sorte de dérèglement des nerfs qui régissent la contraction cardiaque. Si ce dérèglement est peut-être fréquent, comme semblent l'admettre les travaux modernes, ses effets, chez les dyspeptiques, sont heureusement, en général, peu accentués, ce qui explique la rareté des grands vertiges d'origine gastrique, sur laquelle nous avons insisté au début de ce travail.

(1) C. LIAN et P. JOANNON. Les symptômes cardiaques de l'hypervagotonie, *Journ. méd. franç.*, juin 1921, p. 243. — LIAN et PÉRISSON. Etude clinique des manifestations cardiaques de l'hypersympaticotonie, *Journ. méd. franç.*, juin 1921, p. 259.

NOTES

SUR

UN SÉJOUR D'ÉTUDES A LEYSIN (Suisse)

Par le Dr F. CAPPELLE (de Font-Romeu).

La cure d'héliothérapie en altitude doit être rangée parmi les meilleurs agents de traitement des tuberculoses locales. Peu ou pas pratiquée en France, elle a été l'objet d'une heureuse mise au point dans les cliniques du docteur Rollier qui furent le champ de nos observations durant l'année 1921.

Nous en avons rapporté les faits suivants :

1° *Le mode de traitement*, tel qu'il est pratiqué à Leysin comporte :

Au point de vue général : l'aérothérapie la plus fréquente possible et le bain de soleil général d'une durée variant de trois à six heures par jour, selon la résistance du sujet et pris de préférence durant les heures de la matinée.

Au point de vue local : *a.* une stricte immobilisation du foyer osseux ou ostéoarticulaire. L'extension continue, la fixation du tronc et du bassin par un corset ou par des bandes de coutil, résument tout l'appareillage du traitement. Pour le mal de Pott, notamment, l'application de coussins ou de cale sous la gibbosité dans la position dorsale et l'appui sur les coudes dans la position ventrale combattent l'ulcération compressive au niveau du foyer et permettent en même temps le bain total de soleil.

b. L'insolation continue de la région malade.

2° Les 177 malades que nous avons observés (59 enfants, 118 adultes) avaient pour le plus grand nombre, six mois, au moins, de cure à Leysin. Suivant la localisation de leur lésion, ils se répartissaient en :

56 maux de Pott dont :
- 2 cervicaux,
- 17 dorsaux ou dorso-lombaires : 9 enfants; 8 adultes;
- 37 lombaires ou lombo-sacrés : 8 enfants, 29 adultes.

10 ostéoarthrites de l'articulation sacro-iliaque;
27 coxalgies dont 15 d'enfants et 12 d'adultes;
27 tumeurs blanches du genou dont 18 d'adultes et 9 d'enfants;
37 ostéoarthrites du coude, du poignet, du pied ou ostéites des petits os longs (rotule : 2 cas);
11 cas d'associations (Pott, coxalgie, genou);
7 cas de péritonite;
4 cas divers.

Enfin, 32 de ces cas étaient des tuberculoses ouvertes et chez 6 d'entre tous ces malades existait une atteinte pulmonaire concomittante. Une remarque s'impose à ce sujet : alors que la cure marine est contre-indiquée chez les tuberculeux mixtes, celle de l'altitude leur est profitable aux deux points de vue : combattant excellemment la lésion osseuse et enrayant le développement de la lésion pulmonaire.

3° L'étude de ces 177 cas permet de mettre en évidence lee *avantages caractéristiques* de la cure d'altitude et de soleil appliquée aux tuberculoses locales.

Ces avantages sont :

1° *Une mise en meilleure défense de l'état général* (augmentation du taux de l'hémoglobine sanguine et du poids). Bien qu'immobilisés au lit, les malades soumis à l'insolation présentent une musculature générale excellente et nous avons observé, par ailleurs, maints suppurants chroniques chez lesquels aucune dégénérescence du foie ou des reins ne se manifestait et dont l'état restait florissant.

Nous avons par exemple été frappé par :

Une fillette de dix-sept ans atteinte de mal de Pott dorso-lombaire multifistuleux qui avait débuté en 1914, fut diagnostiqué en fin 1915 et devint fistuleux en 1916. Venue à Leysin en septembre 1920, la malade présentait un mauvais état général et six fistules, situées au niveau de la région lombaire ou sur le trajet de maintes incisions antérieures donnaient un pus abondant. En janvier 1921, l'état général s'était amélioré (augmentation de poids de 5 kilogrammes). Il était excellent en juillet suivant (pas d'albumine dans les urines) et les fistules d'aspeet très sain étaient en voie d'assèchement.

Une enfant de quatre ans qui eut, en fin 1917, à l'âge de neuf mois, un abcès ganglionnaire de la région sus-claviculaire droite, suppuré et ouvert et qui, en mai 1919, était atteinte de mal de Pott

double interscapulaire et lombaire et d'ostéoarthrite du genou gauche. Vue en janvier 1921, après dix-huit mois de traitement, elle présentait un très bel état général et avait grossi de 4 kilogrammes. Les première, deuxième et troisième vertèbres lombaires formaient un bloc solide guéri. Le mal de Pott interscapulaire était en bonne voie de guérison. Le genou gauche était sec, portant en dehors la cicatrice d'une fistule survenue l'été 1919 et fermée en novembre de la même année.

2° *La suppression de tout appareil plâtré* sous lequel on trouve habituellement une peau lavée, atone, des tissus épaissis, œdémateux, ajoutant leur atrophie à celle due en propre à la lésion. Au contraire, l'héliothérapie, qui sollicite, en quelque sorte, cette suppression, donne à la peau une souplesse et une coloration qui sont de bonne augure pour la défense locale contre la culture tuberculeuse.

Cette méthode, à l'inverse de celle des plâtres, implique une vigilance constante de la part d'un personnel très bien dressé. Sinon, cette indication capitale qu'est l'immobilisation ne sera pas remplie.

De plus, l'usage des extensions continues, des corsets et des coussins n'expose pas à la raideur des articulations sus et sous-jacentes comprises par principe dans l'appareil plâtré.

3° *Une meilleure évolution de la lésion locale;* atténuation de la culture tuberculeuse dont le processus destructif est plus aisément limité et dont le prolongement (l'abcès) est moins virulent, rétrocède sous l'action du traitement au lieu de nécessiter la ponction.

Ce fut le cas d'une jeune fille atteinte d'ostéoarthrite de l'articulation scaphocunéenne droite avec un abcès de la région dorsale du pied qui avait débuté en 1918. Elle présentait en janvier 1921, une fluctuation nette. En fin février 1921, après trois semaines d'héliothérapie continue, la fluctuation n'existait plus et ce résultat s'est maintenu jusqu'au 20 juillet 1921 moment où l'on ne sentait plus que la trace de l'abcès.

Nous fûmes impressionnés, à ce même point de vue, par un jeune malade de sept ans atteint de mal de Pott lombaire ayant débuté en mai 1919, venu à Leysin en octobre suivant avec un début d'abcès de la fosse iliaque droite. Celui-ci atteignait l'ombilic en avril 1920 et rétrocéda sans que jamais la ponction se soit imposée. Vu en janvier, février et juillet 1921, ses radiographies successives montraient un écrasement de la première vertèbre lombaire, des lésions de la seconde et le baillement des disques au-dessus et au-dessous.

L'état général était excellent et l'abcès existait à l'état de coque.

Tel est encore le cas d'un jeune homme de dix-sept ans qui séjournait à Leysin depuis octobre 1919 pour un mal de Pott dorsal avec paraplégie ayant débuté en mars précédent. L'examen de ses radios montrait un abcès en fuseau situé au-devant de la colonne dorsale entre la VIe et la XIe vertèbres, et des lésions des septième, huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales (novembre 1919). En avril 1920, les huitième et neuvième vertèbres dorsales étaient réduites à une lame mince; elles étaient soudées en un coin solide (sur la radio de janvier 1921) et les disques baillaient au-dessus et au-dessous. La paraplégie avait disparu en janvier 1920 et l'état général était excellent.

Une fillette de dix ans atteinte de coxalgie droite qui avait débuté en mars 1916 fût traitée par la cure héliomarine, remise à la marche à la fin de 1917 et vint à Leysin en octobre 1919 avec un état général médiocre, une rechute de son arthrite et une mauvaise attitude du membre. Un abcès de la face antérieure de la cuisse gauche apparu en janvier 1920 et qui ne fut jamais ponctionné était palpable sous la forme d'une coque épaisse. L'examen des radiographies successives confirmait le diagnostic de coxalgie avec grosse destruction (mars 1918); limitation du processus en avril 1920; le moignon réapparaît parmi le flou, ébauche d'espace articulaire en octobre 1920. Cliniquement, la hanche était sèche, elle faisait 20° de flexion et 5 à 10° d'abet d'adduction.

Quand la lésion est fistuleuse et compliquée d'infection secondaire, l'insolation est un agent excellent, tonifiant les tissus, rendant la flore microbienne moins active, donnant très rapidement à ces plaies habituellement torpides, irritées, marquées par l'infection cutanée, un aspect sain. De plus, la cicatrice obtenue de la sorte n'est jamais chéloïde.

Ces avantages thérapeutiques nous sont apparus évidents, notamment chez un adulte atteint de mal de Pott lombaire fistuleux depuis mai 1917. Venu à Leysin en novembre 1920 avec un mauvais état général, nous le vîmes en janvier et juillet 1921 ne suppurant presque plus, n'ayant ni albumine ni fièvre, présentant un très bel état général.

Tel est le cas aussi d'un malade qui eut une pleurésie ponctionnée en fin 1916 et subit en janvier 1919, avec une amputation du deuxième métacarpien droit pour ostéite, une opération d'Albee pour un mal de Pott lombaire. Des abcès des deux fosses iliaques nécessitèrent, en avril suivant, de multiples incisions. Venu à Leysin en décembre 1920, avec de larges plaies fistuleuses suppurant abondamment (plis de l'aine, région lombaire droite et région trochantérienne gauche), il présentait de janvier à juillet 1921 une rétrocession remarquable de ses lésions fistuleuses : de minces orifices persistaient, suppurant très peu et l'état général était devenu très bon.

Nous avons pareillement vu se transformer par l'héliothérapie en altitude, l'état d'une jeune fille atteinte d'ostéoarthrite calcanéo-cuboïdienne et astragalo-scaphoïdienne qui avait débuté en 1914, fut traitée sans immobilisation, successivement par la tuberculine (années 1915, 1916 et 1919) et par la radiothérapie (une séance par mois en 1917, 1918 et 1920) et qui présentait, lors de son arrivée à Leysin, en janvier 1921, des lésions de radiodermite de la partie moyenne du pied droit, lequel était couvert par un vaste angiome caverneux. Une fistule donnait du pus au milieu de cette région. En juillet 1921, le pied avait totalement changé d'aspect. La surface cutanée s'était aplanie, tout suintement avait disparu et la fistule était en voie d'assèchement.

4° Par cette thérapeutique, l'acte chirurgical dont l'indication est déjà si limitée en matière de tuberculose osseuse ne s'impose plus qu'en de rares circonstances : drainage, extraction d'un séquestre libre dans une cavité limitée par l'ostéite condensante.

5° La guérison du processus tuberculeux n'entraîne pas toujours avec elle l'ankylose articulaire qui est 7 à 8 fois sur 10 la résultante de l'immobilisation plâtrée. A la condition qu'une stricte immobilisation soit obtenue, le traitement héliothérapique

donne de meilleurs résultats et nous avons observé maintes coxalgies et tumeurs blanches du genou et du coude, chez lesquels un retour appréciable de la fonction articulaire se précisait.

Ce fut notamment le cas d'une jeune fille de treize ans qui vint à Leysin en décembre 1919 avec un poignet droit enraidi à la suite d'ostéoarthrite (confirmée par l'examen des radiographies) et que nous vîmes en février 1921. Son poignet faisait 45° de flexion et 20° d'extension.

6° Au sortir de son immobilisation, le malade trouve dans le climat d'altitude et l'héliothérapie les meilleurs éléments de sa convalescence. En particulier, les adolescents, placés dans le cadre de ce que le docteur Rollier a fondé et appelé l'Ecole au soleil reprennent promptement par l'exercice, le sport, la vie au grand air les forces qui leur permettront le retour à la vie courante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1921)

PRIX DÉCERNÉS EN 1921

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Giar (de Toulouse).

PRIX ARGUT (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Cornioley, chef des travaux d'anatomie normale à l'Ecole de médecine, et Kotzareff (de Genève).

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24.000 fr. de rente). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX BARBIER (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pierre Simonin, chef des travaux de pathologie générale à la Faculté de médecine de Nancy.

PRIX BERRAUTE (un titre de 3.092 fr. de rente). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Louis-Albert Amblard (de Paris).

PRIX HENRI BUIGNET (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr L. Chelle, professeur de chimie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

PRIX CAPURON (1.600 fr.) — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Henri Pelon, médecin des eaux de Luchon.

PRIX CHEVILLON (2.200 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX CIVRIEUX (900 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pierre Béhague (de Paris).

PRIX CLARENS (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. le Dr A. Loir et Legangneux, pharmacien du bureau d'hygiène du Havre. Une mention très honorable est accordée à M. le Dr René Martial, directeur des services d'hygiène de la ville de Fez (Maroc).

PRIX DAUDET (1.700 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX DESPORTES (1.400 fr.). — L'Académie divise le prix de la façon suivante, en accordant : 700 fr. à M. le Dr de Parrel (de Paris); 350 fr. à M. Roger, vétérinaire-major au dépôt de remonte d'Arles; 350 fr. à M. le Dr C.-W. Anderson, préparateur au laboratoire de parasitologie à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX FERDINAND DREYFOUS (2.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Albert Leblanc (de Paris).

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont décernés, à titre d'encouragement, à M. Paul-Alexandre-Antoine Léchelle, interne des hôpitaux de Paris.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a accordé, en 1921, à M. Maurel, stagiaire : une somme de 1.500 fr. pour sa mission en vue d'étudier les eaux de Cauterets au point de vue hydrologique.

PRIX ERNEST GODARD (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr A. Kotzareff (de Genève).

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr André Feil (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Lucien Féré, de Hammam-el-Lif (Tunisie).

PRIX PIERRE GUZMAN (un titre de rente de 1.328 fr.). — L'Académie accorde à titre de prix les arrérages de cette fondation à M. le Dr J. Yacoel (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr H. Codet (de Paris).

PRIX HENRI HUCHARD [Prix du dévouement médical, en souvenir de sa fille Marcelle Huchard] (6.300 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Gairal (de Carignan), président de l'Association médicale des Ardennes, dont toute la vie a été un modèle de dévouement médical et qui a succombé pendant la guerre, victime de sa fermeté en face de l'ennemi et des mauvais traitements qu'il a eu à subir.

PRIX DU COMTE HUGO (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Louis Dubreuil-Chambardel (de Tours). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Alfred Rouxeau, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

PRIX ITARD (2.400 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Emile Tillot (de Rouen).

PRIX LABORIE (5.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde des mentions honorables à MM. les Drs Trabaud, médecin-major de 2e classe, médecin du G. Q. de l'armée du Rhin; Besson [Adrien] (de Lille); Millet (A.-H.), médecin-chef du régiment de marche de spahis marocains, à Oran.

PRIX LAVAL (1.000 fr.). — L'Académie décerne la somme de 1.000 fr. à titre d'encouragement à M. Justin-Louis-Eugène Besançon, étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX LEVEAU (1.500 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX CLOTILDE LIARD (5.000 fr.). — L'Académie accorde, à titre d'encouragement, une somme de 2.000 fr. à M. le Dr Paul Durand, chef de service à l'Institut bactériologique de Lyon.

PRIX HENRI LORQUET (300 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr André Barbé (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs Ossip-Lourié, professeur honoraire à l'Université nouvelle de Bruxelles; Brousseau (Albert), de Montrouge (Seine).

PRIX MAGNAN (3.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Vallon, médecin de l'asile Sainte-Anne, et L.-P. Pruvost, médecin adjoint des asiles publics, Paris.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme (2.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr F. Terrien, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Marcel Léger, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales, Paris.

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Le prix est décerné à M. René-Jules-Gabriel Moreau, interne à l'hôpital Boucicaut, Paris.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jules Glover, médecin laryngologiste du Conservatoire national de musique, de Paris. Des mentions très honorables sont accordées à MM. le Dr Sacquépée, professeur au Val-de-Grâce; Boquet (A.) et Nègre (L.), chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris.

PRIX POTAIN (2.400 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lutembacher (de Paris).

PRIX POURAT (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Marc Jacot, à La Colline-sur-Territet (Suisse).

PRIX JEAN REYNAL (1.200 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX PHILIPPE RICORD (600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr E. Ozenne (de Paris).

PRIX MARC SÉE (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Maurice Muller, préparateur de médecine légale à l'Université de Lille.

PRIX TARNIER (4.500 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Bertin-Sans, professeur d'hygiène, et F. Carrieu, chef des travaux pratiques d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. Une mention honorable est accordée à M. le médecin-major de 1re classe Laporte, médecin-

chef du laboratoire de bactériologie de l'armée du Rhin, à Mayence.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et, M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1919, des médailles d'honneur de l'hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or : M. le Dr Raymond Durand-Fardel (de Paris).

Rappel de médaille d'or : M. le Dr G. Bardet (de Paris).

Médaille de vermeil : M. le Dr R. Molinéry (de Barèges).

Rappel de médaille de vermeil : M. le Dr H. Pelon (de Luchon).

Médaille d'argent : M. le Dr Berthier (d'Amélie-les-Bains).

Rappel de médaille d'argent. — M. le Dr Censier (de Bagnoles-de-l'Orne).

Médailles de bronze : MM. les Drs Ricard-Pomarède (de Capvern), J.-J. Sérane (de Saint-Nectaire), Vincent (de Challes).

Rappel de médaille de bronze : M. le Dr J.-J. Matignon (de Châtelguyon).

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1920 :

Médaille de vermeil : M. le Dr Gerson (de Paris).

Rappel de médaille de vermeil : M. le Dr Dubreuil (de Paris).

Médaille d'argent : M. le Dr Malbec (de Paris).

Médailles de bronze : MM. les Drs Acheray, Besson (Albert), Fachatte, Jacobson et Lasnier (de Paris), Mainguy (de Bourg-la-Reine), Meuvret (de Sceaux), Montais (des Lilas), Montalti (de La Garenne-Colombes), Moreau (du Perreux), Planes et Quimqueton (de Paris), Remoussenard (de Levallois-Perret), Ricapet et Teisseire (de Paris).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

Médailles d'or : MM. les Drs Bresset (de Paris) et Jean Camescasse (de Saint-Arnoult).

Rappels de médailles d'or : MM. les Drs Louis Broudic et Fernand Ledé (de Paris).

Rappels de médailles de vermeil : MM. les Drs Lassort (d'Angoulême), Lautré (de Toulouse), Le Même (de Grenoble), A. Loir (du Havre), Pigot (de Tours).

Médailles d'argent : MM. les Drs Nogué (de Paris), Jean Poujol (de Nice).

Rappels de médailles d'argent : MM. les Drs Caillard (de Nevers), Detré (de Paris), Riss (de Belfort).

Médailles de bronze : MM. les Drs Abramovitsch (du Havre), Berruyer (de Paris), Caylus (de Toulouse), Cougoule (de Draguignan), Favette (de Privas), Ramès (de Tarbes), Riche (de Paris), Savary (du Mans).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1921)

Rupture spontanée du cœur. — M. LEMIERRE rapporte une observation de rupture spontanée du cœur n'ayant donné lieu qu'à une symptomatologie fruste.

Deux cas de paralysie diphtérique chez l'adulte présentant les caractères des paralysies par lésions médullaires. — MM. Pierre MARIE et René MATHIEU présentent deux sujets adultes atteints de paralysie diphtérique.

La recherche de la force segmentaire permet de constater une parésie accentuée des muscles qui fléchissent la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, tandis que les muscles extérieurs ont conservé une force normale. Au niveau de la nuque et du tronc la parésie des fléchisseurs contraste également avec l'intégrité des extenseurs.

La répartition systématique des parésies musculaires sur les raccourcisseurs des membres inférieurs, du tronc et du cou implique l'existence d'une lésion de la moelle épinière.

Il est probable que dans les formes graves de la paralysie diphtérique la recherche de la force musculaire montrerait que les paralysies sont sur la dépendance d'une lésion médullaire et n'ont pas une origine périphérique.

M. GUILLAIN insiste sur l'importance des lésions musculaires au cours des infections et intoxications et notamment dans les polynévrites il s'agit d'une neuro-myosite.

M. RAMOND insiste sur l'importance d'une sérothérapie précoce.

M. MARTIN pense que la sérothérapie trop tardive, dans bien des cas, suffit à expliquer les paralysies diphtériques.

Maladie de Paget localisée. — M. GALLIARD relate un cas de maladie de Paget localisée vérifié par la radiographie.

Les dérivations de la trachée dans la tuberculose pulmonaire chronique. — MM. P. ARMAND-DELILLE, HILLEMAND, LESTOCQUOY et MALLET, ayant reçu dans le service d'Ivry une malade qui leur avait été envoyée avec le diagnostic de caverne pulmonaire juxta-hilaire du sommet droit, constatèrent avec le contrôle radioscopique qu'il s'agissait, en réalité, chez elle d'une déviation tranchale droite très marquée. A cette occasion, ils ont recherché systématiquement avec contrôle radioscopique et radiographique ces déviations pathologiques chez toutes leurs malades, et sur 300 tuberculeuses ils en ont trouvé 10 cas très marqués, 6 de déviations droites et 4 de déviations gauches coexistant avec des déviations plus ou moins marquées du médiastin.

D'après les auteurs, la pathologie de ces déviations relève de l'attraction de l'organe par des brides de sclérose qui résultent, soit d'une symphyse pleurale, soit de tractus fibreux se développant autour des cavernes et s'accompagnent d'adhérences à la plèvre pariétale.

Le nodule cartilagineux de la sixième cervicale. — — MM. André LÉRI et M. LAURENT signalent une anomalie relativement fréquente : elle consiste en l'existence d'un nodule de consistance élastique, cartilagineux, gros comme une noisette, mobile transversalement ou non, parfois crépitant quand on le mobilise, qui se trouve toujours au niveau de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale. En peu de temps, ils ont trouvé ce nodule chez douze sujets.

Ce nodule cartilagineux n'a aucune valeur pathologique, mais, comme il n'a pas été signalé jusqu'ici, on pouvait être facilement tenté de lui en attribuer une. Il est dû à la non-ossification de l'extrémité de l'apophyse épineuse.

Recherches sur le liquide céphalo-rachidien et le sang d'adultes atteints de paralysie diphtérique. — MM. DE LAVERGNE et ZOELLER (du Val-de-Grâce) considèrent qu'au cours de paralysies diphtériques le liquide céphalo-rachidien, qui présente une altération chimique, ne renferme aucune trace appréciable de toxine ou d'antitoxine.

Par les titrages successifs d'antitoxine dans le sérum sanguin, on peut constater que, chez la plupart des malades, la paralysie évolue alors que l'antitoxine active existe dans le sang et même à doses croissantes. Il est probable que l'existence de ce processus d'immunisation active contribue à donner à l'évolution des paralysies le caractère de lenteur et de bénignité qui est le plus habituel chez l'adulte.

Mécanisme et signification des bruits de galop mésodiastolique et protosystolique. — MM. Ch. LAUBRY et A. MOUGEOT. Le bruit de galop présystolique est conditionné par l'atonie de la paroi ventriculaire qui permet à l'ondée chassée par la systole auriculaire de donner un bruit choc à l'oreille. Ce mécanisme reste exactement le même dans les galops méso et protodiastolique La condition d'apparition reste toujours essentiellement dans le manque de tonicité de la paroi ventriculaire, et le moment de l'onde choc reste toujours celui de la contraction de l'oreillette. L'onde choc auriculaire est normalement précoce (méso ou protodiastolique) s'il y a retard dans la conductibilité auriculo-ventriculaire ; même avec une conductibilité normale, l'onde choc apparaît méso-diastolique, lorsque par raccourcissement de la diastole ventriculaire il y a brièveté normale du grand silence. Il s'agit, dans cette dernière occurrence, d'un simple trouble

dans la chronométrie de la révolution cardiaque, bien mis en lumière depuis longtemps par les physiologistes. Le galop anticipé par trouble chronométrique est de pronostic moins sombre que celui par diminution de conductibilité.

Syndrome de Little à prédominance médullaire chez deux sœurs prématurées hérédo-spécifiques. — M. H. Roger et Mlle Smadja (de Marseille) insistent sur le caractère rarement familial du syndrome de Little à prédominance médullaire, abstraction faite du type diplégie cérébrale familiale de Freud (avec chorée, athétose et troubles intellectuels) et de la paraplégie spasmodique familiale (à début plus tardif et à marche progressive inverse de Little).

Dans leur cas, l'origine hérédo-spécifique est démontrée par les stigmates des enfants (kératite interstitielle, otorrhée, arthrite du genou chez l'aînée, otorrhée et malformations dentaires chez la cadette), par la grossesse vraisemblablement hydramniotique de la mère, par la syphilis ancienne du père qui présente un signe d'Argyll-Robertson.

A remarquer les résultats de l'enquête sérologique familiale : Bordet-Wassermann positif chez le père, mais négatif chez la mère et les deux enfants, même dans le liquide céphalo-rachidien d'une d'entre elles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1921)

Contribution à l'étude des réactions vasculaires et nerveuses consécutives à l'injection de peptone, à l'aide d'un complexe colorant. — M. J. Gautrelet utilise un complexe colorant pour étudier ces réactions. Chez le chien normal, la thionine est sans effet sur le cœur ni la pression. La nigrosine par contre seule ou précédée de thionine abaisse de façon marquée et durable la pression sanguine, en paralysant les vaso-moteurs parasympathiques.

Il n'en est pas de même chez le chien peptoné, vingt-quatre heures auparavant.

A condition qu'une injection de thionine précède, la nigrosine est absolument inefficace vis-à-vis du cœur et de la pression, même injectée à forte dose.

L'auteur conclut à l'apparition d'une substance susceptible d'exciter le parasympathique et a l'intérêt du complexe colorant en tant que réactif physiologique.

Modifications des variations leucocytaires du choc peptonique consécutives aux modifications de l'excitabilité du système nerveux organo-végétatif. — MM. Garrelon et Santenoise signalent que l'hémoclasie digestive se manifeste en clinique avec d'autant plus de rapidité que les sujets sont plus vagotoniques. On n'observe plus de réaction dans les états hypovagotoniques.

Ces observations sont confirmées par les résultats expérimentaux.

Lorsqu'on hyperexcite le parasympathique par des injections de pilocarpine, la leucopénie du choc peptonique se manifeste immédiatement et de façon intense, accompagnée de vasoconstriction périphérique. Elle est plus rapidement suivie de l'hyperleucocytose réactionnelle que dans le choc peptonique simple.

L'injection de peptone atropinée, inhibant le parasympathique, empêche la production de la leucopénie, en même temps qu'elle empêche la chute de la pression.

De plus, les auteurs signalent, en s'appuyant à la fois sur des faits cliniques et expérimentaux, des modifications du réflexe oculo-cardiaque, au cours des réactions du choc peptonique. L'intensité de ce réflexe diminue progressivement jusqu'à l'inversion dans les heures qui suivent l'injection de de peptone ou l'ingestion d'un repas d'épreuve.

Ils émettent l'hypothèse d'une relation entre les modifications de l'excitabilité du parasympathique et l'action immunisante d'une première injection de peptone.

Choc sapo-protéosique. — MM. Ch. Achard et E. Feuillié, dans des recherches précédentes, avaient montré la formation in vitro d'un complexe floculable ou précipitable par le mélange de solutions de savon alcalin (oléate de soude) et d'albumoses (peptone de Witte). Poursuivant ces recherches in vivo chez le lapin, ils ont injecté chacune des deux substances à la dose de 0,04 par kilo, tout à fait inoffensive, quand chacune est injectée seule. Mais, il n'en est pas de même si ces deux substances sont injectées successivement à cinq minutes d'intervalle et les résultats sont très différents suivant l'ordre d'injection.

L'injection première d'albumose suivie d'injection seconde de savon provoque une hémoglobinurie fugace. L'injection première de savon suivie d'injection seconde d'albumose provoque de la dyspnée, de la diarrhée et la mort avec anurie, entre quinze minutes et quarante-huit heures. Si l'on opère avec une peptone de Witte, épuisée par l'alcool et dans l'appareil de Kumagawa, on observe aussi, dans le premier cas, l'hémoglobinurie intense et transitoire et, dans le second, on obtient un résultat encore plus frappant, car l'animal meurt en trois à six minutes.

Perception de bruits artériels (souffles anévrismaux et bruits simples) en aval d'une manchette gonflée écrasant les vaisseaux d'un membre. — MM. Camille Lian et H. Welti mettent en relief ce curieux phénomène qui fait ressortir l'importance de la transmission des bruits et souffles artériels par la masse des tissus d'un membre, et qui aide à comprendre le fait, qu'on peut mesurer la pression artérielle dans un membre par la méthode auscultatoire, même si l'on n'applique pas le dispositif phonendoscopique sur le trajet des grosses artères du membre.

La transmission par les tissus du membre s'ajoute à celle due à l'ondée sanguine pour expliquer la propagation très lointaine du souffle artériel que les auteurs ont constatée dans deux cas d'anévrisme artério-veineux.

Les bruits artériels supra-maximaux dans la méthode sphygmomanométrique auscultatoire. — MM. Camille Lian et H. Welti. Lorsqu'en auscultant au pli du coude, en aval d'une manchette brachiale écrasant l'artère humérale, on perçoit de faibles bruits artériels, si l'on décomprime peu à peu le bras, on est averti par la perception de bruits artériels forts que l'ondée sanguine artérielle reprend son cours, c'est-à-dire que l'on est arrivé à la maxima. En même temps, on sent avec le doigt la réapparition des pulsations radiales.

Le phénomène des bruits artériels supramaximaux, qui s'observe seulement chez des sujets dont le pouls est très ample (certains cas d'insuffisance aortique et d'hypertension) ne peut donc pas constituer l'ombre d'une cause d'erreur dans la technique sphygmomanométrique auscultatoire. Il suffit d'être averti de cette éventualité pour ne pas pouvoir se tromper.

Les auteurs mentionnent, d'autre part, que dans ces cas on perçoit lors de la maxima non pas seulement un bruit artériel très fort, mais plus exactement un double bruit artériel, dont ils étudient le mécanisme.

La formation de la mélanine dans la poche du noir de la seiche. — MM. Jean Turchini et F. Ladreyt étudient les processus cytologiques de la mélanogénèse dans la glande du noir. Le grain qui subira, sous l'influence d'une tyrosinase et du fer, l'oxydation mélanisante a, dans cet organe, une origine chondriosomique.

Sur l'apparition de l'hémoglobine dans les hématies des vertébrés. — M. Marcel Prenant donne des précisions microchimiques sur l'apparition de l'hémoglobine, obtenus au moyen de la benzidine et de l'eau oxygénée. Dans les érythroblastes, l'hémoglobine se montre d'abord sur le noyau et sur le chondriome. Elle diffuse plus tard dans le cytoplasme.

Etude pharmacodynamique de l'adrénalone. Siège de l'action vasoconstrictive et effets de l'adrénalone en présence de diverses drogues vasomotrices. — M. Edm. Jaeger. 1e Le siège de l'action vasoconstrictive de l'adrénalone est le même que pour l'adrénaline.

2° L'adrénalone comme l'adrénaline est antagoniste des vasodilatateurs, et cet antagonisme peut-être utilisé pour le dosage physiologique des adrénalines.

3° Après l'ergotinine, l'adrénalone produit tout d'abord un effet hypotenseur comme l'adrénaline, puis un effet hypertenseur qui lui est propre.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ. ERREUR DANS UN INDICATEUR-HORAIRE TRAIN MANQUÉ

C'est une question discutée de savoir si l'on peut, par une stipulation, s'exonérer à l'avance des conséquences de ses fautes. Il est un point certain admis en jurisprudence, c'est qu'on ne peut pas par avance stipuler l'exonération de ses *fautes lourdes* (voir notamment *Cass.* 26 octobre 1898, S., 99, 1, 274). Mais les tribunaux sont moins rigoureux quand il s'agit de *fautes légères*; ce sont alors des questions d'espèces.

A ce sujet, le tribunal de paix de Paris (8e arrond.) a rendu un jugement dans une espèce qui peut intéresser tous ceux qui, voyageant, ont à souffrir d'une erreur concernant l'heure d'un train, annoncée dans un indicateur-horaire de chemin de fer. Par suite de cette erreur, un train peut être manqué; et de ce fait peut résulter un préjudice important pour celui qui a été victime de l'erreur. Ainsi, un médecin ou un chirurgien, appelé en consultation en province, s'il manque le train par suite d'une erreur de l'indicateur, peut perdre la clientèle de celui qui l'a fait appeler en raison de son absence. Le préjudice doit être entièrement justifié, bien entendu.

Le jugement que nous relatons est du 24 juin 1921 : il est ainsi conçu :

« Attendu que suivant exploit de L..., huissier à Paris, du 23 mai 1921, M. D... a cité l'Imprimerie et Librairie centrales des chemins de fer en remboursement de 10 fr. 95 pour dépenses d'hôtel et 500 francs de dommages-intérêts, pour le préjudice causé par une erreur de départ de train contenue dans l'indicateur dénommé « Livret Chaix »;

Attendu que le samedi 24 janvier 1920, M. D..., voyageur de commerce, s'est présenté à la gare de Marines (Seine-et-Oise) pour prendre le train de 16 h. 55 se dirigeant vers Valmondois; qu'il apprit alors que le train était parti depuis 15 h. 20, heure de départ fixé pour ce train depuis le 10 décembre 1919; qu'il fut alors surpris de le trouver fixé à 16 h. 55 sur l'indicateur Chaix, portant la date du 8 janvier 1920, qu'il avait acheté et consulté avant de se mettre en route; que c'est, pour ce motif, qu'il entend faire supporter le préjudice par lui subi par la Société d'Imprimerie et Librairie Chaix;

Attendu que celle-ci répond que ses indicateurs sont composés avec le plus grand soin, puisque depuis soixante-dix ans aucune action judiciaire n'a été introduite; qu'il n'est pas possible d'éviter qu'une erreur ne se glisse au milieu d'un si grand nombre de chiffres, qu'au surplus, les indicateurs portent en tête des lignes secondaires les mentions suivantes : « Les horaires de ces compagnies sont mis à jour à mesure que nous parviennent les documents les concernant, et leur exactitude est naturellement subordonnée à la réception en temps utile de ces informations »;

Attendu qu'il faut reconnaître que la Société Chaix apporte, en général, le plus grand soin à la confection des indicateurs qui rendent le plus grand service au public et aux compagnies, puisque celles-ci seraient vraisemblablement obligées de créer des organes spéciaux ou une publicité spéciale pour faire connaître leurs horaires à leurs clients, autrement que par des affiches locales; que l'indicateur Chaix est, en général, si bien composé, qu'il a acquis une sorte de monopole de fait;

Mais attendu qu'il lui appartient, pour justifier cette bonne réputation et aussi ses prix de vente au public, de prendre toutes mesures quelconques pour que les renseignements que contiennent ses indicateurs soient rigoureusement exacts et n'exposent pas le voyageur à manquer son train en se fiant à l'horaire publié et acheté; qu'il est certain que, notamment dans l'espèce, l'erreur pouvait être évitée et elle résulte d'une véritable faute, puisque l'indicateur a été publié le 8 janvier 1920, alors que le train était annoncé le 10 décembre 1919, c'est-à-dire depuis près d'un mois; que c'est ainsi qu'il a été jugé que les abonnés à une agence de renseignements sont en droit de considérer comme sérieux et exacts des renseignements payés par eux, et celle-ci doit être déclarée responsable du préjudice causé par l'inexactitude des renseignements donnés (Paris, 14 mars 1901, *Gaz. Pal.*, 1901, 2,100 — *D.* 1903, 5,649); et que le commerçant trompé par des renseignements d'une agence a le droit d'agir en responsabilité contre cette dernière, et l'on ne peut faire grief à ce négociant de n'avoir pas fait contrôler à une autre source les indications qui lui étaient données, dès lors que celles-ci par leur netteté, leur précision et les détails dont elles étaient accompagnées, devaient infailliblement produire sur son esprit une impression profonde et définitive (Lyon, 8 mai 1912, *D.* 1914, 5,23);

Attendu que la clause de non responsabilité invoquée par la Compagnie ne saurait faire échec à ce principe, nul ne pouvant s'exonérer de sa propre faute (*Cass.* Req. 27 nov. 1911, *Gaz. Pal.*, 1911, 2,695); qu'il a encore été jugé sur ce point que l'éditeur d'un annuaire consacré aux commerçants d'une localité ne saurait se mettre à l'abri de toute réclamation en justice de la part des commerçants qui seraient victimes d'une inexactitude, en déclarant en tête de sa publication qu'il décline toute responsabilité pour les erreurs commises (Trib. com. Marseille, 28 décembre 1906, *D.* 1907, 5,21; Paris, 23 octobre 1890, *D.* 93, 2,97 et 22 décembre 1897, *D.* 1900, 2,64); qu'il doit en être d'autant plus ainsi, dans l'espèce, que, d'une part, les clauses dont s'agit sont insérées à l'intérieur du livret (p. 7 et 80) au lieu de l'être sur la couverture et qu'il faut d'abord acheter l'ouvrage pour lire ces clauses, et que, d'autre part, l'une d'elles, imprimées à la page 7 et en tête de la table alphabétique, indique que les renseignements contenus dans ce livret sont publiés d'après les services *officiels* des compagnies;

Attendu que pour toutes ces raisons, la Société Chaix doit être condamnée à réparer le préjudice subi par D... dans les conditions qu'il indique;

Attendu toutefois que la demande est exagérée; que ses débours seuls sont justifiés jusqu'à concurrence de 10 fr. 25 seulement; qu'il n'y a pas lieu à dommages-intérêts, le demandeur ne justifiant pas d'autre préjudice, alors surtout que la matinée soi-disant perdue était celle d'un dimanche;

Par ces motifs,

Déclare la Société de l'Imprimerie et Librairie Chaix responsable du préjudice subi par D...;

La condamne à payer à M. D... la somme de 10 fr. 95, et en raison de l'exagération de la demande, la condamne à la moitié seulement des dépens. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité chirurgical d'urologie, par Félix Legueu, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker. 2e édition revue et augmentée avec 860 gravures, dont 61 en couleurs hors texte. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix d'Argenteuil, 1911). 2 forts volumes in-8 de XII-1882 pages, cartonnés à l'anglaise. Prix, ensemble : 160 fr. — Paris, F. Alcan.

L'artériosclérose, par Louis Faugères Bishop, professeur de clinique des maladies du cœur et des vaisseaux à l'Université de Fordham, ancien président de la section de médecine à l'Académie de médecine de New-York. Traduit par le Dr A. Françon, médecin consultant à Aix-les-Bains. 1 vol. in-8, avec 12 planches. Prix : 25 fr. — Paris, F. Alcan.

Radiodiagnostic dans la tuberculose pulmonaire, par le Dr Manoel de Abreu. Préface du Dr Rist, médecin de l'hôpital Laënnec. 1 vol. de 168 pages avec 31 figures dans le texte et 16 planches radiographiques hors texte originales. Prix : 15 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

La tuberculose pulmonaire. Etudes de phtisiologie clinique et sociale, par le Dr Léon Bernard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Laënnec, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. de 258 pages. Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Le réflexe pilomoteur, par le Dr André Thomas. 1 vol., 242 pages, nombreuses figures. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAUSES, SYMPTOMES & DIAGNOSTIC

DES

NÉPHRITES AIGUËS [1]

b. A la *période d'état*, la néphrite scarlatineuse a une riche symptomatologie.

Les *urines* sont très diminuées : 200 grammes et moins encore. Parfois même on constate de l'anurie pendant vingt-quatre à trente-six heures. Les urines sont denses, bouillon sale, troubles, parfois hématuriques. Il y a un dépôt abondant formé de leucocytes, hématies, cylindres hyalins et graisseux ; l'albuminurie peut atteindre 1 à 2 grammes et plus.

L'*anasarque* est un des symptômes les plus constants et peut même précéder l'albuminurie de plusieurs jours. Tantôt son apparition est *soudaine*, d'emblée généralisée, s'installant en l'espace d'une nuit (Trousseau). Tantôt elle est progressive; se localisant d'abord aux paupières, la bouffissure gagne ensuite les extrémités, pieds et mains, le scrotum et le tronc. Des épanchements se constituent par la suite dans les cavités séreuses, plèvres et péricarde, péritoine.

Dans un certain nombre de cas, on a pu observer de l'anasarque sans présence d'albumine dans les urines : ces anasarques postscarlatineuses sans albuminurie sont très discutées (Guinon), bien qu'on puisse les expliquer par la notion de la dissociation des actes morbides du rein (rétention chlorurée).

Outre ces symptômes, on peut constater une réaction fébrile variable et des manifestations urémiques : céphalée rebelle, vomissements, troubles nerveux divers, convulsions, troubles oculaires allant de l'amblyopie à l'amaurose, etc. Tous ces accidents sont liés pour une part aux troubles de chlorurémie et pour une autre part à la rétention azotée. L'examen du sang, le dosage de l'urée sanguine (1 gramme et plus), l'examen du liquide céphalo-rachidien donne des renseignements utiles dans ces cas-là.

Le *cœur* peut se laisser dilater passagèrement, donnant lieu à la production d'un bruit de galop droit.

c. L'*évolution* de la néphrite scarlatineuse est très variable ; la guérison est assez fréquente, survenant en quelques semaines. Tantôt, les signes de néphrite aiguë disparaissent, l'état général reste bon, mais l'albuminurie persiste encore longtemps, laissant les malades très fragiles et exposés à de fréquentes récidives. Dans quelques cas rares, cette néphrite aiguë peut aboutir à la chronicité et réaliser un mal de Bright.

Enfin, dans quelques cas, signalons l'*évolution mortelle*, soit du fait de l'anurie, soit du fait des crises éclamptiques aboutissant au coma.

III. **Les néphrites suraiguës.** — Les lésions rénales produites dans ces cas sont d'une telle gravité que les fonctions des reins sont rendues impossibles. Les néphrites suraiguës sont causées, soit par une infection très grave, soit surtout par l'intoxication qui accompagne l'ingestion de fortes doses de substances très nocives pour les reins (sublimé, phosphore, cantharide, etc.). Il se produit des lésions de nécrose massive du parenchyme rénal, d'où anurie.

Nous prendrons comme type la *néphrite suraiguë secondaire à l'intoxication par le sublimé.*

Il s'agit de sujets en pleine santé qui ingèrent cette substance à forte dose : le jour même, il se produit une anurie d'emblée en même temps que quelques petits troubles gastro-intestinaux. C'est à peine si par le cathétérisme on obtient quelques gouttes d'urine très riche en albumine et en cylindres.

Malgré tous les efforts thérapeutiques, l'anurie persiste absolue. Le malade délire, veut se lever, tombe dans une sorte de demi-coma avec délire et hallucinations. Il meurt ainsi au bout de cinq à dix jours sans avoir présenté ni des œdèmes, ni des signes d'urémie respiratoire ou convulsive.

Le tableau clinique peut donc ainsi se résumer : le malade atteint d'anurie brutale tombe dans le coma et meurt.

La constatation d'une anurie complète et persistante permet donc de porter le diagnostic de néphrite suraiguë et le pronostic porté est des plus sombres. Castaigne, Carnot ont rapporté cependant des cas où, après une période prolongée d'anurie, puis d'oligurie, la guérison survint.

AUTRES FORMES CLINIQUES. — I. **La néphrite aiguë a frigore.** — Le *début* est marqué en général par de violentes douleurs dans la région lombaire, une élévation brusque de la température à 40 degrés et souvent des vomissements.

Les jours suivants, les douleurs persistent, moins violentes, pongitives dans la région lombaire et réveillées par la pression. Les reins paraissent un peu gros. Des œdèmes peuvent apparaître. D'abord localisé aux paupières, aux chevilles, aux mains, il ne tarde pas à se généraliser et à se transformer en anasarque. L'auscultation des poumons révèle des râles sous-crépitants, fins, disséminés ou localisés aux bases. Il s'agit de bronchite albuminurique. D'autres fois des épanchements se produisent au niveau des plèvres, du péricarde, du péritoine.

Le tube digestif est aussi touché : les vomissements ont été notés au début de l'affection. Plus tard, on constate une langue chargée, enduite d'une couche saburrale, le malade refuse de boire.

Mais c'est surtout le syndrome urinaire que l'on retrouve toujours ici : urines rares, bouillon sale, riches en albumine, en globules rouges, en cylindres, pauvres en éléments d'excrétion.

L'*évolution* se fait en général vers la guérison, généralement annoncée par des sueurs profuses et une polyurie nette. Plus rarement, on note dans les formes graves un état d'apathie avec tendance progressive au coma, entrecoupé de crises convulsives. Ce sont là des accidents terminaux d'urémie.

II. **La néphrite hématurique aiguë.** — Les poussées répétées d'infection rhino-bucco-pharyngée peuvent donner lieu à des néphrites aiguës se reproduisant par poussées. Ces néphrites aiguës d'origine pharyngée (Castaigne) peuvent affecter les mêmes types cliniques que nous venons de décrire. Dans quelques cas, elles peuvent devenir hématuriques. Il s'agit de malades qui, au cours ou à la suite d'une poussée rhino-pharyngée infectieuse, présentent une hématurie abondante pendant plusieurs jours, à la suite de laquelle s'installe une albuminurie plus ou moins prolongée. En dehors de ces deux symptômes, hématurie et albuminurie, on note rarement des douleurs lombaires, de légers œdèmes. On conçoit que, par cet ensemble clinique, l'affection puisse égarer le diagnostic et en imposer pour une tuberculose rénale. Le diagnostic peut en être parfois délicat.

III. **Les néphrites aiguës de guerre.** — On a signalé, au cours de la guerre, des néphrites aiguës très fréquentes et revêtant une symptomatologie un peu spéciale. Le symptôme commun à toutes les formes est une albuminurie considérable et constante. Par ailleurs, chez certains malades, c'est l'*anasarque* qui prédominait : son apparition était brutale comme dans la néphrite scarlatineuse. Son évolution est en général bénigne.

D'autres fois ce sont les *accidents d'urémie* qui ouvrent la scène, et en particulier vomissements, délire, fièvre, pouvant égarer le diagnostic vers une méningite, une fièvre typhoïde. Il n'y a pas d'œdème dans ces cas, et le sérum sanguin contient une grande quantité d'urée.

Enfin, on a signalé une sorte d'*hépato-néphrite* : néphrite aiguë avec ictère. Il s'agit de malades qui présentent en même temps qu'une albuminurie abondante, de l'ictère avec des hémorragies et une rétention uréique élevée. On pourrait croire à un ictère grave. En réalité, les signes d'insuffisance hépatique s'ajoutent à ceux de la néphrite aiguë. L'étiologie de ces néphrites de guerre est discutée; il semble qu'il s'agisse, dans certains cas, d'une infection ou de froid agissant chez des individus prédisposés par le surmenage et une alimentation trop carnée. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 96, p. 1543.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — TROISIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 décembre. — MM. Jacquet, 19,18; Weill (André), 17,27; Nathan, 18,45; Boutier, 18,36.

Liste des candidats admissibles à la deuxième épreuve :

MM. Chabrol, Duvoir et Caïn, 20; Faroy, 19,90; Weill (M.-P.), 19,72; Gaultier (R.) et Vincey, 19,54; Huber, 19,36; Flandrin, 19,45; Feuillié, 19,27; Jacquet, 19,18; Voisin, 19,09; Brodin, 18,81; Tinel et François, 18,72.

Epreuve clinique. — Séance du 14 décembre. — MM. François, 17; Duvoir, 19; Caïn, 18,45.

— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. (*Médecine.*) — Le jury est définitivement composé de MM. Hudelo, Weill-Hallé, P.-E. Weill, Milian et Comte.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Classement des candidats.* — Sont nommés externes des hôpitaux et classé dans l'ordre suivant :

1. MM. Rouquès (L.), Bize, Giroire, Augier, Mlles Corbillon, Bach, MM. Marie, Bompart, Pinoche (38 points), Chevereau,

11. Dreyfus (Gilbert), Guérin (P.), Vadon (37 points), Andrieu, Hesse, Layani, Leconte (Henri), Tarterat, Triau, Souvestre,

21. Caplain, Clitandre, Ombrédanne, Avril, Mlle Braun, MM. Chartol, Flandrin, Guisoni, Mlle Pauc, M. Veran,

31. Mlle Gardel (36 points), MM. Lemariey, Vanier, Bureau (Robert), Coudrain, Levaxilaire, Louvel, Minot, Mlle Cordier, MM. Fleury,

41. Lejeune, Maximin, Seidmann, Thiroloix, Gervaise, Lelièvre (André) [35 points], Baron, Bucquet, Guillon, Havret,

51. Perrin (Georges), Fournier, Sigwald, Zadoc-Kahn, Bucquoy, Mlle Bucsan, MM. Folliasson, Gourdon, Guéret, Laroumets,

61. Mabille, Schmite, Cofino, Mme Drieu-Jeramec, Mlles Hirsch, Lacan, M. Parmentier, Mlle Péchenard, M. Perrin (Christian), Mlles Rosembaum,

71. Stœber, MM. Benoit (34 points), Bachelier, Mlle Bizou, MM. Ledoux, Suzor, Bergouignan, Gay (Georges), Gouhenenc, Hortopan,

81. Jourdan, Lemoyne (Jacques), Levêque, Paris (Pierre), Thibault, Vuillième, Mlle Boyer, M. Damond, Mlle Hermann, M. Josset,

91. Mlle Saint-Laurent, MM. Verny, Breton (Pierre), Gibard, Mlle Pithon, MM. Renard (33 points), Boiffin, Chabaud, Champenois, Fourniat,

101. Gassen, Lecomte (Maurice), Marx, Meeus, Moatti, Rouchaud, Vié, Chureau, Dubos, Jullien,

111. Artigues (Fr.), Aupérin (Ch.), Bettinger, Mlle Cornil, MM. Coupeau, Gardette, Loup, Mimin, Mlle Roger, M. Sufrin,

121. Brico, Carle, Mlle Chatenet, MM. Soria, Tixier, Defaye (Jacques), Mlle Mustacesco, MM. Paris (Raymond), Poret (32 points), Basset,

131. Derot, Mathieu, de Pomierski, Richier, Tacquet, Audler, Baudrillart, Boulland, Brongniart, Corman,

141. Mlle Glotz, MM. Huet, Pellé, Petit (R.), Capart, Cossa, Laffaille, Mlle Pau, MM. Pépin-Lehalleur, Pouillot,

151. Mlle Ronget, M. Vieillard-Baron, Mlle Choquart, MM. Mariani (Pierre), Rivierez, Thiéry, Hermann, Thévenard (31 points), Berdet, Bodson,

161. Chavanon, Mlle Croisier, Mme Duclaux (née Appel), MM. Frechin, Gaulier, Ghouila-Houri, Guran, Mlle Krukowska, MM. Lafond, Laguarrigue,

171. Landel, Le Guillant, Médioni, Néron, Perrin (René), Tilman, Vienne, Mlle Josso, MM. Béraudy, Ferrer,

181. Forest-Defaye, Germain, Jubé, Maestracci, Mariani (Joseph), Alalinarde, Cattan, Gallois, Mlle Guéry, M. Josso,

191. Mlles Martin, Masse, MM. Wachtel, Garnier, Luzuy, Marvaud, Perlès, Porgès, Grasset, Imbert,

201. Laborde, Mlle Lecocq, MM. Perono, Robert, Bernard (Lucien) (30 points), Thomas (Robert), Bermann, Rousseau (Pierre), Arnould, Bouisset,

211. Courtois, Dromer, Mlle Houzeau, M. Vermorel, Mlle Abricossoff, MM. Appert, Dupuy (Raymond), Escoffier, Hadijgeorgiou,

221. Jeanne, Mlle Lequin, MM. Peroz, Roy, Salmon (Victor), Thionville, Thuillant, Viet-Villeneuve, Wolfsohn, Giaccardo,

231. Lapalle, Leleu, Loireau, Redon, Roux, Vernier, Badet, Gosse, Morigny, Segrestaa,

241. Sourdille, Vernholes, Mlle Lebourlier (29 points), M. Costes (Léon), Mlle Ducourtious, MM. Hervaux, Huguenin, Mlle Lacascade, M. Lair, Mlle Langlais,

251. MM. Lefebvre (André), Marcotte, Peytavin, Quenza, Rollet, Turpault, Renoux (Georges), Mlle Ullmann, MM. Barthes, Maurice,

261. Courland, Bouvet, Bureau (Robert), Coffin, Goldberg, Mlle Goldspiegel, MM. Grévin, Jean, Maurion, Noury,

271. Quenée, Mme Reymond, MM. Veyssière, Carrette, Couturat, Deransart, Desvallées, Grippon, Mlle Iliesco, M. Maillet,

281. Matry, Piedallu, Quilliot, Sorton, Lelong, Liquier, Thomopoulos, Wauthier, Mahé, Mougeot,

291. Puech (28 points), Roussel, Robin, Mlle Kouindjy, MM. Picot, Vernotte (27 points 1/2).

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 9 janvier 1922, à 14 heures, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration, 3, avenue Victoria (bureau du personnel médical), de 14 heures à 17 heures, depuis le jeudi 1er décembre jusqu'au lundi 19 décembre 1921 inclusivement.

HOPITAL-HOSPICE DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Le concours pour l'internat de l'hôpital-hospice de Saint-Germain-en-Laye, fixé au jeudi 22 décembre 1921 pour une place d'interne titulaire et quatre places d'internes provisoires, aura lieu pour deux places d'internes titulaires et quatre places d'internes provisoires.

La durée des fonctions des internes sera de deux ans au lieu d'une année à partir du 1er janvier 1922.

ASSOCIATION CONFRATERNELLE DES MÉDECINS FRANÇAIS. — Sous le titre de : « Association confraternelle des médecins Français », a été fondée à Paris, dans un esprit philanthropique et non spéculatif, une Société ayant pour but de réunir entre ses membres un secours immédiat, *10.000 fr. au maximum*, et de le remettre, soit aux ayants droit de chaque sociétaire décédé, soit au sociétaire lui-même, sur sa demande, lorsqu'il a atteint l'âge de soixante-dix ans et a versé ses cotisations pendant vingt-cinq ans.

Peuvent faire partie de la Société, les médecins Français, habitant en France et dans l'Afrique septentrionale Française, ainsi que les femmes légitimes des médecins, membres de la Société.

La limite d'âge pour l'admission est fixée à cinquante-cinq ans.

Pour être admis, il faut envoyer une demande, accompagnée d'un certificat médical sur papier libre, constatant le bon état de santé du candidat, et verser un droit d'entrée qui varie de 15 à 40 fr., selon un barême, établi d'après l'âge :

La Société ne réclame aucune cotisation annuelle, mais à chaque décès de sociétaire, les survivants doivent verser une somme qui varie de 7 à 13 fr. 50, selon l'âge de leur admission dans la Société.

Au décès d'un sociétaire, le secours est remis au bénéficiaire dont il a indiqué le nom, sous pli cacheté, au moment de son admission. Cette désignation peut d'ailleurs être révoquée ou modifiée par le sociétaire de son vivant.

Les demandes d'admission, statuts, renseignements, doivent être adressées aux membres du bureau : président honoraire, Dr Geo Tissot, 34, boulevard de Clichy ; président, Dr Thiroloix, professeur agrégé, 28, avenue Marceau ; vice-président, Dr Le Filliâtre, 92, rue de Miromesnil ; secrétaire, Dr Grahaud, 7, rue Labie ; trésorier, Dr Barlerin, 10, rue de Strasbourg.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des Drs Armaignac (de Bordeaux), Paul de Ridder (de Bruxelles) et Victor Belot (de Ciney, Belgique).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE TARIF DES EXPERTISES MÉDICALES ORDONNÉES A L'OCCASION DE L'INTERNEMENT DE DÉTENUS ALIÉNÉS

Le *Journal officiel* du 8 décembre publie le décret suivant portant la date du 3 décembre 1921.

« ARTICLE PREMIER. — Les médecins régulièrement commis par les préfets pour l'examen au point de vue mental des prévenus et condamnés incarcérés dans les établissements pénitentiaires et des enfants enfermés dans les colonies pénitentiaires ou écoles de préservation reçoivent les honoraires suivants :

Paris, 60 francs.

Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe, 50 francs.

Dans les autres localités, 40 francs.

Au cas d'expertises présentant des difficultés particulières, le préfet fixe, d'après les circonstances, les honoraires qui doivent être alloués mais qui, en tout état de cause, ne peuvent dépasser les maxima suivants :

Paris, 100 francs.

Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe, 75 francs.

Dans les autres localités, 60 francs.

ART. 2. — Lorsque, pour procéder à l'examen mental, les médecins se déplacent au delà de 2 kilomètres de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage qui est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Si le voyage est effectué ou paraît s'effectuer par chemin de fer, il est alloué 20 centimes par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un service de transports en commun, il est remboursé le prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour.

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à 60 centimes par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage, et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Lorsque les médecins bénéficient d'un transport gratuit ou réduit à raison de leur fonction, conformément au cahier des charges de la compagnie de transport, ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de voyage est diminuée du montant des avantages qui leur sont ainsi concédés.

Si les médecins se transportent à plus de 25 kilomètres de la commune de leur résidence, ils reçoivent une indemnité de 20 francs pour chaque journée de séjour. Il en est de même s'ils sont retenus au cours de leur voyage par force majeure ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour procéder à l'examen mental. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 21 décembre. — Jury : MM. Roger, président ; Broca (Auguste), Letulle et Legueu. — Mlle DUMONT. Des rapports du cément et de l'émail. — M. POPOVITCH (B.). Traitement de l'épithéliome de la vulve. — M. CHARLES (Félix). Contribution à l'étude des fractures isolées du tibia. — M. DE GENNES (Robert). Syphilis acquise de la rate.

Jeudi 22 décembre. — Jury : MM. Achard, président ; Carnot, Rénon et Nobécourt. — M. FOUCHÉ (René). Les ruptures spontanées du cœur. — M. CASTELBON (Maurice). Contribution à l'étude de la chlorophylle. — M. RAMIJEAN (René). La léontiasis ossea. — M. VIDY (Louis). Contribution à l'étude de la tolérance du sulfarsenol.

Samedi 24 décembre. — Jury : MM. J.-L. Faure, président ; Lejars, Duval et Lecène. — M. LAFFIN (Ernest). Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des plaies du cœur. — M. MILLIER (André). Le repas d'épreuve de Rehfuss. — M. BERGER (Abram). — Contribution à l'étude de l'appendicite. — M. RADOULOVITCH (Georges). Evidement corroïde du col de l'utérus par le procédé Sturmdorp.

REVUE GÉNÉRALE

LES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

LEUR EMPLOI EN CHIRURGIE ET PARTICULIÈREMENT EN UROLOGIE

Par J. MARTIN,
Professeur agrégé de chirurgie (Toulouse).

La destruction des tumeurs bénignes de la vessie par les courants de haute fréquence, paraît entrée définitivement dans la pratique urologique. De nombreux articles, surtout à l'étranger, ont contribué à propager ce procédé, mais comme il n'existe pas en France, du moins à notre connaissance, un article permettant de se faire rapidement une vue d'ensemble de la question, il ne nous a pas paru inutile d'écrire celui-ci, qui n'a d'autre prétention que de réunir pour les débutants les notions nécessaires à l'intelligence de cette méthode.

Les courants de haute fréquence. — Rappelons d'abord ce qu'est un courant de haute fréquence.

Tout le monde sait ce qu'est un condensateur électrique, la bouteille de Leyde par exemple. Il est essentiellement constitué par deux plateaux métalliques bons conducteurs (les deux *armatures* de la bouteille de Leyde) séparés par un corps mauvais conducteur, un diélectrique (verre, air, paraffine...). Il a la propriété d'accumuler, de condenser une charge électrique.

Or, quand on rapproche progressivement deux boules métalliques, réunies aux armatures d'un condensateur chargé, il arrive un moment où une brusque étincelle éclate entre ces deux boules. Le condensateur vient de se décharger. Mais voici la chose importante : cette étincelle, qui paraît unique, est, comme le démontre une analyse au miroir tournant, procédé physique très sensible, composée d'une série d'étincelles, allant alternativement, d'abord d'un pôle à l'autre, puis du second au premier et ainsi de suite, *étincelles oscillantes* par conséquent, d'une durée ou *période* excessivement rapide, mais rigoureusement égal pour chaque oscillation, quelle que soit son *amplitude*, laquelle diminue progressivement et très vite, *oscillations amorties*. On représente ce phénomène graphiquement par la courbe ci-contre (fig. 1, AB-BC).

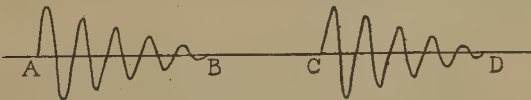


FIG. 1. — AB-CD : trains d'ondes ; BC : silence.

Cette étincelle oscillante est la première manifestation, perceptible aux sens, d'un *courant alternatif de haute fréquence*, qui se produit dans le circuit constitué par le condensateur, au moment où il se décharge. A chacune des oscillations de l'étincelle, correspond un des courants élémentaires, qui sont, comme les étincelles élémentaires, de sens alternativement contraires.

L'étude de ce phénomène primordial a amené à la construction de l'excitateur de Hertz, l'ancêtre de tous les appareils de télégraphie sans fil, qui n'est qu'un condensateur spécial. Grâce à lui on a pu étudier les phénomènes à distance produits par les courants de haute fréquence. Ces courants ont en effet la remarquable propriété d'émettre des *ondes électriques* cheminant dans l'espace avec une vitesse toujours identique, qui est celle de la lumière, environ 300.000 kilomètres à la seconde. Une onde est émise pendant chaque période du courant, et pendant toute la durée de la période. Il en résulte que connaissant d'une part la vitesse de l'onde (300.000 kilomètres à la seconde), d'autre part la durée d'émission de cette onde, on pourra calculer facilement le chemin parcouru par cette onde pendant une période, c'est la *longueur d'onde*. Comme, on le sait, pour un même courant toutes les périodes sont égales, toutes les ondes auront évidemment pour ce courant la même longueur. Mais suivant les courants les périodes sont très variables et conséquemment les longueurs d'ondes. L'on conçoit donc que la longueur d'onde devienne, dès lors, un élément important pour caractériser un courant de haute fréquence. Pour montrer cette variété de la longueur d'onde, des courants de haute fréquence, il nous suffira d'indiquer que les courants de haute fréquence employés en médecine ont de 500.000 à 3 millions de périodes par seconde, ce qui correspond à des longueurs d'onde de 600 à 100 mètres.

La durée totale de l'étincelle oscillante et par conséquent aussi celle du courant de haute fréquence est extrêmement courte. Cette série d'oscillations amorties représentée par la courbe (fig. 1), que l'on dénomme un *train d'ondes*, a une durée de l'ordre du cinquantième ou du cent millième de seconde. Elle n'aurait pas permis semble-t-il de grandes applications pratiques si on n'avait trouvé le moyen de produire de fréquentes successions de trains d'ondes.

Voici comment ce problème a été résolu : pour que le phénomène élémentaire de la décharge oscillante se reproduise, il suffit de recharger le condensateur. Si donc on met ce condensateur en communication constante avec une source d'électricité, il se rechargera automatiquement, et le phénomène qui nous intéresse, se reproduira chaque fois que le potentiel du condensateur arrivera à une limite, déterminée précisément par l'écartement des deux boules, autrement appelées *bornes de l'éclateur*, qui est le *potentiel explosif*. Il en résultera une série de trains d'ondes successifs, séparés par des *silences*, lesquels représentent le temps nécessaire pour que le condensateur se recharge (fig. 1).

D'après ce qui précède, il est facile de concevoir, que pour obtenir des trains d'ondes rapprochés (et c'est un desideratum en haute fréquence médicale), il faudra employer, d'une part des condensateurs de faible capacité, réglés pour un potentiel explosif peu élevé par le rapprochement des *bornes de l'éclateur*, des condensateurs susceptibles de se recharger très vite en un mot, et d'autre part, une source d'électricité suffisante pour fournir rapidement la quantité d'électricité nécessaire à la recharge du condensateur. Mais en somme, fréquence des trains d'ondes et potentiel sont en raison inverse ; on ne pourra produire des trains d'ondes rapprochés qu'avec un faible potentiel, les courants ainsi obtenus seront nécessairement des courants de *haute fréquence et de bas potentiel ou basse tension* (1).

Pour obtenir au contraire les courants de *haute*

(1) Nous verrons plus bas qu'il est possible d'élever leur potentiel en les transformant (dispositif de d'Arsonval, résonnateur d'Oudin), mais bien entendu au détriment de leur intensité.

fréquence et très haute tension, nécessaires à la télégraphie sans fil, il faut employer des condensateurs de grande capacité, réglés pour un potentiel explosif très élevé, qui, même avec des sources d'électricité considérables, nécessitent pour leur recharge des silences relativement longs.

Cette solution, d'ailleurs imparfaite, du problème n'est pas la seule. Les progrès récents de la télégraphie sans fil ont été réalisés, précisément parce qu'on a pu obtenir des courants de haute fréquence dont toutes les oscillations sont égales, *ondes entretenus*. Mais comme ces courants n'ont été encore utilisés ni en médecine, ni en urologie, nous n'en parlerons pas.

Bien que la décharge de tout condensateur soit habituellement oscillante, elle ne l'est pas nécessairement. Elle ne présente ce caractère que si certaines conditions sont réalisées : il faut que le système constitué par le condensateur et le circuit réunissant les armatures aux bornes de l'éclateur ait une certaine capacité, une certaine résistance et une certaine self-induction (1). L'influence de ces facteurs a été déterminé par l'expérimentation et leur importance relative est traduite dans une formule simple (2). C'est de ces facteurs que dépend aussi la période de l'oscillation et par conséquent la longueur de l'onde produite et on peut la calculer en fonction de ces éléments (3). Pratiquement, on mesure la longueur d'onde au moyen de l'ondomètre de Ferrié (4).

LES APPAREILS PRODUCTEURS DE COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE. — Ce qui précède, nous permet de comprendre facilement la construction des appareils usités en haute fréquence médicale. Ils sont tous composés de :

1° Une source d'électricité;
2° Un système condensateur;
3° Un circuit.

Nous allons successivement examiner ces diverses parties :

1° SOURCE D'ÉLECTRICITÉ. — On peut employer soit du courant continu, soit du courant alternatif.

a. *Le courant continu* a été directement employé pour alimenter le condensateur par Kowalski. Il se servait de courant à 50 ou 60.000 volts. Théoriquement c'est le courant le plus favorable à la recharge rapide du condensateur, car, par sa constance même, il évite tout temps perdu. Mais en pratique ce système présente de très gros inconvénients qui ont empêché de l'adopter.

Le courant continu d'éclairage des villes est à un trop faible voltage (110 volts habituellement) pour être employé directement. Mais il suffit de le transformer, à l'aide d'une vulgaire bobine de Ruhmkorff, pour l'élever au voltage nécessaire au bon fonctionnement d'un appareil de haute fréquence. Ce n'est plus alors bien entendu du courant continu, mais du courant alternatif, et il présente l'inconvénient même des bobines de Rumkorff, d'avoir quelquefois un fonctionnement irrégulier.

b. *Courant alternatif.* — C'est, soit le courant alternatif d'éclairage de ville, soit le courant continu transformé par une commutatrice rotative (dont le fonctionnement est absolument régulier). L'un et l'autre sont de trop faible tension pour être utilisés directement, aussi les appareils de haute fréquence, construits pour cet usage, portent d'abord un transformateur survolteur, destiné à élever le potentiel du courant d'alimentation à un potentiel suffisant pour la recharge du condensateur dans de bonnes conditions.

Deux cas peuvent se présenter quand on utilise du courant alternatif : ou bien la quantité d'électricité fournie pendant chaque période correspond à la capacité des condensateurs employés, et on obtient alors autant de trains d'ondes que le courant à des périodes; ou bien chaque période permet plusieurs recharges des condensateurs, le nombre des trains d'ondes à la seconde est alors évidemment plus considérable que le nombre des périodes du courant alternatif d'alimentation et la durée des silences est diminuée.

2° SYSTÈME CONDENSATEUR. — Le ou les condensateurs (nous verrons tout à l'heure pourquoi il est avantageux d'employer deux condensateurs) sont construits en tenant compte des remarques ci-dessus. Ils sont donc de faible capacité. Les bornes de l'éclateur sont, soit réglées une fois pour toutes (bien entendu à faible distance) par le constructeur, soit réglables au moment où l'on fait usage de l'appareil, on peut alors augmenter ou diminuer le potentiel en augmentant ou en diminuant la distance des bornes, et par celà même on fait aussi varier l'intensité, qui diminue quand le potentiel augmente et réciproquement.

Divers dispositifs sur lesquels nous n'insiterons pas, empêchent la formation possible, entre les bornes de l'éclateur, d'un arc électrique, véritable court-circuit, qui empêcherait la marche de l'appareil; l'un des plus simple consiste à étaler l'étincelle en surface ou en longueur, il est suffisant pour les appareils utilisés en urologie.

3° LE CIRCUIT. — La partie essentielle en est un solénoïde. C'est l'élément le plus important dans la production des phénomènes de self-induction, nécessaire nous l'avons vu à la production de la décharge oscillante. Les fabricants appellent ce solénoïde « une self », abréviation obscure et regrettable. C'est des dimensions, soigneusement calculées, de ce solénoïde que dépend en grande partie la longueur d'onde du courant de haute fréquence, c'est l'affaire du constructeur de les calculer suivant les effets à obtenir.

Pour les usages chirurgicaux, on recueille le courant de haute fréquence, qui circule dans ce solénoïde, au moment où se produisent les décharges oscillantes, en mettant en dérivation sur ce solénoïde un ou deux fils. L'intensité du courant utilisé sera

---

(1) Lorsqu'un courant s'établit dans un circuit quelconque, il se produit en même temps dans ce circuit un courant brusque et de sens contraire. Lorsque le premier courant est interrompu il se produit un brusque courant dans le même sens. C'est ce phénomène qui est dénommé self-induction. Or, les caractéristiques de ces courants sont différentes suivant les circuits, d'où l'existence pour chaque circuit d'un coefficient de self-induction.

(2) Il faut que $R^2 < \frac{4L}{C}$.

R représente la résistance du circuit,
L, la self-induction,
C, la capacité.

(3) Longueur d'onde, $2\pi\sqrt{LC}$.

(4) Rappelons que le nombre obtenu n'indique pas le nombre réel des oscillations produites pendant une seconde. Il faudrait pour connaître celui-ci en soustraire toute la durée des *silences* (voyez plus haut).

d'autant plus considérable qu'on aura ainsi mis en prise un plus grand nombre de tours de spire.

Il faut bien insister sur ceci, que ce mode d'utilisation d'un courant électrique est tout à fait spécial aux courants de haute fréquence. La possibilité en est prévue par ce fait bien connu, qu'une lampe électrique, suspendue à ce solénoïde par deux fils, se met à brûler, tandis que suspendue de la même façon à un solénoïde traversé par un courant ordinaire, elle ne présente pas la moindre incandescence.

Ce mode d'utilisation est d'ailleurs indispensable, car si l'on coupait le solénoïde, pour mettre directement sur le courant le sujet en expérience, la décharge oscillante ne se produirait plus, parce que la résistance du circuit, du fait de la présence d'une partie du corps humain, serait beaucoup trop considérable (voir en note plus haut formule où R joue un rôle très important).

Il est une autre façon de se servir des courants de haute fréquence, elle consiste à utiliser le courant d'induction produit dans un solénoïde (solénoïde secondaire) introduit à l'intérieur du solénoïde du circuit (qui est dit alors solénoïde primaire). C'est un dispositif analogue au dispositif bien connu de la bobine de Ruhmkorff, il est indiqué lorsqu'on désire élever le potentiel du courant utilisé. C'est d'Arsonval qui a indiqué ce dispositif.

Mais il est une autre façon, bien plus originale, d'obtenir le même résultat, c'est d'employer le *résonnateur d'Oudin.*

Résonnateur d'Oudin. — Oudin a observé que, si l'on monte en dérivation sur une des extrémités du solénoïde du circuit un solénoïde secondaire, on obtient, à l'extrémité de celui-ci, de magnifiques effluves. La production de ce phénomène indique que le potentiel du courant de haute fréquence est devenu très considérable, suffisant pour vaincre la résistance de l'air, et que l'électricité se répand alors dans l'atmosphère. Mais, phénomène tout à fait inattendu, et qui caractérise la découverte d'Oudin, pour obtenir ce résultat, il faut que la longueur et le diamètre des fils de la bobine secondaire soit exactement calculés, et dans un certain rapport avec ceux de la bobine primaire. Si l'on allonge ou qu'on diminue le fil, si on change son diamètre, le phénomène s'atténue ou disparaît. Il faut donc que le solénoïde secondaire soit, comme ont dit, *accordé*, pour entrer *en résonance* quand vibre le solénoïde primaire. C'est pour cela que le dispositif s'appelle *résonnateur d'Oudin.*

C'est le dispositif qu'on emploie le plus souvent; il a permis de réaliser les hauts potentiels nécessaires à la *fulguration* (voy. plus loin).

D'ailleurs, le potentiel va en augmentant sur le résonnateur d'Oudin, du solénoïde primaire vers l'extrémité libre du solénoïde secondaire, et l'on peut, en mettant en prise des tours de spire plus ou moins éloignés de l'extrémité du résonnateur, utiliser des potentiels plus ou moins élevés.

Il y a deux façons de monter les appareils de haute fréquence, qu'il faut connaître. Le montage de Tesla, et le montage de d'Arsonval.

1° *Montage de Tesla.* — Le schéma ci-après (fig. 2) permet de le comprendre facilement. Un condensateur (C) est en communication avec une source de courant (+ —). Les deux bornes de l'éclateur sont réunies au condensateur, l'une directement, l'autre par l'intermédiaire d'un solénoïde.

Sur ce schéma est figuré le dispositif de d'Arsonval (solénoïde secondaire), pour augmenter le voltage du courant d'utilisation.

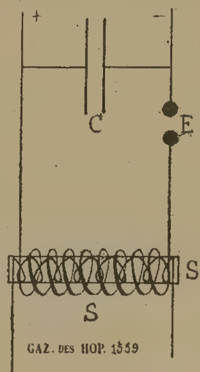


Fig. 2. — *Montage de Tesla.*

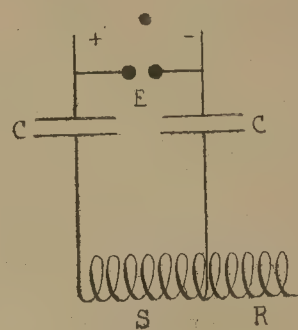


Fig. 3. — *Montage de d'Arsonval.*

2° *Montage de d'Arsonval.* — Le montage de Tesla a un inconvénient : si un court-circuit se produit dans le condensateur, si le condensateur vient à se percer, le patient reçoit directement le courant de la source d'électricité, qui peut être dangereux. Pour obvier à cet inconvénient, d'Arsonval a disposé deux condensateurs dans le circuit, de telle façon que si l'un vient à se percer, l'autre protège toujours le sujet en expérience (fig. 3).

Résumons-nous. De ce qui précède, il résulte que pour les applications chirurgicales on doit utiliser *des courants de haute fréquence et basse tension au solénoïde primaire.*

On peut faire varier la tension de ces courants en réglant la distance des bornes de l'éclateur : En les éloignant on élève la tension du courant et on diminue bien entendu son intensité. En les rapprochant on fait le contraire.

Pour les appareils à éclateur non réglable, on fait varier l'intensité du courant, dérivé du solénoïde primaire en, mettant en prise un plus ou moins grand nombre de spires.

On augmente la tension du courant d'utilisation par le dispositif de d'Arsonval ou le résonnateur d'Oudin. L'étincelle fournie par ce dernier peut être de potentiel très élevé, mais elle est de très faible intensité.

Donc, quand faisant usage d'un appareil complet (c'est-à-dire comprenant un solénoïde primaire et un solénoïde secondaire), on désirera un courant d'intensité forte et de faible tension (pour obtenir des effets thermiques, voir plus loin) c'est sur le solénoïde primaire qu'il faudra le prendre. Quand on voudra, au contraire, faire usage d'un courant de haute tension (effets disruptifs, fulguration), c'est sur le solénoïde secondaire ou le résonnateur d'Oudin qu'il faudra le prendre.

Action des courants de haute fréquence sur les êtres vivants. — Ces courants, vous allez le voir, ont des propriétés tout à fait inattendues.

Je passe sur les actions à distance, propagations des ondes hertziennes, phénomènes d'induction... pour étudier seulement les actions sur les êtres vivants, qui se résument dans la production de chaleur au sein de l'organisme avec des effets bienfaisants ou destructeurs, qu'aucun autre procédé ne permet de réaliser au même degré.

Les courants de haute fréquence produisent de la chaleur sans effets électrolytiques.

Voici d'abord, une cuvette remplie d'eau salée. Un courant continu qui la traverse, produit, on le sait, un abondant dégagement de bulles gazeuses, d'oxygène au pôle + et d'hydrogène au pôle —. Si l'on trempe la main dans cette cuvette au moment où passe le courant, on sent un léger picotement si le courant n'a qu'une faible intensité; quand l'intensité du courant est élevée jusqu'à 30 ou 40 milliampères, on ne peut laisser la main dans la cuvette sans risquer de graves lésions électrolytiques. Ajoutons que le passage du courant n'échauffe qu'insensiblement l'eau de la cuvette.

Avec les courants de haute fréquence traversant cette même cuvette d'eau salée, les phénomènes observés sont tout différents. Il n'y a plus production de bulles gazeuses et les phénomènes d'électrolyse sont tout à fait insignifiants. Mais la température de l'eau s'élève rapidement. Enfin, si l'on trempe la main dans cette cuvette, on peut élever l'intensité du courant jusqu'à 3 et 4 ampères, c'est-à-dire lui donner une intensité 100 fois plus forte que précédemment, sans que la main perçoive autre chose qu'une sensation bienfaisante de chaleur.

Cette constatation est d'autant plus étonnante qu'un courant alternatif de basse fréquence, comme celui fourni par la bobine de Ruhmkorff, par exemple, produit, non, il est vrai, des phénomènes électrolytiques comme le courant continu, mais des douleurs insupportables, des contractions musculaires violentes, de la tétanisation .. et devient dangereux, bien avant d'avoir atteint une intensité aussi élevée que celle permise avec les courants de haute fréquence. Cependant, ces sensations douloureuses diminuent si l'on emploie les courants sinusoïdaux découverts par d'Arsonval, dans lesquels les phases positives et négatives sont égales entre elles, et au-dessus de 10.000 périodes par seconde, ces courants passent sans déterminer de douleurs, ni de contractions. Il y a là un terme de passage fort intéressant entre les effets des courants alternatifs de basse et de haute fréquence. Un phénomène opposé est d'ailleurs observé avec les courants de haute fréquence. Lorsqu'on fait usage de courants présentant des trains d'ondes trop éloignés, avec un potentiel trop fort, il se produit des phénomènes analogues à ceux observés avec les courants de la bobine de Ruhmkorff et que l'on appelle des phénomènes de faradisation. C'est une des raisons pour lesquelles les appareils, usités en médecine, doivent donner des courants à trains d'ondes rapprochés et aussi, disons-le en passant, parce que l'effet utile sera dans ces conditions plus considérable, comme le démontre le calcul (Réchou).

En somme, la seule trace perceptible du passage d'un courant de haute fréquence dans l'organisme est un développement de chaleur.

Ce développement de chaleur que met en évidence le passage du courant à travers l'eau salée de la cuvette dont nous parlions tout à l'heure, on le constate encore, et on l'étudie d'une façon plus précise, en faisant passer le courant à travers un bloc de tissus organiques, un morceau de foie par exemple.

Si l'on place ce morceau de foie entre deux larges électrodes, réunies aux extrémités du solénoïde primaire de l'appareil producteur des courants de haute fréquence, et que l'on enfonce des thermomètres dans le tissu hépatique, on constate que le passage du courant produit une élévation de température à peu près constante en tous les points d'un cylindre ayant pour base les électrodes, tandis qu'en dehors de ce cylindre, il n'y a pas d'élévation de température (1). (Cette expérience a été faite par Bergonié et Réchou.) Si l'on fait agir assez longtemps un courant de forte intensité, les albumines sont coagulées sur le passage du courant, et la zone de coagulation a précisément la forme du solide ayant pour base les électrodes (Nagelschmit).

On peut faire les mêmes constatations, quelle que soit la forme des électrodes — et ceci est d'une importance capitale. — L'action thermique du courant sera toujours limitée à un solide, ayant pour bases les électrodes, mais cette action thermique est en raison inverse de la surface de ces électrodes : en faisant usage d'une électrode petite et d'une autre grande, le développement de chaleur sera maximum au niveau de la petite électrode, où l'on peut obtenir une élévation de température considérable et une destruction profonde des tissus. En d'autres termes l'action thermique est proportionnelle à la densité du courant. On conçoit d'ailleurs facilement que la même quantité d'électricité répandue sur une large surface produira un effet calorifique bien moins considérable que sur la surface d'une petite électrode.

Sur le vivant, les choses se passent certainement de même, mais il intervient un nouveau facteur dont l'importance est capitale, c'est la circulation, dont on connaît le rôle dans la régulation thermique de l'organisme. Grâce à elle, la chaleur produite par le passage des courants de haute fréquence, rapidement absorbée par les liquides circulant dans les tissus, se répand à travers tout l'organisme. Il résulte de ce fait des actions à distance, action sur la circulation, la respiration, la diurèse... seules *utilisées en médecine*, qu'on a pris longtemps pour le résultat du passage du courant de haute fréquence, et qui sont en réalité la conséquence de la lutte de l'organisme contre la chaleur développée dans les tissus par le passage du courant. C'est seulement lorsque la température développée est trop considérable pour que l'organisme ait le temps de réagir efficacement, que l'on observe la coagulation ou la destruction des tissus *utilisée en chirurgie*.

Quelle est la cause de ce développement de chaleur? Elle paraît résider dans la résistance même des tissus au courant et se développer en conformité avec la loi de Joule. C'est la conclusion adoptée généralement, mais non sans quelques réserves, par les spécialistes. Cependant, Bordier, calculant la chaleur qui devrait de se développer si ce phénomène obéissait, en effet, à la loi de Joule, trouve des résultats très différents de la réalité. Il semble donc qu'il y ait encore une part d'inconnu dans le mécanisme d'action des courants de haute fréquence.

Quoiqu'il en soit, il est certain que l'on peut faire pénétrer dans l'organisme, au moyen des courants de haute fréquence, des quantités d'électricité qui nous auraient paru autrefois formidables. Et l'on a pu se demander si, malgré l'absence de toute réaction immédiate, il n'en résulterait pas pour l'organisme des effets fâcheux, comme cela peut arriver, par exemple, pour les rayons X. Bergonié répond qu'on n'a jamais observé d'accidents inattendus à la suite de ces applications de haute fréquence et qu'on

(1) Il y a cependant une certaine élévation de température autour de ce cylindre, elle est due au rayonnement de la chaleur centrale.

est par conséquent en droit de les considérer comme sans danger.

En somme, les courants de haute fréquence ont pour seule action immédiate de développer de la chaleur à l'intérieur des tissus vivants, c'est pour cette raison qu'on a justement appelé *diathermie ou thermopénétration* la méthode qui les utilise.

(A suivre.)

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

ÉTUDE DES ACCIDENTS INFECTIEUX AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Par M. le docteur BOURRET,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, Accoucheur de la Maternité du Creusot.

Bien que leur fréquence ait certainement beaucoup diminué depuis l'apparition de l'asepsie, les accidents infectieux au cours de l'accouchement n'en constituent pas moins encore une complication que vous rencontrerez certainement un jour ou l'autre dans votre pratique et que, par conséquent, vous devez connaître et savoir traiter. Etudions d'abord les conditions étiologiques qui favorisent habituellement l'apparition de cette complication, nous pourrons ensuite déduire de cette étude, un traitement prophylactique logique.

ETIOLOGIE. — Pour que l'infection de l'œuf se produise soit pendant la grossesse soit au cours de l'accouchement il faut qu'il y ait d'abord pénétration, puis développement dans son intérieur d'un microbe spécifique pour certains auteurs, de simples anaérobies pour la plupart. La pénétration, l'inoculation microbienne suppose habituellement des *touchers répétés* et *septiques*, et surtout la *rupture des membranes*, qui dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, constituent une barrière suffisante pour la protection de l'œuf tant qu'elles sont intactes. Le développement microbien est conditionné par l'état du milieu inoculé; celui-ci sera d'autant plus favorable à l'éclosion et au développement rapide de la flore microbienne, que le liquide amniotique sera souillé de *méconium*, que les tissus fœtaux seront *morts* ou *macérés*, que les tissus maternels eux-mêmes se défendront plus difficilement par suite de la fatigue et du *surmenage*.

Deux exemples cliniques tirés de l'observation journalière mettent nettement en évidence l'importance de ces conditions étiologiques. C'est d'abord la rareté de la putréfaction fœtale dans les cas où celle-ci semblerait au premier abord devoir se rencontrer le plus habituellement, nous voulons parler des cas de macération fœtale par suite de mort du fœtus au cours de la grossesse : cette rareté s'explique par le fait que dans la pratique soit par principe soit par absence de diagnostic, on intervient assez rarement dans ces cas, et que l'accouchement d'un macéré se fait généralement assez rapidement et sans difficulté : les membranes restent ainsi intactes jusqu'au moment du travail et celui-ci ne nécessite généralement pas de manœuvres compliquées ni de touchers répétés.

Il n'en n'est pas de même dans les cas d'accouchements *dystociques*, que la dystocie soit d'origine maternelle (rigidités du col, tumeurs pœvia, rétrécissements du bassin) ou d'origine fœtale (épaule, hydrocéphalie, etc.). Ces accouchements s'accompagnent habituellement d'une longueur exagérée du travail, d'une rupture prématurée des membranes, de surmenage maternel; si l'on n'institue pas en temps opportun une thérapeutique rationnelle l'accouchement devient un accouchement *négligé* dans lequel les touchers sont multipliés, le fœtus souffre, expulse son méconium et finit par mourir : toutes les conditions se trouvent dès lors réunies pour favoriser l'éclosion, et surtout l'extension rapide de l'infection intra-ovulaire, qui atteint d'abord le liquide amniotique pollué, puis les tissus fœtaux, enfin la paroi utérine elle-même.

Ce sont donc ces cas d'accouchements *dystociques* et *négligés* que vous devrez toujours surveiller d'une façon particulièrement attentive, pour dépister dès qu'ils apparaîtront les symptômes de la complication que nous étudions.

SYMPTÔMES. — Le premier symptôme qui doit immédiatement attirer votre attention, le seul qui existe dès le début de l'infection, mais qui est suffisamment caractéristique pour permettre de faire d'emblée le diagnostic et vous autoriser à agir en conséquence, c'est la *fétidité de l'écoulement amniotique*. Cette fétidité est toujours très nette; pour peu qu'elle soit marquée elle vous frappera dès que vous entrerez dans la chambre de la malade; moins accentuée ce ne sera souvent qu'à la suite d'un toucher que vous vous apercevrez que vos doigts restent imprégnés d'une odeur putride qui disparaît difficilement malgré les lavages. Ce signe très précoce peut précéder tous les autres, sachez donc lui attribuer la valeur qu'il a, et toutes les fois que vous avez à surveiller soit au cours de la grossesse une malade ayant une rupture prématurée des membranes, soit au cours de l'accouchement un travail tant soit peu prolongé, surtout si le fœtus est mort, attachez toujours la plus grande importance à l'odeur de l'écoulement.

A la fétidité s'ajoute dans la plupart des cas un second symptôme non moins caractéristique, la *production de gaz*. L'apparition des gaz est plus ou moins rapide suivant sans doute la virulence des germes, mais surtout suivant l'état des tissus fœtaux : si l'enfant est vivant les gaz sont en général lents à se produire, si au contraire l'infection putride rencontre un milieu de culture exceptionnellement favorable dans des tissus morts ou macérés, les gaz peuvent apparaître avec une rapidité foudroyante. La quantité des gaz et, par suite les symptômes auxquels ils donnent lieu sont également variables suivant les cas : tantôt ce ne sont que quelques bulles isolées qui s'échappent avec le liquide putride, tantôt ils forment une véritable poche gazeuse distendant énormément l'utérus qui devient sonore, d'abord au niveau de son fond, puis dans toute son étendue. Ces gaz peuvent s'accumuler en arrière de la présentation formant bouchon, et être projetés au dehors sous pression, au moment où pratiquant le toucher explorateur vous soulèverez la partie fœtale : ils s'échapperont souvent avec bruit, mêlés à un liquide brun noirâtre ou purulent épouvantablement fétide. Dans les cas extrêmes, constituant ce que l'on appelle la *physométrie,* ils infiltrent les tissus utérins et fœtaux. Les fibres musculaires utérines sont dissociées et les sinus envahis par les gaz qui peuvent essaimer dans tout l'organisme sous forme d'embolies gazeuses. Les tissus fœtaux morts se trouvent énormément distendus et déformés, et de ce

fait deviennent absolument méconnaissables au toucher, qui ne parvient pas toujours à préciser le diagnostic de la présentation.

Naturellement une pareille infection ne tarde pas à s'accompagner de modifications dans la *marche du travail* et dans l'*état général* de la parturiente. L'utérus pour peu que l'infection putride soit sérieuse se trouve en quelque sorte frappé de stupeur (Pinard), l'inertie devient absolue, la dilatation du col s'arrête, la marche du travail se trouve complètement et définitivement suspendue.

Les troubles de l'état général d'abord confondus avec les signes de surmenage obstétrical deviennent de plus en plus nets. La parturiente en proie à un malaise vague, à une sensation de fatigue extrême, est cependant agitée et inquiète; à la période ultime elle présente en général avec une conservation intégrale de ses facultés intellectuelles, une indifférence complète, une euphorie étonnante. Cependant l'altération rapide des traits, la pâleur du visage, sa teinte terreuse, en même temps que le pincement des ailes du nez, la sécheresse de la langue, le refroidissement des extrémités, la dyspnée, ne vous permettront guère de vous méprendre sur la gravité de la situation.

La fièvre est très variable suivant les cas, elle peut parfois n'apparaître que très tardivement, elle peut même à la période terminale faire place à de l'hypothermie; elle s'accompagne assez souvent de frisson, soit unique, solennel, marquant parfois le début de l'infection, soit répété au cours de l'évolution. Le pouls est rapidement impressionné, il devient petit et irrégulier.

Tel est le tableau clinique habituel de l'infection putride de l'œuf; bien entendu vous pouvez rencontrer tous les degrés intermédiaires entre la simple fétidité du liquide amniotique et la physométrie proprement dite, Dans tous les cas, n'oubliez pas qu'il s'agit toujours d'une complication grave, par les dangers qu'elle fait courir à l'enfant et à la mère d'une part, et par les difficultés dystociques qu'elle crée : dystocie par inertie utérine, dystocie par contracture infectieuse du col, enfin dystocie par excès de volume du fœtus boursouflé par les gaz.

Traitement. — Puisqu'il en est ainsi et que, comme nous le verrons, le traitement curatif présente souvent d'énormes difficultés, vous aurez tout intérêt à chercher à éviter, en toutes circonstances, l'infection de l'œuf; cela est, en général, facile, puisque neuf fois sur dix, elle résulte de manœuvres septiques ou inopportunes.

Pendant la grossesse. — Dans les cas de rupture prématurée des membranes, avec enfant vivant, sachez éviter les touchers répétés, contentez-vous de désinfecter la vulve, de mettre la malade au lit, et bornez-vous à observer l'odeur de l'écoulement amniotique et la température de la malade.

Dans les cas de mort du fœtus, au cours de la grossesse, ne faites *absolument rien* tant que les membranes restent intactes, et cela quelle que soit la durée de la rétention, même si la grossesse se prolonge au delà de son terme; par contre, dès que les membranes sont rompues, surveillez attentivement l'odeur, la température, évitez les touchers, multipliez les soins d'aseptie; le plus souvent, le travail ne tardera pas à se déclarer spontanément et l'accouchement du macéré se fera sans incident. Si cette éventualité ne se produit pas, dès que l'écoulement commencera à devenir odorant, passez à une thérapeutique active, et avec des précautions d'asepsie extrêmes, hâtez l'évacuation utérine en plaçant un ballon dans le col.

Pendant le travail. — En *toutes* circonstances et dans *tous* les cas, respectez *toujours* la poche des eaux avant dilatation complète, c'est là une règle capitale dont l'observation rigoureuse vous évitera bien des mécomptes dans votre pratique obstétricale; elle est de mise dans les cas où l'enfant est vivant, mais plus encore, bien entendu, dans ceux où il a succombé pour une cause quelconque. L'asepsie et la rareté des touchers et des manœuvres sont encore ici à la base du traitement prophylactique. Peut-être pourra-t-on bientôt compléter ce traitement par des injections préventives de vaccins immunisants, mais c'est là une question qui est encore à l'étude.

Voyons maintenant quelle conduite vous aurez à suivre vis-à-vis d'une infection déclarée. Elle variera naturellement suivant son importance et suivant les circonstances cliniques. Etudions les deux cas extrêmes :

1. Au cours d'un accouchement que vous surveillez, vous constatez, soit directement, soit par l'odeur laissée sur vos doigts après un toucher, que l'écoulement amniotique devient nauséabond ; n'oubliez pas que la marche de l'infection putride peut être très rapide, surtout si le fœtus est mort, et qu'en quelques heures (on a vu en quelques minutes) une situation, en apparence de gravité insignifiante, peut devenir désespérée ; ne remettez donc sous aucun prétexte une intervention qui est, dès ce moment, nettement indiquée : *il faut hâter, le plus possible, l'évacuation utérine :* pour cela, si comme c'est le cas habituel, puisqu'il s'agit presque toujours d'accouchements dystociques, le col n'est pas suffisamment dilaté, vous compléterez cette dilatation avec le minimum de traumatismes pour ne pas créer de nouvelles portes d'entrée à l'infection, et dès qu'elle sera suffisante vous pratiquerez l'extraction du fœtus par basiotripsie s'il est mort, par forceps, version ou extraction podalique s'il est vivant et suivant la présentation.

L'enfant extrait vivant devra être particulièrement bien nettoyé et dans les jours qui suivront sa naissance vous aurez à craindre chez lui les affections cutanées, oculaires et broncho-pneumoniques.

La délivrance sera retardée le moins possible, et l'utérus désinfecté immédiatement par une injection intra-utérine, de préférence aux hypochlorites, ou à l'eau oxygénée; mais dans ce cas vous veillerez à ce que le liquide ressorte facilement de l'utérus pour éviter toute embolie gazeuse.

2. Vous êtes appelé auprès d'une malade présentant nettement le tableau clinique de la putréfaction fœtale : à l'heure actuelle vous avez le choix suivant votre tempérament, suivant le degré de l'infection, suivant l'état d'avancement du travail, et surtout suivant les circonstances matérielles dans lesquelles vous êtes appelé à intervenir, entre deux méthodes thérapeutiques, l'une surtout obstétricale, l'autre exclusivement chirurgicale.

La première vise à extraire, par les voies naturelles, le contenu putréfié de l'œuf et à désinfecter ensuite l'utérus ou à le supprimer chirurgicalement, si sa désinfection paraît trop problématique.

La seconde a la prétention d'enlever, par la voie abdominale en un seul temps, tout le bloc infecté; elle correspond en quelque sorte à l'amputation du

membre à distance du foyer infecté dans les cas de gangrène gazeuse ; mais, pour que son but soit atteint, il faut que l'ablation se fasse avec le minimum de chances d'infection de la cavité péritonéale au cours de l'opération : cette condition sera réalisée soit par l'amputation utérine par le procédé de Porro, soit d'une façon plus parfaite et plus chirurgicale, par l'hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus.

Il est évident que, si vous pouvez réaliser ou faire réaliser cette intervention dans de bonnes conditions, c'est à elle que vous aurez recours de préférence, *à la condition toutefois que l'infection soit suffisamment grave pour en justifier l'indication.*

Dans les autres cas, lorsque vous ne pouvez faire transporter la malade, parce que le temps presse et qu'il ne serait pas prudent de perdre du temps pour effectuer ce transport, ou lorsque, par suite de l'engagement de la présentation, il devient difficile de réaliser l'intervention par voie abdominale, vous n'aurez d'autre ressource que le traitement de nécessité représenté par l'extraction par les voies naturelles. Celle-ci, sachez le bien, sera toujours *très pénible*, d'abord parce que le col sera généralement incomplètement dilaté et difficilement dilatable, et ensuite parce que le fœtus présente toutes ses parties excessivement tuméfiées et sans consistance. Vous avez donc à obtenir tout d'abord, le plus souvent par dilatation manuelle, une ouverture du col, sinon complète, du moins suffisante pour permettre l'extraction fœtale, morceaux par morceaux. C'est en effet généralement, qu'on le veuille ou non, la seule manière d'arriver à un résultat ; le basiotribe, la pince cranioclaste, les embryotomes, les crochets mousses, ceux par exemple qui terminent les manches du forceps, seront utilisés tour à tour ou suivant les cas, concurremment avec les manœuvres manuelles pour extraire successivement chaque partie fœtale ; la ponction de l'abdomen au moyen d'un trocart muni d'un tube de caoutchouc pourra souvent, en donnant issue aux gaz, faciliter l'extraction de cette portion du fœtus.

L'extraction terminée, vous pratiquerez *sans attendre* la délivrance, par traction et refoulement si le placenta se décolle facilement, sinon par délivrance artificielle. Vous désinfecterez ensuite la cavité utérine, soit par un badigeonnage direct de la muqueuse à l'aide d'un antiseptique fort (teinture d'iode, essence de térébenthine), soit par une injection abondante aux hypochlorites ou à l'eau oxygénée : mais il n'est que trop vrai que cette désinfection est difficile à obtenir, et dans les cas où les gaz ont déjà envahi les parois utérines, la seule chance de salut pour la malade, résidera dans l'hystérectomie immédiate, suivie de drainage de la cavité péritonéale.

Le traitement consécutif ne sera, bien entendu, pas négligé ; vous soutiendrez l'état général par des injections de sérum artificiel adrénaliné, par des potions toniques, et des injections sous-cutanées d'huile camphrée et d'éther ; et vous continuerez à lutter contre l'infection par un traitement local, injections répétées ou irrigation continue intra-utérine, suivant la méthode de Carrel-Dakin, et par un traitement général antiinfectieux qui devra utiliser particulièrement les abcès de fixation à l'essence de térébenthine, et les injections de vaccin de Delbet (propidon de Poulenc) ou du sérum de Leclainche et Vallée qui constituent une de nos acquisitions les plus récentes dans la lutte contre l'infection putride.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1921)

Mesure de l'influence de la chaleur et de la lumière sur l'activité de réduction des tissus animaux, et applications à l'héliothérapie. — M. J. VALLOT. Les expériences de l'auteur mettent en lumière des faits que doit retenir le médecin dans la pratique de l'héliothérapie.

L'action thérapeutique de la radiation solaire s'explique par la forte augmentation de l'activité de réduction des tissus qu'elle provoque. Il y a là une cause importante de réparation pour les plaies et de vitalité pour les organismes affaiblis.

La lumière diffuse ne produit aucune augmentation de l'activité, il faut rechercher la lumière solaire *directe* aussi vive que possible. A l'altitude la radiation est un peu plus forte, mais son influence est contre-balancée par l'abaissement de la température ambiante dont il faut tenir compte.

L'exposition des malades à la radiation d'un ciel couvert ne peut donner aucune augmentation d'activité, la pratique de l'*aérothérapie* sans soleil peut avoir une influence salutaire sur certaines affections, mais ce n'est pas de l'*héliothérapie*.

Taux et rythme de disparition de la matière organique au cours de l'épuration des eaux d'égout par le procédé des boues activées. — MM. Paul COURMONT, A. ROCHAIX et F. LAUPIN.

Action de certains dérivés du bismuth sur la syphilis. — MM. R. SAZERAC et C. LEVADITI. Poursuivant leurs recherches sur les sels de bismuth, les auteurs estiment que le tartrobismuthate de potassium et de sodium est le composé bismuthique le mieux indiqué au point de vue de la thérapeutique humaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1921)

Prix décernés. — M. SOUQUES, secrétaire annuel, a donné lecture du rapport général sur les prix décernés en 1921.

Cette lecture a été suivie de la proclamation de ces prix par M. LE PRÉSIDENT. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 98, p. 1569.)

Cent ans d'éloges à l'Académie de médecine. — Sous ce titre, M. le secrétaire général ACHARD a fait un charmant historique de ses prédécesseurs, les secrétaires perpétuels, tous plus ou moins laudateurs qualifiés. Pariset fut le premier, puis Dubois (d'Amiens) qui remplit pendant vingt et un ans les fonctions de secrétaire perpétuel, fit dix-sept éloges successifs ; il loua, entre autres, Bichat, Broussais, Laënnec, Chomel ; il passa ensuite la parole à Jules Béclard, l'éminent physiologiste, dont les éloges étaient empreints de cette éloquence claire et grave, particulière aux savants. Nous avons tous présente à l'esprit la voix harmonieuse de Jaccoud, à la mémoire impeccable, dont les éloges très documentés, très travaillés, étaient écrits dans une langue parfaite, et prononcés avec un tel art qu'on pourrait dire que Jaccoud les jouait. Pasteur, Berthelot, pour ne citer que les plus illustres, furent loués par Jaccoud comme ils le méritaient. On ne saurait oublier non plus les éloges si finement écrits de Debove.

M. Achard fait suivre ce rappel des éloges académiques de réflexions fort sages et fort judicieuses sur le rôle social de l'Académie. Son discours, parsemé d'anecdotes spirituellement racontées, est celui d'un lettré et d'un érudit. C'est un nouvel argument en faveur du bienfait des humanités. Cela nous permet d'augurer que les éloges que M. Achard, de par ses fonctions, sera appelé à prononcer seront dignes de ceux de ses prédécesseurs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1921)

Syndrome adiposo-génital atypique. — MM. L. BABONNEIX et DENOYELLE présentent un homme d'une cinquantaine d'années, et chez lequel on constate, d'une part, une hypertrophie mammaire considérable, avec obésité générale, et masses lipomateuses réparties en divers points de la partie supérieure du corps; et de l'autre, un ensemble de phénomènes : mains de prédicateur, amyotrophie des membres supérieurs, cyphose, que l'on pourrait rattacher à une syringomyélie, s'il existait quelque trouble sensitif. Chez le sujet, il faut donc admettre l'existence de deux lésions : l'une, médullaire, occupant le renflement cervical; l'autre, intracranienne, intéressant vraisemblablement l'hypophyse, comme en témoigne la polyurie.

Diagnostic rétrospectif et discrimination des états névraxitiques et para-névraxitiques par le Parkinsonisme postévolutif. — M. SICARD étudie le syndrome de Parkinson comme signe révélateur d'une encéphalite antérieure. La constatation du Parkinsonisme conditionne et précise le diagnostic rétrospectif. Sans l'apparition du Parkinsonisme, l'étiologie de certains signes discrets, frustes, passagers, de la série névraxitique reste imprécise et douteuse. Le Parkinsonisme est relativement fréquent au discours de la névraxite épidémique, un tiers des cas sur un ensemble de 60 observations personnelles.

Par contre la statistique des cas de chorée de Sydenham et des cas de hoquet épidémique mono-symptomatique (27 cas), montre qu'il n'y a jamais eu sequelle de Parkinsonisme. Il est donc logique de discriminer les états paranévraxitique de la névraxite vraie. En tous cas, pratiquement, il y a intérêt à rassurer les hoqueteux simples et les choréiques vrais sur leur avenir Parkinsonien.

M. LESNÉ considère que chez l'enfant le Parkinsonisme est rare, et qu'il ne peut aider au diagnostic de la névraxite.

M. NETTER partage l'opinion de M. Sicard, mais il souligne que le Parkinsonisme n'est pas une évolution fatale de la névraxite. L'absence de Parkinsonisme ne permet pas d'écarter l'hypothèse d'une névraxite antérieure.

M. COMBY considère que le Parkinsonisme se rencontre à titre exceptionnel chez l'enfant et qu'il est surtout en rapport avec des formes graves.

M. GUILLAIN n'a jamais observé de Parkinsonisme dans les formes frustes de l'encéphalite. Il s'agit là d'une évolution des formes graves ayant déterminé des lésions bulbaires protubérantielles et pédonculaires.

M. RENAUD s'appuyant sur deux cas, n'admet aucune relation entre la fréquence du Parkinsonisme et la gravité de l'encéphalite.

Les déviations de la trachée dans les pneumopathies chroniques. – MM. LAUBRY et S. BLOCH à propos de la communication de M. Armand Delille, rapporte deux cas : dans le premier cas il s'agit d'un malade envoyé comme phtisique chez lequel une expectoration purulente abondante, l'hippocratisme des doigts, le bruit de pot fêlé fait porter le diagnostic clinique de caverne tuberculeuse. Mais la bacciloscopie est négative. L'écran montre l'absence de caverne et une déviation trachéale et œsophagienne. La notion d'un ancien chancre induré aiguille le diagnostic vers celui d'une syphilis pulmonaire; diagnostic confirmé par le traitement d'épreuve. Le deuxième cas concerne un tuberculeux qui a subi un pneumothorax artificiel. Or l'intervention semble pour le moins discutable chez ce pseudocavitaire présentant outre une déviation prononcée de la trachée une dextrocardie marquée par attraction du cœur. Ce sont là des manifestations d'un processus fibro-adhésif : et de fait les multiples adhérences ont rendu l'intervention très limitée.

La déviation de la trachée apparaît ainsi fonction de la sclérose pulmonaire, mais n'est pas l'apanage exclusif de la tuberculose. La syphilis pulmonaire peut également l'engendrer.

M. RIST insiste sur la fréquence de la déviation de la trachée non seulement dans la tuberculose, mais dans toute sclérose du poumon.

Nouveaux cas de peste bubonique observés à Paris avec septicémie et mort. — MM. JOLTRAIN et DE GENNES relatent l'histoire clinique de trois malades atteints de peste bubonique.

Dans les observations qu'ils rapportent, le diagnostic n'a pu être établi dès le début de l'affection. La septicémie fut rapide et l'on a trouvé dans les trois cas, non seulement des bacilles dans le suc ganglionnaire, mais encore en grande quantité dans une goutte de sang prise au doigt.

La sérothérapie intensive et intraveineuse ne put que retarder la mort.

L'étiologie dans deux de ces cas fut nettement établie, il s'agissait d'individus ayant été au contact de rats et ayant été piqués par des puces.

La présence de peste chronique à l'état endémique chez les rats est un fait qui a été vérifié. La rareté des cas, le fait qu'aucun d'eux ne créa de nouveau foyer d'infection doivent suffire à rassurer les esprits, mais prouve que la maladie n'est pas éteinte et peut se rallumer soudain aux approches des chaleurs.

M. RIST a observé un cas en Egypte qui fut l'objet d'une erreur diagnostique et qui rappelle le premier cas de M. Joltrain. Il insiste sur la nécessité d'instruire le corps médical sur les signes et le traitement de la peste.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1921)

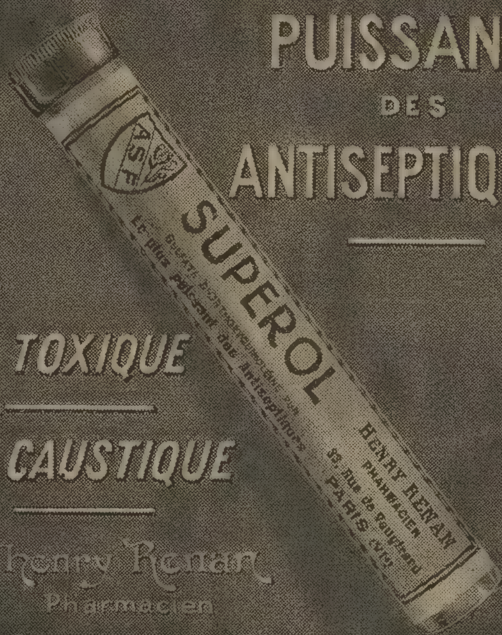
Crises sudorales localisées d'origine sympathique. — MM. BABINSKI et JUMENTIÉ présentent une femme qui, à la suite d'une chute à plat ventre présenta un syndrome douloureux profond dans le ventre du côté gauche avec sudation abondante sur une surface grande comme une main qui s'étendit ensuite en demi-ceinture.

La sudation survient par crises avec plissement horizontal de la peau de l'abdomen due à la contraction du droit antérieur. En même temps, la peau se montre pâle et exsangue chez la malade atteinte de ce syndrome sympathique rythmique, les réflexes tendineux sont vifs.

Syndrome thalamique régressif; ataxie résiduelle. — M. LHERMITTE rappelle que les lésions du foyer de la couche optique d'origine hémorragique ou malacique s'accompagnent d'un syndrome très particulier lequel, le plus souvent, persiste indéfiniment. Le cas présent est un exemple du syndrome de Déjerine-Roussy avec évolution régressive d'une remarquable rapidité. Chez un homme de quarante-six ans apparaît brusquement une hémiplégie gauche incomplète accompagnée d'ataxie extrêmement accusée et de perturbations intenses de la sensibilité profonde. Déjà, quatre jours après l'ictus, la paralysie motrice a rétrocédé, ainsi que les troubles sensitifs, mais l'ataxie persiste très marquée. Aujourd'hui, deux mois et demi après l'apparition du syndrome, on relève seulement une ataxie des membres supérieur et inférieur gauches; la sensibilité profonde est intacte. Quant aux phénomènes douloureux si fréquemment observés et dont la ténacité est désespérante dans le syndrome thalamique classique, ils sont absents et le seul trouble de la sensibilité subjective consiste en sensation de froid dans la cuisse et en sensation d'engourdissement de la main gauche.

Une telle rapidité dans la rétrocession des phénomènes morbides cadre bien avec ce que nous savons de l'évolution des foyers hémorragiques du système nerveux central qui compriment plus qu'ils ne détruisent. Un dernier fait est à retenir : la persistance d'une hémiataxie modérée, mais très nette contrastant avec l'intégrité apparente de toutes les sensibilités.

Un cas de syndrome thalamique avec autopsie. — MM. J. LHERMITTE et FUMET rapportent le cas d'une femme âgée de soixante-quatorze ans chez laquelle à la suite d'un ictus sans perte de connaissance, apparut une hémiplégie droite doublée d'hémianesthésie complète, superficielle et profonde, sans perturbations de la sensibilité subjective. Assez rapidement, les fonctions motrices s'amendèrent, tandis que les perturbations sensitives ne régressaient que fort peu. Cinq mois après l'ictus, on constatait une récupération



LE PLUS
PUISSANT
DES
ANTISEPTIQUES
SUPEROL
ASF
HENRY RENAN
PHARMACIEN
PARIS
NI TOXIQUE
NI CAUSTIQUE
Henry Renan
Pharmacien
33 Rue de Vaugirard PARIS (VIe)
TÉLÉPHONE FLEURUS 23-01

motrice très sensible surtout pour le bras, la disparition de l'anesthésie superficielle contrastant avec la perte absolue des sensibilités profondes.

L'autopsie vint montrer l'existence d'un foyer hémorragique, ancien siégeant dans la région postéro-externe du thalamus et de la grosseur d'une noix.

Les auteurs insistent sur l'absence de phénomènes douloureux ou paresthésiques, le manque de signe de Babinski, malgré la parésie crurale, la régression presque complète de l'anesthésie superficielle s'opposant à la persistance de l'anesthésie profonde. L'hémiplégie, très accusée au début, tire son origine de la compression exercée par le foyer hémorragique sur la capsule interne et peut, sans doute, lorsqu'elle apparaît franchement régressive, constituer un signe intéressant pour le diagnostic entre le ramollissement et l'hémorragie du thalamus. Une hémiplégie du même type survient dans les hémorragies du corps strié et doit reconnaître le même mécanisme. L'intégrité absolue du noyau lenticulaire rend compte, peut-être, de l'absence complète de tout mouvement involontaire athétosique ou choréique.

Nouveau cas de disparition de mouvements involontaires rythmés postencéphalitiques par un traitement de gardenal et de scopolamine associés (*Travail du service du docteur Babinski*). — M. E. Krebs. Le premier cas qui a été présenté en avril dernier par MM. Cl. Vincent et Krebs, concernait une jeune fille de dix-neuf ans qui fut soumise pendant six mois au traitement suivant : luminal, 10 à 20 centigrammes ; bromhydrate de scopolamine en injections, deux dixièmes à quatre dixièmes de milligramme par jour. Les mouvements très rapides et intenses, qui étaient limités au membre supérieur gauche, avaient cédé au bout de quelques jours, la malade étant au repos. Actuellement, malgré la suppression du traitement pendant les mois de septembre et d'octobre, les contractions musculaires sont absentes lorsque la malade est au repos, mais elle ne peut exécuter un acte volontaire sans que les mouvements ne réapparaissent. C'est dans ce sens que nous avons pu dire que ces mouvements sont intentionnels.

Le cas nouveau est celui d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte, à la suite d'une encéphalite épidémique, de mouvements violents et rapides des membres du côté gauche, au rythme de soixante à la minute. M. Krebs insiste sur la forme de torsion interne, sur le caractère excessif et spasmodique des mouvements que présentait sa malade et qu'il retrouve chez la plupart des malades de ce genre. Le traitement dissocie la combinaison musculaire en jeu et accuse le type intentionnel du mouvement. On est frappé par les symptômes que laisse après elle la disparition des clonies : laxité articulaire légère, flaccidité musculaire, perte des mouvements automatiques, troubles des mouvements déliés des doigts du côté malade, apparition de mouvements syncinétiques du côté sain dans les efforts de la main opposée. La force musculaire est cependant normale ainsi que les réflexes.

Méthode radiographique d'exploration de la cavité épidurale par le lipiodol. — MM. Sicard et Forestier se sont servis pour interroger la cavité épidurale du lipiodol, huile iodée, dense, indolore, dépourvue de causticité et de toxicité, parfaitement supportée par les tissus et qui a cette propriété remarquable de se montrer fortement opaque aux rayons X. Les auteurs présentent une série de radiographies où, par ponction de l'espace lombo-épidural, le lipodiol injecté, a pu, obéissant à l'action de la pesanteur, soit fuser dans les espaces épiduraux sous-jacents, le malade se tenant dans la position verticale, soit impressionner la région épidurale dorsale ou même cervicale après maintien du sujet, durant quelques heures, en position couchée, bassin relevé.

Cette exploration méthodique de la cavité épidurale peut être utilisée avec succès pour le diagnostic topographique des compressions péridure-mériennes. Les auteurs montreront ultérieurement que les injections de lipiodol dans le liquide céphalo-rachidien sont normalement tolérées et qu'on peut localiser le médicament à tel ou tel étage de l'axe médullaire, suivant la position plus ou moins déclive donnée au sujet.

Myasthénie bulbo-spinale avec contractions fibrillaires. — MM. Sicabd et Forestier présentent une malade atteinte de myasthénie bulbo-spinale dont l'évolution restée classique durant la première période, s'est compliquée au cours des étapes ultérieures de contractions fibrillaires incessantes et d'exagérations de réflexes tendineux. A ce propos, ils font observer que dans le groupe générique des polio-encéphalomyélites chroniques, il faut réserver une place à part à la myasthénie et à la sclérose latérale amyotrophique, mais que, par contre, les cas de polio-encéphalite supérieure ou inférieure subaiguë ressortissent à l'encéphalite épidémique.

Conscience ou inconscience de perception des contractions fibrillaires. — M. Sicard a étudié l'autoperception des contractions fibrillaires, au cours de certaines maladies, comme la sclérose latérale amyotrophique, la névraxite épidémique, la polinévrite, ou encore dans certains états physiologiques. Il conclut que les contractions fibrillaires dont le sujet n'a pas conscience, ont une gravité pronostique beaucoup plus grande que celles perçues par lui. Le scléreux latéral amyotrophique ne ressent pas de contractions fibrillaires témoins d'une évolution rapidement mortelle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1921)

Rapports du cancer de l'homme et du cancer des végétaux. — Dans un rapport fort instructif sur ce sujet, M. Ozenne montre que la multiplication du cancer, depuis une quarantaine d'années, a incité à en rechercher la cause intime. En pathologie animale, le cancer n'a qu'une similitude apparente avec le cancer humain ; en pathologie végétale, le chancre ou cancer des arbres est encore plus différent. Cependant, Erwin Smith, après de nombreuses expériences, espère arriver à démontrer l'origine parasitaire du cancer. Malgré cela, à l'heure actuelle, l'origine parasitaire du cancer de l'homme n'est encore qu'une hypothèse et reste à l'étude.

Très gros fibromyome utérin présenté par M. Péraire et enlevé par hystérectomie par suite du mauvais résultat obtenu pendant deux ans par les rayons X : fièvre, augmentation des douleurs et des hémorragies, dégénérescence gangréneuse. L'auteur insiste sur l'abcès des rayons dans ce cas et sur leurs dangers.

Deux cas de septicémie puerpérale à streptocoques traités par le sérum antistreptococcique de Vinaver. — M. Dupont administra dans les deux cas le sérum par voie intraveineuse dilué dans de l'eau physiologique.

Dans un cas, le résultat fut remarquable, la température tomba complètement après la troisième injection. La seconde malade ne tira au contraire aucun bénéfice du traitement.

Forage de la prostate. — M. Cathelin, à propos de plusieurs observations, dont une lui est personnelle, de malades opérés de prostatectomies après échec du forage à séances multiples, insiste sur ce fait que, chez tous ces malades, le lobe médian très développé existait toujours et ne montrait aucune trace d'un traitement endoscopique antérieur.

Trois cas de guérison de fractures du col fémoral chez des octogénaires. — M. Barbarin apporte trois cas de guérison fonctionnelle chez des malades de quatre-vingt-deux, quatre-vingt-quatre et quatre-vingt-huit ans. Traitement : appareil plâtré en abduction (appareil de Withman) pendant quatre à huit semaines. Marche, massage, mobilisation ensuite.

A propos de l'opothérapie. — M. Spire fait quelques réserves au sujet de l'emploi de l'extrait d'hypophyse en obstétrique. Ce médicament peut provoquer des ruptures utérines (53 cas publiés de 1913 à 1921) ou causer la contracture utérine et la mort du fœtus. Les sociétés de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux et de Paris ont émis le vœu que l'extrait d'hypophyse ne puisse être délivré aux sages-femmes sans ordonnance médicale.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etudes sur la pression du sang, par George Oliver, du Collège royal de médecine de Londres ; traduction française sur la troisième édition anglaise. Préface du professeur E. Gley, du Collège de France. 1 vol. in-8 raisin de 190 pages, avec figures dans le texte. Prix : 10 francs. — Paris, G. Doin.

Le sang in vitro. Eosinophilie-fibrogenèse. Phagocytose des hématies, par le Dr Emile Liebreich (de Zurich). 1 vol. in-8 de 128 pages avec 2 planches dans le texte, suivi d'nn index bibliographique. Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Comment interpréter en clinique les réponses du laboratoire? par Hugel, Delater et Zœller, chefs de laboratoire de bactériologie de l'armée, médecins majors au Laboratoire de vaccination et de sérothérapie du Val-de-Grâce. In-8, 1922. Prix : 5 fr. — Paris, Maloine et fils.

N° 100. — MARDI 20 & JEUDI 22 DÉC. 1921. 94e ANNÉE. MARDI 20 & JEUDI 22 DÉC. 1921. — N° 100

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

INAUGURATION DE LA CLINIQUE DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le président de la République, entouré du président du Sénat, de l'ambassadeur du Brésil, du ministre de l'Hygiène, du recteur de l'Université, des préfets de la Seine et de police, des représentants du Conseil municipal, de la Faculté de médecine et de l'Assistance publique, a inauguré samedi matin la clinique de thérapeutique chirurgicale du professeur Pierre Duval, à l'hôpital franco-brésilien de Vaugirard.

On sait que ce nouveau domaine de la Faculté est installé dans l'ancien collège des Jésuites de la rue de Vaugirard. Pendant la guerre, le gouvernement brésilien y avait créé un hôpital chirurgical très richement doté.

Après la paix, le Brésil fit don à la Faculté de médecine de son beau matériel qui représente une somme considérable. Grâce à cette générosité, grâce au Parlement qui vota les fonds nécessaires, la Faculté de médecine se trouve à la tête d'un magnifique centre d'instruction digne de la Ville de Paris.

A côté de la clinique de thérapeutique chirurgicale vont prendre place un Institut d'hygiène comme ceux qui existent déjà à Lyon, à Strasbourg et à Marseille, puis un Institut de médecine et de chirurgie expérimentales.

C'est ce qu'a exposé au président de la République, M. le doyen Roger, en le recevant à la clinique. Il a adressé ensuite ses remerciements aux pouvoirs publics, et à l'Assistance publique dont le concours va permettre le fonctionnement de ce nouveau centre d'études. En terminant, le doyen exprima à M. da Cunha, ambassadeur du Brésil la gratitude de l'Université pour le don généreux fait par son gouvernement. Cette gratitude sera commémorée par le nom de fondation franco-brésilienne qui est donné au centre. Un certain nombre de salles de malades ont reçu, en outre, les noms de grands médecins brésiliens. Enfin des chambres seront réservées au étudiants brésiliens qui viendront faire leurs études à Paris.

M. Millerand a félicité la Faculté de médecine, son doyen, et le professeur P. Duval pour l'activité et le dévouement avec lequel ils ont travaillé à cette création, puis se tournant vers l'ambassadeur du Brésil, il lui renouvela l'expression de la gratitude de la France pour la générosité de la nation amie et alliée dans la paix comme dans la guerre.

Le Président de la République et Mme Millerand visitèrent ensuite l'hôpital. La place nous manque pour le décrire en détail. Installé dans un bâtiment ancien, il a été aménagé avec beaucoup d'ingéniosité par le professeur Pierre Duval. La salle d'opération et ses chambres d'isolement, la très belle installation radiologique ont particulièrement retenu l'attention des visiteurs. Ils ont beaucoup admiré les laboratoires et le service médical qui *fait partie* du service de chirurgie.

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations des chirurgiens chefs de service au 26 décembre 1921. — Hôtel-Dieu (en remplacement de M. le Dr Potherat, limite d'âge), M. le Dr Alglave, des Ménages; aux Ménages, M. le Dr Lardennois, d'Ivry; à Ivry, M. le Dr Descomps, de la Maison de santé; à la Maison de santé, M. le Dr Heitz-Boyer, *titularisé*.

— Troisième concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique*. — Séance du 16 décembre. — MM. Feuillié et Gaultier (R.), 19; Huber, 19,09.

Séance du 18 décembre. — MM. Flandrin, 18; Tinel, 20; May, 18,63.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Fly Sainte-Marie, Auriat, Germain, Massé, de Grailly, Traissac (Marcel), Fontan, Denis, Dufour.

Internes provisoires : MM. Costedoat, Delmas-Marsalet, Beylac, Lachapèle, Forton, Léonardon-Lapervenche, Caussimon, Magimel.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un concours pour l'emploi de rédacteur s'ouvrira le 28 mars 1922. Les docteurs en médecine, âgés de moins de 30 ans, peuvent concourir. Le *Journal officiel* du 13 décembre publie les conditions du concours.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de 1re classe Cultin, directeur du Service de santé du 2e corps; Vitoux, directeur du Service de santé du 16e corps;

Baron, président de la Commission consultative médicale; Viguier, directeur du Service de santé du 12e corps.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Le Dr Baczkiewicz (de Varsovie), président de l'Association des médecins polonais, a été nommé membre du Comité d'honneur de l'Association générale des médecins de France.

— SERVICE DES RETRAITES DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Tout médecin de nationalité française, désireux d'adhérer au service de retraites de l'Association générale (combinaison à capital aliéné), peut, dès maintenant, s'adresser au siège social, 5, rue de Surène, pour recevoir le barême des primes et les renseignements nécessaires.

CHRONIQUE

A PROPOS DES CONGRÈS MÉDICAUX

Le professeur Vanverts a été bien inspiré en défendant, dans la *Gazette des hôpitaux* (1921, n° 90, p. 1434), les Congrès médicaux, et en exposant les services qu'ils rendent à la science et aux médecins.

De plus, il a fait, en vue d'améliorer le rendement de ces Congrès deux propositions, dont la première nous rallie complètement : c'est « la suppression de l'exposé oral des rapports ». Mais, sous la réserve que les dits rapports soient envoyés à tous les membres du Congrès, et assez lontemps avant la réunion pour qu'on puisse les étudier à loisir.

La seconde proposition c'est « la suppression des communications sur des sujets particuliers ». Nous sommes d'un avis tout à fait opposé, en raison de ce que nous avons observé dans les Congrès médicaux auxquels nous prenons part depuis si longtemps, et à l'organisation desquels nous avons collaboré quand nous étions secrétaire général de l'Association de la Presse Médicale et où fréquemment nous avons été délégué d'associations professionnelles. C'est ce qui a eu lieu cette année aux Congrès de la mère et de l'enfant à Paris, de la tuberculose à Rennes, de l'Association de l'avancement des sciences à Rouen, de la natalité à Bordeaux, de médecine à Strasbourg, d'hygiène à Paris.

Le professeur Vanverts a déclaré que « les communications sur des sujets particuliers ne sont pas à leur place dans les Congrès ». Nous sommes d'un avis tout à fait opposé, mais sous la réserve que les dites communications aient été soumises préalablement au bureau du Congrès et acceptées par lui. L'intérêt qu'elles peuvent présenter vient justement d'être mis en lumière dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, où l'on lit, à propos du Congrès médical franco-polonais, cette appréciation : « Les communications scientifiques ont été nombreuses et certaines d'entre elles, particulièrement intéressantes et importantes, auront leur retentissement dans la presse médicale. » Aussi, supprimer complètement les communications serait fâcheux, d'autant que très souvent, les questions ainsi amorcées deviennent l'objet de rapports dans les Congrès suivants.

Le professeur Vanverts s'est élevé aussi contre les séances bi-quotidiennes dans les termes suivants : « Les séances du Congrès, quand elles sont bi-quotidiennes — ce qui est souvent le cas — imposent un excès de fatigue aux congressistes assidus. Elles empêchent, en outre, de consacrer une partie de la journée — matinée ou après-midi — à la visite des organisations universitaires, hospitalières, etc., à l'assistance aux séances opératoires, aux conversations particulières si agréables et si fructueuses. »

Ces griefs ne nous semblent pas de nature à faire rejeter les séances bi-quotidiennes. Elles ne constituent pas un surmenage pour les congressistes, et la preuve en est donnée par les journalistes médicaux qui non seulement assistent à toutes les séances, mais, de plus, font chaque soir le compte-rendu des communications de la journée, ce qui n'est pas un mince travail supplémentaire.

D'autre part, l'assistance aux séances opératoires et la visite des organisations universitaires, ne sont que des à-côté des Congrès, et l'on ne saurait sacrifier pour ces hors d'œuvre le but principal, c'est-à-dire les séances où sont traitées les questions scientifiques mises à l'ordre du jour.

Quant aux conversations particulières, elles sont le charme des banquets et des réunions du soir.

Pour toutes ces raisons, nous demeurons partisans des réunions bi-quotidiennes, qui permettent de réduire le temps pendant lequel les congressistes sont enlevés à leurs occupations professionnelles, tout en laissant au Congrès la latitude de traiter toutes les questions mises à son ordre du jour.

Dr GRANJUX.

— D'accord avec M. Granjux, nous avons communiqué son texte à M. Vanverts qui nous adresse les lignes suivantes :

« Dans l'article que M. Granjux a eu l'amabilité de consacrer à la discussion des idées émises par moi au sujet des congrès médicaux, je suis heureux de trouver une approbation au vœu que j'ai formulé de la suppression de l'exposé oral des rapports.

En ce qui concerne « la suppression des communications sur des sujets particuliers », M. Granjux se déclare, au contraire, d'un avis tout à fait opposé au mien. Estimant que le but principal des congrès est la discussion, et que, celle-ci ne peut être fructueuse que si elle est préparée par l'étude préalable d'un rapport ou d'une communication, j'avais conclu que les communications sur des sujets particuliers n'étaient pas à leur place dans ces congrès. Je faisais remarquer, du reste, à l'appui de ma thèse, la tendance à l'élimination progressive de ces communications. Peut-être ai-je eu tort de généraliser. Je reconnais que, dans certains cas, il peut y avoir avantage, comme le soutient M. Granjux, à conserver les communications sur des sujets particuliers. Il appartient aux comités d'organisation de décider ce qui est le mieux.

VANVERTS. »

LIVRES NOUVEAUX

Eléments d'anatomie et de physiologie médicales (1), par L. LANDOUZY et Léon BERNARD. Deuxième édition publiée sous la direction de Léon Bernard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, par MM. Léon Bernard, Gougerot, Halbron, S. I. de Jong, Laederich, Lortat-Jacob, Salomon, Sézary, Vitry.

Jusqu'à l'apparition des *Eléments d'anatomie et de physiologie médicale* en 1913, l'*Anatomie médicale* n'avait jamais été traitée dans un ouvrage spécial. Ce livre répondait à un tel besoin qu'en pleine guerre, dès 1915, il était épuisé.

Ces éléments d'anatomie et de physiologie médicales rassemblent pour l'étudiant des données éparses dans les ouvrages traitant de diverses branches des sciences médicales. Ils réunissent, suivant une méthode clinique dans un enseignement particulier toutes les notions fondamentales d'anatomie et de physiologie susceptibles, par leur application immédiate à la pathologie, d'éclairer le médecin sur le mécanisme des troubles fonctionnels comme sur les symptômes qui les révèlent.

Bien que depuis quelques années on n'ait eu à enregistrer d'importantes notions nouvelles d'anatomie et de physiologie, cette nouvelle édition entièrement revue a subi plusieurs modifications.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Les fêtes de Noël et du Jour de l'An tombant un dimanche les caisses de la Compagnie à Paris, 88, rue Saint-Lazare, à Lyon, 10, cours de Verdun et à Marseille, 17, rue Grignan, seront, par application de la loi du 23 décembre 1904, fermées les lundis 26 décembre 1921 et 2 janvier 1922.

(1) Un vol. de 867 p. avec 337 fig. et 4 pl. en couleurs. — Prix : 50 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

IMMUNITÉ

Zur Pathologie der Lungentuberkulose. I. Phtiseogenese. (HUEBSCHMANN. *Münch. med. Woch.*, 28 oct. 1921.)

Immunität bei Tuberkulose. (VON WASSERMANN. *Zeitsch. f. Tub.*, Bd XXXV, H. 1.)

Ueber Immunität gegen Tuberkulose. (NEUFELD. I. *Zeitsch. f. Tub.*, Bd XXXIV, H. 3-4); II. (*Ibid.*, Bd XXXV, H. 1.) — **Immunität bei Tuberkulose.** (*Ibid.* Bd XXXIV, H. 7.)

Les discussions passionnées soulevées autour du vaccin de Friedmann, les récentes publications de Much sur la tuberculine et les antigènes partiels, le fait même que la lutte contre la tuberculose est à l'ordre du jour ont plus que jamais attiré l'attention sur l'immunité tuberculeuse; Wassermann et Neufeld étaient tous deux rapporteurs sur ce sujet au Congrès de Bad. Elster. Il faut avouer que leurs conclusions ne sont guère encourageantes.

Wassermann a brillamment résumé l'histoire de nos connaissances biologiques : il montre que la découverte de la tuberculine et celle du phénomène de Koch en sont les deux dates capitales, et que ce qui caractérise la tuberculose, c'est l'union en des proportions sans cesse variables de l'immunité et de l'hypersensibilité. Dans l'immunité, le rôle des cellules des tissus lui semble plus important que celui des anticorps : nous ne pouvons rien, dit-il, sur le bacille, nous pouvons espérer agir sur les tissus, soit par des moyens spécifiques soit par une thérapeutique générale.

Le rapport de Neufeld, complété par deux importants articles parus dans le *Zeitschrift für Tuberkulose*, et qu'il faut lire pour la richesse de leur documentation et la pénétration de leur critique, est d'une autre portée : il est plus pessimiste encore, et de son argumentation acérée, il résulte bien que nous sommes dans une impasse : *il nous faut*, dit-il, *découvrir un chemin complètement nouveau*, et aucun indice ne nous le fait présager.

La difficulté tient en ces trois considérations fondamentales : 1° on ne peut immuniser un organisme contre la tuberculose qu'en le rendant tuberculeux; 2° le malade, qui ne peut guérir sa tuberculose, est justement immunisé contre elle, son organisme est riche en anticorps; 3° cette immunité est toujours « fonction de l'hypersensibilité ». Il s'agit donc là de tout autre chose que de l'immunité antitoxique ou antivirulente des maladies aiguës, type variole. Il est de la nature même des choses que l'on ne puisse dans l'un ou l'autre cas arriver à un but identique.

Et tout d'abord, les anticorps, tels que nous avons appris à les connaître, ne semblent jouer aucun rôle : qu'ils soient agglutinants, fixants, précipitants, lytiques, ou qu'il s'agisse encore d'opsonines, leur présence n'empêche pas l'évolution de la tuberculose; les nouvelles tuberculines, qui ont des qualités antigéniques remarquables, ne s'opposent pas au développement du bacille, et, dans la cure de la maladie, comme dans sa prophylaxie, ils semblent également inopérants

On a pensé qu'en modifiant le bacille, dans le fallacieux espoir de conserver ses qualités immunisantes à l'exclusion des autres, on obtiendrait un effet favorable : il n'en est rien. Que l'on varie sa voie d'introduction, que l'on essaie de le rendre plus absorbable, rien n'y fait. La notion d'un vaccin avirulent, *dans la tuberculose*, appelle bien des réserves. En fait, le vaccin de Friedmann, comme tous les vaccins expérimentaux sont soumis à la plus sévère critique.

De même encore, la tuberculine n'a pas tenu les espérances qu'elle avait fait naître. Et les différents extraits bacillaires dont on a voulu se servir se heurtent aux mêmes impossibilités : ce n'est pas en modifiant le terrain ou en provoquant la formation d'anticorps effectifs, qu'ils agissent, mais par des modifications locales qui n'ont plus rien de strictement spécifique, et qui se rattachent à la reizthérapie. (Notons qu'en Amérique, PÉTERSEN : The focal reaction in *Amer. Rev. of Tub.*, mai 1921, met en doute également sa nature spécifique.) « La tuberculine et les autres moyens spécifiques ne guérissent, dit Neufeld, que ceux qui, dans de favorables circonstances extérieures, auraient pu guérir spontanément », et c'est ce qui fait l'importance de la cure tuberculinique, à titre d'indication pronostique. A ce propos, il insiste sur la difficulté qu'il y a à juger de l'évolution de la maladie ; il faut éviter d'expérimenter avec certaines tuberculoses chirurgicales qui guérissent spontanément, et qui sont « le terrain de choix pour toute nouvelle méthode de cure. »

Il nous est impossible de résumer ici toute l'argumentation de Neufeld qui passe en revue successivement tous les points touchant l'immunité et la thérapeutique spécifique dans la tuberculose.

Autre chose, nous dit-il sans cesse, est l'immunisation, autre chose la thérapeutique. Et il conclut : provisoirement, nous devons nous contenter de l'immunité naturelle relative que nous donne l'infection tuberculeuse légère de l'enfance : il n'y en a pas d'autre. Si nous n'obtenons pas davantage, ce n'est pas parce que le bacille est insoluble, ce n'est pas parce que les antigènes partiels qui le composent se combinent défavorablement, ni parce que le mode d'inoculation propice nous échappe, ni parce que nous ne savons pas obtenir des bacilles atténués que l'on puisse injecter à l'homme : cela tient à la nature même du bacille tuberculeux. « Celui qui, dans la tuberculose, cherche une immunité identique à celle de la vaccine, *cherche une chose qui n'est pas, poursuit un fantôme.* »

LÉON-KINDBERG.

REMÈDE DE FRIEDMANN

Le remède de Friedmann (voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 31, p. 489) continue à remplir les journaux médicaux allemands. Il semble donc qu'il devienne plus aisé de se faire une idée plus précise de sa valeur — ou plutôt de son échec. Si quelques auteurs continuent à enregistrer des succès et si Friedmann lui-même prolonge de violentes polémiques où il se donne le rôle de persécuté, la proportion des observations négatives devient imposante ; plus nette encore l'unanimité quasi absolue des recherches de laboratoire ; enfin, une commission officielle hollandaise dont le rapport est analysé in *Zeitsch. f. Tub.*, Bd XXXV, H 3, conclut à son rejet.

Zur Behandlung des Lupus vulgaris mit dem Friedmannschen Tuberkulose mittel. (MARTENSTEIN. *Berl. klin. Woch.*, 1921, n° 13.)

Erfahrungen mit den Friedmannschen Heil und Schutz mittel. (HAGGENEY. *Berl. klin. Woch.*, 1921, n° 35.)

Das Friedmannsche mittel bei richtiger und falscher Anwendung. (VON BANZA. *Berl. klin. Woch.*, 1921, n° 35.)

Zur Schutzwirkung des Friedmannschen Tuberkulose mittels. (KRETSCHNER. *Deutsch. med. Woch.*, 1921, n° 35.)

Weitere Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulose mittel. (MŒWES. *Zeitsch. f. Tub.*, Bd XXXV, H. 2.)

Ueber das Friedmannsche Tuberkulose mittel. (ERNST HASSENCAMP. *Zentrblt. f. Inn. med.*, 1921, n° 15.)

Seul, von Banza est enthousiaste : il a observé une famille dont tous les membres sont morts de tuberculose, sauf une jeune fille traitée par le vaccin de Friedmann.

Par contre, Martenstein dans le lupus, Haggeney dans la tuberculose pulmonaire (95 cas suivis avec soin) ont eu des résultats rigoureusement nuls. Mœwes a divisé ses malades

en deux catégories : les premiers qualifiés de « suspects » répondraient aux plus stricts desiderata de Friedmann : aucun signe de tuberculose manifeste, réactions tuberculiniques nulles ou médiocres... avant comme après le traitement, ils conservent une santé excellente. Les autres, catalogués «tuberculeux » surtout à cause de leurs cuti et intradermoréactions positives, ne présentant que peu de signes physiques, et apyrétiques (?) n'ont eu aucune amélioration des quelques symptômes dont ils se plaignaient... On voit combien il est difficile d'apprécier les heureux résultats d'un remède, quand il paraît plus difficile encore de s'entendre sur le diagnostic des malades à qui on l'applique. C'est ce qu'a très bien vu Hassencamp : les restrictions apportées au choix des sujets, les insuffisances de diagnostic, les conceptions systématiques et discutables de certains médecins sur la tuberculose incipiente, tout cela, sans parler d'erreurs plus conscientes, suffit à expliquer la diversité des conclusions cliniques. Au contraire, au laboratoire, il semble bien qu'il y ait accord parfait. LÉON-KINDBERG.

Beitrag zur antigenen Wirkung von schwachvirulenten Tuberkel bazillen, Schildkröten und anderen saürefesten Bazillen. (FÜRTH. *Zeitsch. f. Hyg.*, déc. 1920.)

Immunisierungs und Heilwirkungen saürefester Stäbchen (Möller, Friedmann) gegen die Tuberkulose von Versuchstieren. (M. KIRCHNER. *Deut. med. Woch.*, 17 fév. 1921.)

Ist die Behandlung der Tuberkulose nach Friedmann eine spezifische? (RIETSCHEL. *Münch. med. Woch.*, 15 avril 1921.)

Vergleichende Prüfung von Tuberkulinen verschiedener Herkunft. (W. DIETRICH. *Deut. med. Woch.*, 14 avril 1921.)

Ueber die antigene Wirkung der Friedmann bazille. (LŒWENSTEIN. *Berl. klin Woch.*, 1921, n° 83.)

Experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Schutzimpfung nach Friedmann an intrakutan infizierten Meerschweinchen. (TÖPPICHS. *Berl. klin. Woch.*, 1921, n° 35.)

Echec de toutes les expériences tentant d'arrêter par inoculation du vaccin, la marche d'une tuberculose provoquée. Le bacille de Friedmann n'a aucune propriété antigénique que la ou les tuberculines puissent mettre en évidence, il ne provoque du reste pas de lésion tuberculeuse, et si, chez l'animal ou l'homme tuberculeux, son injection provoque parfois une réaction locale ou générale qui peut être favorable, c'est à titre de substance hétérogène, comme le lait, tous phénomènes que les Allemands englobent sous le nom de « Reizkörpertherapie ».

Dans un article capital de Neufeld, que nous analysons plus haut, plusieurs pages sont consacrées au vaccin de Friedmann : il nie, au point de vue expérimental, et de façon absolue, et son pouvoir curateur et son pouvoir immunisant, se livre à l'examen critique de la ou des souches dont s'est servi Friedmann, analyse avec une minutie acérée les erreurs ou omissions (qu'il soupçonne souvent volontaires) et les insuffisances dans les expériences favorables rapportées par Friedmann et ses épigones, et, d'une façon plus générale, en matière de tuberculose, considère qu'un vaccin avirulent est une chimère. LÉON-KINDBERG.

Ueber der Beschaffenheit der aus Schildkröten bazillen hergestellten Tuberkulose mittel. (B. HEYMANN et M. KOÏKE. *Zeitsch. f. Tub.*, Bd XXXV, H. 3.) — Sans entrer dans la discussion sur la valeur des vaccins, Heymann et Koïke ont étudié en lui-même le contenu des ampoules livrées au médecin.

Il existe, en effet, trois vaccins-bacilles de la tortue : le « remède de Friedmann », le K. T. B. vaccin de Baum et la « chelonin » de Piorkowski.

Hermann et Koïke montrent la variabilité extraordinaire de la teneur des ampoules en bacilles, variabilité sans rapport aucun avec les étiquettes « émulsion forte » ou « émulsion faible », selon lesquelles il est recommandé de diriger le traitement. Ils insistent aussi sur le chiffre infime de bacilles *vivants* (qui constituent pourtant l'essence même du vaccin) et sur la proportion non méprisable d'ampoules infectées. LÉON-KINDBERG.

Weitere Untersuchungen über einige den Tuberkel bazillen werwandte saürefeste Saprophyten. (BRUNO LANGE. *Zeitsch. Hyg. u. Infkr.*, Bd LXLIII, H 1.)

Tuberkulose studien. IV. Ueber die Thierpathogenität der Gruppe der saürefesten Bakterien; Tierpassagen, Virulenz steigerung und Kulturelles Verhalten. (KOLLE, SCHLOSSBERGER, PFANNENSTIEL. *Deut. med. Woch*, 21 avril 1921.)

Tuberkulose studien. V. Zur Pathogenitat der saürefester bakterien, in besonderen der Passagestämme saürefester Bazillen. (IGERSHEIMER U. SCHLOSSBERGER. *Deut. med. Woch.*, 12 mai 1921.)

Il est évident que le bacille de Friedmann s'apparente au groupe des acidorésistants : bacille du beurre, de la grenouille, de la trompette. Il s'agit donc d'un simple saprophyte. Mais ce saprophytisme est-il essentiel et ne pourrait-on, par des modifications expérimentales, montrer la parenté réelle et profonde de ces microbes et du bacille de Koch?

Pour Lange, il n'en est rien. Les bacilles des animaux à sang froid, déjà fort peu pathogènes pour ceux-ci, gardent leur action nulle sur les animaux à sang chaud et n'ont aucune influence d'aucune sorte sur leur tuberculose.

Kolle, Schlossberger et leurs collaborateurs sont d'un avis opposé : par passages successifs de cobaye à cobaye, ils élèvent la virulence de la souche première, obtiennent une réaction ganglionnaire, en même temps que dans les cultures augmente la ressemblance avec le bacille de Koch authentique et que l'acidorésistance s'accentue. En particulier, si l'on utilise la chambre antérieure de l'œil du cobaye comme point d'inoculation, voici ce qu'on constate : avec la souche primitive une inflammation aiguë, une guérison rapide, peu ou pas de réaction ganglionnaire. Avec les bacilles exaltés par des passages successifs, en employant des doses dix fois moindres, on constaterait, après une période silencieuse d'incubation, une lésion chronique rebelle, une hypertrophie des ganglions qui peuvent se caséifier, même des lésions d'apparence tuberculeuse de la rate.

On voit tout l'intérêt de ces expériences, qu'il serait important de reprendre et de soumettre à la critique. LÉON-KINDBERG.

THÉRAPEUTIQUE

(CHIMIOTHÉRAPIE, PNEUMOTHORAX, CHIRURGIE)

Resistance to tuberculosis. A non-immunologic chemical factor worthy of consideration. (H.-J. CORPER, H. GAUSS and O.-B. RENSCH. *Journ. of Am. méd. Ass.*, 1921, n° 18.) — **Studies on the influence of carbon dioxyde on resistance to Tuberculosis.** (*Amer. Rev. of Tub.*, sept. 1921, n° 7.) — Il y a longtemps que Weber (1889, 1901) a étudié la relation entre la teneur en CO^2 des tissus et la résistance à la tuberculose. Ses arguments empiriques et cliniques (études sur le diabète, les cardiaques) n'étaient toujours ni très rigoureux, ni très justes. (Weber citait par exemple l'amélioration de la tuberculose..,, pendant la grossesse), mais il en avait tiré une méthode de traitement spéciale, et surtout une explication des succès obtenus parfois dans les tuberculoses chirurgicales par la méthode de Bier. Quelques expériences avaient depuis tenté d'élucider le sujet; Corper, Gauss et Rensch, les ont reprises, ils se sont heurtés tout de suite à des difficultés techniques considérables : il faut lire le détail de leurs expériences remarquables. Ils ont en effet réussi à insérer dans les tissus du chien des tubes de cultures de bacilles tuberculeux qu'ils pouvaient à volonté mettre en communication avec l'air extérieur ou avec les gaz des tissus. Ils ont pu ainsi avoir tous les témoins nécessaires, et jamais, lorsque le bacille était en contact avec les gaz des tissus (on trouve dans les tubes 5 p. 100 de Co^2), jamais les cultures ne se sont développées. Ce n'est là qu'un début de travail, un point de départ qui leur paraît très encourageant : en face des déboires que l'étude des anticorps ou des leucocytes nous a donnés chez les tuberculeux, du « mystère de l'allergie », et à côté du rôle important certainement joué par les cellules des parenchymes, ils pensent que l'inhibition des cultures de bacille de Koch par une concentration de CO^2 de 5,5 p. 100, doit être retenue, puisque cette concentration existe normalement et peut être obtenue dans les tissus du corps humain.

LÉON-KINDBERG.

The value of Pneumothorax treatment of pulmonary Tuberculosis. (BOAS. *N. York méd. J.*, 6 avril 1921.)

Tuberkulose behandlung mit künstlichem Pneumothorax. (PLEHN. *Münch. med. Woch*, 13 mai 1921.)

Neun Yahre Pneumothoraxtherapie. (NIEDERHAÜSER. *Schweiz. med. Woch.*, 1921, n° 39.)

Dauererfolge der Pneumothoraxbehandlung bei Lungentuberkulose. (SAUGMAN. *Zeitschr. f. Tub.*, Bd XXXIV, H. 6.)

Voilà maintenant plus de quinze ans que la méthode de Forlanini a été adoptée par la majorité des phtisiologues et l'on commence à pouvoir envisager avec assez de recul les résultats qu'elle donne, comme à mieux préciser ses indications ou sa technique.

Le jugement reste dans l'ensemble favorable : de l'immense littérature que nous avons parcourue à ce sujet (et dont nous n'indiquerons qu'une partie), seul, je pense, Boas est franchement pessimiste. Pour lui, après une amélioration apparente plus ou moins longue, toujours une complication désastreuse vient emporter le malade. La plupart des auteurs par contre enregistrent des résultats satisfaisants et conformes en gros aux conclusions de Burnand (*Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 83) : Niederhaüser a 21,5 p. 100 de guérison, « sujets complètement capables de travailler ». Il faut surtout retenir l'important travail de Saugmann, basé sur 530 cas représentant 11.500 insufflations; comparant les groupes soignés selon l'une ou l'autre méthode (malades choisis « comparables » autant qu'il est possible), il montre que la capacité de travail est trois fois plus forte avec la méthode de Forlanini. Il insiste sur le choix des sujets; sur l'unilatéralité des lésions (pour Plehn, lorsque les lésions opposées ne sont pas considérables, elles sont elles aussi heureusement influencées par « stase veineuse »); sur la longue durée du traitement, d'autant plus que la persistance des insufflations n'empêche pas une vie active; sur les complications possibles; et conclut que « chez les patients bien choisis, le pneumothorax artificiel est une thérapeutique extraordinairement puissante ». Mais il ne doit pas être une ultima ratio, il faut y penser, nous dit Neumayer, dès qu'une tuberculose évolutive *ne s'améliore pas* avec deux ou trois mois de cure. Il faut songer aussi que la durée d'une cure de repos, dans ce cas, ne permet qu'à bien peu de malades de s'y soumettre. Tout compte fait, « le pneumothorax artificiel est le plus grand progrès qu'on ait fait dans la thérapeutique de la tuberculose depuis Brehmer et Dettweiler ». LÉON-KINDBERG.

Trois cas de phtisie galopante traités par la méthode de Forlanini. (P. COURMONT. *Soc. méd. hôp. de Lyon*, 12 avril 1921.) — Véritables résurrections obtenues dans trois cas de phtisie suraiguë, avec infiltration massive du poumon, ramollissement et fonte. « La phtisie galopante fournit les plus beaux succès du Forlanini. » LÉON-KINDBERG.

Note sur la recherche de l'espace pleural dans le pneumothorax artificiel. (R. BURNAND. *Rev. méd. Suisse Rom.*, 1921, n° 3.) — Détails minutieux relatifs à la technique d'une première insufflation. LÉON-KINDBERG.

Importance des mesures exactes de la pression pleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. (G. KÜSS. *Rev. Tub.*, juin 1921, n° 3.) — Le traitement, une fois la première insufflation réussie, est variable avec chaque sujet, il faut comprimer le poumon malade, mais il ne faut pas dépasser la pression nécessaire. Ce n'est que par un examen complet, clinique et radiologique fait en fonction des chiffres fournis par l'appareil, que l'on peut par tâtonnements, dans chaque cas, connaître « l'intensité » de traitement qui convient au malade, savoir : la pression qu'il faut atteindre et la durée qui sépare deux insufflations. L'auteur donne à ce sujet, avec sa compétence et sa précision habituelles, tous les détails techniques, nécessaires, qu'il faut lire dans l'original.

LÉON-KINDBERG.

The cauterization of adhesions. (H.-C. JACOBOEUS. *Surg. Gynec. and Obst.*, juin 1921.) — Jacoboeus dans 40 cas a rompu et cautérisé directement les adhérences pleurales grâce à son « pleuroscope ». Il aurait eu 30 bons résultats. La méthode, évidemment exceptionnelle, s'appliquerait surtout aux adhérences « en ficelle ». LÉON-KINDBERG.

Management of Pleural effusions in the course of therapeutic Pneumothorax. (STIVELMAN and J. ROSENBLATT. *J. Am. med. Ass.*, 2 juillet 1921.) — Les effets immédiats d'un épanchement au cours d'un pneumothorax artificiel sont le plus souvent favorables, les effets tardifs nuisibles. Il ne faut donc pas laisser les épanchements à eux-mêmes; il faut les ponctionner dès que leur volume devient considérable.

LÉON-KINDBERG.

Recherches expérimentales sur la récupération de la capacité respiratoire chez les sujets traités par le pneumothorax artificiel. (DUMAREST et LELONG. *Rev. Tub.*, avril 1921, n° 2.) — La récupération de la capacité respiratoire normale (d'abord diminuée) demande plusieurs semaines. Hors les cas d'urgence, il faut donc comprimer lentement, et ne jamais mettre moins d'un mois pour obtenir un collapsus marqué.

Pleurésie exsudative du « côté sain » chez deux malades traités par le pneumothorax artificiel. (L. DE REYNIER et G. ROSSEL. *Rev. méd. Suisse Rom.*, mars 1921.)

Ein Fall von pleuritischen Exsudat auf der gesunden Lungenseite bei Behandlung der Kranken mit Künstlichem Pneumothorax. (H. ZEMMIN. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, Bd XLVII, H. 2.)

Il s'agit là d'une complication rare, n'entravant pas par elle-même la continuation des insufflations. Guérison dans les trois cas publiés. LÉON-KINDBERG.

Combien de temps doit-on entretenir le pneumothorax artificiel? (JACQUEROD. *Rev. méd. Suisse Rom.*, mars 1921.) — Aussi longtemps que possible. Toute la vie même s'il est nécessaire. On ne regrettera jamais de l'avoir trop longtemps entretenu. LÉON-KINDBERG.

De la fréquence de la symphise pleurale après la résorbtion du pneumothorax. (BURNAND. *Paris méd.*, 23 avril 1921.) — La symphyse, inévitable en cas de pleurésie, n'est pas immédiate : on peut encore trouver un espace pleural libre et reprendre les insufflations dans un laps de temps de deux mois au maximum. LÉON-KINDBERG.

Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. (SAUERBRUCH et BRUNNER. *Zeitsch. f. Tub.*, Bd XXXIV, H. 3-4.) Il faut penser à une intervention chirurgicale lorsque des adhérences trop denses ont rendu le pneumothorax impossible. Sauerbruch et Brunner ont pratiqué la « thoracoplastie extrapleurale » après résection de 10 ou 11 côtes; ils en décrivent soigneusement la technique opératoire. Sur 57 cas, mortalité opératoire (dans les quatre semaines) de 7 p. 100, 26 p. 100 de guérison apparente (mais observées depuis un temps trop court, 42 p. 100 d' « améliorés » (?) et 25 p. 100 de stationnaires ou d'aggravés. L'acte opératoire doit être complété par une cure sanatoriale. LÉON-KINDBERG.

The effects of limiting the respiratory excursions of the upper thorax in refractory cases of pulmonary Tuberculosis. (H. SEWALL and SWEZEY. *Amer. Rev. Tub.*, sept. 1921, n° 7.) — Les auteurs dans des cas de lésions limitées aux sommets ont tenté leur immobilisation par un bandage fortement appliqué à la partie supérieure du thorax, procédé déjà recommandé, croyons-nous, par M. Jacquerod. La méthode ne s'applique bien entendu que si le pneumothorax artificiel est impossible. Sur 18 cas, ils auraient eu 13 améliorations, dont une véritablement impressionnante.

LÉON-KINDBERG.

CONTAGION TUBERCULEUSE

Circonstances et conditions extérieures de la contagion par le bacille tuberculeux. (E. ARNOULD. *Rev. Tub.*, juin 1921, n° 3.)

Les modes de diffusion de la tuberculose à travers le monde. (A. CALMETTE. *Rev. Tub.*, août 1921, n° 4.)

Ansteckungsquellen und Ansteckungswege. (REICHENBACH. *Zeitschr. f. Tub.*, Bd XXXIV, H 7, oct. 1921.)

Ueber Tuberkulose infektion und Tuberkulose erkrankung. (HAMBURGER. *Wien. klin. Woch.*, 1921, n° 38.)

On sait que la guerre a posé, dans toute son acuité, le problème de la lutte contre la tuberculose dans la plupart des



MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE
TRAITEMENT DES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
AIGÜES CHRONIQUES ET A PROCESSUS TORPIDE
PHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
PHOSPHATE DE CRÉOSOTE CHIMIQUEMENT PUR
(80% de CRÉOSOTE ET 20% D'ACIDE PHOSPHORIQUE)
9f LA BOITE DE 7 AMPOULES DE 1cc
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES.
LAMBIOTTE FRÈRES PARIS
L.F.
LAMBIOTTE FRÈRES BRUXELLES

pays civilisés, et que de tous côtés de notables efforts sont faits pour combattre ou tout au moins limiter ce fléau : en attendant, en effet, un remède encore problématique, c'est contre sa propagation que nous pouvons le mieux engager la lutte, et l'étude de cette propagation est par là-même tout à fait à l'ordre du jour.

De tous les travaux du reste, études cliniques, statistiques, anatomo-pathologiques ou bactériologiques, une conclusion se dégage qui rallie tous les phtisiologues, c'est l'importance capitale, essentielle de la contagion interhumaine. Les partisans de l'origine intestinale de la tuberculose humaine (qui semblent perdre du terrain à l'heure actuelle), s'accordent sur ce point avec leurs adversaires, et M. Calmette voit dans le semeur de germes, et surtout dans le semeur de germes intermittent et d'apparence inoffensive, la source de la diffusion tuberculeuse. Il nous paraît cependant difficile d'admettre avec lui que tout sujet qui réagit à la tuberculine doit être ipso facto considéré comme dangereux.

M. Arnould insiste surtout sur les conditions matérielles de la contagion directe : les bacilles projetés dans les plus fines gouttelettes (expériences de Chaussé) peuvent pénétrer non seulement par les voies respiratoires, mais encore par l'œil, le pharynx. Il a réuni les rares observations où chez l'enfant, le moment même de la contagion put être saisi et insiste sur le peu de temps nécessaire (quelques parties d'échec dans une observation de Dietl), et sur l'exiguité de la zone dangereuse autour du semeur de bacilles (Hamburger).

Reichenbach, au Congrès allemand de Bad-Elster (19-21 mai 1921) a repris la question : il est nettement partisan de la voie pulmonaire tant à cause des arguments expérimentaux (quelques bacilles suffisent pour tuberculiser l'animal par inhalation) que de l'étude anatomo-pathologique.

Il adopte également les conclusions de Flugge; ce ne sont pas les gros crachats qui sont les plus dangereux, mais les petites gouttelettes que, dès le début, le tuberculeux éparpille autour de lui, sans même s'en douter. Pour le petit enfant, cependant, les bacilles mêlés à la poussière pourraient jouer un rôle important.

Reichenbach n'admet pas les idées de Römer sur les réinfections endogènes de l'adulte, pour des raisons du reste purement théoriques. Il demande que soient particulièrement suivis les enfants à cutiréaction négative : resteront-ils indemnes ou immunisés? s'ils deviennent tuberculeux, feront-ils, ce qu'exigerait la théorie de Römer, une tuberculose aiguë et particulièrement grave?

En tous cas, dans ses conclusions, Reichenbach, de même que Hamburger, réinsiste sur le rôle primordial du tousseur qui sème les bacilles dans la contagion et la propagation de la tuberculose. LÉON-KINDBERG.

Die Tuberkulose sterblichkeit der Porzellanarbeiter Thüringen. (L. VOLLRATH. *Beitr. z. klin. d. Tub.*, 1921, Bd XLVII, H 2.)

Ueber die Tuberkulose der Staubarbeiter im besonderen im Porzellangewerbe. (R. RÖSZLE, *Beitr. z. klin. d. Tub.*, 1921, Bd XLVII, H. 2.)

Tuberkulose und Arbeit. (KOËLSCH. *Zeitschr. f. Tub.* Bd XXXIV, H 7.)

On sait qu'il est de notion courante que certains métiers, favorisant l'irritation du poumon, fourniraient un contingent particulièrement grave de tuberculeux ; en particulier, l'inhalation des poussières siliceuses chez les ouvriers porcelainiers a été souvent incriminée ; des enquêtes minutieuses faites en Allemagne, il semble pourtant résulter que là encore ce soit la contagion interhumaine qui joue le rôle primordial.

Les trois articles cités sont unanimes sur ce point : pour Vollrath, la tuberculisation des ouvriers de Thuringe est fonction, non de leur métier, mais des conditions sociales et hygiéniques déplorables dans lesquelles ils vivent hors de l'atelier. Il cite des groupes assujettis au même travail, mais chez qui la phtisie ne se développe guère parce qu'ils échappent à la vie misérable des autres agglomérations ouvrières. Röszle, Kelsch pensent, de même, que c'est hors des usines, que ces ouvriers se contaminent, ni plus ni moins que d'autres artisans, vivant dans les mêmes conditions. Kelsch se méfie des statistiques où de simples konioses ont été comptées — et longtemps soignées — comme tuberculoses. Bien plus, pour Röszle, la légère irritation qu'entretient la poussière des ateliers de porcelaine, loin de favoriser le développement du bacille de Koch, l'entraverait plutôt et pourrait, par la sclérose qu'elle entraîne, aider à la cicatrisation de lésions déjà existantes.

Il pense même que la silice devrait entrer dans la thérapeutique antituberculeuse. LÉON-KINDBERG.

Unmittelbare Beobachtungen über Tb. k. Infektion in der Familie. (Th. KÖFFLER. *Münch. med. Woch.*, 11 sept. 1921, n° 37.)

Tuberkulose und Wohnung. (ABEL. *Zeitschr. f. Tub.* Bd. 34 H. 7)

Tuberculosis of Husband and Wife. (H. LEE BARNES. *The Amer. Rev. of Tub.*, oct. 1921, n° 8.)

Mêmes résultats dans les recherches sur la contagion familiale, sur le rôle de l'habitation. C'est toujours la propagation de la tuberculose autour du semeur de bacilles que l'on retrouve ; et ceci explique que dans les mêmes quartiers, dans une population homogène, ayant mœurs et occupations identiques, il existe des îlots infectés. Toutes les enquêtes aboutissent à la même conclusion : il faut éloigner le malade contagieux. Il faut surtout éloigner les enfants. Köffler montre que lorsque le semeur de bacilles a une expectoration riche en bacilles, *tous* les enfants autour de lui sont contaminés.

Pour Barnes, la contagion serait, du reste, fréquente chez les adultes, et la tuberculose conjugale n'est pas une rareté ; d'une statistique minutieusement étudiée du sanatorium de Rhode-Island, il ressort que la mortalité par phtisie est trois fois plus grande chez les veufs dont le premier conjoint est mort phtisique lui-même. LÉON-KINDBERG.

Die Bedeutung der Hausthiere für die Verbreitung der Tuberkulose. (Lydia RABINOVITSCH. *Zeitschr. f. Tub.*, Bd XXXIV, H 7, oct. 1921.) — Augmentation marquée de la tuberculose du chien et du chat en Allemagne depuis 1914. Conformément aux conclusions françaises anciennes (G. Petit) l'auteur pense qu'elle joue un rôle, secondaire sans doute, mais certain dans la propagation de la tuberculose humaine.

LÉON-KINDBERG.

I. La période anteallergique de la tuberculose; — II. Etudes critiques de la méthode des cutiréactions en série; — III. Nouvelles recherches expérimentales et cliniques. (R. DÉBRÉ, J. PARAF et L. DAUTREBANDE. *Ann. de méd.*, 1921, t. IX, n° 6.) — Les auteurs continuent leurs très intéressantes études sur la contamination tuberculeuse du nourrisson : dans un premier mémoire (Debré et Jacquet, *Ann. de méd.*, 1920), ils avaient pu, chez trois nourrissons, préciser la date de l'infection et constater l'apparition de la première cutiréaction positive. La « période anteallergique » a une durée maxima de quatre mois.

Dans le deuxième mémoire, ils étudient la valeur de la méthode. Et, tout d'abord peut-on se fier à la cutiréaction chez le nouveau-né « qui ne réagit pas »? C'est là une simple apparence. Le temps de latence est fonction, non de l'âge du sujet, mais de l'intensité de l'infection. « Si les nouveau-nés ne réagissent pas à la tuberculine, c'est que les réactions sont faites trop tôt après la contamination. »

D'autre part, la répétition des cuti ne sensibilise ni l'enfant sain, en faisant paraître chez lui des réactions faussement positives, ni l'enfant tuberculeux comme le croient Hamburger et l'école allemande.

Dans leur troisième mémoire, les auteurs précisent certains points de leurs recherches : ils apportent divers exemples où l'on a pu déterminer avec exactitude la date de la contamination, ils montrent que la durée de la période anteallergique est inversement proportionnelle à l'intensité de la tuberculose ultérieure, si celle-ci se développe, qu'elle se prolonge au maximum, lorsque l'infection doit rester latente ; chez le cobaye ils ont pu préciser la proportion qui existe entre cette durée et la quantité de bacilles inoculés.

Enfin, chez le nouveau-né, aucun signe clinique ne devance la cutiréaction à la tuberculine : les réactions locales et générales vont de pair.

Dans un cas de L. Bernard et Débré (*Soc. méd. hôpit. de Paris*, 6 janv. 1921), c'est simultanément que l'on avait pu observer quelques phénomènes généraux et locaux, des signes physiques et radiologiques, et la première cutiréaction positive. LÉON-KINDBERG.

The relationship between deseased Tonsils and pulmonary Tuberculosis. (Rhodes. *New-York med. Journ.*, 4 déc. 1920.)

The tonsillar ronte of Infection in pulmonary Tuberculosis. (Van Zwaluwenburg and Grabfield. *Amer. Rev. of Tub.*, mars 1921.)

The incidence and Histopathology of Tuberculosis of the Tonsils. (Weller. *Arch. Int. med.*, juin 1921.)

Ueber die neue Tuberkulose welle, nebst einem Beitrag zum jetzigem Stand der Tonsillar tuberkulose. (Cramer. *Beitr. z. klin. der Tub.*, 1921, Bd XLIX, H 2.)

On sait qu'à maintes reprises on a soutenu l'origine pharyngée de la tuberculose pulmonaire ; le bacille, à la faveur d'une lésion plus ou moins latente des amygdales, ou même à travers une amygdale saine, gagnerait le poumon par l'intermédiaire des lymphatiques cervicaux : après les travaux anatomiques démontrant l'absence de ces communications lymphatiques, les recherches classiques de Nobécourt et Tixier montrant l'extrême rareté de la tuberculose amygdalienne, ces théories semblaient définitivement abandonnées ; mais voici que de nouveau, l'attention est attirée sur l'amygdale et ses rapports avec la phtisie. Sans doute, la tuberculose tonsillaire reste rare : Weller qui en étudie les formes principales : inflammatoire cryptique, ulcérative, type lupus, et miliaire diffuse ne l'aurait rencontrée que dans 2,35 p. 100 des cas sur 8.697 examens consécutifs. Pour Cramer, cependant, elle serait en augmentation marquée, et, sans entrer dans des détails anatomiques, Rhodes aurait, chez tout tuberculeux, toujours retrouvé une amygdalite ancienne ; il pense même que l'amygdalectomie serait favorable, à la période de début de la tuberculose.

Le point de départ de Zwaluwenburg et Grabfield est un peu différent : c'est l'étude de la pleurite apicale (« pleural cap ») que nous résumons ailleurs.

Pour eux, la tuberculose du sommet se développe de la plèvre vers le parenchyme pulmonaire, et ils mettent cette lésion pleurale en rapport avec une lésion cervico-tonsillaire : chez 16 malades porteurs de tuberculose amygdalienne, *tous* avaient la « pleural cap » très nettement accentuée ; trois seulement sur 27 sujets sans lésions des amygdales.

D'autre part, ils ont constaté le même rapport entre la plèvre et les ganglions cervicaux ; enfin, ils ont, chez des tuberculeux, trouvé de la tuberculose des amygdales dans 69 p. 100 des cas et rappellent que Williams aurait fait les mêmes constatations dans 86 p. 100 des cas d'adénopathie bacillaire.

Ils pensent donc que — dans un nombre notable de cas — l'origine pharyngée de la tuberculose pulmonaire doit être soupçonnée. Ils ont l'impression du reste que la plèvre est une barrière solide, où le plus souvent le bacille de Koch se trouve arrêté.

Léon-Kindberg.

SYMPTOMATOLOGIE — DIAGNOSTIC

Tuberculose pulmonaire et gravidité. (E. Rist. *Rev. Tub.*, août 1921, t. II, n° 4.)

Ueber Tuberkulose und Schwangerschaft. (Kehrer. *Münch. med. Woch.*, 1921, n° 37 ; — *Zeit. f. Tub.*, oct. 1921, Bd XXXIV, n° 47.)

Gestation et tuberculose. (Léon Bernard. *Presse méd.*, 16 nov. 1921, n° 92.)

Il est de notion courante que la gravidité donne un coup de fouet à la tuberculose ; c'est pour parer à cette menace de phtisie galopante que Maragliano, le premier, proposa d'interrompre systématiquement la grossesse des femmes tuberculeuses. Cette doctrine, qui fut accueillie en Allemagne avec enthousiasme, semble y avoir encore de chauds partisans, avec quelque atténuation peut-être.

Pour Kehrer, dans son rapport au Congrès de Bad-Elster, il faut régler sa conduite selon l'étendue des lésions. Quand la tuberculose en est au stade 1 de Turban, elle peut rester stationnaire : c'est l'expectative armée pour l'accoucheur.

Au stade 2 de Turban, l'indication est absolue, il faut intervenir : l'opération de choix est l'extirpation abdominale totale de l'utérus et des annexes. Elle donnerait une amélioration dans 80 à 90 p. 100 des cas.

Au stade 3 de Turban, il n'y a rien à faire ni à espérer.

Il y a longtemps que les accoucheurs français ont protesté contre une telle doctrine : ils se sont, avec des nuances, tous plus ou moins ralliés à la formule de Pinard « soigner la tuberculose et surveiller la grossesse ». Les phtisiologues insistent à leur tour : si les dangers de la grossesse ne sont pas niables pour la femme tuberculeuse (et l'anergie bien étudiée par Nobécourt et Paraf avant et après l'accouchement nous en donne la raison), l'avortement, nécessairement fatal à l'enfant, reste très grave et ne semble pas augmenter les chances de survie de la mère. Il faudra surtout éviter que la mère tuberculeuse allaite son enfant (L. Bernard).

M. Rist insiste sur l'influence parfois providentielle du pneumothorax artificiel si les lésions sont unilatérales ; il a permis dans plusieurs cas de mener à bien une grossesse et un accouchement dont le pronostic apparaissait singulièrement sombre.

Léon-Kindberg.

Syndrome oculaire spontané dans la tuberculose pulmonaire du sommet. (Souques. *Acad. de méd.*, 12 avril 1921.)

L'inégalité pupillaire provoquée dans la tuberculose pulmonaire. (E. Sergent. *Acad. de méd.*, 12 avril 1921.)

L'inégalité pupillaire provoquée dans le diagnostic des affections pleuro-pulmonaires et spécialement de la tuberculose. (E. Sergent, Périn et Alibert. *Rev. Tub.*, oct. 1921, n° 5.)

Il y a longtemps que M. Sergent insiste dans son enseignement sur l'inégalité pupillaire dans les lésions du sommet : selon qu'il y a excitation ou destruction des filets du sympathique (le plus souvent par les adhérences pleuro-pulmonaires), il y a mydriase ou myosis du côté atteint.

Le syndrome sympathique peut être plus complet. M. Sergent en distingue quatre variétés :

1. Inégalité simple, la pupille du côté malade étant d'abord plus grande, devenant ensuite plus petite ;
2. Myosis, diminution de la fente palpébrale et rétraction du globe ;
3. Myosis, plus troubles vasomoteurs de la pommette et de l'oreille ;
4. Dilatation de la pupille et troubles vaso-moteurs.

Mais, en dépit d'un examen minutieux (fait de préférence à la chambre noire), l'inégalité peut être difficile à apprécier, ou impossible à déceler. A la suite de Cantonnet, Sergent recommande l'usage de collyres myotiques ou mydriatiques, en particulier l'instillation d'une goutte de collyre à l'atropine symétriquement faite dans les deux yeux. L'œil du côté malade perd ses réflexes le premier, et la dilatation pupillaire devance celle de l'autre côté (la dilatation normale est complète en vingt-cinq minutes). De plus, cette dilatation, qui dure deux ou trois jours, persiste plus longtemps, l' « inégalité de retour » peut durer quarante-huit heures. Ce serait là, chez un malade suspect de tuberculose, un signe de localisation très important, et qui pourrait même avoir la valeur d'un signe d'évolution.

Léon-Kindberg.

Valeur des variations du bacille tuberculeux au point de vue du diagnostic et du pronostic de la tuberculose pulmonaire. (F. Bezançon et A. Rollot. *Sect. d'ét. scient. de l'Œuvre de la tub.*, 12 fév. 1921, in *Rev. Tub.*, 1921, n° 2.) — (Rollot. *Th. de Paris*, 1921.) — Il est impossible de tirer une conclusion certaine du nombre et de l'aspect des bacilles étudiés dans les crachats. En particulier on ne saurait interpréter l'aspect granuleux comme traduisant des phénomènes lytiques, et partant favorables.

Léon-Kindberg.

L'autoürinoréaction de Wildbolz chez les enfants tuberculeux. (Schreiber. *Rev. Tub.*, 1921, n° 2.)

Etude critique de l urointradermoréaction de Wildbolz. (F. Bezançon et M.-P. Weil. *Rev. Tub.*, 1921, n° 5.)

Beitrag zu der Frage der Eingenharnreaktion nach Wildbolz. (A. Orlianski. *Med. Klin.*, 1921, n° 45.)

Wilbolz, un médecin suisse, en 1919, pensant que l'urine des tuberculeux en activité renferme une substance antigène spéciale, tenta de la démontrer par l'injection intradermique : comme pour la tuberculine, une infiltration circonscrite constitue une réponse positive. Il ne semble pas, cependant, que l'on puisse fonder sur elle un diagnostic de tuberculose, et à plus forte raison en déduire une appréciation exacte sur l'évolution de la maladie ou le pronostic de la forme clinique.

Léon-Kindberg.



La prophylaxie antiseptique des maladies vénériennes, par le Dr GAUDUCHEAU. 31 pages. — Paris, Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAUSES, SYMPTOMES & DIAGNOSTIC

DES

NÉPHRITES AIGUËS[1]

EVOLUTION GÉNÉRALE DES NÉPHRITES AIGUËS. — Nous avons vu, à propos de chaque forme clinique, que la terminaison pouvait se faire vers la guérison ou la mort.

Les néphrites aiguës passagères et une grande quantité des néphrites aiguës prolongées évoluent vers la guérison. Au contraire, les néphrites suraiguës évoluent le plus souvent vers la mort. Celle-ci sera annoncée par l'apparition de phénomènes urémiques : les vomissements, le délire, la somnolence, l'anurie aboutissant au coma sont d'un pronostic très grave, mais cependant pas désespéré. Un traitement énergique peut, dans quelques cas, donner une guérison inattendue.

Enfin, dans certains cas, l'*albuminurie* persiste à l'état chronique. Ce passage à l'état chronique peut s'effectuer de deux manières :

1. Ou bien le malade paraît complètement guéri, mais il se fait dans les reins un travail lent de sclérose qui aboutit quelques années après à une néphrite chronique ;

2. Ou bien, au cours de la néphrite aiguë, les symptômes diminuent, s'amendent et deviennent de moins en moins aigus; mais les œdèmes et l'albuminurie persistent et s'aggravent au moindre écart de régime. Cette persistance de l'albuminurie, aboutissant à l'albuminurie chronique, peut se faire de diverses manières :

— tantôt l'albuminurie persiste, intermittente, se reproduisant irrégulièrement sous l'influence de causes variées ;

— tantôt l'albuminurie persiste, constatable tous les jours, mais aux mêmes heures : albuminurie du jour et non de la nuit, albuminuries orthostatiques, etc. ;

— tantôt l'albuminurie est permanente, invariablement, nuit et jour et quel que soit le régime : c'est une *albuminurie résiduale*. Dans ces cas, il s'agit sans doute de lésions parcellaires du parenchyme rénal ou de fragilité rénale.

— si, après la poussée de néphrite aiguë, le malade n'a plus d'albuminurie, si l'épreuve de la perméabilité rénale, le dosage de l'urée sanguine et l'épreuve de la chlorurie alimentaire sont normales, le *malade est guéri*.

— si l'épreuve de l'albuminurie provoquée est seule positive, on dira que le malade est atteint de *débilité rénale*.

— si, enfin, il y a de la rétention azotée et chlorurée, on redoutera l'évolution d'une néphrite chronique.

DIAGNOSTIC. — **I. Diagnostic positif.** — Les néphrites aiguës sont caractérisées par un certain nombre de symptômes cardinaux :

1. *Le syndrome urinaire.* — Les urines sont rares, peu abondantes, hautes en couleur, souvent bouillon sale, ou bien rougeâtres ou hématuriques. La densité et l'acidité sont élevées. Les dosages montrent une diminution notable du taux d'élimination de l'urée, des chlorures; il y a une forte dose d'albumine. La centrifugation des urines et l'examen du culot montre l'existence de globules rouges, de leucocytes, de cylindres variés. L'épreuve du bleu de méthylène permet de déceler une imperméabilité rénale nette; l'épreuve de la chlorurie alimentaire montre de la rétention chlorurée. Enfin, le dosage de l'azote uréique dans le sérum montre que la rétention de l'urée peut s'élever à 1 gramme et au dessus.

2. Les *œdèmes* sont constants dans la plupart des formes cliniques; parfois localisés à la face, aux mains, aux pieds, ils envahissent parfois tout le corps, donnant lieu à la production d'anasarque. Les plèvres, le péricarde, le péritoine peuvent contenir des exsudations et les viscères s'infiltrent d'œdème, en particulier le cerveau, le foie, les reins et les poumons.

3. Les *symptômes urémiques* sont le plus souvent atténués, consistant en céphalée, crampes, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vision, dyspnée, vomissements, diarrhée, etc. Dans les formes suraiguës, on voit survenir du délire, des attaques convulsives aboutissant au coma et à la mort.

4. Le *syndrome cardio-artériel* est inconstant : poussées d'hypertension artérielle, dilatation passagère du cœur donnant lieu à un bruit de galop du cœur droit.

5. On note enfin, le plus souvent, des *signes infectieux généraux* : fièvre élevée, douleurs lombaires, augmentation de volume du foie, de la rate, leucocytose sanguine.

II. Diagnostic différentiel. — On discutera le diagnostic avec :

1. La *congestion passive des reins*, où il y a oligurie et albuminurie. Mais la fièvre fait défaut; on constate une affection du cœur ou des voies respiratoires à l'état chronique. On constate l'existence d'œdèmes d'origine cardiaque et non rénale.

2. *La fièvre typhoïde.* — Nous avons vu que certaines formes de néphrites aiguës pouvaient simuler la fièvre typhoïde par le délire, la fièvre, l'albuminurie. Mais la marche de la température est caractéristique, l'albuminurie reste légère et passagère; la recherche des taches rosées, de l'hypertrophie de la rate, le séro-diagnostic et l'hémoculture peuvent faire le diagnostic.

Dans certains cas, les hématuries attirent surtout l'attention : il faudra distinguer les hémorragies d'origine traumatique, lithiasique ou tuberculeuse. L'absence de syndrome aigu, infectieux, aiguille le diagnostic vers une de ces affections.

L'hématurie consécutive à une embolie rénale est marquée par un début brusque, des frissons, des vomissements, des douleurs profondes dans la région lombaire. L'auscultation du cœur révélera l'existence d'une endocardite.

III. A quelle forme de néphrite a-t-on affaire? — 1° La *néphrite suraiguë* succède à une intoxication grave par le sublimé, le phosphore, la cantharide, etc., ou survient au cours d'une maladie infectieuse très grave. L'anurie persistante, puis les symptômes urémiques la caractérisent et aboutissent au coma.

2° En présence d'une néphrite aiguë, il est impossible de dire d'emblée s'il s'agit d'une néphrite passagère ou prolongée. En règle générale, on peut admettre que :

— si les symptômes apparaissent dès le début de la phase aiguë de la maladie, s'ils se traduisent par de l'albuminurie avec cylindrurie, il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une néphrite aiguë passagère ;

— si, au contraire, l'albuminurie survient au cours de la convalescence d'une maladie aiguë; si les œdèmes, la céphalée, les vomissements, etc., se produisent; il s'agit alors de néphrite aiguë prolongée.

Dans le premier cas, le pronostic est bénin. Dans le deuxième cas, des réserves devront être faites au point de vue de l'avenir.

IV. Les reins ont-ils récupéré complètement leurs fonctions? — On ne pourra l'affirmer que si aucun phénomène morbide ne s'est produit pendant les années qui suivent la guérison apparente. En principe, les règles générales indiquées par Talamon restent toujours vraies :

— il faut que l'albuminurie ait disparu sans retour offensif ;

— l'excrétion de l'eau doit être redevenue normale (épreuve de l'hydrurie expérimentale) ;

— les taux des principes salins et organiques de l'urine doivent être normaux. Les épreuves de la chlorurie expérimentale doivent être normales. Le dosage de l'urée sanguine doit rester entre 0g30 et 0g50 ;

— le cœur doit rester normal : pas d'hypertension, pas d'hypertrophie, pas de bruit de galop ;

— enfin, il ne doit pas y avoir de troubles de la perméabilité rénale au bleu de méthylène, et l'épreuve de l'albuminurie provoquée doit rester négative. Si toutes ces épreuves donnent des résultats normaux, on pourra penser que le malade est guéri.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 96, p. 1543, et n° 98, p. 1575.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MUTATIONS DANS LES ASILES DE LA SEINE. — M. le Dr Sérieux, médecin en chef de l'Asile clinique (service de l'admission), est affecté au même établissement (division des femmes), en remplacement de M. le Dr Dagonet, admis à la retraite.

M. le Dr Colin, médecin en chef de l'Asile de Villejuif (troisième section), est affecté à l'Asile clinique (service de l'admission), en remplacement de M. le Dr Sérieux, qui reçoit une autre affectation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. André Devic et Garin.

— Marseille. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination, comme internes titulaires, de MM. Massot, Conil, Rathelot, Lahayville, Zucarelli, Salen, Vignoli, Tristant, Benet, Chabert.

Ont été nommés internes provisoires : MM. Donnier, Marcou, Garcin, Artaud (Louis), Margaillan, Guieu, Mathieu, Artaud (Adrien).

— Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Brunet, Poinso, Raybaud, Perrimond, Jaur, Bianchi, Chosson, Meynadier, Caire, Lombard, Dias-Cavaroni, Imbert, Clément (Marius), Mlle Lefranc, M. Clément (Jean), Mlle Dormoy, M. Isemein, Mlle Coulange, MM. Brugeas, Darcourt, Donati, Thorame, Xardel, Monges, Floren.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Bactériologie. — Un cours pratique de bactériologie et de sérologie appliquées au diagnostic et au pronostic des infections s'ouvrira le 15 janvier 1922 sous la direction du prof. Arloing et du prof. agrégé L. Thévenot, au laborotoire de médecine expérimentale. Il comprendra 30 séances de manipulations de 14 à 17 h. et se terminera le 10 mars. Droits de laboratoire : 150 fr.

Un diplôme intitulé « Certificat de bactériologie de l'Université de Lyon » est en voie de préparation. Il pourra être obtenu après examen par les assistants du cours qui le désireraient.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au 10 janvier, dernier délai.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — *Institut de médecine et de pharmacie coloniales* (subventionné par la municipalité de Marseille et le Conseil général des Bouches-du-Rhône). — L'enseignement colonial, créé à Marseille en 1899, a été réorganisé et élargi sous la forme d'un Institut de médecine coloniale, pour donner aux médecins français et étrangers une connaissance théorique et surtout pratique des maladies tropicales, de l'hygiène navale et des sciences qui s'y rattachent.

L'enseignement est donné du 1er janvier au 30 juin. Il est divisé en deux sessions d'un trimestre chacune. La première session commencera le ... janvier 1922.

1° Diplôme : A la fin de chaque session (fin mars et fin juin) les étudiants subissent un examen en vue de l'obtention du diplôme d'études supérieures de médecine ou pharmacie coloniales, de l'Université d'Aix-Marseille.

Des épreuves spéciales supplémentaires peuvent conférer, en plus, le titre de médecin sanitaire maritime.

2° Enseignement : L'enseignement est clinique, théorique et essentiellement pratique.

Dispositions générales. — Conditions d'admission : Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine et de pharmacie coloniales :

1° Les docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe français;

2° Les étrangers pourvus d'un diplôme de doctorat universitaire français, mentions médecine ou pharmaciens de 1re classe;

3° Les docteurs ou pharmaciens de 1re classe étrangers pourvus d'un diplôme médical étranger admis dans les facultés françaises;

4° Les étudiants en médecine et en pharmacie des facultés et écoles françaises pourvus de 12 (A. R.) ou 16 (N. R.) inscriptions médicales et de 8 (A. R.) et 12 (N. R.) inscriptions pour les études pharmaceutiques, sans distinction de nationalité;

5° Les internes en médecine et en pharmacie des hôpitaux à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité;

6° Les élèves des écoles indigènes de médecine coloniale de Hanoï, Tananarive, Dakar, pourvus des diplômes délivrés par ces écoles (sous réserve de l'application des lois sur l'exercice de la médecine en France);

7° Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'Ecole de médecine, à partir du 1er octobre : tous les jours, de 11 heures à midi et de 15 heures à 17 heures.

Les titres, diplômes, certificats universitaires de scolarité, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance et un certificat de nationalité visé par leur consul devront être produits au moment de l'inscription.

Tous les renseignements seront donnés au secrétariat de l'Ecole et pourront être demandés au secrétaire général de l'Institut de médecine coloniale (secrétariat de l'Ecole de médecine, Pharo-Marseille).

Droits à verser : Droits d'immatriculation, 20 francs; droits de bibliothèque, 10 francs; droits de laboratoire, 150 francs.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie en cours d'études dans les conditions indiquées ci-dessus sont dispensés des droits d'immatriculation et de bibliothèque.

Le droit d'examen (30 francs) est versé au moment de l'examen.

La dispense d'une partie des droits de laboratoire peut être accordée, à titre exceptionnel, par M. le Directeur à des docteurs ou des étudiants français qui devront adresser une demande justificative au secrétaire général de l'Institut de médecine coloniale.

— NANTES. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira le 27 février 1922.

Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira le même jour.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Deporte (de Trévoux) et Grimaldi de Sansonnetti (de Marseille).

LIVRES NOUVEAUX

Traité des affections de l'oreille (1), par M. LERMOYEZ, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine; M. BOULAY, ancien interne des hôpitaux de Paris, et A. HAUTANT, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Tome Ier : *Généralités, Oreille externe, Oreille interne.*

Le premier volume du *Traité des affections de l'oreille* qui vient de paraître marque une date dans l'histoire de l'otologie française. Pour la première fois, depuis que s'est créée la spécialité otologique, un guide clair, pratique et complet, est mis à la disposition du public médical.

On retrouve, dans ce traité, les merveilleuses qualités de clarté et de précision qui ont fait, il y a vingt ans, le succès de la *Thérapeutique des maladies de l'oreille* de Lermoyez et Boulay. Les symptômes minutieusement étudiés sont groupés de façon à être présentés sous forme d'indications thérapeutiques. Le spécialiste qui lira ce livre verra tout de suite l'intérêt qui s'attache à la recherche d'un symptôme, puisque, de l'existence de ce symptôme découlera son orientation thérapeutique.

C'est ce mode d'exposition qui donne à ce traité son allure si vivante.

Les notions étiologiques et pathogéniques sont réduites à l'indispensable, à ce qui paraît actuellement bien établi.

La nouveauté essentielle de ce traité, c'est le développement pris par l'étude de la technique chirurgicale spéciale. A l'aide de figures claires et démonstratives, les procédés opératoires otologiques modernes sont lumineusement exposés. Les auteurs ont su élaguer les innombrables procédés opératoires sans intérêt. Forts de leur expérience, ils indiquent pour chaque cas le procédé qui leur a donné les meilleurs résultats.

(1) Grand in-8 raisin de 1.014 pages avec 345 figures dans le texte. — Prix : 65 francs. — Paris, G. Doin.

La première partie de ce volume donne les notions générales de séméiologie et de thérapeutique auriculaire. C'est d'abord l'exploration de l'oreille externe et du tympan, avec l'examen fonctionnel de l'appareil de l'audition, puis la description des différentes manœuvres otologiques : aération de la caisse, nettoyage de l'oreille, massage de l'oreille, instillations de liquides dans la caisse, bougirage, etc.; les nombreux « petits trucs » de la spécialité sont merveilleusement mis en valeur; nous signalons principalement le chapitre sur les tympans artificiels qui constitue une mise au point parfaite de la question.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à la thérapeutique spéciale; c'est d'abord le traitement des malformations du pavillon, des maladies du conduit auditif externe; puis celui des otites moyennes aiguës, des mastoïdites. C'est enfin celui des otorrhées; ce chapitre contient une nouveauté essentielle. Pour la première fois, en France, la distinction est formellement établie entre l'otite moyenne chronique purulente et l'otorrhée tubaire; or, comme l'écrivent les auteurs, « ce qu'il ne faut pas faire contre une otorrhée tubaire, c'est tout ce qu'on fait habituellement contre une otorrhée purulente; voilà pourquoi le diagnostic différentiel de ces deux otorrhées est si important ».

Dans les derniers chapitres du volume I, l'étude des surdités est abordée. Réservant pour le volume II l'étude des surdités hématogènes et ostéogènes, ils exposent ici avec une parfaite clarté les surdités rhinogènes.

Ce livre sera lu par chacun avec fruit; les jeunes y apprendront tout ce qu'ils ne savent pas encore, les « moins jeunes » y apprendront souvent ce qu'ils croyaient savoir.

A. MOULONGUET.

Les agents physiques et la physiothérapie (1), par le Dr Pierre BOULAN, chef du service de radiologie et d'électrothérapie à l'hôpital de Saint-Germain.

La physiothérapie ne cesse d'évoluer depuis quelques années et elle a pris une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique. Mais la rapidité même de ses progrès font que le médecin-praticien qui n'a pas beaucoup le temps de lire et qui ne peut pas tout lire, ignore parfois toutes les ressources que lui offrent les agents physiques. Le Dr Boulan, dont l'autorité en physiothérapie est bien connue, vient d'écrire un excellent petit livre qui permettra à tous les praticiens de se tenir au courant des ressources actuelles de la physiothérapie. Ecrit sous la forme d'une Revue générale des agents physiques et de leur application à la thérapeutique, clairement présenté, cet excellent ouvrage est appelé à rendre les plus précieux services. L. G.

RENSEIGNEMENTS

ŒUVRE DE PLACEMENT DE MASSEURS AVEUGLES DE GUERRE (14, rue Daru). — Permanence pour les soins aux malades, de 9 h. à 11 h. du matin. (Tél. : Elysées 60-13.)

Pour tous renseignements, écrire au secrétariat, 14, rue Daru.

Permanence du secrétariat : ouvert le lundi, de 14 à 16 h.

Lisez l'**AGENDA P.-L.-M. 1922** qui vient de paraître. Cette luxueuse publication littéraire et artistique publie des textes signés de nos meilleurs écrivains; 12 hors texte en couleurs et plus de 250 croquis originaux de peintres et de dessinateurs réputés et de nombreuses reproductions photographiques inédites. Une pochette de 12 cartes postales illustrées est offerte à tout acheteur.

Prix : 5 francs. En vente : grands magasins, agences de voyage, gare P.-L.-M. et rue Saint-Lazare, 88, Paris.

(1) Un vol. in-12 relié. — Prix : 4 fr. — Collection Payot, 106, boul Saint-Germain.

REVUE GÉNÉRALE

LES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

LEUR EMPLOI EN CHIRURGIE ET PARTICULIÈREMENT EN UROLOGIE[1]

Par J. MARTIN,
Professeur agrégé de chirurgie (Toulouse).

Applications chirurgicales des courants de haute fréquence. — La seule dont nous nous occuperons, est la destruction des tissus normaux ou pathologiques.

Les chirurgiens se sont servis des courants de haute fréquence de deux façons : 1° en plaçant l'électrode à une certaine distance des tissus à détruire. Il se produit alors des étincelles qui détruisent les tissus par action mécanique de choc. C'est la *fulguration*; 2° en plaçant l'électrode au contact des tissus à détruire, c'est alors seulement l'action de la chaleur qui intervient, *électro-coagulation thermique*.

1° La fulguration, appelée d'abord *sidération* par Keating-Hart son inventeur, est la première méthode en date (rapport de Pozzi à l'Académie de médecine sur le travail présenté par Keating-Hart, juillet 1908). Elle utilise les étincelles de très haute tension obtenues avec le grand résonnateur d'Oudin.

Les effets locaux de l'étincelle sont les mêmes, quels que soient les courants employés pour la produire, mais *ces effets sont en raison directe de la longueur de cette étincelle et de sa fréquence*. Plus l'étincelle sera longue et plus elle sera répétée, plus ses effets destructeurs seront importants. Or, en raison même de l'énorme tolérance de l'organisme pour les courants de haute fréquence, on peut avec ces courants employer des étincelles très longues (de très haute tension par conséquent) et très fréquentes, et obtenir, sans réaction dangereuse de l'organisme, des effets bien plus importants qu'avec les étincelles fournis par d'autres espèces de courants. Cela ne veut pas dire que le procédé soit complètement indolore; lorsque les étincelles ont plus de 2 centimètres de longueur, au dire de Keating-Hart, l'anesthésie est nécessaire, mais on n'observe pas les contractions musculaires, la tétanisation que l'étincelle faradique produit habituellement, à condition toutefois qu'on utilise les étincelles tirées du résonnateur d'Oudin uniquement. Si l'on branche en même temps un fil sur le solénoïde primaire et qu'on agisse en bipolaire le choc est des plus violents (2).

Voici quels sont les effets de l'étincelle, d'après l'excellent rapport de Keating-Hart au Congrès d'électrothérapie de 1908 :

Sur la peau saine, l'étincelle produit d'abord de l'ischémie, puis de l'œdème, ensuite une phlyctène, enfin une escarre molle ou sèche suivant le mode opératoire employé. En effet si on tient l'électrode à la distance des tissus maximum pour que l'étincelle se produise, et qu'on la promène pour éviter l'échauffement de la couche d'air qui la sépare des tissus, l'action mécanique est à peu près seule à intervenir, et l'on obtient une escarre molle, peu rétractile, donnant ultérieurement une belle cicatrice comparable à celle obtenue avec les caustiques alcalins. Si au contraire on rapproche l'électrode des tissus et qu'on la tienne immobile, il se manifeste des effets calorifiques très importants et on obtient une escarre noire, dure, sèche, rétractile, comparable à celle que produit le thermocautère.

Sur les tissus cruentés et saignants, l'hémorragie s'arrête par suite de la vaso-constriction et de la coagulation des exsudats et des tissus superficiels. Il se produit bientôt après un abondant écoulement de lymphe correspondant à l'œdème plus haut indiqué.

Notons que l'escarre n'est pas toujours immédiate, qu'elle peut se manifester seulement pendant les jours qui suivent.

Avec la fulguration l'escarre est en général tout à fait superficielle, de 1 à 2 millimètres de profondeur, et ne dépasse jamais 2 centimètres de profondeur, à moins qu'on ne prenne la tumeur à détruire entre deux pôles, dans ce cas on peut doubler l'épaisseur de l'escarre.

Constatation extrêmement importante, la plaie produite par la chute de l'escarre a une remarquable tendance à la cicatrisation très rapide.

Donc la fulguration emploie des courants de très haute tension fournis par le grand résonnateur d'Oudin, en unipolaire habituellement. Elle détruit les tissus par une action mécanique. Son principal avantage est de produire une escarre peu rétractile, dont la chute laisse une plaie rapidement cicatrisée, mais son action est peu profonde, aussi n'est-elle employée que comme complément d'une opération chirurgicale.

2° Electro-coagulation thermique : le mot est de Doyen, parfaitement clair, comme d'ailleurs l'article où il expose ses travaux sur ce sujet.

Pour Doyen, dans la fulguration, seuls les effets thermiques comptent. En refroidissant par un courant d'air la surface étincelée, on réduit à presque rien l'action de l'étincelle. On augmente au contraire ses effets en rapprochant l'électrode des tissus.

Doyen montra en outre que les étincelles obtenues en branchant directement la prise de courant sur le solénoïde primaire sont beaucoup plus efficaces que celles tirées du résonnateur d'Oudin. *Il y a donc avantage à employer des courants de basse tension et de forte intensité.* Les effets de ces courants sont d'ailleurs encore plus puissants si l'on met l'électrode au contact même des tissus (on supprime ainsi l'étincelle et on utilise la seule action thermique du courant). Il est également très avantageux d'agir en *bipolaire* en réunissant le lit métallique sur lequel est couché le malade à l'autre extrémité du solénoïde primaire. C'est la *voltaïsation bipolaire*. Avec cette technique, en se servant d'un appareil construit par Gaiffe sur ses indications, Doyen obtenait des escarres de 5 à 8 centimètres d'épaisseur, en 2 minutes.

Doyen employait une assez large électrode. De cette façon il obtenait, non une escarre noirâtre, carbonisée et rétractile comme celle produite par une petite électrode, mais une escarre par coagulation des tissus, s'éliminant et se cicatrisant facilement. C'est l'*électrocoagulation thermique*.

En mesurant au moyen de l'ondomètre de Ferrié (plus haut signalé), la longueur d'onde des courants

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 99, p. 1581.
(2) Cette remarque faite par KeatingHart tenait sans doute à ce fait que l'appareil employé par lui donnait des trains d'onde trop éloignés avec un voltage trop considérable, d'où résultent de véritables phénomènes de faradisation. On ne les observe plus avec les appareils actuellement utilisés, ou ils sont très réduits.

employés, Doyen arriva à se convaincre que les phénomènes douloureux, observés par certains expérimentateurs, étaient dus à la trop grande longueur d'onde. Les contractions musculaires, pénibles pour des longueurs d'onde de 1.500 à 2.000 mètres, disparaissent quand la longueur d'onde est réduite, et la longueur optima est pour lui 100 mètres.

Doyen pensait que le plus grand avantage de la destruction des tumeurs par la voltaïsation bipolaire était que les cellules cancéreuses, moins résistantes à la chaleur et plus fragiles que les cellules normales, étaient détruites bien au-delà de la zone d'action visible. Il voyait dans ce procédé, non comme Keating-Hart, un complément de l'action chirurgicale, mais au contraire une intervention se suffisant à elle-même, et plus efficace que l'exérèse chirurgicale.

En somme Doyen utilise le seul effet thermique du courant de haute fréquence, à l'exclusion de tout effet mécanique de l'étincelle, et il montre que cette action est infiniment plus puissante en utilisant des courants de forte intensité et de bas voltage, surtout si l'on agit en bipolaire.

Que reste-t-il aujourd'hui de la fulguration et de l'électro-coagulation thermique en chirurgie? Pas grand chose nous semble-t-il. Des méthodes plus efficaces (rayons X, radium) les ont remplacées pour poursuivre les cellules cancéreuses au-delà de la zone opératoire, ou traiter les cas inopérables. Le bistouri semble avoir reconquis une bonne partie du terrain que l'électro-coagulation thermique paraissait pouvoir lui enlever. Et en somme peu de chirurgiens sont encore, croyons-nous, fidèles à ces méthodes. Cependant elles ont ouvert le chemin à l'emploi des courants de haute fréquence en urologie, et on ne peut comprendre les usages précieux qu'en fait cette spécialité, si l'on ne sait d'abord ce que sont la fulguration et la voltaïsation. Mais aussi elles ont perdu de leur prestige, car on ne les y considère plus comme un moyen puissant d'action contre le cancer. On pense même que les cancers n'en sont plus justiciables, et leur rôle se réduit, comme on le voit, à celui d'un simple cautère.

Les courants de haute fréquence en urologie. — La fabrication d'appareils producteurs de courant de haute fréquence facilement transportable, relativement bon marché et d'un usage commode, a beaucoup contribué à vulgariser l'emploi de ces courants en urologie. Il était possible de construire de tels appareils parce que, dans cette spécialité, il n'est pas nécessaire d'employer des courants aussi puissants que pour la fulguration ou la voltaïsation bi-polaire.

Les appareils les plus usités sont ceux construits par Gaiffe, Löwenstein, Drapier. Le plus récent, comme aussi celui qui nous paraît le plus parfait, est l'appareil construit par Beaudouin, sur les indications de Heitz-Boyer.

La construction schématique de ce dernier (fig. 4) est facile à comprendre en se reportant à ce que nous avons dit plus haut. C'est le montage classique de d'Arsonval avec deux condensateurs. Le solénoïde primaire est ici continué par un second solénoïde qui fonctionne comme un résonnateur d'Oudin. Les deux solénoïdes ne sont en connexion que si l'on abaisse une manette placée sur la partie supérieure de l'appareil de telle façon que *le chirurgien peut utiliser à sa guise, des courants dérivés du solénoïde primaire, de forte intensité et bas voltage par conséquent, ou des courants de résonance. de haut voltage et basse intensité.*

Les courants dérivés du primaire ont une intensité variable suivant le nombre de tours des spires du solénoïde en prise, que l'on fait varier au moyen d'un commutateur placé sur le devant de l'appareil.

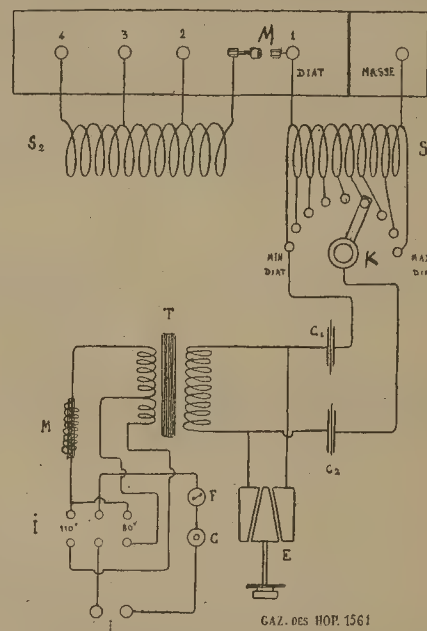


Fig. 4. — *Schéma de l'appareil de Heitz-Boyer.* — Négliger, pour mieux comprendre d'abord la construction de l'appareil, toute la partie en bas et à gauche de la figure jusqu'au transformateur survolteur T. En E, éclateur allongeant et fractionnant l'étincelle. C_1C_2, condensateurs. K, commutateur. S_1 solénoïde primaire. S_2, résonnateur. M, manette de connexion entre S_1 et S_2. 1, 2, 3, 4, prises successives de courant de voltage de plus en plus fort et d'intensité de plus en plus faible.

Sur le solénoïde de résonance, trois prises de courant permettent d'en utiliser une longueur plus ou moins considérable et d'avoir ainsi des courants d'un voltage de plus en plus élevé. Pour accorder le résonnateur dans chacune de ces positions, on agit, non sur le solénoïde de résistance lui-même, mais sur le solénoïde primaire, dont on fait varier la longueur au moyen du même commutateur, destiné à varier l'intensité du courant primaire.

Ajoutons qu'une prise de courant, marquée masse, permet de brancher un second fil pour agir en bipolaire.

Cet appareil fournit une gamme très complète de courant de haute fréquence, depuis le courant de forte intensité (jusqu'à 4 ampères en circuit fermé), permettant des effets puissants de diathermie, jusqu'aux courants de haut voltage et très faible intensité donnant de belles étincelles de résonance (1).

Un ampèremètre est annexé à l'appareil. Il est indispensable, pour utiliser sans danger des courants de forte intensité, dont on ne peut contrôler, en somme, les effets qu'imparfaitement par la vue, à travers le cystoscope. C'est un ampèremètre thermique, le seul qui puisse fonctionner avec des courants intermittents — l'aiguille du galvanomètre est, en effet, folle sous l'influence d'un courant alternatif, dont le sens change rapidement. — Cet ampèremètre est essentiellement constitué par une résistance qu'échauffe le courant de haute fré-

(1) De voltage très inférieur cependant aux étincelles utilisées par Keating Hart pour la fulguration, mais celles-ci ne peuvent être obtenues qu'avec des appareils beaucoup plus puissants.

quence; sa dilatation, sous l'influence de la chaleur, est traduite en ampères par une aiguille tournant sur un cadran gradué.

C'est le seul appareil de mesure et il est regrettable, qu'en l'état actuel de la science, on ne puisse pratiquement connaître le voltage, la longueur d'onde, le nombre de silences... des courants employés, car nous manquons de précision sur l'importance relative de ces éléments dans l'utilisation urologique des courants de haute fréquence et c'est certainement une grave lacune (1).

Il est une autre lacune qui nous paraît regrettable aussi, c'est l'incertitude dans laquelle nous sommes sur la différence d'action du courant dans l'air ou dans l'eau. La façon dont Edwin Beer, dont nous décrirons tout à l'heure la méthode, est arrivé à utiliser le courant de haute fréquence est à cet égard assez instructive.

Edwin Beer, cherchant à réaliser un cautère commode pour agir dans la vessie à travers un cystoscope à cathétérisme, pensa qu'on pourrait employer à cet effet les courants de haute fréquence. Il soumit son idée à l'ingénieur électricien de la maison Wapler et lui demanda son avis. Celui-ci lui répondit que la chose était impossible pour deux raisons, d'abord parce qu'il était nécessaire qu'une couche d'air fut interposée entre les tissus et l'électrode pour que l'étincelle se produisit, ensuite parce que le cystoscope de Nitze étant métallique absorberait certainement tout le courant. Quelques autres personnes compétentes, consultées par Beer, furent d'un avis identique. Cependant, Beer ne se découragea pas et malgré ces avis, paraissant autorisés, il fit construire une électrode constituée par un fil de cuivre parfaitement isolé, avec laquelle il put détruire des verrues sous l'eau, sans interposition d'air, l'électrode étant au contact des tissus. Il essaya ensuite de faire la même intervention, l'électrode engainé dans un cystoscope et il eut la joie de constater que les effets destructifs du courant étaient les mêmes, que le métal du cystoscope n'absorbait pas le courant et que même la lampe brûlait parfaitement. La méthode de l'électrocoagulation intravésicale était trouvée, il ne restait qu'à en régler la technique.

Les travaux d'Heitz-Boyer et Cottenot ont montré, quelques temps après, que même la production d'étincelle était possible dans la vessie, à condition qu'elle fut remplie d'eau distillée (moins conductrice que l'eau ordinaire) et ils ont utilisé ses effets mécaniques.

Il ne reste donc rien des critiques de l'ingénieur de la maison Wapler, mais vraisemblablement les effets des courants de haute fréquence sont très différents dans l'eau et dans l'air, il serait utile de savoir dans quelles proportions?

Une étincelle de résonance qui mesure dans l'air 2 centimètres, n'a plus dans la vessie que 1 ou 2 millimètres. L'action de cette étincelle dans la vessie est-elle fonction de sa longueur, comme dans l'air (cf. plus haut)? Elle serait alors bien minime! ou bien le voltage considérable, qu'elle nécessite, commande-t-il une action puissante?

Quant à l'action du courant au contact, elle est sans doute modifiée par la présence de l'eau qui absorbe de la chaleur au niveau du plateau de l'électrode, qui refroidit également la muqueuse, quelle est l'importance de ce facteur?

Pour entrer de l'empirisme dans une voie vraiment scientifique, il serait, nous semble-t-il, nécessaire d'étudier tout cela. C'est sans doute ce qu'a tenté de faire le Professeur Jeanbrau, dont une communication annoncée pour le dernier Congrès d'urologie portait pour titre : « A propos de l'emploi des courants de haute fréquence en chirurgie. Le mécanisme dans l'air et dans l'eau de l'étincelage de Heitz-Boyer. » Mais nous n'en connaissons pas encore le contenu.

Il serait utile également de mieux connaître la différence d'action, quand on se sert d'un seul électrode (méthode unipolaire) ou de deux (méthode bipolaire).

Certainement, nous savons que le courant de haute fréquence suit toujours, entre deux électrodes, un trajet nécessaire, fixé par la forme même des électrodes (voir plus haut), et dans ce solide, les effets sont proportionnels à la densité du courant. *Lorsqu'on agit en unipolaire*, vraisemblablement, le tronc de cône d'action du courant tend à devenir une surface circulaire, c'est-à-dire que le courant se répand sur la muqueuse, et la densité devenant dès lors très faible à peu de distance du point de contact, les effets thermiques doivent être très limités. Il doit donc y avoir entre les deux méthodes une différence d'effet très considérable, sur laquelle il ne nous paraît pas qu'on ait suffisamment insisté, à tel point qu'à lire les auteurs, on a presque l'impression qu'il est indifférent d'employer la méthode unipolaire ou la bipolaire!

Ces quelques réserves faites, exposons la façon dont les spécialistes se servent des courants de haute fréquence pour agir dans la vessie.

Comme en chirurgie générale, on peut utiliser ces courants de deux façons :

1° En plaçant l'électrode directement au contact des tissus, c'est la méthode de Beer, l'*électrocoagulation* (1) (cf. voltaïsation de Doyen).

2° En plaçant l'électrode à une certaine distance des tissus, c'est l'étincelage de Heitz-Boyer et Cottenot (cf. fulguration de K.-Hart).

1° ÉLECTRO-COAGULATION. — Cette méthode, la première en date, a été proposée par Edwin Beer, en 1910.

Beer emploie comme Keating-Hart le courant dérivé du grand résonnateur d'Oudin, courant de *haute tension* par conséquent, utilisé au moyen d'*une seule électrode*. L'intensité du courant est graduée au moyen d'un rhéostat placé dans le circuit.

Voici exactement comment procède Beer. La vessie étant remplie d'eau distillée, on pousse à travers le cystoscope à cathétérisme, et bien entendu sous le contrôle de la vue, l'électrode jusqu'à la tumeur, l'insinuant si possible entre ses villosités.

On donne alors le courant pendant quinze à trente secondes. Aussitôt on voit quelques bulles de gaz bouillonner autour du point d'application de l'électrode sur la tumeur. Les tissus blanchissent fortement autour de ce point, et quand après avoir coupé le courant on retire l'électrode, on constate qu'elle est le plus souvent adhérente et qu'avec elle viennent quelques lambeaux de tissus brûlés de la tu-

---

(1) La question est tellement importante qu'elle a été à l'ordre du jour d'un Congrès de physiothérapie, 1909, rapport de Turpain.

(1) Beer n'a pas donné ce nom à sa méthode, il ne lui en a donné aucun. Électro-coagulation est de Doyen, il exprime bien l'action principale du procédé.

meur. A la place de l'électrode existe une cupule plus ou moins profonde, noirâtre, formée par des tissus carbonisés, entourés d'une zone blanchâtre.

On fait en divers points de la tumeur autant d'applications de même durée (quinze à trente secondes) qu'il est nécessaire pour la détruire. Deux ou trois applications suffisent pour détruire les tumeurs toutes petites, Beer est allé jusqu'à vingt applications dans une seule séance, mais ne les a pas dépassées; il conseille même de ne pas aller aussi loin.

Les jours suivants les tissus détruits se désagrègent et s'éliminent.

Si, quelques jours après, une cystoscopie montre quelques parties de tumeur non détruites, on fait de nouvelles applications (1).

Au bout de deux à trois semaines, quand on voit bien le pédicule, on le cautérise, si c'est nécessaire, avec précaution, pour éviter une perforation possible de la vessie.

L'hémorragie n'est pas à craindre au cours des séances, cependant il peut s'en produire une légère au moment où l'on retire l'électrode adhérente, mais une nouvelle application sur le point qui saigne en a facilement raison.

La destruction de la tumeur elle-même n'est pas douloureuse et ne nécessite pas l'anesthésie. Le malade n'accuse une sensation pénible et une douleur que lorsqu'on touche la muqueuse vésicale, ce qui d'ailleurs est un précieux avertissement permettant d'éviter les perforations de la vessie.

Telle est la méthode préconisée par Edwin Beer. Les points particuliers de sa technique sont les suivants :

Beer utilise uniquement les effets thermiques des courants de haute fréquence en portant l'électrode sur les tissus à détruire et en évitant ainsi toute production d'étincelles. En somme ce que Doyen avait fait pour les tumeurs cutanées, il le réalise pour les tumeurs intravésicales.

Il se sert de courants de *basse tension ou potentiel* puisqu'il règle l'éclateur à un dixième ou un huitième de pouce, c'est-à-dire à 3 ou 5 millimètres. Il obtient ainsi des trains d'ondes rapprochés et évite la production de phénomènes douloureux (voir plus haut). Mais il élève le potentiel du courant d'utilisation par l'emploi du résonnateur d'Oudin et se sert donc de *courants utiles de haute tension*. Cependant il paraît ignorer des travaux de Doyen ce point capital, que les *courants utiles de basse tension*, dérivés du solénoïde primaire sont infiniment plus puissants que les courants de haute tension, et surtout si on les utilise *en bipolaire*.

2° Etincelage. — Peu de temps après que Beer avait décrit sa méthode, Heitz-Boyer et Cottenot, faisant en somme retour à la fulguration, préconisaient l'*étincelage* (XVe Congrès d'urologie, 1911) dont le but est de détruire les tissus pathologiques par la seule action mécanique de l'étincelle, tandis que Beer utilisait on l'a vu la seule action thermique du courant de haute fréquence.

Au premier abord les raisons donnés par ces auteurs paraissent convaincantes. Leur méthode présenterait comme avantage essentiel une « sécurité absolue » par une « limitation des effets destructeurs ». On obtient en effet par l'étincelage seulement une destruction superficielle, comme dans la fulguration (voir plus haut), tandis qu'avec la méthode de Beer les effets sont profonds, impossible à doser au moment où on les produit, car la zone de coagulation et l'escarre définitive ne se manifestent que quelques jours après, de telle sorte que les effets définitifs sont toujours plus considérables que les effets primitifs, observés sous le cystoscope, et cela dans une proportion indéterminée.

La technique employée par Heitz-Boyer est d'ailleurs simple. On se sert d'une électrode de calibre élevé (n° 22 ou 24 de la filière Pasteau), mieux isolée qu'une électrode de calibre plus petit et permettant à cause de son large plateau d'étinceler une surface plus large. On la conduit à travers un cystoscope à cathétérisme, et sous le contrôle de la vue, jusqu'à une faible distance de la tumeur à détruire, 1 à 2 millimètres, puis « on fait passer le courant et on voit alors une pluie d'étincelles s'abattre sur la tumeur. Si sa surface est lisse, elle va blanchir, puis s'affaisser et se recroqueviller; si elle est irrégulière, villeuse, toutes les saillies vont être véritablement pulvérisées sous l'influence des étincelles qui s'abattent sur elles..., l'action du courant peut être prolongée autant que le permet la tolérance du patient ou celle du chirurgien. L'un de nous a fait des séances d'une heure et plus, en laissant le courant agir à chaque application pendant cinq, huit, dix, quinze minutes de suite » (1).

L'exactitude du point de vue de Heitz-Boyer, considérant que l'étincelage agit par seul effet mécanique, est assez difficile à soutenir et la vérité paraît, comme le pense le Professeur Legueu, qu'on ne peut séparer complètement les effets mécaniques et les effets thermiques des courants de haute fréquence, surtout dans la vessie où, quelque attention que l'on prête aux manœuvres, l'électrode touche toujours de temps en temps la paroi au cours de l'étincelage, ou s'en éloigne au contraire pendant l'électro-coagulation, donnant lieu dans ce dernier cas à la production d'étincelles. Il reste que « avec les courants de haute tension nous avons une coagulation moindre et une action disruptive plus grande. Avec la diathermie nous avons une coagulation plus forte et une action disruptive plus faible, mais elle existe aussi et elle n'est pas contestable ».

L'inconvénient de la méthode de Heitz-Boyer est certainement sa lenteur. C'est sans doute la raison pour laquelle sa faveur n'a pas été considérable et aussi parce que la production d'étincelles intravésicale n'est pas toujours aussi facile que le laisse supposer Heitz-Boyer (2). D'ailleurs l'auteur lui-même a modifié, et sans doute fort heureusement élargi, sa technique (Société de chirurgie, 1920). Grâce à la variété de courants que permet d'obtenir son appareil, il peut faire une destruction rapide des grosses tumeurs par la diathermie, et, n'a recours à l'étincelage qu'au moment précis où il approche du pédicule et de la paroi vésicale, faisant

(1) Heitz-Boyer conseille d'attendre deux à trois semaines avant de faire de nouvelles séances parce qu'il faut ce temps-là pour que les parties nécrosées soient éliminées et aussi parce que, avant cette période, il y a des lésions d'œdème qui masquent le résultat acquis.

(1) Marion et Heitz-Boyer. *Traité pratique de cystoscopie*, 1914.

(2) Heitz-Boyer conseille de régler à l'air libre la résonance, de telle façon que l'étincelle soit de 1 centimètre et demi ou 2. En réalité, si on essaye de faire de l'étincelage dans ces conditions avec des courants dérivés du résonnateur on n'obtient rien dans la vessie, le courant diffusant tout de suite dans le milieu vésical. Il faut, pour obtenir un résultat, employer les courants chauds ou demi-chauds de son appareil. Mais alors que devient la seule action mécanique ?

usage de courants de moins en moins intenses à mesure qu'il se rapproche de la paroi.

Il nous paraît bien que nous avons avec l'appareil d'Heitz-Boyer un instrument extrêmement précieux à la fois par sa puissance ou sa légèreté d'action, mais à condition de le manœuvrer avec une extrême prudence. Il suffit d'ailleurs de voir comment à l'air libre le tissu néoplasique est véritablement volatilisé en quelques instants quand on agit en bipolaire avec des courants d'intensité, pour comprendre combien la prudence est nécessaire quand on opère dans la cavité vésicale.

* * *

Il nous faudrait maintenant étudier les indications et les résultats de l'emploi des courants de haute fréquence en urologie. Tel n'est pas notre but aujourd'hui, cela nous entraînerait trop loin, mais sans doute tenterons-nous bientôt ce travail de mise au point et de bibliographie.

Dans les pages qui précèdent nous avons eu seulement pour but de permettre à un ignorant qui voudrait se documenter avant de se servir d'un appareil de haute fréquence d'en comprendre le fonctionnement.

Pour terminer et conclure, disons qu'avec la diathermie nous possédons en urologie un moyen de détruire les tissus..., un cautère en somme et rien plus, mais extrêmement précieux par sa puissance et sa souplesse. Restera-t-il ou sera-t-il détrôné par d'autres moyens plus commodes? Nous ne saurions le dire, cependant il nous semble bien qu'il a acquis définitivement droit de cité.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Traités classiques de physique générale et médicale : Turpain, Broca, Brodier, etc.

Annales d'électricité médicale (journal du professeur Bergonié) depuis 1904.

Edwin Beer. Traitement des papillomes bénins de la vessie par le courant de haute fréquence d'Oudin introduit à travers un cystoscope à cathétérisme, *Med. Record*, 1913, p. 242.

Bergonié. Les applications médicales de la diathermie, *Ann. d'électr.*, 1913.

Courtade. *Electrothérapie appliquée à l'urologie*, Lefrançois, 1921.

Doyen. Voltaïsation bipolaire et électro-coagulation thermique, *Ann. d'électr.*, 1909.

Heitz-Boyer. *Soc. de chir.*, 1920; — Voir Marion.

Keating Hart. Sur l'action de l'étincelle sur les tissus, *Ann. d'électr.*, 1908.

Legueu. De l'électro-coagulation thermique des tumeurs de la vessie, *Arch. urol. de Necker*, fasc 2, t. I.

Marion et Heitz-Boyer. *Traité de cystoscopie et de cathétérisme urétéral*, Masson, 1914.

Nagelschmidt. Effets thermiques produits par les courants de haute fréquence sur l'organisme, *Ann. d'électr.*, 1910.

Oudin. L'*Electricien*, 5 août 1893, p. 86.

Rechou. La diathermie, ses actions physiologiques, *Th. de Bordeaux*, 1912.

Salomonson. Le mode d'action des courants de haute fréquence, *Ann. d'électr.*, 1908.

(1) Nous donnons simplement la liste des principaux ouvrages qui nous ont servis à la rédaction de cet article. On trouvera d'autres références dans les *Annales d'électricité médicale* et le *Journal d'urologie*.

Les trois états de la matière, par Mary Laurent, pharmacien de 1re classe. Broch. petit in-8 carré, 1922. — Paris, Maloine et fils.

ACTUALITÉS

QUELQUES NOTIONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE CALCIFIANTE

Je n'ai pas la prétention d'exposer, dans cet article, la thérapeutique calcifiante dans tous ses détails; il y faudrait un volume. Plus modestement, je me bornerai aux données indispensables pour la comprendre et l'appliquer, ce qui suppose, au préalable, une idée claire de ce qu'est la minéralisation en général.

La matière *vivante* ne se compose pas de carbone, azote, hydrogène et oxygène, mais aussi de phosphore, soufre, chlore, sodium, potassium, calcium, magnésium, fer, silicium, etc. Autant qu'on le sache actuellement, ces derniers corps, bien qu'en quantité parfois très petite, jouent un rôle beaucoup plus important que les quatre premiers parce qu'ils constituent l'atmosphère ionique des micelles et que toutes les réactions colloïdales se passent entre cette atmosphère et le milieu intermicellaire. Il en résulte, et les belles recherches de MM. G. Bertrand et Delézenne notamment l'ont déjà laissé entrevoir, que les propriétés de la matière vivante dépendent bien plus de la nature variable des ions minéraux que des molécules dites organiques. Quand on a débarrassé l'albumine de toutes ses prétendues impuretés (minéralisateurs), il ne reste plus, en effet, qu'une substance inerte.

Depuis une cinquantaine d'années, de nombreux travaux, parmi lesquels ceux de l'Ecole française tiennent la première place, ont établi que chaque tissu a ses *dominantes* minérales, phosphore et magnésium pour le tissu nerveux, fer et potassium pour les hématies, phosphore et calcium pour les os, potassium et magnésium pour les muscles, chlore et sodium pour les humeurs, etc. Toute diminution notable d'une dominante entraîne l'altération du fonctionnement et de la structure du tissu ou de l'organe correspondant. C'est ce qu'ont montré, en particulier, les analyses de M. Gaube, de M. A. Robin et de Renaut (de Lyon), et, d'après Gueuther, les glandes endocrines n'échappent point à cette loi; enfin, depuis Charrin, on n'ignore plus qu'un certain équilibre de la minéralisation est une des conditions de la résistance contre les infections dont les germes sont, ainsi que l'avaient prouvé les mémorables expériences de Raulin, exaltés par les plus faibles modifications du milieu minéral.

Chez l'homme, le calcium est un des éléments essentiels de ce milieu et nous allons spécialement nous en occuper.

* * *

Beaucoup de maladies sont décalcifiantes, mais la décalcification est souvent accompagnée de déphosphorisation; nous laisserons cependant cette dernière de côté parce que le phosphore n'a pas du tout la même action que le calcium et que, d'ailleurs, le phosphore, contrairement à ce que l'on dit quelquefois, ne favorise nullement la fixation du calcium.

On mesure la décalcification par la calciurie qui, normalement de 0g23 à 0g32, peut atteindre et dépasser 0g50. Elle s'observe surtout dans les troubles gastro-intestinaux avec fermentations acides, dans la grossesse et l'ostéomalacie de la femme par

déplacement des réserves calciques et aussi, comme dans l'ostéomalacie masculine, par déficience de certaines glandes endocrines, dans le rachitisme et certains retards de croissance ou viciations du squelette qu'influencent des insuffisances à la fois digestives et endocriniennes, dans les affections hépatiques par défaut, la cellule du foie réglant l'élaboration calcique, dans les affections des glandes closes, maints hormones intervenant, directement ou indirectement, sur la fixation ou la mobilisation de la chaux tissulaire, dans quelques formes de l'arthritisme, surtout le diabète et l'obésité, peut-être le rhumatisme déformant, où, d'après Renaut, l'hypercalcification ne serait qu'apparente, dans le surmenage qui acidifie les humeurs, dans l'épilepsie, la chorée, la tétanie, l'hystérie, la neurasthénie et diverses psychoses où la déminéralisation est également phosphorique, magnésienne et calcique et dépend de causes complexes, à la fois somatiques et psychiques, enfin dans les infections. Pour celles-ci, le mécanisme de la décalcification est variable. Quand il s'agit de la pneumonie, de la grippe, de la rougeole, des oreillons, de la scarlatine, de la typhoïde et des paratyphoïdes, des méningococcies, de l'encéphalite épidémique, etc., il semble que, si l'on fait abstraction d'une modification préalable du terrain ayant favorisé l'infection, la décalcification ne devienne sensible qu'au moment de la crise ou de l'entrée en convalescence; les urines sont alors chargées de sels calciques parce que, suivant l'interprétation de M. A. Robin, les déchets tissulaires et microbiens empruntent à l'organisme les alcalins et les terres dont ils ont besoin pour s'éliminer. Quand il s'agit de la syphilis et du paludisme, la déminéralisation n'apparaît nettement qu'à la période cachectique, mais elle peut être provoquée, dès le début, par le mercure, l'arsenic et la quinine. Par ce qui précède, on comprend, au surplus, que tout accès de fièvre soit suivi d'une déminéralisation générale plus ou moins marquée. En ce qui regarde la tuberculose, la plupart des cliniciens sont d'accord pour reconnaître que la décalcification favorise le développement et l'aggravation de la maladie. M. Loeper a insisté sur la fréquence des troubles gastro-intestinaux acides au début de la tuberculose, et M. E. Sergent sur les conséquences désastreuses, à ce point de vue, de la médication lacto-bacillaire ; M. A. Robin a montré la décalcification des poumons et du squelette des tuberculeux, et M. Ferrier celle des dents, tandis que M. L. Rénon et M. Lecreux ont signalé la rareté relative ou la bénignité de la tuberculose chez les ouvriers qui manient la chaux et dans les pays où les eaux de boisson sont chargées de calcaire. Tout cela est assez distant de la conception de la tuberculose qui a présentement cours, mais les faits sont là. On ne saurait tenir compte des analyses que Steinitz et Weigert ont opposé à celles de M. A. Robin pour la raison que le témoin était un gastro-entéritique décalcifié. Remarquons, en outre, que, chez les « bons malades », ceux qui guérissent ou ne font qu'une tuberculose torpide, la calciurie est faible ou absente, tandis qu'elle est forte chez ceux qui ont des poussées évolutives et que la primo-inoculation est toujours grave chez les enfants affaiblis, rachitiques, héréditaires, bref déminéralisés. On en vient ainsi à se demander si les accidents spéciaux de la tuberculose de l'adulte que l'on attribue actuellement à des réinoculations massives dans l'état allergique, ne seraient pas en partie imputables à une décalcification occasionnelle du terrain, permettant aux foyers anciens de se rallumer avec une grande violence, d'autant que le réveil tuberculeux et les poussées se montrent, la plupart du temps, précédés par des troubles déminéralisateurs, fatigue, coup de froid, choc émotionnel, infection, etc., et que l'on comprend que les réactions d'un organisme décalcifié ne soient pas les mêmes que celles de l'enfant, qui, précisément parce que non déminéralisé, a pu résister victorieusement à la primo-inoculation. Mais alors que deviendrait l'allergie ? Malheureusement, les recherches de chimie physiologique ont été trop négligées depuis les inventions d'Ehrlich et de son école pour qu'il soit possible de donner, à l'hypothèse précédente, une base solide.

*
* *

La cause des effets nocifs de la décalcification doit être cherchée dans les propriétés du calcium. J. Loeb, Mac Callum, Lowenhart ont établi expérimentalement que l'excitabilité des tissus animaux dépend de la présence de l'ion calcium dans les micelles. D'après Curci, Ringer et Gueuther, l'ion calcium excite les muscles splanchniques, notamment ceux du cœur et des vaisseaux, alors que, dans le neurone, il augmente la résistance au passage de l'influx, modère la conductibilité et l'excitabilité nerveuses; en d'autres termes, il rend les colloïdes musculaires plus labiles, plus stables, au contraire les colloïdes nerveux. Et ces propriétés rendent compte des troubles observés chez les décalcifiés, tant gastro-intestinaux que neurasthéniques et tuberculeux, où l'irritabilité nerveuse est concomitante d'une impuissance musculaire accusée surtout dans le domaine des fibres lisses. Sans nous arrêter à l'influence du calcium sur l'activation du suc pancréatique, la coagulabilité sanguine, la résorption des œdèmes et la diurèse, il convient du moins, de mentionner son électivité pour le tissu osseux, qui jouit du pouvoir de floculer et de précipiter les micelles calciques : ce pouvoir paraît tenir à un certain état physico-chimique, car, avec l'âge ou la maladie, d'autres tissus sont capables de l'acquérir, cartilages vrais, ligaments, tendons, tissus élastiques, cicatriciels, etc. Ces infiltrations calciques revêtent normalement l'allure de procédés de défense, même quand elles sont pathologiques, comme M. O. Josué l'a indiqué pour l'athérome et Rendu pour les tophi. Il s'en suit aussi qu'elles sont très stables. Le calcium des tissus nobles est plus aisément entraîné et restitué que celui du squelette, des productions morbides, des ostéophytes et des cicatrices, et, par conséquent, quand on poursuit la récalcification, il faut s'attendre à voir les glandes, les muscles et le tissu nerveux récupérer leur calcium, bien avant les tissus infiltrables. C'est pourquoi, chez les tuberculeux, par exemple, la calcification des lésions n'apparaît que longtemps après l'amélioration générale.

Le calcium possède-t-il un pouvoir antiseptique ? Nous l'ignorons, car les sels calciques expérimentés n'ont donné de résultats positifs qu'à des concentrations inutilisables. De l'avis des cliniciens qui en sont partisans, la récalcification ne représente qu'un moyen de lutte indirecte contre le microbe, tuberculeux ou non, en rétablissant la minéralisation du terrain et les qualités bactéricides des humeurs, en favorisant la nutrition générale, la cicatrisation et l'encroûtement des lésions.

* * *

Sans avoir, même de loin, épuisé le sujet, nous possédons, à présent, des notions suffisantes pour appliquer, d'une manière correcte, la thérapeutique calcifiante, qui se propose : 1° d'empêcher le départ de la chaux tissulaire ; 2° de fournir une quantité de chaux assimilable telle, non seulement que les déficiences soient comblées, mais encore qu'il y ait un excès de chaux circulante pour parer aux exigences de la maladie.

Le traitement de M. Ferrier, qui est un des mieux compris et que, pour cette raison, nous allons prendre comme point de départ de notre discussion pratique, satisfait à la première indication en supprimant, de l'alimentation, tous les mets acides et donnant des dérivés acides, corps gras, légumes et fruits acides, vinaigre, vin, bière, cidre et alcools, et à la seconde, en recommandant les aliments les plus riches en chaux et les eaux calciques (bicarbonatée et non sulfatée) et en prescrivant des cachets à base de carbonate et de phosphate tribasique de calcium. Quelques résultats satisfaisants que ce traitement ait donné, néanmoins il ne paraît plus tout à fait à la hauteur de nos connaissances et demande, en conséquence, à être modifié et complété.

En premier lieu, et puisque beaucoup de décalcifications sont imputables à des troubles gastro-intestinaux, le régime même le plus récalcifiant devient inutile s'il est mal élaboré, donc mal utilisé. Il importe de s'assurer avant tout et par tous les moyens, de l'état des fonctions sécrétoires et motrices du tube digestif, et d'obvier à leurs divers troubles par des procédés appropriés, l'opothérapie notamment. Ce n'est qu'à cette condition et par le contrôle de l'analyse coprologique qu'on doit espérer tirer bénéfice d'une certaine alimentation. Encore convient-il de se renseigner simultanément sur l'état du foie et des glandes endocrines par l'examen répété des urines, car l'absorption calcique intestinale peut paraître suffisante tandis que la calciurie se maintient à un taux très élevé, ce qui prouve que le calcium absorbé n'a guère fait que traverser l'organisme sans s'y fixer. Aussi M. E. Sergent a-t-il introduit une très heureuse modification dans le régime de Ferrier en y ajoutant quelques gouttes de la solution d'adrénaline au millième, les surrénales, dont le principe actif semble favoriser la fixation tissulaire de la chaux, étant souvent déficientes, non seulement chez les tuberculeux, mais aussi dans beaucoup d'autres maladies, infections, rachitisme, ostéomalacie (Bossi), etc., et chez certaines femmes enceintes. Et ceci suffit à rappeler que, dans nombre de cas, le régime restera inopérant si on n'en facilite pas l'utilisation par une opothérapie raisonnée.

En second lieu, les restrictions formulées par M. Ferrier n'ont sans doute pas toute l'importance qu'on y attachait autrefois. En effet, les acides organiques et même l'acide acétique brûlent aisément dans l'organisme; c'est ce qui fait qu'une abondante ingestion de fruits acides, par exemple, ne modifie pas la réaction humorale et n'augmente guère l'acidité urinaire; elle a au contraire tendance à la diminuer. Il n'est pas prouvé non plus que les acides gras ne jouent pas un certain rôle dans la fixation du calcium sur le tissu nerveux. Il résulte de là que, tout en donnant la préférence aux aliments riches en chaux, on laissera une certaine liberté dans le choix des mets, sous cette simple condition qu'ils soient mastiqués à fond, pris en quantité modérée, et en rapport avec les possibilités digestives, attendu que la chaux de la ration alimentaire moyenne est d'ordinaire en quantité supérieure aux besoins réels; seuls seront exclus les légumes riches en acide oxalique, les mets fermentés, les épices, l'alcool et parfois le thé et le café.

Enfin la question se pose de savoir si les sels calciques ajoutés au régime calcifiant par M. Ferrier et d'autres, ont une réelle utilité. On retrouve, en effet, jusqu'à 90 p. 100 de leur chaux dans les matières fécales; c'est dire que leur absorption est très faible. Cela ne saurait surprendre si l'on se rappelle que, suivant Munck et Ewald, 30 à 35 p. 100 à peine de la chaux des aliments est assimilée; seuls, le lait et les œufs fournissent un pourcentage plus élevé (60-70 p. 100) et plus élevé chez l'enfant que chez l'adulte; il en est de même de certaines eaux bicarbonatées calciques (Pougues). Parmi les sels médicamenteux, deux méritent de retenir l'attention : le carbonate de calcium, qui est surtout un saturant, dans les cas d'hyperchlorhydrie et de fermentations acides, et qui se transforme partiellement en chlorure, et le chlorure de calcium, qui est absorbé dans la proportion de 50 p. 100 environ. Les lactates, les phosphates et phosphites sont d'une utilisation très médiocre; il en est de même, bien entendu, des prétendus phosphates colloïdaux et des poudres, solubles ou insolubles, dont on retrouve la presque totalité dans les selles. Fait exception cependant la solution de glycérophosphate de chaux, assez bien absorbée, mais elle est malheureusement peu stable. On ne peut l'employer, en préparation fraiche, que par la voie hypodermique, et elle rend alors d'assez appréciables services. Aux comprimés ou cachets de carbonate de calcium, on peut ajouter, le cas échéant, un peu de magnésie calcinée, mais il est illusoire d'y adjoindre le phosphate tribasique, qui est presque inerte, et la rephosphoration doit être cherchée par un moyen tout différent.

Il n'y a pas à en dissimuler que, pour une bonne récalcification, le calcium du lait et des œufs ne soit de beaucoup préférable à toutes ces préparations, parce qu'il s'y rencontre déjà à l'état colloïdal, mais un tel régime n'est pas toujours facilement toléré par l'adulte et c'est alors que les médicaments calciques trouvent leur principale indication.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE ANNUELLE DU 12 DÉCEMBRE 1921)

Après un discours du Président, M. Georges Lemoine, qui prononce l'éloge des membres décédés pendant l'année, MM. Georges Humbert, Emile Bourquelot, Jules Carpentier, Gabriel Lippmann, Edmond Perrier et Alfred Grandidier, M. le Secrétaire perpétuel donne lecture du palmarès. Nous avons déjà donné la liste des récompenses accordées en 1921. Nos lecteurs la trouveront dans la *Gazette*, 1921, n° 82, p. 1313, et n° 93, p. 1481.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1921)

Traitement de la tuberculose par les poussières de chaux. — M. COUTIÈRE fait une communication sur un nouveau traitement qui est basé sur ce fait ancien et bien souvent vérifié, que les ouvriers des fours à chaux ne deviennent pas tuberculeux ; leurs lésions évoluant très vite vers la sclérose et la guérison.

L'auteur a cherché à réaliser une atmosphère semblable, sèche et chaude, saturée de poussières de chaux vive, poudres calciques et d'anhydride carbonique, puis à la mettre à la portée de chaque malade à l'aide d'un appareil simple et maniable.

Par une coïncidence singulière, un autre chercheur, le docteur Mercier-Mary se trouvait poursuivre de son côté des expériences qui concordent absolument : De part et d'autre, on note la disparition rapide des signes extérieurs, toux, sueurs, fièvre vespérale, la disparition des bacilles, puis des crachats, le retour des forces et de l'appétit. Au point de vue clinique, bactériologique et radiologique, M. Coutière a obtenu des résultats qui doivent retenir l'attention.

Xiphopage. — M. LE FILLIATRE présente une belle fillette de huit ans, Suzanne R..., déjà présentée le 6 janvier 1914, accouplée à sa sœur Madeleine, alors qu'elles avaient cinq semaines. Ces enfants devaient être séparées quand la staphylococcie dont elles étaient atteintes, aurait été guérie. L'état de Madeleine, devenu précaire depuis cette époque (amaigrissement, gêne respiratoire) s'aggrava subitement par l'apparition de convulsions et fit craindre une issue fatale : la séparation s'imposa alors d'urgence et le 4 mars 1914 au matin, l'opération fut pratiquée sous anesthésie locale par M. le docteur Le Filliatre.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, l'état de santé de Madeleine semble s'améliorer un peu, mais les convulsions reviennent et l'enfant meurt au quatrième jour sans avoir présenté la moindre complication abdominale.

Suzanne, par contre, se rétablit vite et sort cicatrisée au treizième jour de la maison de santé.

Elle est maintenant aussi bien développée et aussi bien constituée que toutes les fillettes de son âge.

M. Le Filliatre estime que, si on avait pu séparer Madeleine et Suzanne dès la naissance, Madeleine qui, à ce moment-là, était la plus forte des deux et d'une résistance bien supérieure à celle de Suzanne au moment de l'intervention, serait certainement vivante aujourd'hui.

La fièvre méditerranéenne en Corse. — M. ZUCCARELLI.

Blessures du poumon et tuberculose pulmonaire. — M. PETIT DE LA VILLÉON communique une observation de plaie du poumon chez un tuberculeux.

Election. — L'Académie procède au renouvellement du bureau.

M. Béhal, vice-président, passant de droit président, il est procédé à l'élection d'un vice-président.

M. Chauffard est élu à l'unanimité des suffrages.

En remerciant ses collègues du grand honneur qu'ils lui font, M. Chauffard s'engage à suivre les grandes traditions médicales de sa famille et à consacrer toute son énergie à favoriser les progrès de la science et la prospérité de la compagnie.

M. Souques est maintenu, par acclamation, dans les fonctions de secrétaire annuel.

Erratum. — Un des graves inconvénients de la mauvaise accoustique de la salle de l'Académie c'est que, malgré l'attention avec laquelle on cherche à saisir quelques mots de l'orateur, on arrive à commettre de regrettables erreurs... quand l'auteur n'a pas eu la précaution de nous donner un résumé de son travail.

N'ayant pas eu, entre les mains, le fort joli discours prononcé dans la dernière séance par M. Achard, discours que j'ai écouté avec grand plaisir, je me suis un peu trop fié à ma mémoire et j'ai attribué à Dubois (d'Amiens) ce qui appartient à Pariset, et à Jaccoud ce qui appartient à Debove, ainsi que me l'a fait très aimablement observé un de mes meilleurs collègues qui, lui, avait pu se procurer le discours de M. Achard.

Qu'on veuille bien m'excuser, mais il en sera ainsi tant que le bureau de l'Académie continuera à ne pas vouloir entendre les légitimes protestations que nous avons, depuis longtemps, formulées sur la place déplorable qui nous a été assignée.

A. B.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1921)

Relation entre la viscosité sanguine et la répartition de l'acide urique dans le sérum et dans le sang total. — MM. ROUZAUD et THIÉRY, dans une note relatant les résultats de 120 analyses, montrent l'influence de la viscosité sur la teneur respective en acide urique du sérum et du sang total.

Alors que, pour une viscosité normale, le rapport de l'acide urique du sérum à l'acide urique du sang total oscille entre 50 et 60 p. 100, ce rapport peut s'élever à 100 et au delà quand la viscosité, traduisant l'hydrémie, s'abaisse considérablement.

On saisit l'intérêt que prend l'élévation de ce rapport chez les hyperuricémiques.

Ondes pléthysmographiques de périodicité respiratoire en aval d'une contre-pression supprimant les pulsations artérielles. — MM. A. MOUGEOT (de Royat) et Paul PETIT (de Nice et Royat). Une technique simple permet d'inscrire chez l'homme des ondes pléthysmographiques isochrones avec la respiration. Deux manchettes sont étagées sur le bras ; la distale insufflée au taux de la pression artérielle minimale du sujet, est connectée avec une capsule oscillographique. Le brassard proximal est insufflé jusqu'à disparition des pulsations en aval. Les ondes sont en rapport avec la dyspnée, et peuvent se constater cliniquement de visu en substituant un oscillomètre Pachon à la capsule. Sont-elles d'origine thoracique et mécanique ? Sont-elles périphériques, d'ordre vasomoteur ? L'artère est-elle oblitérée ou non ?

Anaphylaxie active aux arsenobenzènes chez le cobaye. — MM. FLANDIN et TZANCK, par la technique des injections intracardiaque ont pu réaliser l'anaphylaxie active aux arsenobenzènes chez le cobaye. Les particularités de cette anaphylaxie sont, d'une part, le court intervalle nécessaire à la sensibilisation (trois jours au lieu de onze jours dans l'anaphylaxie sérique), d'autre part la grande brutalité des accidents (prurit, convulsions, paraplégie) et leur cessation brusque.

L'animal ne succombe jamais quelque soit l'intensité de la réaction.

L'épreuve de l'anaphylaxie passive aux arsenobenzènes, précédemment étudiée par M. A. Tzank, permet de reconnaître quelques accidents arsenobenzoliques relèvent de l'anaphylaxie. L'épreuve de l'anaphylaxie active permet d'étudier sur le cobaye la valeur des techniques de désensibilisation ayant en vue la prophylaxie des accidents dus aux arsenobenzènes.

Accoutumance expérimentale des souris à l'insolation ou à la chaleur. Accoutumance ou immunité. — MM. Ch. RICHET fils démontre expérimentalement que les souris peuvent être accoutumées à la chaleur et deviennent ainsi plus résistantes au coup de chaleur. Cette accoutumance obéit à certaines lois de l'immunité, puisqu'elle ne se développe que s'il y a un certain intervalle de temps (plus de seize jours) entre l'insolation préparante et l'insolation définitive et qu'elle persiste moins de cinquante jours.

Chronaxie normale du nerf facial et des muscles de la face chez l'homme, leur classification fonctionnelle par la chronaxie. — MM. BOURGUIGNON et TUPA montrent qu'à la face la chronaxie classe les muscles en deux groupes : 1° les muscles qui relèvent les traits (frontal, grand zygoma-

tique, etc.) ont une chronaxie de 0s00058. Ils sont innervés par la branche supérieure du facial. Les muscles qui abaissent les traits (muscles du menton) ont une chronaxie de 0s00030. Ils sont innervés par la branche inférieure du facial.

Dans le domaine de la branche supérieure le sourcilier est un abaisseur : il a la chronaxie des muscles du menton. La chronaxie classe donc bien les muscles de la face en deux groupes fonctionnels : les releveurs qui sont analogues aux extenseurs et ont la même chronaxie que le domaine radial, et les abaisseurs qui sont les analogues des fléchisseurs et ont la même chronaxie que le médian et le cubital.

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1921)

Atropine. Pneumogastrique et choc chloroformique. — MM. Garrelon, Leleu et Thuillant signalent les réactions cardiaques qui suivent l'excitation du pneumogastrique après injections d'atropine sur le lapin, animal peu sensible à cet alcaloïde.

L'excitation du bout périphérique ne provoque plus dans ces conditions d'inhibition cardiaque, mais cette même excitation portée sur la continuité du nerf intact produit une action d'arrêt.

Les auteurs admettent que, dans ce dernier cas, l'excitation passant aussi par les voies centripètes du pneumogastrique et arrivant aux centres bulbaires pour se réfléchir ensuite sur le cœur, se modifierait au passage dans ces centres.

Cette modification se traduit par une réaction inhibitrice plus intense qui dure jusqu'à ce que les centres bulbaires s'imprègnent à leur tour d'atropine.

Ils étudient ensuite le réflexe pnéocardiaque chloroformique sur le lapin atropiné. Ils constatent que l'apposition d'un tampon imbibé de chloroforme sur les narines de l'animal provoque une inhibition cardiaque tant que dure la réaction du pneumogastrique excité dans sa continuité.

Les auteurs émettent l'hypothèse qu'une excitation chloroformique même faible portée au bulbe par le trijumeau s'y trouve modifiée, renforcée, et peut se traduire chez des individus à pneumogastrique très excitable par un arrêt définitif du cœur.

Ils rappellent les expériences de Dastre sur les injections préventives d'atropine, ajoutant que sur le lapin les réactions à cet alcaloïde sont lentes ; sur le chien elles sont rapides et un demi-milligramme suffit pour empêcher totalement les réactions inhibitrices cardiaques.

Les injections d'adrénaline n'ont pas dans leurs expériences empêché le réflexe pnéocardiaque chloroformique de se manifester.

Intérêt des dilutions faibles du liquide céphalo-rachidien dans la réaction de Bordet-Wassermann dans la méthode des dilutions. — MM. Edouard Peyre et René Tarcobla. Dans certains cas de syphilis du névraxe (paralysie générale en rémission, hérédo-syphilis) et dans un cas de méningite spécifique la réaction, de Bordet-Wassermann s'est montrée négative alors que les autres éléments du syndrome humoral restaient positifs.

Les auteurs ont vérifié ces résultats en employant des dilutions plus faibles du liquide céphalo-rachidien par la méthode des dilutions. Dans huit cas la réaction a été positive, les autres méthodes restent négatives.

Ces résultats montrent que l'emploi de dilutions faibles de liquide céphalo-rachidien augmente la proportion des cas positifs dans les rémissions de paralysie générale ; elle met en évidence la persistance du Bordet-Wassermann.

Dispositif d'enregistrement photographique pour le réflexe psychogalvanique. — M. David Wechsler.

Détermination de la pression artérielle minima. — M. A.-C. Guillaume. Ce procédé peut être mis en œuvre dans toutes les méthodes de recherche de la tension artérielle à l'aide des appareils type Vaquez-Laubry. A la condition d'avoir un manomètre assez sensible on notera dans la période de décompression et au moment où on va atteindre la minima, un mouvement de l'aiguille qui tend à remonter vers des pressions supérieures. Ce mouvement va en diminuant graduellement d'amplitude et lorsqu'il est complètement amorti, c'est que l'on atteint la pression artérielle minima. On peut s'en assurer en contrôlant cette méthode à l'aide du procédé pléthysmographique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1921)

A propos du forage de la prostate. — M. Luys apporte le résultat de ses recherches sur ce sujet depuis huit ans ; il n'emploie que l'électro-coagulation et s'adresse à la prostate obstacle, laissant à la prostatectomie la prostate-masse : il suffit de détruire les obstacles qui empêchent la miction pour faire uriner les prostatiques. Il montre par des projections, par les escarres rendues, l'utilité du forage de la prostate qui donne 90 p. 100 de succès.

M. Lavenant trouve que les figures schématiques de M. Luys ne présentent que de grosses prostates, correspondent mal aux conclusions données : le forage doit s'adresser aux petites et moyennes prostates. De plus, l'auteur passe sous silence les accidents possibles et même probables du forage, hémorragies, fièvre, infection.

M. de Keating-Hart dit que l'étincelle de haute fréquence produit des cicatrices invisibles, ce qui pourrait expliquer l'absence de traces laissées par le forage. M. P. Guillon pense que la destruction de polypes n'a rien à voir avec ce forage : l'opération de Bottini, il y a trente ans, produisait aussi une tunellisation ; toutes les méthodes ont leurs insuccès.

Chirurgie conservatrice de l'utérus gravide compliqué de fibrome. — M. Dartigues fit, dans ce cas, la fibromyectomie abdominale et l'extirpation d'une petite tumeur de l'ovaire. Il présente en même temps quatre pièces anatomo-pathologiques de fibromes avec diverses lésions concomitantes (dégénérescence cancéreuse dans un cas). Il montre que le traitement des fibromes par le radium ou les rayons X ne peut prétendre à guérir la plupart des cas, et qu'une partie du pourcentage de morts doit être mis à leur charge autant qu'à celle de la chirurgie.

Radiothérapie des fibromes utérins. — M. Lacaille apporte sa statistique annuelle de quatre-vingts fibromes traités par les rayons X avec soixante-dix-sept guérisons. Trois n'ont pas guéri pour des raisons indépendantes du traitement. La méthode s'est encore perfectionnée par l'invention du tube Coolidge et a certainement devant elle un avenir très brillant.

Traitement des goitres. — M. Pauchet a opéré plus de trois cents goitres avec une seule mort par hémiplégie, indépendante de l'opération. Les goitres mous doivent être traités médicalement : rayons X, iode, thyroïdine ; les goitres nodulaires seront tous opérés. Il montre par des projections nombreuses les différents temps de l'opération. Il faut faire la ligature préventive de la thyroïdienne pour éviter les récidives et l'hémorragie opératoire. Anesthésie locale, cicatrice quasi invisible. Tout goitreux est un candidat à l'asphyxie et aux accidents cardiovasculaires.

Nouveaux mélanges pour anesthésie générale. — M. Dupuy de Frénelle pense que le chlorure d'éthyle donné au goutte à goutte interrompu est l'anesthésique général le moins dangereux. Pour obtenir une résolution musculaire parfaite, il suffit d'adjoindre quelques gouttes de chloroforme et il a fait fabriquer un mélange contenant 10 de chloroforme et 90 de kélène (mélange faible) et un autre avec 25 de chloroforme et 75 de kélène (mélange fort). Dès que le sommeil profond est obtenu, on continue avec du kélène pur, 3 à 4 grammes de chloroforme suffisent ainsi pour une anesthésie d'une heure.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 102. — MARDI 27 & JEUDI 29 DÉC. 1921. 94e ANNÉE. MARDI 27 & JEUDI 29 DÉC. 1921. — N° 102

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Troisième concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 décembre. — MM. Chabrol, 20 ; Weil (M.-P.), 19 ; Faroy, 20.

Sont nommés : MM. Chabrol, Faroy et Duvoir.

— Concours de l'internat. — Liste des candidats admis aux épreuves définitives (les noms en italique sont ceux des internes provisoires) :

1. MM. Ackermann, Agnès, Alary, *Ameline*, Aubry, Azerad, Banzet, Baranger (André), *Baranger* (Jacques), Barbaro,

11. Bariety, *Barreau* (Pierre), Barret, *Bartet*, Baruk, Bascourret, *Bayle*, *Béclère*, Benda, Bernard (Raymond),

21. *Berthon*, Bertrand (Yvan), Bertrand-Fontaine (Mme), MM. Biancani-Daveggio (Élie), Biar, *Bidermann*, (P.-H.-A.), Billard (Jean), *Blanchet*, Blondin, Blum (Gaston),

31. Blum (Jean), Bohn, Boltanski, Bonnot, *Bouchard* (René-Cam.), Boudrant, *Bourdillon*, *Bouthillier*, Bouttier, Breger,

41. Breton (Marc), Cahen, Callegari, *Carrega*, *Castéran*, Cayla, Celice, Cerné, Chabrun, Chabrut.

51. Chaperon, Chauveau, Chevallier (Marc), Christophe, *Cocault-Duverger*, Codet, Coffin, Cohen, Comet, Corby,

61. Coudert (Emile), *Cournand*, Couturier, Darquier, *Dauptain*, *David* (Roger), Decoularé-Delafontaine, Decourt, Delage, Demerliac,

71. Denis (Maurice), Denis le Sève, Denoy, Derocque, *Derville*, Descharmes, Desoubry, Destouches, Diamantberger, Digonnet.

81. *Doiteau*, Dollfus, *Dossot*, Dubois (Paul), *Duchon*, Ducourtioux, Ducrohet, *Ducuing*, Dufestel, Dumas (Jean),

91. Dumont (Maximilien), Durand (Jean), *Durand* (P.-M.), *Ebrard*, *Engelhard* (E.-A.), Escalier, *Favory*, Férey, Ferru, *Fèvre*,

101. Flahaut, Fortier, Foulon, Froyez, Fumery, Gallois Garcin, Garnier, Gautier, *Génin*,

111. *Génin* (Mme), MM. George (Paul), Girard (Raymond), Gournay, *Grenaudier*, Guyot (Mlle), MM. Hamburger, Harburger, Harmelin (Mlle), MM. Hudelo.

121. Huet (Pierre), Huguenin, Hyvert (Maurice), Isaac (G.-P.), Iselin, Isnel, *Jacquet*, Jany, Jarrige-Lemas, Jondeau,

131. Kalt, Kaplan, Kourilski, Krivine, *Lacomme*, Laffitte, *Lafourcade-Cortina*, Lallemant, Lambling, Lamy,

141. Lapeyre, Laquière, *Largeau*, Lebon, Le Clerc, *Lefèvre* (Bernard), *Leflaive*, Leibovici, Lejard, Lemière,

151. Lemonnier, Lepaumier, *Le Rasle*, Lévy (Marcel), Lévy (Markus), *Lévy* (Maurice), Lévy (Robert), Leydet, Lieutaud, Longchampt,

161. *Lonjumeau*, Loubeyre, Louet, Lubin, Lumière, Luton, Machavoine, *Maduro*, *Maleysson*, *Marassi*,

171. *Marceron*, Marchand (Joseph), *Marchant* (P.), Martin (René), Marty, Mayer, *Meignant*, Meillère, Ménégaux, Mérat,

181. Merklen, Meyer-May, Mollaret, Morlaas, Mornet, Mounier (Roger), Mouton, Naveau, Oberthür, Olivier,

191. *Olry*, *Ostwalt* (Mlle), *Pareux*, Pasquier, Pérard, *Peretti della Rocca*, Péron, Pétot (Mlle), Pierrot, *Pollet*,

201. Rachet, *Raiga*, *Ravina*, Renard, Renault, Ribière, Rimé, Ripert, Risacher, *Robin* (V.),

211. *Roland*, *Roullet*, Sabadini, Sarles, Seguy, Seillé, Sèze (Mlle de), Soulas, Surmont, Tambareau,

221. *Tassin*, *Terris*, Teurnier, Theillier, Thévenard, Thomas, Tiby, Tierny, Tisserand (Mlle), Vadder (de),

231. Valat, Valence, Vanheuverswyn, *Veil* (Prosper), *Verger* (Georges), *Wallon* (Emile), Wolff (Mlle).

— Concours de l'externat. — Dans la liste de classement des candidats à l'externat (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 99, 1re p., 2e col.), au n° 75, il faut lire M. Idoux, et non M. Ledoux.

LA RETRAITE DE M. DARIER. — Les élèves et les amis de M. J. Darier qui, atteint par la limite d'âge, va quitter son service de l'hôpital Saint-Louis, se sont réunis la semaine dernière dans la grande salle du musée Saint-Louis pour lui offrir son buste exécuté par le Dr Sabouraud et une médaille gravée par le prof. Paul Richer.

Parmi les assistants on remarquait les professeurs Netter,

Sergent, Vaquez, Roger, Gley, Paul Richer, MM. Bazy, Brocq, Hudelo, Sabouraud, Paul Ravaut, Clerc, etc.

M. Rist, le plus ancien, et M. Roberty, le plus jeune des internes de M. Darier, sont venus dire à leur maître leur admiration pour sa carrière toute de dignité et de labeur, et leur respectueuse reconnaissance pour l'enseignement qu'ils ont reçu de lui.

Puis M. Babinski parla au nom des amis de M. Darier, M. le prof. Nicolas (de Lyon), M. Graham Little (de Londres), M. Hudelo, secrétaire général de la Société de dermatologie, prirent ensuite la parole et montrèrent la place considérable occupée par M. Darier dans cette illustre école de l'hôpital Saint-Louis.

M. Myey, directeur de l'hôpital, et le secrétaire général de l'Assistance publique remplaçant M. Mourier empêché, apportèrent le tribut de gratitude de l'administration.

Enfin, M. Darier répondit à tous avec une bonne grâce et une simplicité charmantes, reportant avec sa modestie habituelle le mérite de ses travaux sur ses collaborateurs.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Une place d'agrégé (section d'obstétrique) est actuellement vacante à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Conformément aux dispositions de l'article 11 du décret du 18 juillet 1913, il est accordé un mois, à partir de la publication du présent avis, aux agrégés des facultés de médecine et de pharmacie, pour produire une demande de transfert dans la place mentionnée ci-dessus. (*J. O.*, 22 déc. 1912.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Quimber (Finistère).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

DISTINCTION ENTRE L'ACCIDENT ET LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Nous avons fait connaître dans un précédent numéro (1), à l'occasion de la loi du 25 octobre 1919, la distinction qui existe entre l'accident et la maladie professionnelle. En principe, celle-ci n'est pas protégée par la loi; certains cas seulement sont prévus et protégés par la loi de 1919.

La Cour de cassation, dans un arrêt du 30 mai 1921, vient de rendre une décision très intéressante où la maladie professionnelle peut être considérée comme un accident causé par l'action soudaine et violente d'une substance toxique manipulée par l'ouvrier; dès lors, la loi du 9 avril 1898 devient applicable.

« Attendu que le pourvoi reproche à l'arrêt attaqué (arrêt de la Cour de Rennes rendu le 18 décembre 1917) d'avoir violé ou faussement appliqué l'article 1er de la loi du 1er avril 1898 et l'article 1.315 du Code civil, en qualifiant d'accident du travail, l'intoxication à laquelle a succombé le mobilisé B..., sans établir qu'elle était le résultat d'un fait précis, constitutif d'un accident du travail;

Mais attendu que ledit arrêt constate que B... mobilisé, de sa profession cultivateur, avait été mis à la disposition de la Société des produits chimiques de Paimbeuf, pour la fabrication des poudres de guerre, après avoir subi un examen médical; que le huitième jour de son entrée dans l'usine, alors qu'il était en parfaite santé, occupé aux turbines pour le dessèchement des poudres, il fut pris subitement et si violemment de coliques et de vomissements que le lendemain il succombait;

Que, dans ces conditions, la Cour a pu déclarer que la mort de B... était non le résultat d'un risque permanent professionnel normal, mais bien celui d'un accident du travail causé par l'action soudaine et violente du dinitro-phénol, ainsi que l'ont constaté le rapport médical et le procès-verbal d'autopsie dressé par les médecins militaires;

Que, par suite, le premier moyen doit être rejeté. »

On faisait un autre reproche à l'arrêt de la Cour de Rennes; on lui reprochait d'avoir fondé sa décision sur un procès-verbal d'autopsie et un rapport de médecins-majors, opérations effectuées en dehors de la présence de la Société intéressée et de son assureur. La Cour ne s'est pas arrêtée à ce grief.

« Attendu, dit-elle, qu'il est inexact de prétendre que la Cour s'est fondée uniquement sur le procès-verbal d'autopsie et le rapport dressé par les médecins militaires; que sa décision est basée sur les circonstances de fait relevées dans l'arrêt attaqué pour affirmer que la mort de B... résulte d'un accident du travail, ce que confirme d'ailleurs le procès-verbal et le rapport sus-visés;

Attendu que les opérations auxquelles ont procédé les médecins militaires n'avaient pas le caractère d'une enquête judiciaire; que si elles ont été effectuées en dehors de la présence des représentants de la Société des produits chimiques de Paimbeuf et de son assureur, les documents qui les constatent ont été versés aux débats et discutés par les parties, et que la Cour a pu y puiser les renseignements d'accord avec les faits relevés et constatés par elle et les invoquer à l'appui de sa décision sans violer l'article 315 du Code de procédure civile. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 29, p. 459.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de graphologie scientifique (1), par le Dr Paul JOIRE, prof. à l'institut psycho-physiologique, président de la Société universelle d'études psychiques.

L'étude de la graphologie telle que la comprend le Dr Joire est franchement scientifique par ses tendances. « Cette science est trop peu apprécier, écrit-il dans sa préface, parce qu'elle est mal connue et que jusqu'ici elle n'a pas été pratiquée avec une méthode assez rigoureusement scientifique. Rien n'est plus exact et la lecture de cet excellent ouvrage qui est particulièrement attrayante ne manquera pas de faire des adeptes à la graphologie. L. G.

Les Derniers jours des Romanof (2), par M. Robert WILTON.

Ce dramatique récit a suscité un émoi très vif lors de sa publication à Londres. Écrit avec une grande impartialité, documenté de la façon la plus sûre, cet ouvrage jette sur le martyre de la famille impériale un jour singulier. Il sera lu avec un intérêt poignant par tous ceux qui essaient de pénétrer la psychologie de l'âme russe. L. G.

Histoire des violations du Traité de paix (t. I), par le Dr Lucien GRAUX, 28 juin 1919, 24 septembre 1920 (3).

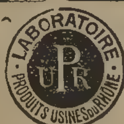
Dans l'ouvrage considérable dont M. Lucien Graux nous donne aujourd'hui le premier volume, sont étudiées d'après les meilleures sources et avec une documentation très nourrie les violations du traité de Versailles.

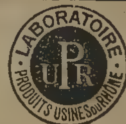
L'auteur a entrepris là nous semble-t-il une tâche au-dessus des forces humaines, car il est impossible de prévoir quand finira la mauvaise foi allemande. L. G.

(1) 2e édition, revue et augmentée avec de nombreux spécimens d'écriture, un vol. gr. in-8. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.
(2) In-8 broché, illustré de plusieurs photographies inédites. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, Editions Crès.
(3) Un vol. gr. in-8, Editions Crès et fils, 21, rue Hautefeuille.


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE

LE

DIAGNOSTIC D'UNE HÉMOPTYSIE TUBERCULEUSE

ET SON TRAITEMENT (1)

Par M. Louis RAMOND,

Médecin de la Maison municipale de santé.

L'hémoptysie est un des symptômes les plus importants de la tuberculose pulmonaire. Elle peut en marquer le début et en constituer le « signe d'alarme »; elle peut en être l'accident terminal et foudroyant; elle s'observe dans les tuberculoses aiguës et dans les formes chroniques de la maladie. Aussi est-elle très fréquente, et s'observe-t-elle dans les deux tiers environ des cas de phtisie, tout au moins chez l'adulte, car elle est rare avant quinze ans, et n'existe pas avant sept ans.

Ses caractères, son diagnostic, sa valeur pronostique et son traitement valent donc la peine d'être bien connus du praticien. Voilà pourquoi il ne m'a pas semblé inutile de vous en entretenir aujourd'hui.

* * *

Un homme de soixante-sept ans, tuberculeux avéré, qui vient d'avoir une hémoptysie dans nos salles, est le prétexte de cette conférence. Il est entré ici le 7 mai dernier pour de la toux, de la fièvre et de la fatigue générale. Il attribuait tous ces phénomènes à la bronchite chroniqne dont il souffre depuis quatorze ans.

En 1907, il aurait eu un premier crachement de sang qui aurait duré un mois environ. Depuis lors, il n'a cessé de tousser et de cracher; cependant il n'a jamais interrompu son travail de menuisier.

En 1917, dix ans après la première hémoptysie, il en eut plusieurs autres, répétées coup sur coup pendant trois mois. Puis tout rentra dans l'ordre. Il restait un tousseur, mais cela ne l'empêchait pas de faire son métier.

En 1919, on lui enleva le testicule droit à cause d'une tuberculose de cet organe. C'est alors qu'il a commencé à maigrir. Son état général jusque-là satisfaisant s'est aggravé, l'appétit a diminué, la fièvre s'est allumée le soir. Au début du mois de janvier dernier, les forces ont trahi ce brave homme qui a dû cesser définitivement de travailler.

A l'entrée, il se présente comme un sujet pâle, amaigri, presque décharné, auquel les pommettes et les clavicules saillantes, les côtes à fleur de peau, les membres émaciés donnent l'aspect du phtisique classique.

Il tousse beaucoup et expectore abondamment, comme en témoigne son crachoir rempli aux deux tiers de crachats purulents, verdâtres, nummulaires, dans lesquels l'examen bactériologiques a ultérieurement montré d'abondants bacilles de Koch.

La température est à 38 degrés, 38°5 ; le pouls est rapide. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

A l'auscultation des poumons, on trouve des signes nets de ramollissement du sommet droit, avec un léger gargouillement sous la clavicule et en arrière, de nombreux râles congestifs qui prolongent dans les deux tiers supérieurs du poumon les râles plus gros et plus humides du sommet. La respiration est, à ce niveau, légèrement soufflante, sans souffle véritable. A gauche, il y a un peu de congestion du sommet, caractérisé par de la submatité sous la clavicule, une respiration saccadée et quelques craquements après la toux.

En somme, les signes physiques confirment l'impression de tuberculose pulmonaire, à forme ulcéro-caséeuse chronique; les lésions sont très marquées au poumon droit, initiales à gauche. Il semble que cette tuberculose soit en voie de s'étendre, elle subit une poussée évolutive, comme en témoignent les accidents généraux d'imprégnation bacillaire, la fièvre et enfin l'extension des râles de congestion et du souffle léger à la partie moyenne du poumon droit.

Cinq jours plus tard, l'apparition d'une hémoptysie vient justifier cette impression clinique. Voici comment a évolué l'incident hémorragique.

Malgré le repos au lit, le calme observé par le malade, la fièvre n'était pas tombée, la fatigue, l'anorexie existaient au maximum. La température avait atteint son acmé, 38°9, quand, un matin, sans prodromes immédiats, les crachats se teintent de sang rouge, mêlé au pus, éclaboussant les bords du crachoir. La toux n'est ni plus ni moins fréquente, l'expectoration est à peine augmentée de quantité, elle est seulement différente de celle des jours précédents par le sang qui l'imprègne et le colore. Les signes physiques restent les mêmes. La pression artérielle est faible : 13-8 au Pachon. L'état général n'est nullement modifié.

En quatre jours, cette hémoptysie est terminée. Les crachats se panachent, puis redeviennent purulents. La température s'abaisse graduellement pour n'osciller plus qu'entre 37°4 et 37 degrés. En même temps, disparaissent les signes d'infiltration des deux tiers supérieurs du poumon droit, où certainement s'était faite la poussée nouvelle de tuberculose dont le crachement de sang avait été la conséquence.

* * *

Ici le diagnostic du symptôme hémoptysie et de sa nature tuberculeuse était des plus simples. Mais, profitons de l'occasion qui nous est offerte par ce cas clinique pour repasser ensemble les signes des hémoptysies tuberculeuses et les problèmes posés par leur diagnostic.

Chez notre homme, le crachement de sang a été de *moyenne abondance*, c'est le cas le plus fréquemment rencontré en clinique.

L'hémoptysie tuberculeuse peut être annoncée longtemps à l'avance par des signes d'imprégnation tuberculeuse (fatigue, amaigrissement, toux, anorexie). Elle devait être redoutée chez notre sujet en raison des signes de nouvelle poussée de tuberculose qu'il présentait nettement.

Cette période prémonitoire peut manquer, ou bien passer inaperçue et l'hémoptysie débute brusquement, inopinément, survenant en pleine santé apparente, et laissant le malade « aussi surpris qu'effrayé » par cette hémorragie, suivant l'expression de Dieulafoy. Parfois quelques prodromes immédiats peuvent avertir le patient de ce qui le menace; ce sont des malaises vagues, une sensation de chaleur rétro-sternale, de la gêne thoracique, de l'oppression, du chatouillement laryngé, etc.

L'hémoptysie de moyenne abondance est le type de l'hémoptysie dite bronchique; le sang, rejeté par expectoration dans des accès de toux est rouge spu-

(1) Conférence faite à la Maison municipale de santé le dimanche 29 mai 1921.

meux. Quand la tuberculose pulmonaire est fermée, ou à son début, il est pur, répété par gorgées, il éclabousse les bords du récipient qui le reçoit, et il mousse dans le fond du vase ; comme l'a dit Trousseau, son aspect rappelle celui du sang d'un animal que l'on vient de saigner. Quand la tuberculose pulmonaire est ouverte, comme c'était le cas chez notre homme, le sang est mêlé aux crachats, mais sans que l'aspect général de l'hémoptysie en soit modifié. La quantité de sang expectorée au total est de 100 à 200 grammes, parfois jusqu'à 500 grammes. La toux, la dyspnée, des signes généraux variables accompagnent ces hémoptysies qui durent, en général, quelques jours. Lorsqu'elles touchent à leur fin, les crachats deviennent plus visqueux, d'un rouge moins vif, rouillés d'abord, puis vert pomme, ces modifications de teinte étant en rapport avec les transformations successives de l'hémoglobine.

L'hémoptysie tuberculeuse peut être quelquefois *très abondante;* elle est même souvent alors *foudroyante*. Elle survient à la période ultime de la maladie, chez des cavitaires, et résulte de la rupture d'un anévrisme de Rassmüssen dans une caverne. Son début est soudain, inattendu. Le sang sort *à flots* du nez et de la bouche, sans que le malade tousse. La mort survient en quelques secondes par syncope, plus encore que par asphyxie. J'ai été témoin d'une de ces hémoptysies, le spectacle en est vraiment effrayant. Interne de mon maître M. Widal, je faisais un soir une contre-visite et je venais de dire quelques mots à une malheureuse phtisique excavée, je m'éloignais de son lit, lorsqu'à un cri de frayeur d'une voisine de lit, je me retournai pour voir le sang sortir en bouillonnant des deux narines et de la bouche ouverte de cette pauvre tuberculeuse, et inonder en cascade son lit tout entier. Ce fut d'ailleurs très bref, en quatre à dix secondes une syncope mortelle se produisit, et le sang alors ne s'épancha plus qu'en bavant pendant quelques instants encore. La scène avait été très courte, elle avait saisi de frayeur tous les assistants; la médecine avait été impuissante à intervenir devant des accidents aussi foudroyants.

A cette hémoptysie très abondante s'oppose l'hémoptysie tuberculeuse *légère*. Contrairement à la précédente elle survient non à la fin, mais toujours au début de la tuberculose. C'est une hémoptysie à caractères pulmonaires. Ou bien, il ne s'agit que de crachats muqueux, blanchâtres, striés de sang; ou bien l'on voit dans le crachoir des crachats rouges visqueux, collants, adhérents au vase, ressemblant aux crachats pneumoniques, mais plus rouges et moins rouillés qu'eux. Le plus souvent ces crachats sont plusieurs; quelquefois il n'y en a qu'un seul. Ce crachat sanglant unique, il faut bien le connaître, car sa valeur est considérable, et nous savons, depuis les travaux de MM. Bezançon et M. P. Weil qu'il doit à lui seul, tout comme une véritable hémoptysie moyenne, faire suspecter la tuberculose.

* * *

Tels sont les différents aspects sous lesquels peut se présenter en clinique une hémoptysie, c'est-à-dire le rejet par expectoration du sang épanché dans les voies aériennes. Son caractère essentiel est d'être un *crachement de sang*. Le devoir du médecin est donc, avant toute discussion étiologique, de reconnaître l'origine laryngo-trachéo-pulmonaire de l'hémorragie, et de distinguer de l'hémoptysie les stomatorragies, les hémorragies pharyngées, les épistaxis postérieures, les hématémèses.

Il est fréquent en effet d'être consulté par des malades qui craignent d'être atteints d'une hémoptysie, parce qu'ils crachent une salive, plus ou moins colorée par le sang. Ils ont une dent malade, un aphte, ou des lésions buccales ulcérées qui saignent. Quelquefois ce sont des névropathes qui, par succion plus ou moins consciente, font saigner leurs gencives, et émeuvent leur entourage en crachant du sang : ils sont atteints d'hémosialhémèse de nature pithiatique. Dans tous ces cas l'aspect du sang peu aéré, intimement mélangé à la salive, rejeté par expuition seule, sans toux, la concomitance de lésions dentaires ou buccales, l'absence complète de tout signe pulmonaire font reconnaître la véritable origine du syndrome hémorragique.

Il est facile aussi pour un esprit averti de distinguer de l'hémoptysie le sang rejeté par la bouche après une épistaxis postérieure tombée dans le pharynx : c'est cependant souvent l'occasion d'un gros effroi pour le malade et pour les siens. Vous en avez vu récemment un exemple dans nos salles. La mère d'un enfant de dix ans, atteint de pleurésie séro-fibrineuse dite a frigore avait été prévenue de la nature bacillaire de la maladie de son fils. Pour elle, comme pour beaucoup, la tuberculose ne se concevait guère sans le crachement de sang. Aussi se montra-t-elle atterrée quand, un matin, elle vit dans le crachoir de notre petit pleurétique un gros crachat noirâtre sanglant. L'enfant avait saigné du nez pendant la nuit, le sang avait coulé dans le pharynx en raison du décubitus et ne s'était pas extériorisé par les narines; le matin, sans toux, mais par reniflement suivi de raclement de la gorge, il avait été expulsé dans le crachoir. Ce sang était constitué par un caillot noirâtre non aérée. Pour convaincre la mère de son origine nasale, il suffit de faire moucher son fils, et des caillots semblables sortirent d'une narine. Les caractères du sang, le moment du crachement qui est toujours le matin (car si l'épistaxis a lieu pendant le jour le diagnostic s'impose au malade lui-même), la présence de caillots dans le pharynx et les fosses nasales sont les signes qui caractérisent suffisamment l'épistaxis postérieure rejetée par crachement pour qu'on ne la méconnaisse jamais, pourvu qu'on y pense.

Les hémorragies pharyngées, par contre, ne sont pas toujours aussi aisées à distinguer de certaines hémoptysies tuberculeuses, celles en particulier qui, comme nous le verrons, constituent l'unique manifestation de la tuberculose. Bien souvent il est vrai, le sang coule en nappe, mélangé à la salive, sans toux, sans être mêlé à l'air; et les lésions pharyngées sont nettement visibles. Mais il arrive parfois que l'examen direct ne montre rien et il est bon alors d'explorer à l'aide du miroir le cavum, la base de la langue sur laquelle on a pu voir saigner des dilatations variqueuses (Garel et Gignoux), et l'épiglotte : on trouvera peut-être là l'origine d'une hémorragie qui, en tombant sur l'orifice de la glotte peut provoquer une toux réflexe qui accentue encore les ressemblances avec l'hémoptysie.

La plupart du temps c'est l'hémoptysie légère qui provoque la discussion du diagnostic dans les éventualités que nous venons d'envisager; l'hématémèse au contraire ne peut guère être confondue qu'avec les hémoptysies de moyenne abondance. Elle peut en effet provoquer de la toux par voie réflexe, cependant les antécédents et les prodromes gastriques,

les nausées, les caractères du sang, qui est noirâtre, ou rouge, mais non aéré, mêlé à des débris alimentaires, la façon dont il est rejeté par des efforts de vomissement, les signes concomitants d'une affection stomacale, l'apparition ultérieure de méløna, la feront habituellement reconnaître.

Chez notre homme le diagnostic différentiel de l'hémoptysie n'était pas malaisé; le sang rejeté était intimement mêlé aux crachats; ce panachage ne laissait aucun doute : l'extravasation sanguine s'opérait là même où s'élaboraient les crachats, au niveau du poumon et des bronches.

*
* *

En présence d'une hémoptysie, dûment reconnue, comme nous venons de le voir, il faut toujours, et avant tout, penser à la tuberculose pulmonaire, car elle en est la cause la plus fréquente.

Dépister la nature tuberculeuse du crachement de sang est parfois facile : le sujet est un phtisique avéré, à la deuxième période ou un cavitaire, les signes stéthoscopiques sont nombreux et caractéristiques, et le plus souvent la maladie est connue du sujet et du médecin appelé à son chevet pour traiter l'hémoptysie. Il est loin d'en être toujours ainsi, et quand l'hémorragie broncho-pulmonaire est l'unique symptôme et le signe de début de la tuberculose, le praticien doit pour en déceler la nature bacillaire mettre en œuvre toutes les ressources que lui offrent la clinique, la radiologie et le laboratoire.

Au point de vue clinique, il recherchera des arguments dans l'âge (sujets jeunes), le sexe (féminin), les antécédents personnels et héréditaires du sujet, les signes concomitants d'imprégnation tuberculeuse (amaigrissement, anorexie, sueurs nocturnes, toux), les modifications les plus légères même de la respiration et de la circulation au niveau des sommets des poumons.

L'examen radioscopique, qui ne sera pratiqué que longtemps après la cessation de l'hémoptysie, permettra de vérifier la qualité des sommets, la perméabilité des sinus costo-diaphragmatiques, la mobilité du diaphragme, l'état du hile : tous renseignements, parfois précieux, pour révélerune tuberculose encore à son début.

Enfin, l'examen bactériologique des crachats s'efforcera de mettre en évidence le bacille de Koch, parfois visible à l'examen direct, mais qu'il faut tâcher de découvrir en homogénéisant les crachats, et si ce procédé donne encore un résultat négatif, en en inoculant des parcelles au cobaye.

Mais la tuberculose est loin d'être la seule cause d'hémoptysie, et devant un malade qui crache du sang venant des voies respiratoires, il faut, si la tuberculose ne fait pas sa preuve, se rappeler que d'autres affections peuvent aussi donner des hémoptysies en tout point semblables à celles de la phtisie.

Rapidement, on éliminera les causes laryngées ou trachéales de saignement (cancer, syphilis) faciles à mettre en évidence et d'ailleurs rares, pour passer en revue les causes plus fréquentes d'hémoptysies broncho-pulmonaires.

Au cas d'hémoptysie rouge de moyenne abondance, à type bronchique, on n'oubliera pas que l'hémoptysie est un signe habituel et souvent précoce du kyste hydatique du poumon. C'est le premier cri de révolte du poumon enface de l'envahisseur (Dieulafoy); invariablement, c'est la cause principale d'une erreur de diagnostic, qui fait méconnaître l'échinococcose pour incriminer le bacillose. Cependant, les résultats négatifs des investigations cliniques et bactériologiques devraient éveiller l'attention, et pour peu qu'on pense au tænia échinococcus, la radiographie, en montrant une opacité régulièrement sphérique intrapulmonaire, et l'examen du sang (éosinophilie, réaction de fixation de Weinberg) permettaient d'affirmer un diagnostic, qui, faute d'y penser, n'est souvent porté que très tard, après le rejet de débris de membrane hydatique, ou de vésicules filles, flétries, analogues à des grains de raisin sucés.

L'hémoptysie précède assez souvent la rupture dans les bronches d'une pleurésie interlobaire (Dieulafoy). Ce peut être encore une raison d'accuser à tort la tuberculose, surtout lorsque la pleurésie a été primitive, et lorsque la vomique, au lieu d'être abondante et unique, est fragmentée, et donne lieu à une expectoration nummulaire, ainsi que Hirtz en a rapporté de nombreux exemples. Dans certains cas, il faut donc penser à la possibilité d'une pleurésie interlobaire, lorsqu'on se trouve en face d'une hémoptysie.

Chez un sujet qui tousse et crache depuis longtemps, il faut savoir également que la tuberculose peut être innocente d'une hémorragie bronchique, car la dilatation des bronches est capable d'en être la cause (Devic et Bertier), et la syphilis pulmonaire peut en être responsable. Si l'on avait quelques doutes sur la nature syphilitique des accidents pulmonaires, les antécédents, les accidents concomitants, les stigmates pourraient leur donner quelque consistance; la réaction de Wassermann viendrait les corroborer.

Enfin, il ne faut pas oublier que certaines mycoses, l'aspergillose en particulier, peuvent simuler la tuberculose, à ce point qu'on les a étudiées sous le nom pseudo-tuberculoses : l'hémoptysie en est un signe habituel. Mais l'aspergillose est une maladie professionnelle, on y pensera donc chez les gaveurs de pigeons, et les peigneurs de cheveux. Elle s'accompagne d'un état général très satisfaisant pendant longtemps. On la reconnaît à la présence dans les crachats des spores et du mycelium de l'aspergillus fumigatus, et à l'absence du bacille de Koch. L'inoculation au cobaye est toujours négative.

Pour terminer ce diagnostic différentiel de l'hémoptysie tuberculeuse, je vous rappellerai qu'elle peut être confondue avec l'hémoptysie parasitaire et avec celle de la spirochétose bronchique de Castellani.

L'hémoptysie parasitaire est une affection commune en Extrême-Orient (Chine, Japon, Corée, Philippines), due à une douve du foie (le paragonimus Westermanni). Le diagnostic en est facile quand on y songe, car les crachats sanglants fourmillent d'œufs à clapet caractéristiques. Il n'y aurait aucun intérêt à rappeler ce diagnostic, si la venue en France, pendant la guerre, de travailleurs indo-chinois et annamites n'avaient amené, dans notre pays, des indigènes parasités et n'avaient mis les médecins de la métropole en face de cas de cette maladie (Salomon et Neveu).

De même, la spirochétose bronchique de Castellani, si fréquemment provocatrice d'hémoptysies semblables à celles de la tuberculose, est bien une maladie exotique, fréquente aux Indes, aux Philippines, en Egypte, et causée par le spirochète bronchialis de Castellani, mais son intérêt pour nous vient de ce qu'elle a été retrouvée à l'état endémique sur les bords de l'Adriatique (Castellani), et

par Violle à Toulon, non seulement parmi des coloniaux, mais parmi des autochtones. Quand donc, la nature tuberculeuse d'une hémoptysie ne sera pas avérée, il sera légitime de penser à cette spirochétose bronchique et de rechercher le parasite dans les crachats, où on le colore facilement par le Ziehl, le violet de gentiane et mieux encore par la méthode de Tribondeau.

Une hémoptysie foudroyante ne peut être déterminée, en dehors de la tuberculose pulmonaire cavitaire, que par la rupture d'un anévrisme de l'aorte dans la bronche gauche ou dans la trachée. Le diagnostic causal est généralement connu au moment où se produit l'accident terminal que l'on redoutait.

Quant à la petite hémoptysie, celle qui prend le type pulmonaire, qui peut se borner, à un seul crachat hémorragique visqueux (M. P. Weil), sa nature tuberculeuse était autrefois souvent méconnue. On l'attribuait à tort à un infarctus pulmonaire, ou à une congestion pulmonaire banale, à la pneumonie, au cancer du poumon.

Le crachat hémoptoïque de l'infarctus pulmonaire est plus noir, plus visqueux, il a une odeur aigrelette spéciale, il succède à une embolie. Aussi faut-il rechercher au niveau des veines périphériques la phlébite, au niveau du cœur l'affection valvulaire (rétrécissement mitral) qui peut en être l'origine. Il est bon de se souvenir, d'ailleurs, que les rétrécis mitraux peuvent aussi être atteints de tuberculose pulmonaire, ce qui complique encore parfois le problème clinique en cas d'hémoptysie.

Lorsqu'au cours d'un processus pneumonique sur l'origine pneumococcique ou tuberculeuse duquel on hésite, survient un crachat légèrement hémorragique, comme celui de Weil, on conçoit que la nuance soit quelquefois difficile à apprécier, et que l'on se demande s'il s'agit d'un crachat pneumonique un peu plus rouillé que de coutume, ou d'une hémoptysie très légère. Heureusement, ces cas sont rares, et dans la pneumonie caséeuse l'hémoptysie, quand elle se produit, est habituellement plus franche et de moyenne abondance.

Quant à l'hémoptysie du cancer du poumon, nous avons vu ensemble, dans une conférence précédente (1), qu'elle peut prendre tous les aspects, et que l'on en reconnaît la cause surtout aux antécédents et aux signes concomitants. Seul, le crachat hémorragique gelée de groseille, dit crachat de Stokes, est pathognomonique, mais il est très rarement observé.

*
* *

L'hémoptysie reconnue, sa nature tuberculeuse dépistée, les hémoptysies d'autres natures qui pouvaient la simuler écartées, il reste encore à fixer la forme de la tuberculose pulmonaire dont l'hémoptysie est un symptôme.

Cette dernière partie du diagnostic se fonde non seulement sur les caractères de l'hémoptysie, mais encore et surtout sur les symptômes concomitants pulmonaires et généraux de la tuberculose causale.

L'hémoptysie tuberculeuse foudroyante suffit cependant, à elle seule, à affirmer la tuberculose pulmonaire chronique, arrivée à la période des cavernes, car elle est pathognomonique de la rupture de l'anévrisme de Rassmussen, observé seulement à cette période de la phtisie.

Quand l'hémoptysie est légère ou de moyenne abondance, il est nécessaire pour fixer la forme de la tuberculose causale de tenir compte de l'ensemble des signes qui constituent le tableau morbide.

Ainsi, l'hémoptysie tuberculeuse peut survenir au cours d'une maladie générale fébrile simulant la fièvre typhoïde, la grippe, les septicémies; le diagnostic est encore hésitant, la nature tuberculeuse de la pyrexie reste très douteuse, l'apparition de l'hémoptysie plaide pour la *granulie* ou le *typhobacillose.* Ces cas sont d'ailleurs exceptionnels, car dans ces formes aiguës de la tuberculose, l'hémoptysie est tout à fait rare, exception faite cependant pour la forme catarrhale de la granulie.

Le crachement de sang survient parfois au cours d'un syndrome pneumonique jusque-là considéré comme relevant du pneumocoque; il oriente de suite le diagnostic vers la *pneumonie caséuse*, dont la nature tuberculeuse est ainsi dévoilée.

Enfin lorsque les hémoptysies se répètent à intervalles rapprochés, chez un sujet dont les lésions pulmonaires nettement bacillaires s'aggravent de jour en jour « en brûlant les étapes », et dont l'état général est profondément atteint et la fièvre très élevée, elles doivent entraîner le diagnostic de *tuberculose aiguë à forme galopante.*

Quelquefois l'hémoptysie s'observe *chez un tuberculeux avéré;* elle peut se répéter *à intervalles éloignés* séparés par un espace de temps plus ou moins long. Dans l'intervalle des crachements de sang, le sujet reste un bacillaire, et sa maladie continue à évoluer. Notre malade appartenait à cette catégorie. Il était entré dans sa maladie par des hémoptysies en 1907, il en avait eu plusieurs, dix ans plus tard en 1917; il en avait de nouveau en 1921. Entre temps il était resté un bronchitique chronique, c'est-à-dire un tuberculeux, comme en témoignaient et l'évolution de sa maladie et ses hémoptysies, et l'extension de sa tuberculose à l'appareil génito-urinaire, et enfin, l'état actuel assez avancé de ses lésions apicales. Cette variété de tuberculose pulmonaire entrecoupée d'hémoptysie mérite de rentrer dans les *formes hémoptoïques de la phtisie.*

Elle y figure à côté d'un autre type clinique dans lequel les hémoptysies au lieu de survenir à étapes éloignées, sont *très fréquentes*, presque continuelles survenant trois, quatre ou cinq fois par an ou même davantage, sans cause, ou sous des influences que nous étudierons tout à l'heure. Ces hémoptysies surviennent chez des sujets peu amaigris, souvent même d'aspect floride, atteints d'emphysème et de bronchite chronique, présentant parfois des crises d'asthme, et dont les antécédents arthritiques sont fréquents. Ce sont habituellement des sujets énergiques, gros mangeurs, à tendance congestive manifeste. Les crachements de sang sont fréquents, et généralement abondants. Néanmoins ces hémoptysies sont habituellement plus bruyantes que graves; la tuberculose a peu de tendance à s'étendre, les lésions évoluent sur place, et peuvent même guérir. C'est la *forme éréthique de la tuberculose fibro-caséeuse* ou *forme fibro-caséeuse congestive* de Bard.

Mais dans toutes les formes précédentes l'hémoptysie constitue un épiphénomène, une complication au cours d'une tuberculose aiguë ou d'une phtisie avérée. Fréquemment il arrive que l'hémoptysie est le *premier signe*, le *symptôme révélateur* de la tuberculose pulmonaire.

(1) Le cancer du poumon, ses formes cliniques et son diagnostic, *Journ. des praticiens*, n° 18, 30 avril 1921.

On peut voir après l'hémoptysie se développer les signes habituels de la bacillose du poumon; l'hémoptysie dans ces cas annonçait l'évolution de la phtisie, qui s'est continuée après elle; elle mérite bien le nom d'hémoptysie d'alarme que lui ont donné MM. Bezançon et I. de Jong.

Très souvent le crachement de sang est le *signe unique* d'une tuberculose jusque-là latente et qui le redeviendra ensuite. On conçoit que ce soient ces cas qui exercent la sagacité du clinicien, et dans lesquels il est nécessaire de mettre tout en œuvre pour bien reconnaître l'hémoptysie, et pour ensuite accumuler les probabilités de sa nature tuberculeuse.

Enfin, il existe des malades, qui sont des tuberculeux au point de vue anatomique, comme l'a prouvé un certain nombre d'autopsies, et chez lesquels des hémoptysies survenues à plusieurs années de distance, en dehors de tout signe physique, fonctionnel ou général de tuberculose constituent l'unique symptôme morbide. Ce sont des cas déjà vus par Andral, que Peter a réunis sous l'appellation de « tuberculeux bien portants » et que récemment MM. Bezançon et I. de Jong ont de nouveau étudiés en les classant dans les formes hémoptoïques de la tuberculose pulmonaire avec les tuberculeux avérés à hémoptysies à étapes éloignées, et les fibro-caséeux congestifs à hémoptysies à étapes rapprochées.

*
* *

Les formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses ne manquent pas, vous le voyez. Comment établir leur pronostic?

Il est rare qu'il dépende de l'hémoptysie en elle-même; cependant certaines hémoptysies abondantes peuvent entraîner la mort par syncope ou asphyxie; certaines autres par leur répétition peuvent déterminer de l'anémie.

Le plus souvent il est en rapport avec la variété de la tuberculose causale. Il est particulièrement redoutable dans la granulie, la tuberculose galopante, la pneumonie caséeuse.

Pour ce qui est du pronostic de l'hémoptysie au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, il dépend essentiellement de ce que les lésions déterminantes subissent, ou ne subissent pas, une poussée évolutive. Cette distinction est maintenant facile, grâce aux travaux de Piéry, Bezançon et ses élèves de Serbonnes et M. P. Weil.

Lorsque l'hémoptysie accompagne une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire, elle est précédée pendant trois semaines environ d'une période préhémoptoïque caractérisée par des symptômes d'imprégnation tuberculeuse (anorexie, amaigrissement, sueurs, modifications sanguines et urinaires, abaissement de la pression artérielle, etc.), par de l'élévation thermique progressivement ascendante, et dont l'acmé coïncide généralement avec l'apparition de l'hémoptysie. L'hémoptysie est de moyenne abondance; les crachats sanglants contiennent des bacilles de Koch, les signes stéthoscopiques ne sont nullement modifiés.

Dans tous ces cas, l'hémoptysie doit faire porter un pronostic toujours réservé, car la poussée évolutive commencée, nul ne sait quand elle s'arrêtera. Mais, il y a des poussées évolutives graves, il peut y en avoir de légères, et c'est pourquoi la distinction des hémoptysies par les anciens, et par Jaccoud et Dieulafoy, en hémoptysies fébriles (liées à l'évolution des lésions), toujours graves, et en hémoptysies non fébriles, de pronostic bien meilleur, tout en comportant une grande part de vérité, ne correspond pas, comme l'ont montré MM. Bezançon et I. de Jong à l'exacte vérité : des hémoptysies fébriles, liées à une poussée évolutive légère et transitoire, pouvant ne pas être graves.

L'hémoptysie sans poussée évolutive survient brusquement, sans période préhémoptoïque prémonitoire, après un effort, une quinte de toux, une perturbation atmosphérique. Elle est généralement abondante, ne s'accompagne pas de fièvre, ni de modifications du sang et des urines; le poids ne diminue pas, la pression artérielle ne s'abaisse pas, elle est au contraire souvent élevée. Par contre les signes stéthoscopiques sont plus fréquemment rencontrés et plus riches qu'au cas de poussée évolutive : râles secs, râles humides, râles congestifs, etc. Les crachats ne renferment pas de bacilles de Koch, si la tuberculose était fermée antérieurement à l'hémoptysie. Le crachement de sang terminé, le malade revient presque aussitôt à son état de santé antérieur. Les récidives sont fréquentes.

Le pronostic dans ces cas doit être certes toujours un peu réservé. Il est cependant bénin le plus souvent. En effet l'hémoptysie n'est pas ici révélatrice d'un processus tuberculeux en activité, elle traduit l'existence d'un tissu de sclérose et de cicatrice. Les hémoptysies des formes éréthiques, fibro-congestives, de la tuberculose pulmonaire rentrent dans cette catégorie, et c'est sans doute pourquoi les formes hémoptoïques de la tuberculose ont été généralement considérées comme plus favorables que les autres (Grancher). Sans doute celà tient-il en partie à ce que les malades effrayés par leurs hémoptysies se soignent très consciencieusement dès le début (Daremberg), mais incontestablement le terrain sur lequel évolue ces tuberculoses, l'hypertension artérielle qu'extériorisent les hémoptysies constituent les facteurs principaux de la bénignité de ces tuberculoses hémoptoïques à tendance fibreuse (Marfan).

De l'hémoptysie de la période cavitaire, il y a peu à dire, son pronostic est toujours redoutable, elle peut tuer en quelques secondes par son abondance; même lorsqu'elle n'est pas considérable elle peut entraîner rapidement la mort en raison de la cachexie des malades et de leur peu de résistance.

*
* *

Pour aborder avec fruit la question du traitement rationnel d'une hémoptysie tuberculeuse, il est nécessaire en quelques mots d'en refaire l'histoire pathogénique.

L'hémoptysie, comme toute hémorragie, peut-être causée : 1° par des lésions vasculaires; 2° par l'hypertension artérielle; enfin 3° par des modifications de la crase sanguine. Ces dernières sont peu connues, et ne paraissent pas entrer en ligne de compte dans la production des hémoptysies tuberculeuses.

Les altérations vasculaires jouent le rôle principal. Elles sont de type variable. Dans la tuberculose ulcéro-caséeuse vulgaire, dans la tuberculose galopante il s'agit souvent de l'ulcération d'un vaisseau par le processus aigu de caséose, envahissant le conduit vasculaire avant la production de l'endartérite oblitérante. Celle-ci est en effet la règle au cours des processus tuberculeux, et le tissu de caséification est ordinairement avasculaire, ce qui explique que l'hémoptysie ne soit pas encore plus fréquente dans la tuberculose pulmonaire. Au cours de la tuberculose cavitaire c'est, nous le savons, la rupture d'un

anévrisme de Rassmüssen qui entraîne l'hémoptysie foudroyante. Les petites hémoptysies au cours des poussées évolutives semblent le résultat d'une alvéolite hémorragique développée autour des foyers caséeux, constituant la pneumonie hémorragique de Tripier (Bezançon). Enfin dans les formes fibreuses de la tuberculose il existe autour des lésions sclérosées de nombreux vaisseaux constituant de véritables lacs sanguins, rappelant du tissu érectile (M. P. Weill), qui rendent compte de la fréquence et de l'abondance des hémoptysies dans ces formes fibro-congestives.

L'hypertension artérielle est aussi un facteur étiologique important d'hémoptysie. Si la lésion vasculaire prépare l'hémoptysie, c'est le coup d'hypertension qui la déclanche. Aussi voit-on les hémoptysies être le plus souvent influencées par toutes les causes qui élèvent la pression artérielle : altitude, bord de la mer, suralimentation, alcoolisme, époque des règles (hémoptysies menstruelles), époque de la ménopause (hémoptysies supplémentaires), certains médicaments, comme les iodures, le fer, l'arsenic, les eaux sulfureuses, les balsamiques (créosote, gaiacol).

* * *

De ces notions pathogéniques il nous est facile de déduire quelques règles de thérapeutique prophylactique et curatrice.

A tous vos tuberculeux — et principalement à ceux qui sont atteints de formes hémoptoïques — vous prescrirez à titre prophylactique, d'éviter toutes les raisons précitées d'augmenter leur pression artérielle.

L'hémoptysie déclarée, vous allez par tous les moyens possibles vous efforcer de favoriser la formation d'un caillot oblitérant le point d'effraction vasculaire. Pour y parvenir, et pour assurer le maintien en place de ce coagulum bienfaisant, rien ne vaut l'immobilisation de la région qui saigne. Vous recommanderez donc le repos absolu au lit, non pas dans la position complètement horizontale, comme on le voit encore trop souvent ordonner, mais en situation demi-assise, maintenue par des oreillers, dans l'attitude la plus commode à garder longtemps. Vous ferez observer le silence le plus complet; vous ne permettrez qu'une alimentation très légère, composée de lait et de boissons glacées. Enfin pour calmer la toux, et lutter contre la nervosité du malade vous serez souvent amenés à formuler des opiacés (extrait thébaique, codéine, dionine), et même parfois à pratiquer une injection de morphine.

Ayant ainsi rempli une première indication, vous penserez à agir sur la pression artérielle pour la diminuer. A cet effet, on a préconisé les inhalations de nitrite d'amyle, qui ont quelquefois donné des succès rapides. Vous pourrez les essayer. Vous userez ensuite, et surtout, du meilleur hypotenseur et décongestionnant que nous possédions : l'ipéca. Vous pourrez suivant votre tempérament, le donner, comme Trousseau, à dose vomitive, ce qui ne manque pas d'être impressionnant, ou, comme Dieulafoy, à dose nauséeuse, procédé plus lent mais moins dramatique. Couramment on prescrit l'ipéca associé à l'opium dans la poudre de Dover, prise en cachets. C'est à cette médication que nous avons eu recours chez notre homme, qui prenait chaque jour 40 centigrammes de cette poudre divisés en quatre cachets (en tout 4 centigrammes d'opium, et 4 centigrammes d'ipéca par jour).

A un moment donné l'émétine, alcaloïde tiré de l'ipéca, a paru détrôner la racine originelle. La plupart des médecins reviennent maintenant à l'ipéca lui-même. Néanmoins, dans certaines formes fibro-congestives, vous pourrez obtenir de bons effets du chlorhydrate d'émétine en injections sous-cutanées.

Par analogie avec la thérapeutique des hémorragies utérines dans lesquelles l'effet de l'ergotine est souverain, on administrait autrefois ce médicament contre les hémoptysies. On espérait amener de la sorte la diminution de calibre de la brèche vasculaire par contraction des fibres musculaires lisses des parois artérielles. Mais on sait maintenant que les artérioles pulmonaires sont peu riches en fibres musculaires lisses, et que l'action de l'ergotine, remarquable dans la métrorragie, paraît illusoire — au moins en théorie — dans l'hémoptysie. Pratiquement cependant on a rapporté de nombreux cas de guérison de crachements de sang, attribués par les auteurs, à l'action de l'ergotine. Ce médicament ne peut avoir, en outre, aucun effet fâcheux. Le cas échéant, vous pourriez le prescrire soit en potion, soit en injection hypodermique.

Enfin bien que les modifications de la crase sanguine ne jouent, nous l'avons vu, aucun rôle dans la pathogénie de l'hémoptysie tuberculeuse, des médecins ont conseillé d'ordonner néanmoins pour le combattre des médicaments susceptibles d'augmenter la coagulabilité du sang : le chlorure de calcium, et dans certains cas graves le sérum gélatiné. Ce sont des médications sans danger, auxquels vous pourrez avoir recours, comme moyens thérapeutiques adjuvants des précédents. Par contre je dois vous déconseiller, après MM. Bezançon et de Jong, l'emploi des injections de sérums animaux (sérum antidiphtérique, hémostyl), préconisées comme coagulants, et dont il faut redouter l'action congestionnante chez des sujets fragiles comme les tuberculeux.

Il peut arriver que les médications que je viens de vous énumérer soient impuissantes à arrêter une hémoptysie abondante et menaçante. C'est alors que vous pourrez avoir recours aux moyens énergiques suivants.

L'un d'eux consiste à faire à la racine des quatre membres des ligatures peu serrées capables d'entraver la circulation veineuse de retour sans interrompre la circulation artérielle; de cette façon une masse considérable de sang se trouve momentanément retenne à la périphérie, et le domaine de la petite circulation est par celà même mis en état d'hypotension.

Vous pourrez, encore, comme M. Rist l'a proposé, pratiquer une injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse (rétropituitrine), soit dans les muscles (1/2 centimètre cube, équivalant à 1 décigramme de glande fraîche), soit même dans une veine (dans ce cas diluez le 1/2 centimètre cube de rétropituitrine dans 10 centimètres cubes de sérum physiologique et injectez lentement). N'omettez pas de prévenir le malade et son entourage que cette médication (surtout lorsqu'elle s'administre par voie veineuse) peut amener passagèrement un état pseudo-syncopal du patient, très impressionnant, mais sans conséquence.

Enfin devant un crachement de sang particulièrement rebelle, et lorsque vous aurez pu déterminer d'une façon certaine le côté qui saigne, sachez que vous avez dans le pneumothorax artificiel une ressource suprême, considérée par MM. Dumarest et Léon Bernard comme « le moyen héroïque » de traitement de l'hémoptysie. Vous pourrez donc être

amenés à en conseiller l'établissement d'urgence.

Dans la majorité des cas heureusement, les petits moyens que je vous ai tout d'abord indiqués suffiront à arrêter l'hémoptysie, qui sera intervenue, en somme, au cours de la tuberculose pulmonaire comme un signal d'alarme, un drapeau rouge providentiellement déployé devant le malade pour le mettre en garde contre le danger qui sournoisement le menaçait.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1921)

Ostéoarthropathie hypertrophiante (type de Pierre Marie). — MM. Apert et Bigot présentent un homme âgé de vingt-sept ans atteint d'ostéoarthropathie hypertrophiante que M. Apert avait déjà observé à l'âge de dix-sept ans. Il insiste sur le peu de développement des caractères sexuels accessoires et sur l'épaississement des os et des parties molles des extrémités.

Dysostose cranio-faciale de Crouzon. — MM. Apert et Bigot présentent une mère et sa fille atteinte de dysostose cranio-faciale héréditaire.

M. Crouzon insiste sur le caractère héréditaire et familiale de cette affection.

Aortite, emphysème pulmonaire, cercle cornéen. — M. M. Pinard présente un malade atteint d'aortite avec emphysème. Le Wassermann est négatif, mais l'auteur se demande si le cercle cornéen présenté par son malade et fréquent dans la syphilis héréditaire, n'est pas un signe permettant d'affirmer la syphilis.

Présentation d'un appareil pour la colorimétrie. — MM. Baudouin et Besnard.

Encéphalite léthargique avec localisation lombo-sacrée. — MM. Gosset et Gutmann rapportent l'observation d'un malade qui, au cours d'une encéphalite, présenta temporairement de la rétention d'urine avec abolition du réflexe achilléen.

Les déviations de l'œsophage en rapport avec celles de la trachée dans la tuberculose pulmonaire chronique. — MM. P. Armand-Delille, P. Hillemand, C. Lestoquoy et L. Mallet, au cours de leurs recherches sur la déviation de la trachée ont constaté que sous l'influence des rétractions fibreuses, il existe des déviations analogues de l'œsophage visibles à l'écran après l'ingestion de bouillie bismuthée, cependant ces déviations ne sont pas constamment semblables à celles de la trachée, car les rétractions fibreuses peuvent n'intéresser que le sommet du poumon et agissent exclusivement sur la trachée.

Ces déviations œsophagiennes expliquent certains faits de dysphagie qu'on observe parfois chez les tuberculeux, aussi doivent-ils être recherchés systématiquement par la radioscopie dans les cas de ce genre.

La vagotonie appendiculaire. — MM. E. Enriquez, R. A. Gutmannn et Rouvière montrent que la plupart des signes de l'appendicite chronique sont, en réalité, ceux d'un état vagotonique que cette appendicite déclanche. Etudiant les signes de la vagotonie, ils montrent que dans l'appendicite en dehors des symptômes bien connus (constipation, nausée, spasmes du pylore) il existe toute une autre série de petits signes également communs aux deux états (cryesthésie, bialorrhée, vertiges, etc.). L'asthme appendiculaire rentre dans cette série. Le fait qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence est prouvé par la fréquence de ces signes vagotoniques dans l'appendicite chronique par leur rapide disparition opératoire, par l'action élective de la belladone. Les auteurs montrent ensuite qu'on peut mettre en lumière cette vagotonie par la recherche à la pression d'un « réflexe appendiculaire hypotenseur » augmenté par la pilocarpine, diminué par l'atropine.

Le diabète secondaire dans la cirrhose pigmentaire. — MM. P. Lereboullet et Mouzon rapportent l'observation d'un homme de quarante-deux ans chez lequel se manifesta un état d'asthénie avec mélanodermie en imposant pour une maladie d'Addison, mais s'accompagnant d'hépatomégalie marquée. Quatre ans après, apparurent la glycosurie, la polyurie, la polyphagie. Le diabète maigre évolua dès lors avec rapidité en trois mois et demi. Les lésions furent celles qui ont été classiquement décrites dans les cirrhoses pigmentaires.

Les auteurs se demandent si dans de tels cas, il ne faut pas chercher l'origine du diabète dans une altération plus diffuse, pluriglandulaire ou tissulaire, ce qui est certain, c'est le caractère de subordination du diabète à l'égard de la cirrhose et de la mélanodermie qui l'ont précédé.

Un cas de dilatation de l'artère pulmonaire à son origine, associé à une dilatation aortique. — MM. Crouzon et Grenaudier présentent un cas de dilatation de l'artère pulmonaire à son origine, associée à une dilatation de l'aorte, en rapport avec une adénopathie médiastine considérable. La dilatation des deux vaisseaux est très accentuée : 45 millimètres au lieu de 35 pour l'artère pulmonaire ; 42 millimètres au lieu de 27 pour l'aorte. Cette dilatation est uniforme et non sacciforme ; elle ne s'accompagne d'aucune lésion de sclérose ni d'athérome. Adénopathie médiastine énorme, mais banale anthrotosique. Le tableau clinique, qui était celui d'une asystolie hépatique avec souffle systolique de la base et lésion pulmonaire discrète avec emphysème, faisait penser à une ectasie aortique, avec cependant des réserves sur la possibilité d'une atteinte concomitante de l'artère pulmonaire. Par contre, la radiographie inclinait le diagnostic vers l'hypothèse de dilatation pulmonaire avec des réserves sur l'existence de l'ectasie aortique.

Pneumoséreuse thérapeutique dans les péritonites tuberculeuses avec épanchement. — MM. P.-E. Weil et Loiseleur rapportent six cas de péritonites tuberculeuses avec épanchement qui ont été traitées par la ponction et l'insufflation d'air.

L'assèchement de la séreuse se produisit dans cinq cas sur six.

La pneumoséreuse doit constituer le premier temps thérapeutique de la péritonite tuberculeuse avec épanchement qui dès la période d'apyrexie et d'assèchement réalisée, sera surtout justiciable du grand air et de l'héliothérapie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1921)

Myoclonie provoquée chez le cobaye par injection de sérum d'épileptiques. — MM. Ph. Pagniez, J. Mouzon et Turpin ont étudié l'action exercée sur le cobaye par l'injection intracardiaque et intracarotidienne de sérum d'épileptique. Ils ont constaté que la production d'accidents convulsifs généralisés suivis de mort à la suite des injections intracardiaques, fait signalé par M. A. Lumière, est assez rare (trois fois sur quinze expériences).

Par contre, on voit survenir, d'une façon fréquente, après les injections intracardiaques, presque constante après les injections intracarotidiennes (huit fois sur neuf expériences), des secousses myocloniques du tronc et de la tête, sans rhytmicité régulière, et se groupant en série. Ces secousses parfois très violentes, peuvent persister pendant plusieurs heures ; elles ne durent habituellement pas plus de trente minutes. Elles sont le fait de l'injection de sérum frais et ne se produisent pas après l'injection de sérum chauffé à 58 degrés.

Semblable propriété du sérum n'a pas été retrouvée par les auteurs chez des individus normaux, des malades atteints d'asystolie, d'urémie, de paralysie générale. Les recherches en cours diront si cette propriété du sérum est absolument spéciale à l'épilepsie et quel est son degré de constance dans les différentes variétés de cette maladie.

Variations périodiques de la sensibilité de l'œuf de sabellaria aux solvants des graisses. — M. Faure-Frémiet. La sensibilité de l'œuf de sabellaria aux solvants des graisses varie pendant la maturation et la segmentation suivant un rythme régulier qui semble commander les phénomènes de division.

Herlant a déjà décrit un tel phénomène chez l'œuf d'oursin qu'il interprète comme un changement périodique de la perméabilité due à quelque phénomène physico-chimique tel que l'inversion de l'émulsion cytoplasmique. On peut faire une hypothèse équivalente en admettant une simple variation du coefficient de partage des solvants des graisses entre la phase albumino-lipoïde continue et la phase lipoïde dispersée, qui constituent le cytoplasma de l'œuf.

Un procédé de culture homogène rapide du bacille tuberculeux. — M. A. Vaudremer. Les bacilles tuberculeux humain et bovin ensemencés en surface sur du bouillon de pomme de terre dont l'auteur a donné antérieurement la formule, poussent en voile sur ce milieu. Ils perdent leur acido-résistance et ne produisent pas de tuberculose

Les mêmes bacilles ensemencés en profondeur sur le même milieu donnent en trente-six heures une culture homogène composée d'éléments ressemblent au pneumobacille de Friedlander. Les bacilles sont agglutinables par le sérum de tuberculeux humain.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 18 novembre 1921)

Traitement du cancer du côlon droit. — M. V. Pauchet. Ce cancer est justiciable de la colectomie partielle.

L'opération est le plus souvent faite en un temps : hémicolectomie droite suivie de l'anastomose de la fin de l'iléon avec le côlon sigmoïde ou le transverse. Toutefois, chez les sujets affaiblis ou obèses, ou en cas d'occlusion aiguë, il faut faire l'opération en deux temps : iléo-sigmoïdostomie d'abord, et, trois semaines ou un mois plus tard, hémicolectomie droite.

Treize transfusions sanguines. — M. Dupuy de Frenelle.

Stase appendiculaire. — M. Aubourg présente le côté radiologique de l'observation d'une malade du docteur Desfosses. L'appendice fut reconnu aux rayons X, anormal comme forme (très sinueux et allongé), anormal comme siège (au devant de la sacro-iliaque gauche), anormal comme évacuation (il restait rempli quand le reste du gros intestin était vidé).

La nature de stase appendiculaire est un des renseignements que peut fournir l'exploration radiologique

Quatre cas de volumineux phlegmons de l'œsophage. — M. Guisez rapporte plusieurs cas de volumineux phlegmons de l'œsophage consécutifs, soit à des corps étrangers, soit à un traumatisme.

Une forme rare de dislocation carpienne. — M. Judet.

Ostéosynthèse pour fracture de l'avant-bras. — M. A. Huguier présente une malade qui était atteinte d'une fracture des deux os de l'avant-bras gauche au tiers supérieur par choc direct, avec forte angulation et chevauchement.

Pylorogastrectomie pour ulcère calleux de la petite courbure. — M. A. Huguier présente le tiers inférieur de l'estomac réséqué. L'ulcus, à cheval sur la petite courbure, siège à 3 centimètres au-dessus du pylore. Il est ovale, large de 6 centimètres, haut de 3 centimètres. Il repose sur une large plaque indurée de gastrite qui avait, avant l'ouverture de la pièce, la forme et le volume d'une grosse mandarine.

L'orifice pylorique, très dur et inextensible, admettait tout juste le passage de l'extrémité du petit doigt.

Présentation de pièce. — M. J. Lanos présente un ancien kyste hydatique avec hémorragie intrakystique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 25 novembre 1921)

Présentation d'un malade opéré de calcul du bassinet par pyélotomie. — M. Jeanbrau.

Rétrécissement cicatriciel du cardia. — MM. Vedel, G. Baumel et G. Giraud.

Fracture de Dupuytren et décollement épiphysaire. — MM. Roux et Delord.

Hérédosyphilis. — M. Aimes présente des photographies et des radiographies du membre inférieur gauche d'un hérédosyphilitique, ce membre est allongé de 9 centimètres : 4 pour le fémur, 5 pour le tibia. Ces os sont très augmentés de volume. Malgré un traitement syphilitique en cours, le sujet qui avait déjà eu deux fractures partielles du tibia a présenté récemment une fracture spontanée du fémur gauche, dont la consolidation s'est faite dans les délais normaux.

(Séance du 2 décembre 1921)

Môle hydatiforme. — MM. Forgue, Roux et Milhaud rapportent un cas de môle hydatiforme avec dégénérescence kystique bilatérale des ovaires sans paroi de kyste lutéinique. L'hystérectomie fut commandée par les hémorragies abondantes qui ne cédèrent ni au curage, ni au curetage. Il s'agissait d'une môle sans trace de transformation chorio-épithéliomateuse.

Les auteurs insistent sur l'indication de pratiquer l'hystérectomie, fournie soit par ces hémorragies, soit par les lésions ovariennes, qui ne régressent pas à l'inverse des kystes lutéiniques. Si ceux-ci paraissent dépendre du développement de la môle, il semble, au contraire, que la môle puisse dépendre de ces ovaires dégénérés, sans kystes lutéiniques (kystes mucoïdes multiloculaires).

Ostéoarthropathies de syphilitiques et de tabétiques (*présentation de malades*). — MM. Vedel, G. Giraud, Olivier, Boulot et J. Euzière.

Arthropathie tabétique. — MM. Ducamp, Carrieu et Gueit présentent une malade atteinte d'arthropathie du type tabétique et, à ce propos, discutent l'origine purement spécifique de ces troubles articulaires. Dans ce cas où la syphilis ne paraît pas en cause il faut admettre qu'il s'agit d'arthropathies tabétiques vraies dans un cas de tabes fruste arrêté dans son évolution.

Résection du côlon droit pour cancer de l'angle colique droit. Bons résultats éloignés. — M. Lapeyre.

La scilla autumnalis. Etude chimique de ses principes actifs. — MM. Galavielle et Christol.

Contribution à la pratique de la chirurgie osseuse, par le Dr Rolland. Thèse de Paris. — Moderne Imprimerie.

Le Traitement de la scoliose, par le Dr Devimeux. Brochure de 27 pages, 18 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES DE LA SYPHILIS LINGUALE

DIVISION. — La langue peut être le siège de manifestations morbides à toutes les périodes de la syphilis. Si le chancre de la langue est rare, les manifestations syphilitiques secondaires et tertiaires sont des plus fréquentes. Il faudrait y ajouter la *leucoplasie* qui, à la suite de travaux de Fournier, Gaucher, Sergent, Lacapère, etc., est considérée actuellement comme une véritable lésion quaternaire, trait d'union entre la syphilis et le cancer de la langue. Pour Darier, Brocq, la leucoplasie, quoique souvent parasyphilitique, est considérée comme un *syndrome* relevant de causes diverses.

ÉTUDE CLINIQUE. — **I. Les accidents primaires de la syphilis linguale.** — A la période primaire, la syphilis linguale est essentiellement caractérisée par le *chancre* qu'accompagne l'*adénopathie*.

1° Le *chancre lingual* est plus fréquent chez l'homme, favorisé par les gerçures, les excoriations. La contagion peut être *directe*, bucco-buccale ou génito-buccale, ou bien *indirecte* par l'intermédiaire d'objets souillés (syphilis professionnelles). Presque toujours unique, le chancre lingual peut parfois être double (Fournier, Queyrat); il siège sur le tiers antérieur de la langue, soit sur les bords, soit sur la face supérieure. La forme la plus fréquente est le *chancre érosif*; quand il siège à la pointe, son *début* est marqué par des douleurs; on voit alors une petite érosion superficielle, comme une lentille, à base insignifiante, sans caractères distinctifs. Mais l'érosion initiale s'accroît et l'infiltration sous-jacente augmente rapidement. A la *période d'état*, le chancre érosif est constitué par une exulcération arrondie, ou ovalaire, sans bords, dont les dimensions varient et peuvent atteindre la largeur d'une pièce de 50 centimes. Sa surface est lisse, rouge, dépapillée, recouverte ou non d'un enduit diphtéroïde. Sa base est *indurée*, soit lamelliforme, en carte de visite, soit sous forme d'un noyau dur limité, soit considérable et envahissant une partie de la langue. En général peu douloureux, sauf lorsqu'il est en contact d'aliments irritants.

Evolution. — Au bout de quelques jours, la surface devient rosée, ses bords sont envahis par du tissu cicatriciel et au bout de quatre à six semaines le chancre a disparu, laissant la place à des plaques muqueuses. Il peut présenter une allure grave avec sécrétion sanieuse (chancre phagédénique).

2° L'*adénopathie* est constante, précoce, régie par la distribution des lymphatiques, de la langue : le chancre de la pointe et de la partie antérieure a ses ganglions dans la région sus-hyoïdienne et derrière le menton au niveau des apophyses géni. Le chancre des bords et de la base s'accompagne de réaction ganglionnaire sous-maxillaire. Cette adénopathie est peu volumineuse, indolente, dure mobile, polyganglionnaire, persistante, souvent prédominant au niveau d'un ganglion, parfois bilatérale.

AUTRES ASPECTS CLINIQUES DU CHANCRE LINGUAL. — Au niveau de la pointe, des bords, il forme une saillie comme une gomme; au niveau du frein, il peut ressembler à une aphte. Avec Fournier, on peut décrire un *chancre ulcéreux*, creusé en cupule, douloureux, avec salivation exagérée; le *chancre fissuraire*, simple érosion effilée à base indurée; le *chancre scléreux* avec induration étendue de la langue. Les *chancres nains* (Thibierge); le *chancre hypertrophique* (Gaucher).

II. Glossites syphilitiques secondaires. — On les rencontre surtout chez les fumeurs, les alcooliques. Les syphilides linguales apparaissent aussitôt après le chancre et récidivent avec une ténacité extrême. Parfois on les observe jusque dans la période tertiaire. On peut observer :

1° Les *plaques muqueuses lisses* (Fournier), plaques fauchées en prairie de Cornil, ce sont des tâches rosées, dépapillées, sèches, non indurées, rondes ou ovales, bien limitées.

2° Les *plaques muqueuses opalines* qui se voient surtout sur les bords et à la pointe, surtout près des dents cariées. Elles sont érosives ou fissurées, parfois papulo-érosives.

3° Les *plaques papulo-hypertrophiques* ou végétantes, très rares, surtout au niveau de la base et du V lingual. Elles peuvent envahir le dos de la langue (dos de crapaud).

4° Les *syphilides tuberculo-ulcéreuses*, à surface irrégulière.

Ces syphilides secondaires sont des lésions essentiellement contagieuses, récidivantes, facilement curables, sécrétantes.

III. Glossites syphilitiques tertiaires. — Elles comprennent les glossites *scléreuses* et les glossites *gommeuses*.

1. Les *glossites scléreuses* sont superficielles ou profondes :

— *superficielle*, elle peut être partielle et constituée par des îlots peu nombreux, de sclérose corticale ou bien par une nappe unique, rouge, lisse, à induration lamelleuse, quelquefois compliquée de fissures.

— *profonde*, elle occupe le milieu ou les bords de la langue ou toute sa moitié antérieure, elle est caractérisée par une lobulation irrégulière, des mamelons saillants séparés par des sillons profonds (langue cérébriforme de Fournier). Les parties atteintes sont le siège d'une induration profonde, fibreuse (langue de carton); la muqueuse est rouge par places, décolorée par ailleurs, tendue et dépapillée. *Il y a absence de toute adénopathie spécifique.* Sous l'influence d'irritations multiples, il peut survenir des ulcérations inflammatoires ou spécifiques accompagnées de douleurs et de salivation, guérissent par le traitement spécifique. L'évolution est essentiellement chronique. Abandonnée à elle-même, la glossite scléreuse aboutit à la *langue atrophiée et ficelée*, fibreuse et dure.

2. Les *glossites gommeuses* sont plus rares et tardives. Elles peuvent être *superficielles* (petites tumeurs dures, enchassées dans le derme, du volume de grains de plomb, se ramollissant et s'ulcérant ultérieurement) ou bien *profondes*, musculaires, plus souvent latérales que médianes. Les gommes évoluent en quatre périodes : crudité, ramollissement, ulcération et réparation. L'ulcération gommeuse est creuse, entourée d'une zone de tissus durs, de coloration rouge sombre, à bords taillés à pic, en falaise, non décollés. Enfin, le fond est bourbillonneux, jaunâtre, avec du tissu gommeux en voie d'élimination. La gomme est indolore quand elle est à l'état de crudité. Mais elle devient douloureuse quand elle s'est ulcérée. La sécrétion salivaire est plus abondante, la parole embarrassée. Les ganglions ne sont pas envahis en général. On a signalé exceptionnellement l'évolution vers la gangrène, le phagédénisme (formes serpigineuse et térébrante).

3. Les *glossites scléro-gommeuses.* — Il s'agit de lésions mixtes, se présentant sous forme d'une sclérose linguale. Puis apparaissent des bosselures qui se ramollissent et donnent lieu à des ulcérations caractéristiques. Cette forme est grave.

IV. Syphilis linguale quaternaire. — La leucoplasie buccale est caractérisée par des tâches blanchâtres, nacrées, accompagnées d'induration superficielle, occupant souvent la commissure des lèvres, la face interne des joues et la langue. La leucoplasie linguale est considérée aujourd'hui comme une lésion parasyphilitique; au début, la plaque leucoplasique est constituée par un îlot d'aspect blanc nacré, ou grisâtre, nettement circonscrit à bords réguliers et durs. Ultérieurement, l'épithélium kératinisé s'atrophie; la plaque devient lisse, fibreuse, dure, qui présente des fissures, des ulcérations profondes. Des végétations papillomateuses peuvent se développer à ce niveau et traduiraient déjà une dégénérescence cancéreuse (Besnier, Darier). La transformation cancéreuse débute, soit sur une ulcération qui devient persistante, indurée, douloureuse, saignante, soit par des végétations papillomateuses. En même temps on voit apparaître une réaction ganglionnaire nette. Reclus a signalé une variété spéciale : l'épithélioma en surface des muqueuses leucoplasiques.

Le DIAGNOSTIC précoce de ces lésions est des plus importants; dans les cas difficiles, on saura avoir recours aussitôt à des recherches spéciales de laboratoire :

1° La recherche du spirochète sur frottis ou à l'ultra-microscope (dans le chancre et les plaques muqueuses);

2° La réaction de Bordet Wassermann qui a une grande valeur quand elle est positive;

3° La biopsie (Letulle, Darier) est souvent indispensable. Il faut prélever un fragment de la langue malade avec une portion suffisante de muqueuse saine pour étudier la zone d'envahissement. L'examen microscopique fait alors voir d'une façon absolue si l'on a affaire à une lésion syphilitique, tuberculeuse ou cancéreuse. Un traitement sûr en découle aussitôt.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce numéro contient les Tables *et les* Titres *pour l'année 1921.*

N° 103. — SAMEDI 31 DÉC. 1921. 94e ANNÉE. SAMEDI 31 DÉC. 1921. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations des chirurgiens chefs de service au 26 décembre 1921. — Les mutations que nous avons annoncées dans le numéro de la *Gazette* du 22 décembre viennent d'être modifiées. Voici le mouvement définitif :

Hôtel-Dieu (en remplacement de M. le Dr Potherat, limite d'âge), M. le Dr Alglave (des Ménages).

Aux Ménages, M. le Dr Lardennois (d'Ivry).

A Ivry, M. le Dr Heitz-Boyer, titularisé.

DERNIÈRE VISITE DE M. SIREDEY. — Atteint par l'impitoyable limite d'âge, M. Siredey passait, samedi, sa dernière visite. Dans cet hôpital Saint-Antoine, qu'il n'a pas quitté depuis 1894, ses collègues, ses amis et ses élèves s'étaient réunis pour lui apporter le tribut de leur affection et de leur reconnaissance. Interprète heureux de la pensée de tous, M. Henri Lemaire, son disciple préféré, a prononcé une courte allocution, laissant monter les mots du cœur aux lèvres, et parler son émotion. Le vieux maître a répondu en attribuant à ses collaborateurs la plus grande part de ses succès et en leur rappelant qu'en médecine comme ailleurs, la souveraine habileté, c'est encore de suivre la voie droite... Ce qu'il ne pouvait pas dire, ce dont sa proverbiale modestie ne semblait même pas s'apercevoir, c'est que l'aveugle destinée, en lui prodiguant ses faveurs, avait, pour une fois, été singulièrement clairvoyante. Peu de maîtres ont été tant aimés ; c'est, aussi, que peu ont autant payé d'exemple. Durant toute sa vie hospitalière, il a été le serviteur des malheureux, ne concevant pas de plus noble tâche que de soulager leur misère. Une fois qu'il les avait pansés et guéris, son dévouement pour eux revêtait une autre forme, plus discrète, mais non moins bienfaisante. Chef de service modèle, il arrivait de bonne heure, partait tard, n'abandonnait à personne ce qui pouvait engager sa responsabilité et ne considérait pas comme au-dessous de lui d'aller, avant de rentrer, visiter quelque étudiant malade. Caractère droit et indépendant, il n'a rien dû à l'intrigue : candidat, il eût pu, comme tout autre, arriver à l'agrégation : il ne s'y est même pas présenté; juge, il a constamment refusé d'entrer dans une « combinaison », réservant son vote au plus digne; chef d'école, il a préféré faire ses leçons que faire antichambre : aussi s'en est-il fallu de bien peu qu'il n'achevât, sans les traditionnelles distinctions, sa longue et belle carrière. Homme d'intérieur, il a adoré son foyer; il lui a dû ses plus grandes joies, et aussi — hélas ! — ces douleurs qui ne veulent pas être consolées... A l'heure où il se retire, en pleine vigueur, en pleine activité, saluons-le très bas. N'a-t-il pas été, pour tous, le conseiller infaillible qu'on allait consulter dans les circonstances délicates, l'arbitre des élégances morales? N'incarnait-il pas, à nos yeux, la dignité professionnelle ? Ce Parisien de Paris n'avait-il pas appliqué à notre art la belle devise lyonnaise : *Honneur et conscience ?*

L. Babonneix.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Grenoble. — La Commission administrative des hôpitaux civils de Grenoble donne avis que le lundi 6 mars 1922, à 9 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulouse un concours pour la nomination de : un médecin suppléant, un chirurgien suppléant, un accoucheur suppléant, un médecin dermatologiste suppléant.

Les demandes d'inscription devront parvenir à l'administration des hôpitaux avant le 15 février 1922.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat général des hôpitaux.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES DES HOPITAUX. — Comme nous l'avions annoncé, l'Assemblée générale de l'Association professionnelle des externes des hôpitaux s'est tenue à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté, mercredi 14 décembre, à 21 h.

Après le rapport du secrétaire général et le compte rendu du trésorier, l'Assemblée générale a approuvé : l'adhésion de l'Association à la coopérative des médecins de Paris et le principe de l'admission dans l'Association des anciens externes docteurs en médecine.

Le président a fait ensuite connaître le résultat du referen-

dum, demandé par l'Association professionnelle, relatif à la date des épreuves éliminatoires du concours de l'internat. Plus de 95 p. 100 des réponses sont favorables à la première semaine de juin et cela, dès 1922. L'Assemblée générale s'est montrée du même avis. En dernier lieu, elle a chargé le bureau d'étudier, d'accord avec l'Association professionnelle, les meilleurs moyens pour faire connaître aux candidats les questions tirées de l'urne et ramasser les copies dès la fin de l'heure accordée à la rédaction.

CONGRÈS

CONGRÈS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — A l'occasion de l'exposition coloniale nationale, un Congrès de la santé publique se tiendra à Marseille, du 11 au 17 septembre 1922, sous la présidence du médecin inspecteur général Paul Gouzien, président du Conseil supérieur de santé des colonies.

Programme provisoire. — *Section de médecine* (président : M. le prof. A. Le Dantec [de Bordeaux]). — Rapports : Les spirochétoses dans les colonies françaises, M. Noc. — Les helminthiases, M. Joyeux. — Les maladies vénériennes dans les colonies françaises, M. Thirioux. — Les bilharzioses ou schistosomoses, dans les colonies françaises, MM. G. Reynaud et M. Léger. — Les amibiases (indications de l'émétine par le prof. Mattei [de Marseille]. — Les séquelles de l'amibiase, M. le prof. Monges (de Marseille). — La tuberculose chez les indigènes, M. Kérandel.

Section d'hygiène (président : M. A. Thiroux). — Rapports : Topographie et prophylaxie de la maladie du sommeil, M. G. Martin. — Prophylaxie et traitement de la peste, M. Heckenroth. — Hygiène urbaine et rurale, M. Abbatucci. — Navires convoyeurs et transports hôpitaux, MM. le médecin général Chastang et Brunet. — Rôle et traitement des porteurs de germes en prophylaxie internationale, M. Nattan-Larrier, du collège de France.

Section de l'assistance médicale indigène (président : M. Le Roy des Barres (de Hanoï). — Rapports : Protection et développement de la main d'œuvre indigène, M. Camail. — Mortinatalité et mortalité infantile, MM. Nogué et Adam. — La vaccination antivariolique aux colonies, M. Lucien Camus, de l'Académie de médecine. — L'enseignement médical indigène aux colonies, M. Le Dantec (de Dakar).

Pour tous renseignements s'adresser à M. E. Joucla, secrétaire général du Congrès de la santé, 40, boulevard de la Major, à Marseille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1920-1921

54. Monzat. — La technique des greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch.
55. Albrand. — Contribution à l'étude du traitement des hépatites amibiennes par le chlorhydrate d'émétine.
56. Jourdan. — Contribution à l'étude des paralysies des quatre dernières paires de nerfs craniens.
57. Pla. — Etude de deux observations de pseudoparalysie de Parrot.
58. Escalié. — Sur un cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
59. Fabre. — Encéphalite épidémique chez les femmes enceintes.
60. Taïeb. — Le traitement conservateur dans les sarcomes des os longs.
61. Cheminat. — Etude sur les variations leucocytaires dans cinq cas de fièvre typhoïde traités par le vaccin de Besredka.
62. Veyrier. — Un point de technique dans la cure radicale de la hernie crurale.
63. Badelon. — Contribution à l'étude du traitement de l'érysipèle par le fer colloïdal électrique.
64. Paret. — Contribution à l'étude de la réinfection syphilitique.
65. Brunel. — Contribution à l'étude des rétentions prolongées de débris placentaires.
66. Desage. — Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse. (Question de la dualité du germe thérapeutique.)
67. Augé. — Quelques faits de vaccinothérapie en chirurgie.
68. Boux. — Les tumeurs mixtes de la parotide. (Nature histologique et pathogénie.)
69. Guebhard. — Contribution à l'étude de la folie chez les indigènes de l'Afrique occidentale française pendant la grande guerre (1914-1919).
70. Aubouard. — Le médecin dans la vie sociale et le syndicalisme médical.
71. Martin. — A propos d'un cas de coxa vara. (Examen clinique et essai de pathogénie.)
72. Tcherniavker. — La tuberculose chirurgicale de l'intestin grêle à forme sténosante. (A propos d'un cas exceptionnel.)
73. Vincentelli. — Les kystes dermoïdes du pavillon de l'oreille.
74. Nisus. — Contribution à l'étude de l'exploration clinique du creux sus-claviculaire.
75. Infernet. — Les ostéomes du muscle psoas-iliaque.
76. Cocaud. — L'héliothérapie en gynécologie.
77. Truet. — La cure de l'ectopie testiculaire.
78. Cat. — Contribution à l'étude des talalgies. (A propos de deux cas d'exostoses du calcanéum et de leur traitement chirurgical.)
79. Borel. — Du diagnostic par le facies de certains états et maladies chroniques. (Un croquis de M. Dujardin-Beaumetz, vingt croquis de l'auteur.)
80. Subra. — Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire primitive.
81. Sicart. — A propos de trois cas de rhumatisme chronique déformant. (Considérations pathogéniques.)
82. Vaïsse. — Contribution à l'étude des luxations traumatiques anciennes de la rotule. (Variété complète externe.)
83. De Malbec. — A propos d'un cas de méniscite chronique post-traumatique.
84. Sivadon. — A propos d'un cas de mélanosarcome avec survie post-opératoire prolongée.
85. Bentkowski. — Contribution à l'étude du cancer de l'ovaire. (Trois observations de M. le professeur Tédenat.)
86. Caillol. — Contribution à l'étude des névrites tétaniques.
87. Alinat. — Le danger du paludisme importé. (A propos des réveils récents du paludisme autochtone.)
88. Huré. — Contribution à l'étude chez le nourrisson de certaines formes d'intolérance pour le lait, traitées par les injections sous-cutanées de lait maternel.
89. Tranier. — Radiographie dentaire. (Technique et indications.)
90. Martin. — La méthode de Bouilly dans le traitement du prolapsus utérin.
91. Aube. — L'ouabaïne. Son usage en thérapeutique cardiaque.

RENSEIGNEMENTS

VEUVE DE MÉDECIN prendrait en pension personne âgée ou enfant délicat.
Mme Leblond, 20, r. de Lorraine, Mantes-s.-Seine (S.-et-O.).

LA MALADIE DES PLONGEURS

OU

PARALYSIE DES SCAPHANDRIERS

Par le Dr LANTIERI,

Médecin chef du Centre spécial de réforme, à Lyon.

La paralysie des scaphandriers est bien connue dans tout le bassin méditerranéen. De nombreux auteurs s'en sont occupé et leurs travaux ont mis en lumière tous les points étiologiques, pathogéniques et anatomo-pathologiques. Le professeur Catzaras (d'Athènes), dans ses recherches expérimentales et cliniques (1), les mémoires originaux du professeur Boinet [de Marseille (2)], la thèse inaugurale du docteur Audibert (3), les importants travaux du docteur Zografidi [de la marine hellénique] (4) ont apporté à l'étude de cette maladie des éléments cliniques et anatomo-pathologiques importants. Le professeur Jean Lépine dans sa thèse de Lyon (1900) et dans ses expériences rapportées à la Société de biologie (5) a donné une étude complète de la pathogénie des lésions observées.

Nous avons eu nous-même occasion d'observer à l'hôpital militaire de Bizerte, trois cas de maladies de plongeurs. Leur publication nous semble devoir apporter une contribution à l'étude cette maladie.

Ces observations concernent trois pêcheurs d'éponges, de nationalité grecque, opérant au large des côtes de Tunisie.

Observation I. — D. A... entre à l'hôpital le 6 juillet 1911. Vingt-six ans, ni syphilis, ni alcoolisme. Le 27 juin, revêtu de son scaphande, il fait une plongée de 35 mètres qui dure sept minutes. Remontée en deux minutes environ. Tout à coup, à peine dévêtu de son scaphande, il ressent de vives douleurs dans la région lombaire. Quatre ou cinq heures après, il constate une impotence totale des membres inférieurs. Entré à l'hôpital, on note une paralysie en contracture prononcée de tout le membre inférieur droit. Les réflexes rotuliens et de Babinski sont très exagérés. Trépidation épileptoïde du pied. Crémastérien normal. Sensibilité à la piqûre diminuée. Incontinence permanente des urines. Pas d'incontinence des matières fécales. Rien à signaler au membre inférieur droit, aux membres supérieurs, ni aux divers appareils.

Par le traitement (bains très chauds, pointes de feu sur le rachis, phosphate de chaux à l'intérieur) le malade s'améliore progressivement et sort le 21 juillet dans l'état suivant: la marche peut s'effectuer, quoique spasmodique, avec le soutien d'une canne. Les mouvements du membre inférieur droit sont assez faciles, l'incontinence des urines a disparu, mais les réflexes restent exagérés.

Obs. II. — G. H..., âgé de cinquante-huit ans, entre à l'hôpital le 16 août 1911. Malade depuis plusieurs jours. Plongée de 30 mètres environ. Remontée en une minute et demie. Aussitôt G. H... est pris d'une violente douleur dans les jambes. Deux heures après, paralysie complète des membres inférieurs. Incontinence des urines et des matières. A son entrée à l'hôpital, nous notons : paralysie totale flasque des membres inférieurs avec anesthésie complète à la piqûre jusqu'à l'ombilic. Au-dessus de cette région, hyperesthésie marquée. Exagération manifeste des réflexes massétériens, pharyngiens, palpébral. Les réflexes des pupilles sont normaux. Incontinence permanente des urines et des matières. Vaste escarre sacrée. Fièvre (39 degrés). Rien aux divers autres appareils.

Etat général mauvais. Deux jours après l'entrée, l'observation note de l'emphysème sous-cutané marqué au mollet droit, un tympanisme accentué à l'abdomen et à la partie inférieure du thorax. L'urine ne sort plus goutte à goutte, mais en jet. Cependant, le malade ne ressent aucune sensation vésicale.

Le 21 août, mort dans le coma, l'état général étant devenu de plus en plus mauvais.

Obs. III. — S. T..., âgé de quarante-huit ans, entre le 17 août 1911. Huit jours auparavant, plongée de 26 mètres environ. Remontée assez lente, paraît-il. Un quart d'heure après la remontée, douleurs en ceinture très violentes. Deux heures après, impotence complète des membres inférieurs, rétention vésicale. A son entrée à l'hôpital : paralysie flasque complète des membres inférieurs avec abolition de tous les réflexes. Hyperesthésie marquée par tout le corps. Rétention vésicale et des matières. Vaste escarre lombo-sacrée. Fièvre (38°5). Etat général très mauvais. Décès dans le coma, treize jours après l'entrée, sans aucune amélioration des symptômes locaux.

Dans les constatations nécropsiques que nous avons pu faire, nous avons constaté que le liquide céphalo-rachidien n'était pas en pression. G. H... (obs. II) présentait à partir de la XIIe dorsale, un léger épanchement de sang noir dans le canal rachidien. A ce niveau et jusqu'à la queue de cheval, la moelle avait une couleur lie de vin. Par contre, S. Th... (obs. III) ne nous donna aucune lésion macroscopique appréciable. Des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis d'examiner les coupes des moelles que nous avions pratiquées.

Les symptômes observés sur nos malades se retrouvent dans les cas observés avant nous. Tous les auteurs ont vu des paraplégies transitoires ou permanentes, flasques ou spasmodiques d'emblée. De flasques, quelques-unes peuvent devenir spasmodiques et, alors, elles doivent être considérées comme définitives. Le professeur Boinet a observé des paralysies faciales, de l'aphasie, de la démence passagère. Cet auteur a noté un cas de quadraplégie passagère. Ces paraplégies s'accompagnent toujours de troubles sphinctériens. Les professeurs Bondet et Piéry (1) signalent un cas de paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes, anesthésie absolue et perte des attitudes segmentaires. Catzaras signale des troubles du sens génital et, en particulier, du priapisme.

Quels sont les éléments qui régissent l'étiologie des faits que nous venons d'exposer?

a. La profondeur de la plongée. Elle joue un rôle très appréciable et devient dangereuse à partir de 25 mètres.

b. Durée de l'immersion. Elle ne doit pas dépasser trente minutes.

c. Le nombre des plongées dans la même journée. Le rôle en est peu appréciable.

d. La rapidité de la remontée. Cet élément est capital. Dans nos observations, la durée de la remontée varia entre une minute et une minute et demie. Variant d'une profondeur de 26 à 35 mètres, nos malades eurent à subir une décompression très rapide. Pour bien comprendre ce que fut cette décompression, il faut nous rendre compte de ce que fut la compression.

(1) Catzaras. *Archives de neurol.*, 1888, 1889, 1890.

(2) Boinet. *Presse méd.* du 30 nov. 1904; *Archives génér. de méd.*, n° 43, 1905 et sept. 1906.

(3) Audibert. *Th. de Montpellier*, 1906.

(4) Zogrofidi. *Revue de méd.*, fév. 1907; *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, t. XX, 1907.

(5) J. Lépine. *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 27 oct. 1900.

(1) Bondet et Piéry. Sur un cas de maladie des plongeurs, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 13 juin 1896.

On sait qu'une colonne de 10 mètres d'eau fait équilibre à une atmosphère. D'après ce principe, la pression qui s'exerça sur nos plongeurs fut sur D. A... (obs. I) de 3 atmosphères et demie; sur G. Ch... (obs. II) de 3 atmosphères et sur S. Th... (obs. III) de 2 atmosphères. La loi de Dalton nous apprend que les gaz se dissolvent en grande quantité dans le sang aux fortes pressions. D'après Paul Bert, c'est le gaz-azote qui s'y dissout le mieux. Carnot a admis que 100 centimètres cubes de sang, à la température du corps et à la pression d'une atmosphère, dissolvent environ 1 centimètre cube d'azote; à 2 atmosphères, 2 centimètres cubes; à 3 atmosphères, 3 centimètres cubes et demi, etc. Admettant les chiffres de Carnot, nous pouvons dire que 100 centimètres cubes du sang de D. A... contenaient, en dissolution et en pleine plongée, 3 centimètres cubes et demi à 4 centimètres cubes; 3 centimètres cubes et demi chez G. Ch...; 2 centimètres cubes chez S. Th....

Au moment de la remontée, la pression de gaz dissous a tendance à se mettre en équilibre avec la pression de l'air. Plus cette remontée est rapide, plus rapide aussi sera cette mise en équilibre. Et cette dernière ne peut se faire que par la mise en liberté plus ou moins rapide de l'azote dissous. Si l'équilibre se rétablit d'une façon brusque, l'azote dissous se libérera d'une façon brusque.

Nous pouvons connaître, d'une façon approximative, quelle fut la quantité de gaz mise en liberté chez nos observés. Admettant le chiffre de 5 litres de sang circulant dans un organisme humain, les totaux d'azote dissous chez chacun de nos malades fut pour D. A.., de 175 à 200 centimètres cubes; pour G. Ch..., de 150 centimètres cubes et pour Th. S..., de 125 centimètres cubes. Les quantités de gaz mises en liberté furent, très certainement, équivalentes à ces chiffres. Cela ne se fait pas sans dégâts très sérieux pour les tissus. Nous touchons ici au problème de la pathogénie des accidents. La question a été élucidée par Catsaras, Oliver, Jean Lépine.

Ces auteurs ont observé de longs chapelets de bulles gazeuses remplissant la lumière des petits vaisseaux. Oliver (1), examinant, après décompression, les vaisseaux du mésentère de grenouilles soumises à de fortes pressions, a observé des bulles de gaz dans les vaisseaux. « Les embolies gazeuses, dit Zagrofidi, produisent des foyers ischémiques et, si l'attaque est forte, des foyers hémorragiques. Les lésions ont pour conséquence la myélite qui se termine par la mort ou passe à l'état chronique. » M. le professeur Lépine a trouvé, au cours de ses expériences, du sang aéré dans le cœur droit, de la mousse sanglante sous le foie, dans l'arrière-cavité des épiploons. Pour ce dernier observateur, le dégagement de gaz peut se produire dans tous les vaisseaux de l'organisme, mais les hémorragies primitives dues à la rupture des vaisseaux sont, en général, localisées dans la moelle lombo-sacrée, fait qui s'explique par la fragilité des artères de cette partie de l'axe spinal. Ce sont surtout les artères radiculo-médullaires qui sont les plus fragiles et constituent une véritable zone dangereuse. Ces artères irriguant les cornes antérieures, leur oblitération constitue ce que Tanon (2) a appelé le syndrome vasculaire antérieur (prédominance de troubles paralytiques : paraplégies, abolition des réflexes, paralysie des réservoirs).

(1) OLIVER. La maladie des caissons, *Bull. méd.*, 26 mai 1906.
(2) TANON. Les artères de la moelle dorsale, *Th. de Paris*, 1908.

Si, comme tous les auteurs l'admettent, la décompression brusque est facteur de mort, d'accidents graves et souvent incurables chez les plongeurs, le véritable traitement semble devoir résider surtout dans une prophylaxie minutieuse qui se résume toute entière dans une décompression très lente, mesurée, et, en cas d'accidents, par la recompression dans une chambre de décompression. Ce sont les conclusions de Vallin (1), de Stewart et Molinier (2).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE

Le Corps médical de la région parisienne était jusqu'à présent dispersé dans de multiples sociétés (associations et syndicats) dont les efforts manquaient de toute coordination. Il n'en est plus ainsi, l'union est réalisée.

Une Fédération corporative des médecins de la région parisienne vient d'être créée, dans un bel élan de concorde confraternelle par l'unanimité des délégués réunis en assemblée générale à la Faculté de médecine, le 7 décembre dernier, et envoyés pour constituer la Fédération par les groupements suivants :

Assoc. des prof. et prof. agrégés de la Faculté; Assoc. corp. des méd., chir., accouch. et spéc. des hôpit. de Paris; Soc. méd. d'arrond. (Ier et IIe, IIIe et IVe, Ve, VIe, VIIe, VIIIe, IXe, Xe, XIe, XIIe, XIVe, XVe, XVIe, XVIIe, XIXe, Neuilly); Synd. des méd. de la Seine; Soc. centr. de l'Assoc. gén. des méd. de France; Soc. de méd. de Paris; Synd. méd. de Paris; Soc. des méd. insp. des écoles; Soc. des méd. du bureau de bienfaisance; Assoc. amicale de la banlieue Ouest et Nord; Assoc. synd. de la banlieue Est et Sud; Assoc. corpor. des int. en méd.; Assoc. prof. des ext. en méd.; Assoc. corpor. des étud. en méd.; Assoc. gén. des étud. (sect. de méd.).

Le bureau est ainsi composé :

Président : M. Cayla (prés. de l'Assoc. banlieue Ouest et Nord).

Vice-présidents : MM. Balthazard (Faculté), Ducor (Soc. de méd.), R. Proust (Assoc. corpor. méd., chir., accouch. et spéc. des hôpit.), Sénéchal (S. M. S.).

Secrétaire général : M. C. Lian (Soc. de méd. arrond.).

Secrétaire général adjoint : M. Frigaux (Id.).

Trésorier : M. Dubreuil (Soc. de méd. arrond. et méd. bur. de bienf.).

Trésorier adjoint : M. Louis Boyer (S. M. S.).

Secrétaires des séances : MM. d'Ayrenx (Soc. méd. arrond. et vice-prés. dn S. M. P.) ; Biard (Soc. méd. inspect. des écoles).

Archiviste : M. Le Fur (S. M. S.).

Le Conseil d'administration comprend les membres du bureau, ainsi que MM. Gandy (Assoc. corpor. méd., chir. et accouch. et spéc. des hôpit.), Hartenberg et Piot (Soc. méd. arrond.), Hartmann et Pamart (S. M. S.), Chapon (S. M. P.), Margain (Assoc. gén. méd. de France), Bitterlin (Assoc. synd. banlieue Est et Sud), Toulouse (étudiants en méd.).

Maîtres, praticiens et étudiants de la région parisienne sont donc rénnis dans cette Fédération dont les buts sont ainsi précisés par l'article 4 de ses statuts :

« 1° Consacrer la grande force morale qu'elle tirera de sa constitution même à étudier et à assurer dans le cadre de la

(1) VALLIN. Rapport au Conseil d'hygiène publique et de salubrité, analysé dans le *Bull. méd.*, 16 mai 1906.
(2) STEWART et MOLINIER. Rapport au XVIIe Congrès international de médecine de Londres, août 1913.

Publications à consulter :

P. CARNOT. Le coup de pression, *Presse méd.*, 29 août 1906.
Ed. HOCKE. *Arch. f. experim. Path und Pharm.*, 1907, vol. LVI, p. 201.
MOLINIER. Maladie des caissons, *Bull. méd.*, 16 mai 1906.

région parisienne la défense de la santé publique et celle de l'honneur et des intérêts du corps médical de cette région, ou même de l'un de ses membres si l'intérêt général est en jeu;

2° S'intéresser à l'étude des questions professionnelles médicales générales et s'entendre pour leur défense avec les autres groupements professionnels médicaux. »

Tous les médecins de la région parisienne doivent donc être représentés à la Fédération corporative. Par conséquent, tous les groupements médicaux de la région parisienne qui n'ont pas pris part à la constitution de la Fédération et qui consacrent la totalité ou une partie de leur activité à l'étude des questions professionnelles doivent adresser une demande d'admission au Conseil d'administration. Tous les médecins de Paris et de la banlieue doivent, sans exception, s'enrôler dans l'un des groupements qui adhèrent ou sont à la veille d'adhérer à la Fédération.

La Fédération corporative est un foyer de cohésion confraternelle, largement ouvert au Corps médical de la Région parisienne. Aucun groupement professionnel, aucun médecin de cette région n'a le droit moral de rester étranger à cet organisme de concorde et d'union.

Le secrétaire général,
G. LIAN.

DÉLÉGUÉS PRÉSENTS A L'ASSEMBLÉE CONSTITUTIVE. — *Faculté.* — MM. Balthazard, Cunéo, Villaret.

Hôpitaux. — MM. Gandy, P. Mathieu, R. Proust, Aubourg.

S. M. S. — MM. Durand, Pamart, Sénéchal, Le Fur, Quidet, Fanton d'Andon, Ferry, Louis Boyer.

S. M. P. — MM. Birabeau, Gourichon, de Pradel, Guillon.

Soc. méd. d'arrond. — IIIe et IVe, M. Hervouet; Ve, M. Fouquet; VIe, MM. Le Bihan, d'Ayrenx; VIIe, MM. Caussaude, Frigaux, Vignal; VIIIe, MM. Mounier, Hartenberg, de Spéville; IXe, MM. Barratoux, Lenormant; Xe, M. Labady; XIe, M. Dubrueil; XIIe, M. Zibelin; XVe, M. Loin; XVIe, MM. Piot, Chevalier, Chastenet; XVIIe, MM. Farret, Trèves, Lian; XVIIIe, M. Cange; XIXe, M. Pescher; Neuilly, M. Cauchemez.

Soc. de méd. de Paris. — MM. Mathé, Péraire, Dartigues, Gastou, Ducor, Perpère, Mouchet, Régis.

Méd. insp. des écoles. — MM. Dufestel, Riard, Vitry, Delapchier.

A. C. (*Soc. centr.*). — MM. Margain, Leclerc-Montmoyen, Touchart, Decreton, Meurisse, de La Rochefordière, Dutar, Pennel, Bourdin.

Méd. bureaux de bienf. — MM. Malbec, Guilhaume.

Banlieue O. et N. — MM. Cayla, Tulasne, Hilaire.

Banlieue E. et S. — MM. Bitterlin, Perreau, Boyé.

Assoc. corp. des internes. — M. Forestier.

Assoc. prof. des externes. — M. Risacher.

Assoc. corp. des étud. en méd. — M. Toulouse.

A. G. des étud. en méd. — M. Bertillon.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

L'Union des syndicats nous envoie le communiqué suivant :

« Le Syndicat professionnel des médecins de colonisation, réuni en assemblée générale, le 15 décembre 1921, à la mairie d'Alger, décide, à l'unanimité, d'avertir les jeunes confrères que séduiraient les alléchantes promesses de l'administration algérienne :

1° Que, dans la plupart des postes, le traitement octroyé aux toubibs suffit à peine à couvrir les frais des tournées officielles imposées.

2° Que les praticiens qui deviennent impotents, avant trente-cinq ans de service révolus, n'ont droit à aucune pension de retraite (pas plus que leurs veuves, en cas de décès).

3° Que la situation morale qui leur est faite actuellement (asservissement aux municipalités) n'est guère compatible avec la dignité professionnelle. »

LIVRES NOUVEAUX

Traité chirurgical d'urologie (1), par Félix LEGUEU, professeur de Clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris. Chirurgien de l'hôpital Necker.

La première édition de ce Traité était déjà épuisée en 1914. Mais la guerre est venue, et un retard involontaire et prolongé de plusieurs années a été imposé à cette seconde édition.

Devenu depuis 1912 titulaire de la chaire de Guyon, « j'ai pu, écrit M. le professeur Legueu dans sa préface, puiser largement dans le réservoir considérable que nous offrait la Clinique de Necker, avec son musée, ses laboratoires et son matériel de chaque jour. J'ai donc augmenté sensiblement la documentation de cet ouvrage : il conserve sa classification première, son allure générale, mais il s'est augmenté de chapitres nouveaux.

Ainsi, M. Maingot a écrit une monographie complète sur la *Radiographie de l'appareil urinaire.* La *cytoscopie* a été très augmentée.

J'ai développé sensiblement le chapitre ayant trait à l'*exploration des fonctions rénales, au rôle* et à l'*importance de la constance* en chirurgie urinaire.

J'ai ajouté toute la *pathologie des capsules surrénales*, qui avait été laissée de côté dans la première édition, et dont les relations sont trop étroites avec la pathologie rénale pour être passées sous silence.

De nouveaux chapitres, assez étendus, sont consacrés aux *tumeurs pararénales*, aux *hématomes périrénaux*.

Les *traumatismes de l'appareil urinaire* se sont enrichis de toute la documentation qu'une pratique de cinq ans d'urologie de guerre nous a donnée. L'étude des *corps étrangers de guerre de la vessie* a trouvé des développements en rapport avec son importance.

Enfin, la *réparation des plaies de l'uretère* et les *nouvelles méthodes d'autoplastie* ont trouvé des développements étendus et en rapport avec le nombre et la variété de mes applications en clinique.

Je signale encore, parmi les additions importantes, l'étude de l'*uretère après la néphrectomie*, l'exposé de l'*anesthésie locale de la prostatectomie*, la description de la *voie transpéritonéo-vésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales opératoires.*

L'importance et l'étendue des matières nous a obligé à publier cette seconde édition en deux volumes, qui seront plus maniables pour le lecteur.

Plus de cent cinquante figures nouvelles dues au dessin de Leuba illustrent la documentation du livre.

Mes éditeurs, MM. Alcan et Lisbonne, ont donné à l'exécution de cet important ouvrage toute leur sollicitude, à une époque où toutes les questions d'édition et de librairie présentaient tant de difficultés.

Je les remercie d'une collaboration à laquelle j'ai toujours attaché le plus grand prix et je les félicite d'avoir donné à cette nouvelle édition une forme si heureuse que je puis l'offrir en toute confiance au corps médical. »

— Cet ouvrage se compose de trois parties : les deux premières comprennent les généralités, l'autre est faite de descriptions spéciales.

Dans la première, sont étudiées à un point de vue général : l'*Exploration*, les *Instruments* et la *Thérapeutique générale.*

Dans la deuxième, se trouve la description des *Syndromes.*

La troisième, enfin, comprend la description des processus morbides, qui affectent l'appareil urinaire, en neuf chapitres qui sont : les *Infections*, la *Tuberculose*, les *Maladies parasitaires*, la *Lithiase*, les *Tumeurs*, les *Traumatismes*, les *Corps étrangers*, les *Déplacements et difformités acquises*, les *Difformités et malformations congénitales.*

---

(1) 2e édition revue et augmentée avec 860 gravures dont 61 en couleurs hors texte. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (Prix d'Argenteuil 1911), 2 forts vol. in-8° de XII-1582 p., cartonnés à l'anglaise, ensemble. — Prix : 160 fr. — Paris, F. Alcan.

Précis de physiologie microbienne (1), par Maurice ARTHUS, correspondant national de l'Académie de médecine, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne.

Dans ce nouveau précis, le prof. Arthus expose les données récentes de biologie et de microbiologie en diminuant, pour les rendre plus accessibles à ses lecteurs, l'importance donnée dans de plus importants ouvrages à la technique, à l'érudition, aux théories. Ce livre est plus qu'un précis par les idées personnelles qu'il renferme sur les maladies, les toxines microbiennes, les sérums, l'anaphylaxie et l'immunité, et par l'expérience de l'auteur qui se révèle à chaque page. Il apporte aux biologistes des vues originales. L. G.

Le rôle de la radiologie dans le pronostic des affections cardio-vasculaires (2), par le Dr Germaine ANDRÉ-SOREL, préface de M. le prof. VAQUEZ.

Ouvrage d'un caractère pratique. L'auteur montre à propos de chaque affection cardiaque comment on peut suivre radiologiquement l'évolution des phénomènes au niveau de chaque cavité cardiaque, et par la constatation de certains phénomènes, diagnostiquer la phase évolutive de la maladie et faire un pronostic raisonné. En outre on peut ainsi juger de la valeur du myocarde par ses réactions au traitement institué. Ce livre sera lu à la fois par les spécialistes qui y trouveront une mise au point, et par les praticiens qui se familiariseront avec des méthodes jusqu'ici considérées comme ardues, mais qu'ils trouveront expliquées très simplement et clairement.

L. G.

La Tuberculose pulmonaire. Etudes de phtisiologie clinique et sociale (3), par Léon BERNARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Laënnec, membre de l'Académie de médecine.

On ne pouvait attendre de M. Léon Bernard qu'un livre remarquable sur la tuberculose pulmonaire, qui a fait l'objet de ses travaux de prédilection, d'autant que la tuberculose ne doit pas être envisagée seulement par son côté clinique, mais aussi et nécessairement par son côté social. Or, il se trouve que l'auteur est professeur d'hygiène à la Faculté et que, à ce titre, il est à même de traiter la question de haut et sous tous ses aspects. Les douze leçons que reproduit le présent livre, constituent donc un ensemble parfait de clarté, de précision et de savoir. Nous nous permettrons d'appeler spécialement l'attention sur la première qui donne un exposé de la conception actuelle de la tuberculose, et sur les trois dernières consacrées à ses facteurs sociaux, à sa prophylaxie et aux dispositions légales qui la concernent. Peut-être, dans la première, devrait-on faire quelques réserves sur l'importance accordée à l'allergie, qui, incompréhensible, mène à une impasse et n'a d'ailleurs eu aucune influence appréciable sur la thérapeutique, et pour cause; mais nous devons louer M. Léon Bernard, de la critique éclairée qu'il apporte dans la discussion des moyens de prophylaxie et des mesures légales et de l'appui qu'il donne à la déclaration obligatoire qui, sans grande valeur par elle-même, n'en est pas moins la pierre de voûte soutenant tout le reste. Bref cet ouvrage n'est pas un manuel; il est beaucoup plus que cela, il est pensé et écrit, et tous ceux, médecins hygiénistes, démographes, législateurs, qui s'intéressent à cette grave question, doivent le connaître et le méditer. J. L.

L'éternuement et le baillement dans la magie, l'ethnographie et le focklore médical (4), par P. SAINTYVES.

Voici un bien curieux livre, encore qu'il intéresse moins le médecin que l'historien et l'érudit, car l'éternuement, aujourd'hui considéré comme un moyen de défense contre les irritations de la pituitaire, a perdu la signification pronostique que lui concédaient les anciens et la valeur thérapeutique à laquelle croyaient encore Plater et Récamier. Mais au point de vue diagnostic? L'auteur n'a pas négligé ce côté de son sujet, mais je crois qu'il y aurait peut-être encore à y ajouter, en ce qui concerne les maladies qui débutent au niveau du naso-pharynx. Quoiqu'il en soit, l'intérêt propre du travail de M. P. Saintyves n'est pas là : il est dans l'abondance et le choix des documents puisés aux sources les plus profondes et qui sont toujours d'une saveur à la fois vétuste et piquante. J. L.

(1) In-8 de 408 pages de la « Collection de Précis médicaux ». — Prix : broché, 17 francs net; cartonné, 19 francs net. — Paris, Masson et Cie.

(2) 1 vol. in-8, 92 p., 59 fig. — Prix net : 15 fr. — A. Davy et fils, imp., 52, rue Madame, Paris.

(3) Un vol. de 258 pages. — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

(4) 1 vol. in-8, 1921, E. Nourry, éditeur, Paris.

Questions de garde de médecine pour l'internat des hôpitaux de Marseille, par les Drs Ch. MATTEI, médecin des hôpitaux, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, et P. GIRAUD, interne des hôpitaux de Marseille.

Questions de garde de chirurgie, par le Dr Edouard GAMEL, ancien interne, chirurgien des hôpitaux de Marseille (1).

On connaît l'importance des questions dites de garde dans les concours de l'internat de Lyon et de Marseille. Ce sont des questions de diagnostic rapide et de thérapeutique d'urgence excellentes pour la formation du jugement et de la décision des futurs praticiens.

L'association corporative des étudiants en médecine de Marseille a donc eu une très heureuse idée en demandant à deux de ses maîtres de rédiger un recueil sur ces questions.

Le volume des questions de médecine contient 115 questions, celui de chirurgie, 91 questions très clairement présentées, que les candidats à l'internat pourront consulter avec le plus grand fruit, qu'il s'agisse de préparer les questions de garde, de Lyon et Marseille, ou les questions d'oral de Paris.

L. G.

La Dyspepsie. Grands symptômes et grands syndromes dyspeptiques : Dyspepsies, dilatation de l'estomac, asthme, dyspnée et toux, aérophagie, dyspepsie et tuberculose, amaigrissement et engraissement, syphilis gastrique, appendicite, régimes, etc. (2), par le Dr Gabriel LEVEN, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de thérapeutique.

L'auteur a rédigé cette deuxième édition de la *Dyspepsie*, en ajoutant à la plupart des chapitres de la première édition, sous le nom de « Notes de clinique et de thérapeutique » des additions importantes.

Presque seul, le chapitre de l'aérophagie n'a pas été complété, M. Leven ayant consacré récemment tout un ouvrage à ce sujet, dont la connaissance est si nécessaire au praticien.

Ce sont cependant ces « Notes de thérapeutique » qui ont le rôle principal dans ces additions : le chapitre des régimes alimentaires, par exemple, a été considérablement développé.

S'il en est ainsi, c'est que M. Leven a voulu répondre aux désirs de ses auditeurs, aux consultations et aux leçons qu'il fait à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Caussade, la plus grande partie de son livre renfermant des leçons d'avant ou d'après-guerre.

Ce nouvel ouvrage, exposant une conception si simple de la pathologie gastrique et une thérapeutique d'application si facile, aura sans aucun doute auprès des lecteurs le même succès que la première édition. L. G.

Le livre de l'infirmière (3). Traduction de l'ouvrage anglais de Miss OXFORD, par Mlle CHAPTAL, directrice de la Maison-école des infirmières privées, 2e édition corrigée et très augmentée. Préface du prof. LETULLE.

Parmi les nombreux manuels édités avant la grande guerre, le « Livre de l'infirmière » comptait déjà parmi les plus complets et les plus directement pratiques. Conçu pour l'usage des Ecoles d'infirmières, assez clair pour être mis aux mains des débutantes, il contient l'essentiel de ce que doit

(1) 2 grandes brochures in-8 de 135 et 158 p. — Prix : 10 fr. — Ajouter 1 fr. pour le port qu'il y ait 1 ou 2 volumes. Adresser la correspondance à M. G. Rousselin, secrétaire général de l'Association corporative des étudiants en médecine, 3, marché des Capucines, Marseille.

(2) Deuxième édition revue, corrigée et augmentée. In-8 carré de 310 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, G Doin.

(3) 1 vol. de 348 p. — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

savoir et retenir une praticienne du soin des malades au long de sa vie professionnelle. L'auteur a introduit dans cette nouvelle édition, réclamée par plusieurs écoles, les matières actuellement à l'ordre du jour : *maladies sociales*, *hygiène sociale*, *études des lois d'assistance récentes*. Ce volume constitue désormais le véritable vade-mecum de l'infirmière moderne. L. G.

Les Plantes en médecine : les blés (1), par le Dr A. Garrigues.

C'est un ouvrage considérable que M. A. Garrigues a entrepris et mené à bonne fin, avec une compétence de médecin, de botaniste et de chimiste et une érudition de vieux bénédictin. La question du blé que l'on croit connaître, au moins d'une manière générale, est en effet particulièrement difficile, car il ne s'agit pas seulement de discuter et d'établir les qualités alimentaires des diverses variétés de blés, mais encore de montrer à quels usages particuliers et véritablement médicinaux peuvent et doivent être utilisés un grand nombre de ses dérivés. Il en résulte que si l'hygiéniste et le thérapeute ont beaucoup à apprendre dans ce livre, vétérinaires, agronomes et tous ceux qui s'intéressent aux richesses suppéditées par la bonne nature y trouveront abondamment à récolter. Une table des synonymes et une table alphabétique très complète terminent ce volume dont la fortune sera grande si elle est quelque peu en rapport avec son mérite. J. L.

(1) Petit in-8 avec figures dans le texte. — Paris, G. Doin.

De la mobilisation physiologique et permanente du maxillaire inférieur en chirurgie maxillo-faciale, par le Dr Marcel Darcissac. 1 vol., 115 pages. — Pais, Legrand.

TABLE DES MATIÈRES

1921

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

Z

TABLE DES AUTEURS

1921

A

B

C

D

E

M

N

T

V

W

Y

Z

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE

